

Ana Maria de Oliveira Cintra

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE
DROGAS INJETÁVEIS E CARACTERÍSTICAS DE MULHERES E
HOMENS DO PROJETO AJUDE-BRASIL II

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2006

Ana Maria de Oliveira Cintra

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE
DROGAS INJETÁVEIS E CARACTERÍSTICAS DE MULHERES E
HOMENS DO PROJETO AJUDE-BRASIL-II

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção
do título de doutor em Saúde Pública (área de
concentração em Epidemiologia).

Orientadora: Profa. Dra. Waleska Teixeira Caiaffa
Co-orientadora: Profa. Dra. Sueli Aparecida Mingoti

Belo Horizonte
2006

Cintra, Ana Maria de Oliveira.

Perfil sócio-demográfico epidemiológico dos usuários de drogas injetáveis e características de mulheres e homens do Projeto AJUDE -Brasil II / Ana Maria de Oliveira Cintra. - UFMG / Faculdade de Medicina / Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2006.

169 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof. Dra. Waleska Teixeira Caiaffa.

Tese (doutorado) - UFMG / Faculdade de Medicina / Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2006.

Referências bibliográficas: f. 101-121

1. Saúde Pública - Epidemiologia – Teses. 2. Human Immunodeficiency Virus (HIV) – Teses. 3. Usuários de drogas injetáveis – Redução de danos - Teses. I. Caiaffa, Waleska Teixeira. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU 616-036.22

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadeu Pena

Vice-reitora

Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Profa. Elza Machado de Melo

Profa. Maria da Conceição Juste Werneck

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Subcoordenadora

Profa. Sandhi Maria Barreto

Representação docente

Profa. Ada Ávila Assunção

Prof. Eli Lola Gurgel Andrade

Profa. Elisabeth Barboza França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. José Otávio Penido Fonseca

Profa. Maria Fernanda Furtado Lima e Costa

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

Representação discente

Lorenza Nogueira Campos

Raquel Regina de Freitas Magalhães

Roberto Marini Ladeira

Sara de Araújo Carvalho

OK



FACULDADE DE MEDICINA
 CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
 Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
 Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
 Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640
 e-mail: cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **ANA MARIA DE OLIVEIRA CINTRA**, nº de registro 2002220942. Às quatorze horas do dia **dez do mês de novembro de dois mil e seis**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho final intitulado: **“PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS E CARACTERÍSTICAS DE MULHERES E HOMENS DO PROJETO AJUDE-BRASIL II”**, requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Waleska Teixeira Caiaffa, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa/orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Sueli Aparecida Mingoti/co-orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Prof. George Luiz Lins Machado Coelho	Instituição: UFOP	Indicação: <u>Aprovado</u> <u>Aprovar</u>
Profa. Marina de Bittencourt Bandeira	Instituição: UFSJ	Indicação: <u>Mar Bandeira</u>
Prof. José Otávio Penido Fonseca	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Emília Sakurai	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada
 O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10 de novembro de 2006.

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa/orientadora Waleska Caiaffa
 Profa. Sueli Aparecida Mingoti/co-orientadora S. Mingoti
 Prof. George Luiz Lins Machado Coelho George Luiz
 Profa. Marina de Bittencourt Bandeira Mar Bandeira
 Prof. José Otávio Penido Fonseca José Otávio Penido Fonseca
 Profa. Emília Sakurai Emília Sakurai
 Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/Coordenador Mark Drew

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador. Prof. Mark Drew C. Guimarães
 Coord. PG. Saúde Pública
 Fac: Medicina UFMG

CONFERE COM O ORIGINAL
 Centro de Pós-Graduação
UFG

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese à memória de Sebastião de Oliveira Cintra e Léa de Oliveira Cintra, que através de seus exemplos como pais me ensinaram a simplicidade do amor, a ética do respeito e a humildade de partilhar.

E para os filhos que acolhi nesta jornada para exercitar o aprendizado: Henrique, Ananda, Bernardo e Sérgio Gabriel.

AGRADECIMENTOS

“Valoriza tudo quanto te seja oferecido e procura reconhecer que, talvez, não seja por mérito de tua parte, mas por bondade do teu generoso doador”.

Joana de Angelis

Minha gratidão ao Criador, pela oportunidade de existir, e à Espiritualidade Amiga, que me assiste em todos os momentos e propiciou o momento certo para esta defesa de Tese.

Meu agradecimento especial à Profa. Dra. Waleska Teixeira Caiaffa, minha orientadora, que, com sabedoria, firmeza e competência rompeu com minhas amarras e me permitiu ver além das aparências e dos números. Se fosse possível defini-la em uma única palavra, escolheria competência. Para expressar meus sentimentos, a melhor palavra seria respeito. O melhor gesto para homenageá-la, seria uma profunda reverência. É exemplo de profissional, de mulher e de pessoa, que está em meus registros para a eternidade.

À Profa. Dra. Sueli Aparecida Mingoti, minha co-orientadora, pela compreensão e paciência diante do meu perfil de profissional das Ciências Humanas em relação aos avanços das Ciências Exatas. Seu papel foi decisivo e fundamental, para minha busca de alicerces para minha formação.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação, especialmente Dr. Mark Drew Crosland Guimarães, Dr. Fernando Augusto Proietti, Dra. Maria Fernanda Furtado Lima e Costa, Dra. Elizabeth Barboza França, Dra. Ada Ávila Assunção, Dr. José Otávio Penido Fonseca, Dr. Francisco Acúrcio e Dra. Cibele Comini César, pelos desafios colocados para a minha carreira docente.

Agradeço o incentivo, a ajuda nos momentos difíceis e a disponibilidade da minha mentora, Professora Marina Bandeira, do Departamento das Psicologia da UFSJ.

À Clareci Cardoso pela oportunidade de poder exercitar papéis verticalmente opostos, já que de professora passei a aluna, e ter a grata surpresa de ser acolhida com graça, cordialidade e respeito. Com você aprendi sobre a dialética no ensino, nas relações e na aprendizagem.

Á Angelita Cristine de Melo, colega da Pós-Graduação, pelo respeito, carinho, cuidado, ensinamentos e doação integral e desinteressada em diversos momentos do meu estudo.

Á Mirian Domingues, Stela Brenner, Sílvia Nascimento de Freitas e Sônia Lanski, do início ao fim desta trajetória, mais do que colegas da Pós-graduação, amigas que transmitiram, além de conteúdos, sentimentos de solidariedade e segurança que me preencheram com a confiança necessária para continuar.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa da Waleska (GPW), pela troca constante de conhecimentos e pelo entendimento do valor da multidisciplinaridade para a Saúde Pública.

Á Aline Dayrell Ferreira, pela pureza de coração e pelo apoio, muitas vezes silencioso, mas repleto de energia fraterna.

Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela postura humana, ética e imparcial, em todas as questões pertinentes ao meu doutoramento.

Á Secretária do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia (GPE), Rosana Teixeira Caiaffa, pela presteza e discrição.

Ao Prof. Dr. Carlos Henrique de Souza Gerken, Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa da UFSJ, pelo apoio irrestrito e incondicional para a finalização desta Pós-Graduação com bolsa da CAPES.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES) pela bolsa integral desde março de 2005.

Ao Prof. Dr. Marcos Vieira Silva, Chefe do Departamento das Psicologias da UFSJ, pelo encaminhamento e distribuição das disciplinas sob a minha responsabilidade.

Ás Professoras Fátima Queiroz, Rita Laura e Gláucia, colegas do Departamento de Psicologia da UFSJ pelo cumprimento de meus encargos didáticos durante meu período de afastamento.

Aos Professores João Gualberto, Júlio, Graça e Roberto, colegas do Departamento das Psicologias pela generosidade em substituir-me.

Ao amigo Marcelo Lima Rodrigues de Carvalho e sua família, pelo acolhimento e oportunidade de vivenciar a verdadeira amizade em sua plenitude.

Aos meus irmãos, companheiros de jornada, verdadeiros amigos: Sônia Regina, pela alegria pueril e aceitação incondicional; Maria Angélica, pelo resgate do respeito e da autenticidade de viver; Teresa Cristina, pela coerência de ser; Vera Lúcia, pela renovação de esperanças; e Francisco Eduardo, pelo compromisso com a verdade.

À vinda da minha neta Lavínia, sustentáculo da minha vontade de viver e persistir.

Agradeço, ainda, a Sérgio Francisco Terra, Franciana Cassiano, Maria Lúcia Campos, Carlos Alberto Dias, Maurício e Edson pela contribuição durante meu período de estudo, cada um preenchendo uma necessidade importante para a realização da Pós-Graduação.

E, finalmente, agradeço às pessoas anônimas em uso de drogas injetáveis que voluntariamente participaram do Projeto AJUDE-Brasil-II. Esta Tese existe a partir delas e deverá retornar para elas.

OK



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640
e-mail: cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **ANA MARIA DE OLIVEIRA CINTRA**, nº de registro 2002220942. Às quatorze horas do dia **dez do mês de novembro de dois mil e seis**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho final intitulado: **“PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS E CARACTERÍSTICAS DE MULHERES E HOMENS DO PROJETO AJUDE-BRASIL II”**, requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Waleska Teixeira Caiaffa, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa/orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Sueli Aparecida Mingoti/co-orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Prof. George Luiz Lins Machado Coelho	Instituição: UFOP	Indicação: <u>Aprovado</u> <u>Aprovar</u>
Profa. Marina de Bittencourt Bandeira	Instituição: UFSJ	Indicação: <u>Mar Bandeira</u>
Prof. José Otávio Penido Fonseca	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Emília Sakurai	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10 de novembro de 2006.

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa/orientadora Waleska Caiaffa

Profa. Sueli Aparecida Mingoti/co-orientadora S. Mingoti

Prof. George Luiz Lins Machado Coelho George Luiz

Profa. Marina de Bittencourt Bandeira Mar Bandeira

Prof. José Otávio Penido Fonseca José Otávio

Profa. Emília Sakurai Emília Sakurai

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/Coordenador Mark Drew

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador. Prof. Mark Drew C. Guimarães
Coord. PG. Saúde Pública
Fac: Medicina UFMG

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

OK

Sumário

Dedicatória.....	5
Agradecimentos	6
Listas.....	13
Lista de Gráficos.....	13
Lista de Tabelas	13
Lista de Abreviaturas.....	15
Resumo	17
Abstract.....	19
1 Introdução.....	21
2 Revisão da literatura	26
2.1. Aspectos históricos e epidemiológicos do uso de drogas.....	26
2.2. Epidemia de aids.....	33
2.3. Estratégias Preventivas ao uso de drogas	38
3. Objetivos.....	45
3.1 Objetivo geral	45
3.2 Objetivos específicos	45
4 Métodos	46
4.1 Fonte dos dados: Projeto AjUDE-Brasil-II	46
4.1.1 Características e objetivos	46
4.1.2 População estudada.....	46
4.1.3 Recrutamento.....	47
4.1.4 Amostra do estudo	47
4.1.5 Instrumentos de coleta de informações	47
4.1.6 Procedimento	48
4.1.7 Questões éticas	48
4.2 Desenvolvimento do presente estudo	49
4.2.1. Variáveis selecionadas.....	49
4.2.2. confiabilidade das informações	50
4.2.3. Análise das informações.....	50
4.2.4 Poder de detecção	51
5 Resultados.....	52
5.1. Análise descritiva	52
5.2. Comparação entre mulheres e homens UDIs	69
5.3. Comparação entre mulheres e homens HIV-soropositivos	77
6 Discussão	85
7 Conclusões.....	99
8 Recomendações	101
9 Referências bibliográficas	105
Apêndices	126
Apêndice A: Participantes do Projeto AjUDE-Brasil II.....	127
Apêndice B: Consentimento livre e esclarecido.....	129
Apêndice C: Manual de instrução e questionário.....	132
Apêndice D: Re-categorização da variável qual local tem vivido (morado) na maior parte do tempo?	166
Apêndice E: Re-categorização da variável onde ficou morando nos últimos 6 meses, se não tinha lugar para morar.....	168

Apêndice F: Re-categorização da variável Qual foi o curso profissionalizante que você já fez	170
Apêndice G: Re-categorização da variável qual tem sido sua principal fonte de renda, incluindo as respostas dadas como outras fontes.....	174
Apêndice H: Re-categorização da variável razão pelas quais foi condenado	178
Apêndice I: Re-categorização da variável droga usada na primeira vez.....	182
Apêndice J: re-categorização da variável primeira droga injetada.....	185
Apêndice L: Re-categorização da variável tratamentos realizados para drogadição	187
Apêndice M: Re-categorização da variável locais onde tratou para drogadição.....	189
Apêndice N: Re-categorização dos tipos de tratamentos de saúde realizados	192
Apêndice O: Re-categorização da variável locais onde os tratamentos de saúde foram realizados	196
Apêndice P: Re-categorização da variável quais os motivos para não fazer tratamento nos últimos 6 meses, se é HIV-soropositivo	201
Apêndice I: Re-categorização da variável motivos para não usar preservativos	203
Anexos.....	206
Anexo A: Parecer do comitê de ética	207
Anexo B: Certificado de qualificação	209
Anexo C: Artigo publicado	211

LISTAS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Porcentagem dos UDIs que procuraram e fizeram tratamentos. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	62
Gráfico 2 – Porcentagem de UDIs por tipos de tratamentos para drogadição. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	63
Gráfico 3 – Porcentagem de UDIs de acordo com os locais em que trataram para drogadição. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001	64
Gráfico 4 – Porcentagem de UDIs segundo tipos de tratamentos de saúde. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	65
Gráfico 5 – Porcentagem de UDIs segundo os locais onde trataram da saúde. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos UDIs segundo características demográficas selecionadas. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	53
Tabela 2 – Distribuição dos UDIs segundo características sociais selecionadas. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	56
Tabela 3 – Distribuição dos UDIs quanto ao histórico penitenciário. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	58
Tabela 4 – Distribuição dos UDIs segundo uso do PRD. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	59
Tabela 5 – Distribuição dos UDIs segundo as drogas que usou pela primeira vez. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	60
Tabela 6 – Distribuição dos UDIs segundo drogas usadas nos seis meses prévios à entrevista. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	61
Gráfico 1 – Porcentagem dos UDIs que procuraram e fizeram tratamentos. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	62
Gráfico 2 – Porcentagem de UDIs por tipos de tratamentos para drogadição. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	63
Gráfico 3 – Porcentagem de UDIs de acordo com os locais em que trataram para drogadição. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	64
Gráfico 4 – Porcentagem de UDIs segundo tipos de tratamentos de saúde. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	65
Gráfico 5 – Porcentagem de UDIs segundo os locais onde trataram da saúde. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	66
Tabela 7 – Distribuição dos UDIs segundo informações e conhecimentos sobre infecções transmitidas pelo sangue. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	67
Tabela 8 – Prevalência de IST e de infecções de transmissão sanguínea. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	68
Tabela 9 – Distribuição dos UDIs HIV-soropositivos em função de terem feito ou não tratamento nos últimos seis meses e dos motivos para não fazê-los. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.....	69

Tabela 10 - Perfil sócio-demográfico dos UDIs estratificado por sexo. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	70
Tabela 11 – Perfil de iniciação ao uso de drogas entre mulheres e homens UDIs. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	72
Tabela 12 – Perfil quanto ao compartilhamento de equipamentos utilizados na injeção de drogas, estratificado por sexo. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	73
Tabela 13 – Perfil dos UDIs quanto a relações sexuais e parcerias sexuais nos seis meses prévios à entrevista, estratificado por sexo. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	74
Tabela 14 – Perfil de utilização do preservativo sexual, estratificado por sexo. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	75
Tabela 15 – Perfil quanto ao comportamento sexual e uso de drogas, estratificado por sexo. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	77
Tabela 16 – Características sócio-demográficas entre mulheres e homens UDIs HIV-soropositivos. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	79
Tabela 17 - Perfil de iniciação ao uso de drogas injetáveis de mulheres e homens UDIs HIV-soropositivos. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	80
Tabela 18 – Perfil quanto às parcerias sexuais e o uso de drogas entre mulheres e homens UDIs HIV-soropositivos. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	82
Tabela 19 - Comparação do OR não ajustado com o modelo final ajustado pela regressão logística para mulheres HIV-soropositivas comparadas a homens HIV-soropositivos. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.	84

LISTA DE ABREVIATURAS

ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
AjUDE – Avaliação de Usuários de Drogas Endovenosas
APA – American Psychiatric Association
APRENDA - Associação de Redução de Danos de São Paulo
BA - Bahia
BDZs - Benzodiazepínicos
CAPES - Coordenadoria de Aperfeiçoamento do Ensino Superior
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópica
CN DST/Aids - Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência adquirida
DMPS - Departamento de Medicina Preventiva e Social
ELISA – Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
EUA - Estados Unidos da América
GPE - Grupo de Pesquisa em Epidemiologia
GPW - Grupo de Pesquisa da Waleska
HCV - Hepatite C
HIV - Human Immunodeficiency Virus
HSH - Homens que fazem sexo com outros homens
HTLV-I/II - Vírus T-linfotrópicos humanos I e II
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Intervalo de Confiança
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
LSD - Dietilamida do Ácido Lisérgico
MDMA - 3,4-methilenedióxido-N-metanfetamina
MG - Minas Gerais
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização não governamental
ONUSIDA – Programa conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA
OR - *odds ratio*
PETs - Programas de Trocas de Seringas
PN DST/Aids – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PRD - Programas de Redução de Danos
Profa. - Professora
Prof. - Professor
RD - Redução de Danos
REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos
RELARD - Rede Latino Americana de Redução de Danos
RR – Risco Relativo
RS - Rio Grande do Sul
SC - Santa Catarina

SNC - Sistema Nervoso Central

SP - São Paulo

UDI - Usuário de Droga Injetável

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFSJ - Universidade Federal de São João del-Rei

UNAIDS – The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNESCO – United Nations Educational Scientific and Cultural Organizations

UNFPA – United Nations Population Fund

UNIFEM – United Nations Development Fund for Women

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

UNODCCP - United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention

USP - Universidade de São Paulo

VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory

VIDUS - Vancouver Injection Drug Users Study

WHO – World Health Organization

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever as características sócio-demográficas e de saúde dos usuários de drogas injetáveis (UDIs) do Projeto AjUDE-Brasil-II com ênfase na comparação entre mulheres e homens, verificando a relação entre iniciação ao uso de injetável, uso de drogas, prática sexual e infecção pelo HIV. Constatou-se um estudo transversal, multicêntrico, realizado no ano de 2000-2001, em seis Projetos de Redução de Danos (PRDs) brasileiros. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (82,9%) e relatou viver a maior parte do tempo em casa (81,0%). Cerca de 20% ficou sem local para morar nos seis meses prévios à entrevista. Desemprego foi comum a 75,4% e em torno de 20% respondeu não ter fonte de renda. História de detenção foi relatada por 80,2% e 33,0% cumpriu pena, metade por furto e roubo. Agressões e envolvimento em brigas foram comuns em 44,4% dos entrevistados. A maconha foi a droga de iniciação (64,6%), seguida pela cocaína (11,9%) e por inalantes (11,8%). O álcool (90,1%), a maconha (86,7%), o cigarro (81,3%), a cocaína injetada e cheirada (76,4 e 76,0%, respectivamente) e o *crack* (46,9%) foram as drogas mais usadas nos seis meses prévios à entrevista. A maioria dos participantes não procurou tratamento para uso de drogas na vida (65,2%). Já para a saúde em geral, 73,7% relataram ter buscado algum tipo de tratamento na vida. Nos seis meses prévios à entrevista, entretanto, cerca de 80,1% dos entrevistados procuraram tratamento, tanto para uso de drogas, quanto para a saúde. O PRD foi usado por 70,3% dos entrevistados. Foram entrevistados 146 mulheres e 709 homens, com médias de idades de $29,5 \pm 8,58$ e $28,3 \pm 8,16$ anos, respectivamente. Na comparação entre homens e mulheres, 57% dos homens e 45% das mulheres relataram ter cursado da 5ª à 8ª série do ensino fundamental ($p=0,05$), diferença significativa foi observada quanto ao estado conjugal, cor de pele e ocupação: maior proporção das mulheres viviam maritalmente ou eram viúvas (47,9% e 5,5% versus 30,8% e 2,0% dos homens, respectivamente) e eram não brancas (62,8% versus 51,1% dos homens). Mulheres e homens iniciaram o uso de drogas injetáveis com idades semelhantes ($18,6 \pm 5,0$ e $19,3 \pm 5,6$ anos, respectivamente), porém quando comparadas aos homens, as mulheres foram mais frequentemente iniciadas por seus parceiros sexuais no uso injetável de drogas, na obtenção da droga, seringas e mesmo no ato de injeção da droga. As mulheres, mais que os homens, também relataram parcerias sexuais regulares (83,5% versus 72,0%, $p<0,05$), e menos frequentemente parcerias sexuais eventuais (39,0% versus 58,2%, $p<0,01$). Entretanto, uma maior proporção de mulheres relatou usar drogas com seus parceiros regulares (57,3% versus 11,7%, $p<0,001$) e eventuais (50,0% versus 18,2%,

p<0,001), além da “troca” de sexo por drogas (43,5% *versus* 12,2%, p<0,001). Neste estudo, 39,3% das mulheres e 36,0% dos homens UDI eram HIV-soropositivos. Mais mulheres infectadas do que homens infectados viviam maritalmente (OR=2,56 IC=(1,4;4,8)) e eram não brancas. O parceiro sexual, foi facilitador na obtenção da droga, mais freqüentemente entre mulheres (OR=20,97 IC=(4,6;105,4)), para a obtenção de material para injeção (OR=16,50 IC=(2,8;124,8)) e também para o ato de injetar a droga pela primeira vez (OR=31,42 IC=(7,3;148,3)). Mulheres infectadas tiveram maior chance de ter parceiros regulares que também usavam drogas, comparadas aos homens infectados (OR=10,41 IC=(4,2;25,9)), e com parceiros eventuais, tiveram maior chance de terem relações sexuais para obter drogas (OR=4,33 IC=(1,3;14,8)). As mulheres UDIs apresentaram aspectos comportamentais sugestivos de uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV do que os homens.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; epidemiologia; Human Immunodeficiency Virus (HIV); usuários de drogas injetáveis; redução de danos.

ABSTRACT

This study aimed to describe the socio-demographic and health profile of the injecting drugs users (IDUs) recruited in the AjUDE-Brasil II Project, focusing on comparisons between women and men, in regards to drug use initiation, drug use, sexual behavior and HIV infection. A cross-sectional multi-center study was conducted during 2000-2001 in six Brazilian Syringe Exchange Programs (SEPs). The majority of participants were male (82.9%) and reported to live at home (81.0%); about 20% were homeless in the six previous months prior to the interview. Unemployment was common (75.4%) and around 20% reported any source of income. History of detention was reported by 80.2% and 33.0% fulfilled their sentences, half for smuggling and robbery. Bodily assaults and involvement in fights were common for 44.4% of those interviewed. Marijuana was the reported drug of first choice (64.6%), followed by cocaine (11.9%) and inhalants (11.8%). Alcohol (90.1%), marijuana (86.7%), cigarettes (81.3%), injected and or snorted cocaine (76.4 and 76.0, respectively) and *crack* (46.9%) were the most used drugs reported in the six months prior the interview. The majority of the participants reported never having looked for treatment for drug use in their life (65.2%). Contrarily, 73.3% of the participants reported seeking a general health practitioner. In the six preceding months to the interview, about 80.1% of the interviewed IDUs searched for treatment for any health problem including drug use. The SEP was used by 70.3% of the interviewees. Overall, 146 females and 709 males comprise the sample, with the respective averages of 29.5 ± 8.58 and 28.3 ± 8.16 years old, 57% of males and 45% of women reported having completed the 5th to 8th grade ($p=0.05$). Age at initiation of injecting drugs did not differ between women and men (18.6 and 19.3 years, respectively). However, women were more likely than men to be initiated by their sexual partners in terms of obtaining the drug, syringes and needles or in the act of injection themselves. Women were also more likely than men to report regular sexual partners (83% versus 72%, $p<0.05$), to have used drugs with either their regular sexual partners (57% versus 12%, $p<0.001$) or casual ones (50% versus 18%. $p<0.001$) and to have exchanged sex for drugs (43% versus 12%, $p<0.001$). In this study, 39.3% of female and 36.0% of male IDUs were HIV seropositive. Infected women are more likely than infected men to be married (OR=2.6; 95%CI:1.4-4.8) or to be non-white (OR=2.1; 95%CI:1.1-3.9). Women mention with greater frequency that a sexual partner acted as facilitator in obtaining drugs (OR=21.0; 95%CI: 4.6-105.4), in obtaining injection materials (OR= 16.5; 96%CI+ 2.8-24.8), and in injecting the drugs for the first time

(OR=31.4; 95%CI= 7.3-148.3). Infected women had a greater chance of having regular partners who also used drugs as compared to infected men (OR= 10.4; 95%CI: 4.2-25.9) and among casual partners of having sexual relations in order to obtain drugs (OR= 4.3; 95%CI: 1.3-14.8). These data highlight greater vulnerability to HIV infection among female than male IDUs.

Key words: Public Health; epidemiologic; Human Immunodeficiency Virus (HIV); injecting drug users; harm reduction.

1 INTRODUÇÃO

“Tudo quanto puderes fazer, ou creias poder, começa. A ousadia tem gênio, poder e magia”.

Goethe

Atualmente, cerca de 200 milhões de pessoas consomem drogas no mundo, cerca de 4,7% da população mundial acima de quinze anos (UNODC, 2005). Entre os consumidores, o uso de drogas, tais como cigarro e álcool, superam o de outras substâncias psicoativas (cerca de 30% e 50%, respectivamente). Estimativas de 2004 indicaram que, no mundo todo, em torno de 160 milhões de pessoas usaram maconha, 26 milhões consumiram anfetaminas, 16 milhões utilizaram ópio, 14 milhões usaram cocaína e 11 milhões consumiram heroína (UNODC, 2005).

A maior parte dos usuários de ópio concentra-se na Ásia, África, Europa e Estados Unidos da América (EUA). A quantidade de consumidores em cada uma dessas regiões, em 2004, girou em torno de: 3 milhões na Índia, 1,7 milhões na China, 1,2 milhões no Iran e nos EUA, 300 mil na Itália, 190 mil na Espanha e 170 mil na Alemanha, como também na França. A heroína injetada foi consumida por cerca de 5,4 milhões de pessoas na Ásia, 3,3 milhões na Europa e cerca de 1,5 milhões nas Américas. Estima-se que 14 milhões de pessoas injetaram cocaína entre 2003 e 2004. A maioria destas pessoas residia nas Américas (cerca de 8,5 milhões). Destas, cerca de dois milhões viviam na América do Sul. A Europa registrou cerca de 3,5 milhões de consumidores de cocaína, a África 956 mil e a Ásia 260 mil, neste mesmo período (UNODC, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde (2006) estima haver em torno de 200.000 UDIs. Em 2003, mais de 900.000 pessoas foram tratadas para dependência de cocaína, 90% delas nas Américas, sendo que cerca de 60% destas na América do Sul (UNODC, 2005). Globalmente, em torno de 7% dos usuários de cocaína são tratados e cinco em cada 10.000 morrem a cada ano (UNODC, 2005).

Em cada região do mundo, o usuário de drogas injetáveis apresenta-se de acordo com as influências culturais próprias da sociedade em que vive. Sendo assim, há uma diversidade muito grande de perfis sócio-demográficos. Algumas semelhanças, entretanto, foram apontadas em alguns estudos, como o fato da maioria ser homem, com idade entre 20 e 30 anos, solteiros e desempregados como foi obtido no estudo multicêntrico internacional de Malliori *et al.* (1998). Também Wood *et al.* (2004), comparando UDI antes e depois da implantação do *crackdown* em Vancouver, Canadá, encontraram predominância de homens (63%), em sua maioria jovens (média de 39 anos) e em uso de injetável há cerca de 13 anos.

Estudo na Tailândia, de Vanichseni *et al.* (2004), recrutou UDIs para participarem da fase III do estudo de vacina para o HIV, comparando a *coorte* de UDIs com os recrutados para o ensaio. Os autores encontraram quase que exclusivamente homens (93,4%), sendo a média de idade de 28,8 anos para os que pertenciam à *coorte* e de 31,3 anos para os que foram recrutados para o ensaio. A maioria tinha nível educacional secundário e mais da metade tinha história de encarceramento. Outro estudo com usuários de drogas realizado no Paquistão, por Ahmed *et al.* (2003), informou que 99,8% eram homens, com média de idade de 32 anos e a maioria solteira (66%). No Brasil, os estudos realizados com UDIs confirmaram essas mesmas características: homem, jovem, solteiro, desempregado e com história de encarceramento (Bastos *et al.*, 2005; Caiaffa, 2001; Fonseca *et al.*, 2000, 2002, 2003; Bastos & Coutinho, 1997; Carvalho *et al.*, 1996; Telles & Bastos, 1995).

Apesar de que os estudos com usuários de drogas ainda são relativamente escassos, no entanto, alguns deles apresentaram uma relação positiva entre pobreza, marginalização ou exclusão e maior nível de consumo e adição às drogas (Brito *et al.*, 2000; Szcwarcwald *et al.*, 2000; Bastos & Szcwarcwald, 2000; Parker & Camargo Jr, 2000). Outros estudos focaram a exclusão socioeconômica e sociocultural produzida pela droga (Bastos & Coutinho, 1997; Buchalla, 1995). Outros já se centraram na pré-existente exclusão socioculturais, econômicas e psicológicas, que facilitam o hábito do uso de drogas (Lima, 1997). A partir desses estudos conclui-se que é difícil determinar com clareza a relação de causalidade entre drogas e problemas sanitários, psicológicos e sociais.

No âmbito da epidemia de aids, para conhecer e entender sua dinâmica social é fundamental o estudo de condições sócio-econômicas, práticas sexuais, uso de drogas injetáveis e problemas

relacionados às infecções sexualmente transmissíveis (IST), além da realização de exames sorológicos para a infecção pelo HIV (Farias & César, 2004; Fonseca *et al.*, 2003). Szwarcwald *et al.* (2000), com o objetivo de analisar os dados da “*Pesquisa Comportamental de Conscritos do Exército Brasileiro*”, realizada em 1998, reforçou a hipótese de pauperização da aids no Brasil, no sentido de que os jovens de mais baixo nível socioeconômico passaram a ser os mais suscetíveis à infecção pelo HIV.

O interesse no estudo do UDI ampliou-se a partir da epidemia de aids. Globalmente, estima-se que cerca de 5 a 10% de toda infecção pelo HIV seja atribuída ao uso de droga injetável, principalmente pelo uso de equipamento de injeção contaminado (WHO/ UNAIDS/ UNODC, 2004). A prevalência do HIV em UDIs, considerando o período de 1998 a 2003, foi acima de: 42% na América do Norte, 80% na América do Sul e 92% no Sul e sudeste da Ásia segundo *Monitoring the Aids Pandemic* (2004).

A partir de 1982, desde que se registrou o primeiro caso de aids entre UDIs no Brasil, o número de casos cresceu ano a ano. Por exemplo, em 1985, representava 2,7% do total de casos, crescendo para 18,2% em 1990 (MS, 2002). A partir do ano de 2000, porém, começou a decrescer de 19% para 14% em 2001 (MS, 2002). De acordo com o Ministério da Saúde, houve redução em 49% nos casos de aids em UDIs, entre 1993 e 2002 (MS, 2005). Essa redução foi atribuída à atuação dos Projetos de Redução de Danos (PRD).

Entretanto, com relação aos aspectos acima mencionados, foi justamente o contrário o que ocorreu em Vancouver, Canadá. Os Programas de Trocas de Seringas (PETs), introduzidos em 1988, embora tenham registrado redução na infecção pelo HIV (2%), foram surpreendidos, no entanto, a partir de 1994, com uma elevação brusca para 7%, em um prazo de 18 meses, nos UDIs freqüentadores dos PETs (Bruneau *et al.*, 1997). Esse fato chamou a atenção da saúde pública para a dupla exposição do UDI relativa, tanto ao compartilhamento de equipamentos de injeção, quanto aos comportamentos sexuais de risco, introduzindo a necessidade de intervir no aspecto comportamental referente ao sexo.

Além de apresentarem taxas elevadas de infecções diversas, pela dupla exposição, os UDIs estão expostos a outros perigos, como overdose e obstrução de vasos sanguíneos que podem levar a morte prematura (Bastos & Coutinho, 1997). Bastos *et al.* (2005) destacaram os UDIs

como elemento chave na propagação e extensão rápida de epidemias, devido à natureza fortemente interativa de suas redes sociais, as taxas de infecção elevadas de tais redes e seu relacionamento freqüente com outras redes de risco, tais como pessoas envolvidas no tráfico de drogas e na prostituição.

Devido à característica multifatorial da transmissão do HIV, mesmo com a atenção da vigilância epidemiológica, ocorreram surpresas no comportamento da epidemia de aids. Um exemplo foi a transmissão vertical das mães para seus filhos, que revelou tardiamente a entrada da mulher na epidemia, sendo que a maioria destas eram casadas e não usuárias de drogas injetáveis (Sanches, 1999). Em estudos com mulheres vivendo com HIV/Aids, as relações estáveis e a parceria fixa foram as vias de infecção para a grande maioria delas (Santos, 1994; Barbosa & Vilela, 1996; Grimberg, 2000; Chiroba, 1997; Bastos, 2000; Santos, 2001).

Nesta tese, será apresentado um estudo epidemiológico com UDIs, para conhecer seu perfil sócio-demográfico e de saúde, além de comparar mulheres e homens nos aspectos comportamentais de iniciação ao uso de drogas injetáveis, prática sexual, uso de drogas de maneira geral e infecção pelo HIV. A proposição deste estudo justifica-se tanto pela importância de traçar o perfil epidemiológico dos UDIs, quanto pelo crescimento da exposição feminina, pela via sexual e de uso de droga injetável (UNAIDS, 2004).

Além disso, crescem as evidências da importância das circunstâncias da iniciação ao uso de drogas injetáveis, em mulheres, quanto ao risco de soroconversão ao HIV. A necessidade de ajuda para se injetar, seja por seus parceiros sexuais ou por outras mulheres, além da dependência para adquirir as drogas, têm sido associadas a soroconversão ao HIV (Spital *et al.*, 2002; Doherty *et al.*, 2000a; Dwyer *et al.*, 1994). Igualmente, alguns estudos demonstram que mulheres com parcerias sexuais regulares, aquelas com companheiros UDIs ou aquelas que obtêm drogas em troca de sexo, têm maior chance de estarem infectadas pelo HIV (Dwyer *et al.*, 1994; Astemborski *et al.*, 1994).

A seguir, será apresentada breve revisão da literatura, enfocando aspectos históricos e epidemiológicos do uso de drogas, de maneira geral, e de drogas injetáveis, em particular, a

epidemia de aids e a assistência preventiva atual. Nos itens subseqüentes, serão apresentados objetivos, métodos, resultados, discussão, conclusões e recomendações.

Esse estudo já resultou em artigo publicado sobre as características de mulheres e homens UDIs na Revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo C).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO USO DE DROGAS

“A droga atravessa fronteiras em proporções incalculáveis. Multiplica seus soldados que, na nova era moderna, mostram suas novas armas que atiram para matar. A guerra agora passa a ser outra e a pólvora não é colocada mais no cartucho, mas nas veias e nas narinas dos soldados que são heróis suicidas. É o chamado herói morto. Sua bravura é contra ele mesmo, em nome do amor, ou de qualquer outra coisa, ele se mata”.

Joaquim Baçu

Atualmente, droga é qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro alterando o psiquismo. Podem ser classificadas em diferentes grupos. No primeiro grupo, estão drogas que diminuem a atividade do cérebro, são as depressoras da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), como álcool, heroína, tranqüilizantes, benzodiazepínicos e inalantes. No segundo grupo, estão aquelas que aumentam a atividade do cérebro, são as estimulantes da atividade do SNC, por exemplo, cocaína. No terceiro grupo, estão drogas que agem modificando qualitativamente a atividade do cérebro, ou seja, o cérebro passa a funcionar fora do normal e a pessoa fica com a mente perturbada, são as drogas perturbadoras da atividade do SNC ou alucinógenas, tais como a maconha e o LSD (Ácido Lisérgico). Ainda existem as chamadas drogas de ação mista, como anfetaminas, meta-anfetaminas, êxtase, e alguns medicamentos anticolinérgicos. (CEBRID, s/d; Escohotado, 1997; Noto & Galduróz, 1999; Alves *et al.*, 2003).

Tendo em conta registros de épocas passadas, o uso de alguma droga sempre esteve presente de várias formas no cotidiano dos povos (Bucher, 1995). Esta presença envolvia usos diversos, dependendo da época, da região, dos costumes e da necessidade. O uso de uma determinada substância psicoativa, pode ser proibido em determinado local e não ser em

outro. Além disso, fatores situacionais, ritualísticos, recreativos, medicinais, terapêuticos, sociais, interpessoais, dentre outros, estão presentes no consumo de drogas.

O uso de opiáceos é descrito desde a antiguidade, sendo encontradas referências em documentos egípcios, gregos e persas de mais de 6.000 anos (Gold, 1993). Atualmente, a heroína é a droga mais comum nos países asiáticos e orientais, incrementada pelo cultivo e tráfico cada vez maior (ONU, UNODC, 2005). Nos Estados Unidos, estima-se que uma em cada 400 pessoas abusa de opiáceos, sendo que a prevalência de dependência de heroína é menor do que 1%. (Langendam *et al.*, 2001).

Registros arqueológicos revelaram que os primeiros indícios sobre o consumo de álcool pelo homem datam de aproximadamente 6.000 anos a.C (WHO, 1999), mas foi somente na Idade Média, com o advento do processo de destilação, que o álcool foi introduzido na Europa pelos árabes. Naquela época, era considerado remédio para todas as doenças (CEBRID, s/d). A partir da revolução industrial, registrou-se aumento na oferta deste tipo de bebida, o que resultou em um maior número de pessoas com problemas devido ao seu uso excessivo (Clark, 1981; Cherpitel, 1993). Hoje, cerca de 50% da população adulta mundial usa álcool (UNODC, 2005). No Brasil, entre estudantes do 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras, 65% dos entrevistados consumiam álcool, tendo iniciado o uso entre os dez e doze anos de idade (Galduróz *et al.*, 1997).

A planta *cannabis sativa* (cânhamo da Índia), a popular maconha, tem seus efeitos medicinais e euforizantes conhecidos há mais de quatro mil anos. Na China, existem registros históricos das suas ações medicinais desde o século III a.C (CEBRID, s/d; Talbott *et al.*, 1992; Alves *et al.*, 2003). Atualmente, a maconha é a droga mais usada mundialmente. Estima-se que cerca de 160 milhões de pessoas usaram maconha no ano de 2004 (UNODC, 2005). Nos EUA, 40% da população já experimentou pelo menos uma vez na vida (Gold, 1993). No Brasil é também a droga mais utilizada, costumando preceder o uso de outras drogas, como a cocaína e o crack (Sanchez & Sanchez, 1982; Magalhães *et al.*, 1991; Galduróz *et al.*, 1997, 1999, 2000).

O uso da planta tabaco (*nicotiana tabacum*) surgiu aproximadamente no ano 1.000 a.C, nas sociedades indígenas da América Central (US, 1988; CDC, 1993). A partir do século XVI, foi introduzida na Europa por Jean Nicot, para fins curativos. Sendo usado através do cachimbo,

difundiou-se até à África e à Ásia, no século XVII. No século seguinte, surgiu a moda de aspirar tabaco em pó (rapé) para aliviar enxaquecas e outros males físicos. No século XIX, iniciou-se o uso de charuto na Espanha, Estados Unidos e demais continentes como sinal de opulência. Por volta de 1840 a 1850, surgiram as primeiras descrições de uso de cigarros, apresentando expansão após a Primeira Guerra Mundial (CEBRID, s/d). Espalhou-se por todo mundo a partir de meados do século XX, com técnicas de publicidade e marketing (Castelões, s/d). A partir da década de 60, surgiram os primeiros relatórios científicos comprovando os malefícios do tabaco à saúde (Cebriid, s/d; OMS, 1974). Cerca de 30% da população mundial é dependente do cigarro (UNODC, 2005). Estima-se que 60% daqueles que venham a fumar por mais de seis semanas irão continuar fumando por mais 30 anos e que 30% a 50% das pessoas que começam a fumar criam dependência decorrente do uso problemático (US, 1988; Alves *et al.*, 2003).

A cocaína é um alcalóide extraído das folhas da coca (*erythroxylon coca*), que é uma planta nativa encontrada exclusivamente na América do Sul. Os países produtores são Colômbia, Peru e Bolívia, que cultivaram em 2005, 54%, 30% e 16%, respectivamente (UNODC, 2006). A folha é costumeiramente mascada e utilizada comercialmente, sob a forma de chá, para compensar as altas altitudes (Negrete, 1992). Quando tratada com solventes e ácido clorídrico, produz a pasta de cocaína (sulfato de cocaína, que pode ser fumado), da qual é retirado o cloridrato de cocaína, produto final em pó que pode ser cheirado ou injetado. Da pasta, resultam dois subprodutos: o *crack* e a *merla*, que podem ser fumados (UNODCCP, 2001).

A cocaína e o *crack* são consumidos por 0,3% da população mundial, cerca de 14 milhões de pessoas (UNODC, 2005). A maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%). No Brasil, cerca de 2% e 0,2% dos estudantes brasileiros já usaram cocaína e *crack*, respectivamente, pelo menos, uma vez na vida (Galduróz *et al.*, 1997). Em São Paulo, no mesmo levantamento, o uso na vida de cocaína atingiu 2,1% da população, constituindo-se na terceira substância mais utilizada, após a maconha (6,6%) e os solventes (2,7%). O consumo de *crack* ao longo da vida foi de 0,4% (Galduróz *et al.*, 2000).

As anfetaminas foram sintetizadas na década de 30 para tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e, atualmente, tratam também a narcolepsia e a obesidade (Ellenhorn *et al.*, 1997). Nos últimos 20 anos, anfetaminas modificadas têm sido sintetizadas em

laboratórios clandestinos para serem utilizadas com fins não-médicos. Entre estas, a metilenedióxi-metanfetamina (MDMA), denominada *ecstasy*, é a mais conhecida e utilizada no Brasil (Laranjeira *et al.*, 1996; Ribeiro & Marques, 2003). Globalmente, em 2004, oito milhões de pessoas utilizaram o *ecstasy* (UNODC, 2005). No Brasil, um estudo com adultos no sul do país mostrou uma prevalência de 1,3% de usuários de anfetaminas, sendo que 80% destes possuíam prescrição médica para consumir esta substância, principalmente destinada à inibição de apetite (Lima *et al.*, 1998). Entre estudantes, o uso das anfetaminas é eminentemente feminino, provavelmente com o intuito de perder peso (Galduróz *et al.*, 1997).

Durante a década de 70, os benzodiazepínicos (BDZs) foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos, como uma opção segura e de baixa toxicidade (Nastasy *et al.*, 2003). No final da década passada, os pesquisadores começaram a detectar potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias (Holden *et al.*, 1994; Ferreira & Laranjeira, 1998; Laranjeira, 2003). Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos (UNODC, 2005). A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos (Holden *et al.*, 1994). Atualmente, um em cada dez adultos recebe prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, a maioria desta feita por clínicos gerais (Ribeiro *et al.*, 2003a).

Os inalantes não possuem qualquer finalidade clínica, exceto o éter e o clorofórmio, já utilizados como anestésicos gerais. São compostos de hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos, facilmente voláteis, presentes numa série de produtos, tais como aerossóis, vernizes, tintas, propelentes, colas, esmaltes e removedores (Pandina & Hendren 1999). No Brasil, os solventes estão entre as drogas mais usadas por estudantes de escolas públicas (Noto *et al.*, 1993; 1998; Galduróz *et al.*, 1997) e entre adolescentes de baixa renda (Carlini-Cotrim & Carlini, 1987).

Com a aceleração dos processos de urbanização e industrialização, a partir do século XIX, vários tipos de drogas passaram a ser produzidas em grande quantidade e distribuídas como um produto comercial, a maioria de forma clandestina (Velho, 1997; Edwards, 1997), mas foi somente no século XX que o uso e abuso de drogas se tornou um fenômeno internacional e de larga escala (Inem & Acselrad, 1993; Bucher, 1995, 1998; Velho, 1997). De acordo com a

UNESCO (2002), da década de 60 em diante, o uso da droga para objetivos não-médicos e não-científicos começou a se difundir entre jovens e adolescentes, configurando-se como uma verdadeira epidemia, de dimensões intercontinentais (McNeill, 1991).

De país considerado rota de tráfico, o Brasil tornou-se um grande consumidor de drogas (Bucher, 1992; Escohotado, 1997; Dunn & Laranjeira, 1999). A maconha, com produção nacional e importada, e a cocaína, em forma de pó ou de pedra, toda importada dos países Andinos, são as drogas de produção agrícola mais consumidas no país (Sanchez & Sanchez, 1982; Mesquita, 2001).

O início do uso nocivo da cocaína, no Brasil, pode ser inferido através de notícias em jornais antigos, que informavam que, entre 1921 e 1924, dezesseis casos relacionados com a cocaína foram tratados em serviços especializados e, entre 1925 e 1931, vinte e duas apreensões de cocaína foram realizadas, sendo a maior delas de 230 gramas (Carlini *et al.*, 1993). Em meados dos anos 80, a cocaína reapareceu com toda força, como droga psicoativa (Carlini-Cotrim, 1987; Carlini-Cotrim, 1991; Carlini *et al.*, 1993). Desde então, novos padrões de consumo e apresentações da substância foram introduzidos (Dunn & Laranjeira, 1999; Observatório Europeu de drogas e toxicodependência, 2002). Hoje, o uso da cocaína atinge todos os estratos sociais, principalmente na forma do *crack* e da *merla* (Wallace, 1991; Scivoletto & Andrade, 1999), cuja disseminação foi facilitada devido ao menor custo (Ribeiro *et al.*, 2002).

O crescimento do uso de substâncias psicoativas, nas últimas duas décadas, e sua evidente possibilidade de uso abusivo é alvo da preocupação de toda a sociedade, devido ao aumento considerável do consumo das mesmas entre adolescentes e até crianças (Lima, 1997; Drucker, 1999; Galduróz *et al.*, 2004). Considera-se abuso de drogas, a auto-administração repetida de substância com este potencial (todas as anteriormente apresentadas), com conseqüente ocorrência de tolerância, síndrome de abstinência e comportamento compulsivo de consumo (APA, 1994). Tolerância é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir o efeito desejado (APA, 1994). O conceito atual de dependência química é descritivo, baseado em sinais e sintomas e aponta para a existência de diferentes graus de dependência, rejeitando, portanto, a idéia dicotômica (dependente e não-dependente), que era preconizada em décadas passadas (Néri Filho, 1995; Edward *et al.*, 1999).

A dependência, portanto, é vista como uma síndrome, determinada a partir da combinação de diversos fatores de risco, aparecendo de maneiras distintas em cada indivíduo. Quando o consumo se mostra compulsivo, destinado a evitar os sintomas de abstinência e a intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e ou psicológicos, fala-se em *dependência* (Tancredi, 1982).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1993) define uso nocivo como “um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde”, podendo ser esse de natureza física ou mental. A dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma substância. O diagnóstico de dependência consiste na obtenção de três perfis básicos: 1) padrão de consumo e a presença de critérios de dependência; 2) gravidade do padrão de consumo e como ele complica outras áreas da vida; e 3) motivação para a mudança.

Uma das maiores dificuldades para médicos, especialistas e familiares é determinar quando o uso de drogas torna-se abusivo. Como tentativa de colaborar com esta questão, o CEBRID apresentou a seguinte classificação para o uso de drogas (Noto *et al*, 1998):

- uso na vida – uso pelo menos uma vez na vida;
- uso no ano - uso pelo menos uma vez nos últimos doze meses;
- uso recente ou no mês – pelo menos uma vez nos últimos trinta dias;
- uso de risco – padrão de uso que implica alto risco de dano à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica;
- uso prejudicial – padrão de uso que já está causando dano à saúde física ou mental;
- não-usuário – nunca utilizou drogas;
- usuário leve – utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana;
- usuário moderado – utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês;
- usuário pesado – utilizou drogas diariamente durante o último mês.

Como pode ser constatado pelas colocações anteriores, o uso de drogas pela sociedade, principalmente pelos segmentos mais jovens, é cada vez mais freqüente. O primeiro uso de

drogas reflete aspectos diversos do desenvolvimento do indivíduo, que vão desde questões pessoais, culturais, sociais, familiares até questões de sobrevivência, mediada pelo tráfico de drogas. Em todas as classes sociais, o uso de drogas caracteriza um ritual de passagem, da infância para a vida adulta. Para alguns jovens, restringe-se ao uso do álcool e do cigarro. Para outros, entretanto, envolve a curiosidade, a aventura, o desejo de correr riscos, através de drogas de uso controlado (Papalia & Olds, 2000).

Zinberg (1984) desenvolveu um estudo onde verificou que há uma larga escala de padrões de uso. Alguns indivíduos podem manter o uso de drogas sob controle, evitando os efeitos destrutivos, o uso excessivo ou o abuso. Ele supõe que este controle possa se dar por meio de sanções e/ou rituais próprios do indivíduo, ou mediados pelo meio ambiente social e familiar. Geralmente, o uso de drogas é feito em grupos, nos quais existe a presença de um usuário já experiente que incentiva e “apresenta” a droga ao iniciante (Papalia & Olds, 2000). De acordo com a motivação e outros fatores sócio-culturais, o uso pode aumentar de frequência causando dependência (Zinberg, 1984; Paiva, 1988). O uso indevido de drogas, na maior parte das vezes, é sintoma de que alguma coisa não vai bem com o jovem, seja no âmbito pessoal, escolar ou familiar (Gonçalves, 2001).

A OMS (1974) descreveu os principais motivos para a experimentação de drogas:

- a. satisfação de curiosidade a respeito dos efeitos das drogas;
- b. necessidade de participação em um grupo social;
- c. expressão de independência;
- d. ter experiências agradáveis, novas e emocionantes;
- e. melhorar a “criatividade”;
- f. favorecer uma sensação de relaxamento;
- g. fugir de sensações/vivências desagradáveis.

Ainda segundo a OMS (1981), os principais fatores de risco para o consumo são:

- a. indivíduos sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas;
- b. com uma saúde deficiente;

- c. insatisfeitos com sua qualidade de vida;
- d. com personalidade deficientemente integrada;
- e. com fácil acesso às drogas .

A UNESCO (2005) propõe a seguinte classificação para usuários de drogas:

- a. Usuário Ocasional: utiliza uma ou várias substâncias, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais;
- b. Usuário Habitual ou "Funcional": faz uso freqüente, ainda controlado, mas já se observa sinal de rupturas;
- c. Usuário Dependente ou "Disfuncional" (toxicômano, drogadito, dependente químico): vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, marginalização e isolamento.

As leis contra o uso e o tráfico de drogas elevam o preço das drogas em geral, ocasionando a necessidade do usuário dependente apelar para as drogas mais baratas. As drogas injetáveis apresentam-se como uma alternativa mais viável para a população de baixo nível socioeconômico, porque são as mais baratas, comparativamente às outras formas de apresentação, e seu efeito é mais intenso e mais rápido (Malliori *et al.*, 1998). Estes fatores são reafirmados, quando se constata que a vasta maioria dos UDIs pertence aos estratos sociais mais pobres (Bastos *et al.*, 2001). De maneira geral, a heroína é a droga de eleição para injetar, em quase todas as partes do mundo. No entanto, nos países da América do Norte e principalmente na América do Sul, a cocaína é mais comum do que a heroína (Negrete, 1992). Particularmente no Brasil, a cocaína é a droga preferida para injetar (Carlini *et al.*, 1993, Dunn *et al.*, 1996).

2.2. EPIDEMIA DE AIDS

“...a emergência e re-emergência de doenças no mundo atual estão fortemente potencializadas pela interação dos fenômenos da degradação sócio-ecológica, interesses econômicos, deterioração dos programas de saúde pública, globalização e transformação rápida de padrões de comportamentos sociais, além do impacto da pandemia de Aids”.

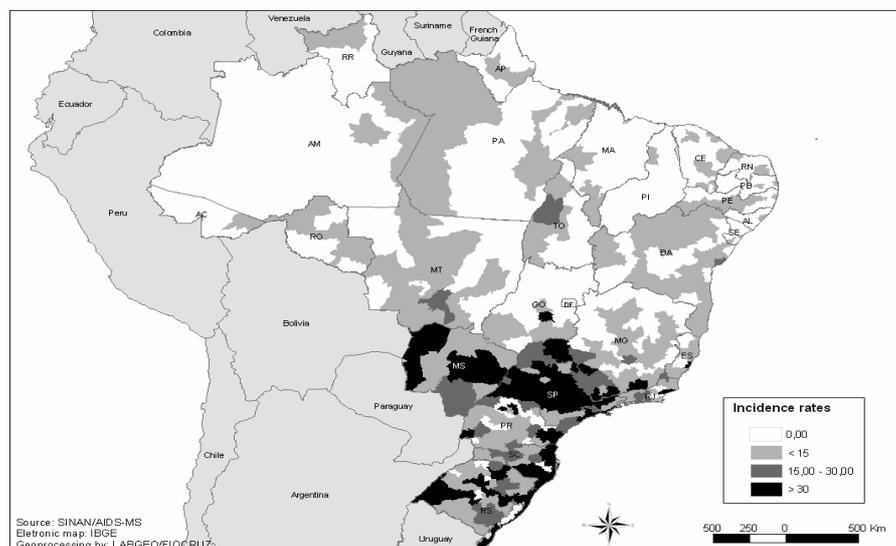
Marli B. M. de Albuquerque Navarro e colaboradores

O uso regular de drogas injetáveis não causa danos somente aos usuários, mas também ao círculo social no qual estão envolvidos e, em algumas circunstâncias, à sociedade como um todo. Esses danos incluem o risco de overdose e de transmissão de doenças infecto-contagiosas (HIV, hepatite e outras doenças transmitidas por via sanguínea) por meio do compartilhamento de seringas contaminadas e de prática sexual sem proteção (Bastos, 1996).

Desde o início da epidemia de aids, o UDI teve um papel chave na propagação do vírus HIV e de outras infecções transmitidas pelo sangue em todo o mundo (Aceijas *et al.*, 2004; Malliori *et al.*, 1998; Bruneau *et al.*, 1997; Bastos & Coutinho, 1997; Barcelos & Bastos, 1996). Conforme o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, existem no mundo aproximadamente 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids. Esse número, em crescimento, inclui os 4,9 milhões estimados de pessoas que adquiriram o HIV durante o ano de 2004 (UNAIDS, 2004). Aumentos mais marcantes ocorreram em regiões da Ásia e Europa Oriental (50%) e da Ásia Central (40%). A África Subsaariana é a região mais afetada, com aproximadamente dois terços do total mundial (25,4 milhões de pessoas com o HIV), desse número, três quartos são do sexo feminino (UNAIDS, 2004).

No Brasil, já foram notificados cerca de 371 mil casos de aids (MS, 2006). Este número representa as notificações feitas desde a identificação do primeiro caso de aids, em 1980, até junho de 2005. Do total de casos, mais de 80% concentram-se nas Regiões Sudeste e Sul, como pode ser observado no mapa a seguir, que apresenta a incidência acumulada de aids por 100.000 habitantes, entre 1984 e 2000 (Hacker *et al.*, 2006). Entretanto, o Sudeste é a região mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de incidência, mostra moderada estabilização desde 1998. Na região Sul, observa-se aumento das taxas de incidência de casos até 2003, apresentando queda da taxa em 2004 (MS, 2006).

Figura 1 – Incidência acumulada de aids (por 100.000 habitantes) entre UDIs no Brasil, 1984-2000.



Desde sua identificação, a aids no Brasil tem se configurado como sub epidemia, tendo atingido, de forma bastante intensa, os UDIs e os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e, no início da década de 80, os indivíduos que receberam transfusão de sangue e hemoderivados. A taxa de incidência de aids mantém-se, ainda, em patamares elevados (19,2 casos por 100 mil habitantes), basicamente devido à persistência da tendência de crescimento entre as mulheres, nas quais observa-se, após 1998, a tendência à estabilidade entre aquelas na faixa de 13 a 24 anos, com elevação persistente em praticamente todas as outras faixas etárias. Por outro lado, apresentou declínio em menores de cinco anos e no sexo masculino, com redução das taxas de incidência nas faixas etárias de 13 a 29 anos e crescimento nas faixas posteriores, principalmente entre 40 e 59 anos. Observou-se também, para o sexo masculino, estabilidade na proporção de casos devido à transmissão homo/bissexual, aumento proporcional da heterossexual e redução importante e persistente dos casos em usuários de drogas injetáveis (MS, 2005). Os 75% dos estimados 200.000 UDIs no Brasil, segundo o último Boletim Epidemiológico de DST/Aids (2005), agora estão usando seringas esterilizadas. Contudo, em algumas áreas, de acordo com o mesmo Boletim, os UDIs ainda representam, pelo menos, a metade de todos os casos de aids.

Em 2004, pesquisa de abrangência nacional estimou que, no Brasil, cerca de 593 mil pessoas, entre 15 a 49 anos de idade, vivem com HIV e aids (61%). Deste número, cerca de 204 mil são mulheres e 389 mil são homens. A mesma pesquisa mostrou que cerca de 91% da população brasileira de 15 a 54 anos apontaram a relação sexual como forma de transmissão do HIV e 94% relataram o uso de preservativo como forma de prevenção da infecção. O conhecimento é maior entre as pessoas de 25 a 39 anos, entre os mais escolarizados e entre as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste. Os indicadores relacionados ao uso de preservativos mostraram que aproximadamente 38% da população sexualmente ativa usaram preservativo na última relação sexual, independentemente da parceria. Este número chegou a 57%, quando se consideraram apenas os jovens de 15 a 24 anos. O uso de preservativos na última relação sexual com parceiro eventual foi de 67%, não havendo informação para parceiro regular. A proporção comparável em 1998 foi de 63,7% (MS, PN DST/Aids, Fiocruz & CDC, 2004).

O país acumulou cerca de 172 mil óbitos por aids até dezembro de 2004. Até 1995, a curva de mortalidade acompanhava a de incidência de aids, quando atingiu a taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes. Após a introdução da política de acesso universal ao tratamento anti-retroviral, observou-se queda na mortalidade. A partir de 2000, evidencia-se estabilização em cerca de 6,3 óbitos por 100 mil, embora essa tendência seja bem mais evidente na Região Sudeste e entre os homens. Além disso, entre 1993 e 2003, observou-se um aumento de cerca de cinco anos na idade mediana dos óbitos por aids, em ambos os sexos, refletindo um aumento na sobrevivência dos pacientes (MS, 2005).

Além dos aspectos mencionados, o Ministério da Saúde (MS, 2005) indicou o crescimento da proporção de óbitos por aids nas categorias de raça/cor preta e parda, em ambos os sexos, entre 1998 e 2004, expondo a iniquidade no acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoces das populações menos favorecidas sócio-economicamente. A baixa escolaridade parece ajudar na disseminação do vírus, notando-se uma maior incidência da doença (46,3%) em pessoas com menos de sete anos de estudo (MS, 2005).

De maneira geral, as mulheres são mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (IST) do que os homens por razões sociais, culturais e fisiológicas, e as taxas de infecção são atualmente mais elevadas entre elas (Ribeiro Filho, 1997). Segundo UNAIDS/UNFPA/

UNIFEM (2004), quase metade das 40 milhões de pessoas vivendo com HIV são mulheres (cerca de 17 milhões). Em muitos países da Ásia, como Indonésia, China, Laos, Tailândia, Mianmar, Irã, Vietnã, Tailândia, Laos, Camboja, Hong Kong, Macau, Paquistão, Afeganistão e Bangladesh, o uso de drogas tornou-se um dos maiores aceleradores da epidemia do HIV, ocorrendo elevação de mulheres que injetam drogas, como também de mulheres com parceiros sexuais que são UDIs (Reid & Costigan, 2002).

A aids também apresenta maior crescimento entre as mulheres em quase todos os países do mundo (UNFPA, 2005). No Brasil, a aids atingiu 15 casos por 100 mil mulheres (MS, 2005). A razão entre os casos masculinos e femininos continua decrescente, ficando em 15 casos masculinos para cada 10 femininos (ou 1,5:1). A velocidade da expansão da aids tem decrescido entre homens das grandes cidades, entretanto, UDIs e suas parcerias continuam afetados de modo desproporcional (Brito *et al.*, 2000b; Szcwarwald *et al.*, 2000b). A feminização da epidemia é um fenômeno mundial, mas em nenhum outro lugar, esta foi tão rápida, quanto no Brasil (Panos Dossiê, 1993; Parker e Galvão, 1995; Barbosa e Villela, 1996; MS, 1997; 2001; 2003). Até dezembro de 2001, 31,7% do total de casos notificados em mulheres eram atribuídos à parceria sexual com UDIs (MS, 2003), conforme o que acontece em outros países (Santos, 2001). Além disso, nota-se a expansão do número de casos, principalmente daquelas mulheres na faixa etária de 25 a 49 anos, pobres e residentes nas periferias urbanas e cidades do interior com menos de 100 mil habitantes (MS, 2005).

No documento “*Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*” - há um capítulo que define gênero como “conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher” (Brasil, 2004: p. 12). Nesse mesmo documento, há um capítulo intitulado “Breve diagnóstico da situação de saúde da mulher no Brasil”, em que analisa, entre outras questões, as DST/HIV/Aids, sem incluir o impacto do uso de droga injetável na saúde da mulher, seja ela UDI ou parceira de UDI. Nesse mesmo capítulo, na parte que analisa a situação da mulher em situação de prisão, é citado o fato de que o tráfico de drogas é o delito com maior incidência entre as mulheres (43,8%), de acordo com informações da Secretaria de Administração Penitenciária de São Paulo, referentes a setembro de 2003. Também é enfatizado que o número de HIV-soropositivas entre as mulheres presas (6,3%) é o dobro da dos homens na mesma situação (Brasil, 2004). Não há, porém, em nenhum momento, referência ao uso de droga injetável.

Diferenças de gênero poderiam exercer papéis distintos na determinação dos riscos à infecção pelo HIV. Na Argentina, Grimberg (2000) analisou diferenças de gênero em mulheres vivendo com HIV, sugerindo que estas mulheres foram infectadas tanto por relações sexuais não protegidas, quanto pelo compartilhamento de seringas. No Brasil, em estudo feito no Rio de Janeiro e Santos, observou-se que entre os homens UDIs poderia ocorrer uma pressão maior dos pares para o compartilhamento em grupo do material para injeção, enquanto que entre mulheres, ocorreria mais frequentemente o uso privado da droga injetável junto com o parceiro sexual (Bastos, 1996).

Como mencionado anteriormente, diversos estudos sugerem que parte expressiva de mulheres com aids têm parceiros fixos e, muitas vezes, únicos, os quais seriam homens com multiparceria (hetero ou bissexual), usuários de drogas e/ou soropositivos (Santos, 1994; Guimarães, 1996; Barbosa & Villela, 1996; Knauth, 1999). Entretanto, estes estudos não tratam diretamente da mulher que usa droga injetável. De fato, são poucos os estudos que investigam mulheres usuárias de drogas injetáveis. O estudo de Whynot (1998) procurou preencher esta lacuna e analisou o contexto social das mulheres UDIs no Canadá, concluindo que há muitos fatores contextuais ligados, principalmente, ao papel desempenhado pelas mulheres nas redes de injeção, que aumentam o risco destas mulheres ao HIV. Esta autora destacou o direito das mulheres UDIs de receberem a mesma atenção das políticas públicas que as mulheres não UDIs.

2.3. ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS AO USO DE DROGAS

“Com a difusão da epidemia a segmentos populacionais de mais difícil acesso, como os UDIs, ou de problemática ou impossível delimitação, como as pessoas infectadas em virtude da transmissão heterossexual, será indispensável aproximar-se dos doentes através de recortes sociais outros que não os decorrentes da auto-identificação e mobilização grupal, tais como os projetos de âmbito comunitário, as associações de moradores, as empresas, os sindicatos e as escolas, essas últimas de importância crucial em qualquer esforço propriamente denominado como preventivo”.

Francisco Inácio Bastos e colaboradores

A maior parte dos consumidores de drogas, o fazem sem serem dependentes, mas está aumentando o número dos que se tornam dependentes (Carlini-Cotrim, 1991; Carlini *et al.*, 1993; Cruz, 1996). Além disso, dependentes químicos tratados apresentam recaída de 70%, mesmo com as alternativas terapêuticas consideradas adequadas (Fergusson, 1994; Dunn *et al.*, 1996; Labigalini, 1999; Edward, 1999; Laranjeira *et al.*, 2003). Outros autores também discutem o fracasso das estratégias de abstinência e o baixo êxito dos serviços para dependência (Bastos, 1995; Cruz, 1996; Stannard, 1999; Drucker, 1999).

A proposta atual de enfrentar a questão das drogas através da redução de danos (RD) é uma estratégia preventiva que, segundo a UNAIDS (2005), mostrou resultados positivos na estabilização da epidemia em UDIs em diversos países onde foi implantada, como por exemplo, na Bélgica, Austrália, Alemanha, Suíça, França, Canadá e Brasil. Esta estratégia teve origem na Inglaterra, em 1926, com o Relatório Rolleston, elaborado por uma comissão interministerial, presidida pelo Ministério da Saúde, que estabeleceu o direito dos médicos ingleses de prescreverem opiáceos a adictos dessas drogas, entendendo esse ato como tratamento, e não como gratificação à adição. A prescrição era feita como manejo da síndrome de abstinência, em tratamentos cujo objetivo era interromper o uso da droga. Este procedimento ocorria apenas após inúmeras tentativas ineficazes de tratamento pela abstinência e quando ficasse demonstrado que o paciente não conseguiria manter vida normal e produtiva, sem uma dose mínima de droga administrada regularmente (MS, 2001b).

Com a epidemia de aids, surgiu a necessidade de que, ao usar drogas, as pessoas evitassem os riscos de infecção pelo HIV. Surgiram os Programas de Redução de Danos (PRD), dimensionados de acordo com os riscos de infecções e respectivos danos sociais e à saúde (Mesquita & Bastos, 1994; Friedman & Des Jarlais, 1994; Marques & Doneda, 1998; Bueno, 1998; Marlatt, 1999; Pimenta, 2005). A implantação inicial desse tipo de programa ocorreu na Holanda, em 1984, quando houve uma epidemia de hepatite do tipo B, por compartilhamento de seringas e agulhas, decorrente do uso injetável de drogas. Iniciou-se como um projeto experimental de troca de seringas, em Amesterdã, anteriormente à disseminação do HIV pela mesma via, em meados dos anos 80 (Vester, 1998).

Desde então, países como Austrália, Espanha, EUA e Brasil têm implementado o programa de redução de danos (RD) para diminuir o impacto do uso de drogas. Esta estratégia controla

possíveis conseqüências do consumo de psicoativos, sem necessariamente, interromper o seu uso (Wodak, 1994). A redução de danos pode ser definida como uma estratégia pragmática, sem julgamentos quanto ao uso de drogas, mas considerando que a pessoa não quer ou não consegue deixar de usar drogas. Entre a população carente, esta estratégia pode ser a única possibilidade concreta de evitar danos à saúde, tais como, infecções, overdoses e obstruções de veias, que a expõem à morbidade e à mortalidade.

Em 1998, o Brasil presidiu a 9ª conferência internacional para a redução de danos causados por drogas. Esse encontro representou um importante momento de articulação dos profissionais que trabalham com a redução de danos, culminando na criação da Associação de Redução de Danos de São Paulo (APRENDA) e da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA). Ainda no Brasil (ABORDA, 1999), foi fundada em 1998, a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC). Na América Latina, na mesma época, foi criada a Rede Latina Americana de Redução de Danos (RELARD). Atualmente, existem 18 associações de redutores de danos atuantes no país (Pimenta, 2005).

Um componente importante da redução de danos, entre UDIs, é impedir o uso compartilhado de material de injeção, como agulhas e seringas. Sendo assim, um insumo importante na prevenção do compartilhamento é o equipamento de injeção, principalmente para a população mais pobre. No Brasil, a primeira tentativa de troca de seringas foi feita em Santos (SP), em 1989, mas foi fortemente reprimida pela polícia, e não teve continuidade, por decisão judicial. Naquela época, o PRD era visto apenas como local de troca de seringas. Havia um temor generalizado da sociedade de que a estratégia pudesse reforçar o uso de drogas (Mesquita & Bastos, 1998). Nessa mesma ocasião, como tentativa de prevenção de infecções, implementou-se a promoção de um tipo de redução de danos, baseada no uso de hipoclorito de sódio, para a desinfecção de equipamentos de injeção. Essa medida foi abandonada por sua baixa eficácia.

O primeiro PRD a trocar seringas no Brasil surgiu oficialmente, em 1995, em Salvador. Este foi implantado no âmbito do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), um serviço de extensão permanente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, com apoio do Governo Estadual e da Prefeitura Municipal de Salvador. A cidade de São Paulo implantou o seu PRD no mesmo ano, enquanto que a de Porto Alegre, o fez em 1996.

Naquele período, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Banco Mundial e a United Nations on Drugs and Crime (UNDCP), financiou projetos de redução de danos, incluindo, além dos já citados, o do Rio de Janeiro, desenvolvido e implementado em associação com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o de Santos, dentre outros. Porém, somente em 1998, foi sancionada a primeira lei estadual a legalizar a troca de seringas, em São Paulo (Brasil, 2001). A partir de então, o número de PRDs cresceu, espalhando-se por diversas regiões do país. Hoje existem cerca de 143 programas cadastrados junto ao Ministério da Saúde (Fonseca *et al.*, 2006).

Desde a primeira tentativa frustrada de troca de seringas, o Ministério da Saúde envidou esforços para fortalecer a parceria entre os Programas de Saúde Mental, Programa de Hepatites Virais e o Programa Nacional de DST e Aids, objetivando promover a integralidade da atenção e a visibilidade da redução de danos, como uma política de saúde pública. Marco importante para esse intento, foi a Portaria nº. 1.028 de 4 de julho de 2005, estabelecendo diretrizes que orientam a implantação das ações voltadas para usuários de drogas, subsidiando municípios e estados nesta empreitada (Brasil, 2005). A partir desta Portaria, as ações de redução de danos foram incorporadas no âmbito da Saúde Pública e o UDI passou a ter acesso às ações preventivas, disponibilizadas diretamente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, ainda existia um entrave à atuação dos PRDs e outras ações de prevenção, de tratamento e de assistência dirigidas a usuários de drogas: a lei que criminalizava o porte de drogas. Esta questão foi finalmente contemplada com a recém publicada Lei 11.313/2006, em vigor desde 08.10.06. A nova lei inaugurou uma política criminal voltada muito mais para a prevenção do que para a punição. Embora continue proibindo a posse de drogas para o consumo, não mais pune o usuário com privação de liberdade, mas com sanção alternativa, de advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviço à comunidade e comparecimento a programa ou curso educativo (Robaldo, 2006). Além disso, a presente lei reforçou o atendimento do UDI no Sistema Único de Saúde (SUS).

A redução de danos, que no princípio estava voltada para a prevenção de doenças de transmissão sanguínea entre UDIs, progressivamente passou a ser vista pela essência de seus princípios: o respeito aos usuários de drogas, às suas demandas e seu tempo (Marques &

Doneda, 1998; Pimenta, 2005). A flexibilidade, portanto, é a principal característica da RD e seu objetivo é estabelecer vínculo, facilitar o acesso a informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde, utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social, para garantir a qualidade de vida do cidadão que usa drogas. Os redutores de danos orientam os usuários, quanto aos riscos do uso compartilhado de seringas e agulhas; aconselham, informam e encaminham para a testagem anti-HIV e hepatites; distribuem preservativos masculinos e femininos e fazem a troca dos materiais relativos ao uso de drogas injetáveis. O kit de redução de danos inclui estojo de óculos contendo seringas e agulhas sobressalentes, copos para diluição, água destilada, lenços anti-sepsia, preservativos, garrotes, além de folder com orientações sobre RD (MS, 2001b).

Os componentes dos PRDs variam de um país para outro e de um projeto para outro. Um componente de substituição por metadona está presente em quase todos os projetos europeus e australianos, devido à primazia da heroína, mas é raro nos EUA e inexistente no Brasil (Goodfrey *et al.*, 2001). Nos PRDs brasileiros, os principais componentes são: disponibilização de equipamento estéril e descartável; informação, educação e comunicação; aconselhamento e encaminhamento; vacinação contra a hepatite B; advocacia e comunicação social; vigilância epidemiológica; acompanhamento e avaliação (MS, 2001b).

No que diz respeito ao aconselhamento e ao encaminhamento, o procedimento adotado é de considerar, primeiro, o que é pedido pelo usuário de drogas, para depois verificar quais as possibilidades existentes para planejar o acompanhamento. Ou seja, são discutidas várias possibilidades, com combinações em comum acordo, traçando um plano de ação terapêutico inicial (Mesquita & Bastos, 1994; Laranjeira, 1996; Marlatt, 1999). O objetivo é respeitar o momento do usuário, melhorar sua qualidade de vida, ainda que sob o uso de alguma substância psicoativa (Gumucio, 1995; Reduc, 2005). Geralmente, uma das formas de intervenção consiste em propor ao usuário o uso controlado da droga em questão, através de uma escala decrescente de risco, tanto quanto à via de utilização, como quanto à quantidade. Desta forma, o usuário pode deixar o uso descontrolado da droga para um uso mais seguro e menos danoso à sua saúde, por exemplo, passando da cocaína injetável para a aspirada (Reduc, 2005; Marlatt, 1999). Uma outra forma de atuação é chamada de terapia de substituição: heroína pela metadona, cocaína pelas folhas de coca e cocaína em forma de pedra (*crack*) fumada pela maconha fumada (Labigalini *et al.*, 1999; EMCDDA, 2002b). De

acordo com Niel, coordenador do setor de assistência do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), a substituição gradual do uso de drogas, como o *crack*, por outras de efeitos menos nocivos, como a maconha, fez com que 70% dos pacientes inscritos nos programas do PROAD, em 2001, deixassem o vício. Isto ocorreu, tanto com a droga substituída, quanto com a droga substituta, por exemplo, *crack* e maconha, respectivamente (PROAD, 2002).

Durante a 49ª Sessão da Comissão de Narcóticos da Organização das Nações Unidas, em Viena, na Áustria, em março de 2006, o Brasil reafirmou que a política de redução de danos é eficaz para prevenir o HIV em UDIs. No documento apresentado, o Ministério da Saúde defendeu ainda, que a estratégia promove os direitos humanos e a inclusão social dos usuários de drogas (Brasil, 2006). Apesar destas informações, não foram encontrados estudos controlados que comprovem a eficácia dos PRDs em reduzir a infecção pelo HIV.

Fonseca *et al.* (2006), em estudo conduzido para avaliar a operação cotidiana de alguns PRDs brasileiros, apresenta-nos os resultados de pesquisa coordenada pela Organização Mundial de Saúde em 1999/2001, com usuários recrutados em áreas comuns ao uso de drogas, onde foram implantados PRDs. Houve uma substancial redução nas taxas de infecção por HIV no Rio de Janeiro, de 25% para aproximadamente 8%, paralelamente ao declínio das taxas de infecção por outras doenças, como a hepatite B e C. Um declínio similar foi observado em duas outras cidades que constavam do estudo: Santos e Salvador. As razões apontadas para o declínio, nas três cidades observadas, incluíam a saturação desse segmento da população, cujo tamanho era relativamente pequeno e restrito; a transformação dos redutos de compartilhamento e uso de drogas; a mudança espontânea para comportamentos mais seguros; e o papel dos programas de prevenção, ajudando usuários de drogas e reforçando suas mudanças comportamentais em atitudes menos danosas e arriscadas.

Em várias regiões do País, foi reportado um declínio nas taxas de infecção por HIV em UDIs, com relação à população total (Bastos *et al.*, 2005). Além disso, o número de casos de aids prosseguiu em queda constante. Em 1996, os 4.852 casos notificados nessa população específica, considerando homens e mulheres, correspondiam a quase um terço do total de casos de aids registrados. Em 2005, foram registrados 1.418 casos em UDIs, o que representa uma redução de 71% (Brasil, 2006). O último Boletim de aids (Brasil, 2006) indica que há

exceção, quanto a esta redução, na costa do sudeste, possivelmente associada ao tráfico e consumo de cocaína, mais intensos nestas regiões, conforme já havia assinalado, anteriormente, o estudo de Bastos (2000).

O presente estudo pretende contribuir para maior conhecimento do usuário de droga injetável. Particularmente, o UDI atendido por PRD de algumas regiões brasileiras.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo foi conhecer o perfil epidemiológico do UDI participante do Projeto AjUDE-Brasil II, através de variáveis sócio-comportamentais, com ênfase na comparação entre mulheres e homens, verificando a relação entre iniciação ao uso de drogas, uso de drogas, prática sexual e infecção pelo HIV.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1º. Descrever características sócio-demográficas e de saúde.

2º. Comparar mulheres e homens quanto ao perfil sócio-demográfico, de iniciação ao uso de injetável, comportamento sexual e uso de drogas.

3º. No grupo de HIV-soropositivos, comparar mulheres e homens quanto às características sócio-demográficas, perfil de iniciação, uso de drogas injetáveis e comportamento sexual verificando exposições associadas à infecção pelo HIV.

Hipótese: Mulheres estão, mais frequentemente do que os homens, inseridas em situações de risco à infecção pelo HIV, tanto no âmbito da iniciação e compartilhamento de drogas, como no âmbito de suas práticas sexuais.

4 MÉTODOS

Este estudo foi planejado a partir das informações obtidas no Projeto AjUDE-Brasil II, cuja metodologia será brevemente apresentada a seguir. Posteriormente, será apresentado o delineamento do presente estudo.

4.1 FONTE DOS DADOS: PROJETO AJUDE-BRASIL-II

4.1.1 CARACTERÍSTICAS E OBJETIVOS

O Projeto AjUDE-Brasil II foi um estudo soro-epidemiológico seccional e multicêntrico, realizado entre 2000 e 2001, nas cidades de Porto Alegre e Gravataí (RS), São José do Rio Preto (SP), Florianópolis e Itajaí (SC) e Salvador (BA) e coordenado pela Profa. Dra. Waleska Teixeira Caiaffa, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais, orientadora deste estudo (Apêndice A).

O Projeto AjUDE-Brasil-II teve como objetivo avaliar a efetividade das intervenções de Redução de Danos (RD) no controle e/ou prevenção da infecção pelo HIV/Aids e outros patógenos veiculados pelo sangue e estabelecer a situação de base dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs) participantes de seis Projetos de Redução de Danos (PRDs), apoiados pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN DST/Aids) nas cidades mencionadas. Os critérios de seleção dessas cidades foram baseados no nível de estruturação e tempo de funcionamento do PRD, perfil epidemiológico da epidemia de HIV/Aids, padrão e formas de consumo de drogas. Gravataí foi incluída no estudo, porém com financiamento próprio através de convênio entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Prefeitura Municipal daquela cidade (Caiaffa, 2003).

4.1.2 POPULAÇÃO ESTUDADA

Foi composta por indivíduos com 18 anos ou mais e que relatavam uso de drogas injetáveis nos últimos cinco anos, independente da frequência e quantidade. Tais informações eram avaliadas operacionalmente pelo entrevistador, através de perguntas feitas a partir do instrumento de coleta, com o objetivo de melhorar a confiabilidade do critério de

elegibilidade, por exemplo, informação sobre o preparo da droga. Indivíduos que não preenchem os critérios não eram incluídos (Caiaffa *et al.*, 2006).

4.1.3 RECRUTAMENTO

Os entrevistados foram recrutados pelos redutores de danos de cada PRD. A participação era voluntária e foram garantidos sigilo e confidência quanto às informações. Somente o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) teve a identificação do participante, sendo lacrado, imediatamente após ser lido e devidamente assinado na frente do entrevistado pelo entrevistador. Foi guardado na sede de coleta de dados, em local apropriado e seguro. Para aumentar a adesão dos participantes, foi oferecida uma compensação em forma de tíquete alimentação (Caiaffa *et al.*, 2006).

4.1.4 AMOSTRA DO ESTUDO

O recrutamento dos UDIs não institucionalizados foi realizado por meio de uma adaptação da técnica de “amostragem dirigida ao alvo” (*targeted sampling*) (Watters & Biernacki, 1989 apud Caiaffa *et al.*, 2006). Esta técnica, utilizada em estudos de rede social, inicialmente, faz o reconhecimento e descrição das redes de usuários de drogas injetáveis, para depois proceder à amostragem seletiva. No caso específico do Projeto AjUDE-Brasil II, considerou-se que os PRDs conheciam esta rede e estavam aptos a recrutarem os participantes para o estudo.

Foram realizadas 1050 entrevistas com os UDIs participantes dos seis PRDs. Entretanto, dentre estas, foram eliminadas 193 entrevistas, 14 delas que estavam duplicadas, ou seja, que tinham sido realizadas com os mesmos indivíduos, e 179 que pertenciam ao estudo de recaptura (Caiaffa, 2004, p 29). Portanto, para o presente estudo foram considerados 857 indivíduos. A distribuição dos indivíduos por PRD foi a seguinte: 255 de Porto Alegre, 203 de Salvador, 128 de São José do Rio Preto, 115 de Gravataí, 97 de Itajaí e 59 de Florianópolis.

4.1.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Foi utilizado o instrumento do Projeto AjUDE-II, revisado e ampliado a partir da versão desenvolvida no Projeto AjUDE-I (Caiaffa, 2001). Este constava do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) e do questionário estruturado (Apêndice C). O questionário

avaliava dados sociodemográficos, comportamentos quanto ao uso de drogas e práticas sexuais, história de DST e de testagens sorológicas para o HIV e outras infecções veiculadas pelo sangue, condições médicas, utilização de serviços de saúde e outras dimensões da vida desses indivíduos (Caiaffa, 2003).

4.1.6 PROCEDIMENTO

Foi feito um estudo piloto em duas localidades, para testar a operacionalização da pesquisa de campo (transversal). As entrevistas foram feitas face a face, em local escolhido pelo próprio entrevistado. Os entrevistadores eram técnicos previamente treinados e monitorados. Além da entrevista, foi realizada a coleta de sangue em polpa digital, com armazenamento em papel filtro, para posterior diagnóstico pelo método ELISA (ensaio imunoenzimático), das eventuais infecções pelo HIV, vírus da Hepatite C (HCV), vírus da Hepatite B (através da detecção do antígeno – HBsAg), HTLV-I/II (vírus T-linfotrópicos humanos I e II) e sífilis (através do exame VDRL) (Proietti *et al.*, 2001; Caiaffa *et al.*, 2006).

A coleta de dados no campo teve a supervisão contínua do coordenador geral do projeto, assim como dos coordenadores locais dos PRDs e do supervisor geral de campo, para ajustamentos e correções que se fizessem necessários. Os dados coletados (entrevistas e espécimes) foram enviados via *Sedex* para Belo Horizonte, para formação do banco de dados, após revisão e consistência dos mesmos.

4.1.7 QUESTÕES ÉTICAS

O protocolo utilizado no presente estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução MS 196/96 e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer nº 168, de 01/03/1999 (Anexo A).

4.2 DESENVOLVIMENTO DO PRESENTE ESTUDO

4.2.1. VARIÁVEIS SELECIONADAS

- Variáveis demográficas: cidade de coleta das informações, sexo, idade, cor de pele, onde viveu a maior parte do tempo, onde ficou morando nos seis meses prévios à entrevista se não tinha lugar para morar, tempo de moradia.
- Variáveis sociais: escolaridade, curso profissionalizante, estado conjugal, ocupação, fonte de renda, emprego, detenção pela polícia na vida, incluindo quando era menor, cumprir pena ou ser condenado na vida, razão de cumprir pena, machucar em brigas ou ser agredido por causa de drogas na vida, receber cuidados médicos por causa destas agressões.
- Variáveis relativas à saúde: uso do PRD, tipo e tempo de uso, procurar e realizar tratamentos para drogadição e para outros problemas de saúde, tipos de tratamentos, locais de realização, conhecimento de locais onde faz teste HIV, de doença transmitida pelo sangue, de alguém com HIV ou com aids, de formas de prevenção, sobre a doença hepatite, soroprevalência obtida quanto a IST e infecções (HIV, Hepatites B e C, HTLV I e II e Sífilis), se é HIV soropositivo, faz algum tipo de tratamento, se não faz quais os motivos.
- Variáveis referentes aos padrões de comportamento de uso de drogas: idade de início do uso de drogas em geral e de drogas injetáveis, primeira droga utilizada, tempo de uso de injetável, drogas usadas nos seis meses prévios à entrevista, frequência de uso e compartilhamento de agulhas e/ou seringas.
- Variáveis referentes aos padrões de comportamento sexual: idade da primeira relação sexual, frequência e práticas sexuais, parcerias, uso e frequência de preservativos, doenças sexualmente transmissíveis e relações sexuais por drogas.

4.2.2. CONFIABILIDADE DAS INFORMAÇÕES

Dada a qualidade da pesquisa de campo, que incluiu o treinamento prévio dos entrevistadores com supervisão contínua, ficou assegurada a confiabilidade das informações. Além disso, o banco de dados passou por minucioso trabalho de revisão e consistência dos dados.

Teve-se o cuidado de não incluir, na análise de dados, os sujeitos que apresentaram não resposta (NR) a algumas questões, considerando-se apenas os dados com informação. Como consequência, o número total de sujeitos para cada questão variou, o que está indicado nas tabelas de apresentação dos resultados. A ocorrência de NR em algumas perguntas do questionário variou de uma (0,1%) a 63 (7,3%). As questões que apresentaram maior frequência de não resposta foram àquelas relacionadas às detenções e condenações.

4.2.3. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise descritiva incluiu distribuições de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Para comparação de médias, foi utilizado o teste t de Student. A comparação de proporções foi realizada através do teste qui-quadrado de Pearson, calculando-se a medida de força de associação através de razão de chances e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (Schlesselman, 1982). Quando necessário, foi utilizado o teste exato de Fisher. Algumas variáveis, provenientes de perguntas abertas, tiveram suas respostas agrupadas em categorias, de acordo com um eixo temático comum ou semelhante. Foi definido um valor de $p \leq 0,05$ para a análise de significância dos dados (Agresti, 1990).

Modelos de regressão logística foram utilizados para avaliar os efeitos independentes de cada variável potencialmente associada a soroprevalência para o HIV, controlando para fatores de confusão (Hosmer & Lemeshow, 2000). O evento considerado nesta análise foi mulher HIV-soropositiva, comparada com homem HIV-soropositivo. As variáveis associadas ao evento, com valor de $p \leq 0,20$ na análise univariada e que correspondessem ao conhecimento científico sobre o assunto (importância biológica ou epidemiológica da variável para o modelo), foram testadas na análise multivariada, para que possíveis preditoras do evento não fossem excluídas da análise (Hosmer & Lemeshow, 2000).

Foram construídos três modelos: o primeiro modelo com variáveis sócio-demográficas, o segundo com variáveis referentes ao primeiro uso de drogas e o terceiro modelo com variáveis pertinentes às relações sexuais e uso de drogas. Em todos os modelos, foi incluída uma variável referente às cidades dos PRDs de onde o indivíduo foi recrutado, como tentativa de considerar a heterogeneidade dos PRDs, tanto com relação à distribuição do sexo quanto à prevalência do HIV. As variáveis entraram em cada modelo uma a uma, utilizando-se o método *Enter*. Só permanecia no modelo variáveis com $p \leq 0,05$ e plausibilidade biológica. Para confirmar a regressão, utilizou-se o método *backward stepwise condicional*.

Todas as análises foram feitas utilizando o software SPSS 11.5 para Windows. Para plotar os gráficos utilizou-se o software Microsoft Excel, versão 2000.

4.2.4. PODER DE DETECÇÃO

O poder para testar a hipótese de que as mulheres (n=146) estariam mais expostas a comportamentos de riscos do que os homens (n=709) variou de 90,4% a 99,0%, levando-se em conta a menor e a maior proporção de exposição entre homens, considerados como controles, em um hipotético estudo caso-controle (respectivamente 5,3% para a menor e 66,9% para a maior exposição, com a razão de chance respectivas de 2,05 e 6,61) (Schlesselman, 1982). Ressalta-se que o delineamento do estudo foi observacional oriundo de inquérito e não caso-controle, mas o qui-quadrado foi utilizado como estratégia de análise de proporções, como é feito em estudos caso-comparação.

5 RESULTADOS

5.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Como já foi explicado anteriormente, embora o estudo tenha um tamanho de amostra de 857 UDIs, muitas vezes esta foi menor em função da ocorrência de não resposta (NR) em algumas perguntas. A maior porcentagem de NR foi para a variável (pergunta) “*Você já se machucou em brigas ou foi agredido (a) por causa de drogas nos últimos seis meses*” para a qual 63 (7,3%) indivíduos não responderam, seguida da variável “*Você já se machucou em brigas ou foi agredido (a) por causa de drogas alguma vez em sua vida*”, com 60 (7,0%) indivíduos que não responderam e da variável “*Você já cumpriu pena ou foi condenado*” com 58 (6,8%) indivíduos que não responderam.

Em todas as tabelas, serão apresentadas as porcentagens referentes às informações válidas, excluindo-se os indivíduos que não responderam. Em frente a cada variável, será indicado o número total de indivíduos com respostas válidas, sendo a referência para calcular as respectivas porcentagens. No rodapé das tabelas se indicará a porcentagem dos que não responderam. O banco de dados do Projeto AJUDE-Brasil II foi a fonte de todas as informações.

Na tabela 1, está descrita a distribuição dos UDIs quanto a algumas características demográficas selecionadas. Dois indivíduos de Florianópolis não responderam a respeito do sexo, por isto o número de sujeitos analisados foi de 851 para esta variável. Os resultados mostram que a maioria dos sujeitos era do sexo masculino (82,9%) e informou residir no mesmo município, de sete meses a cerca de 11 anos (65,3%), sendo a mediana de dois anos e dois meses. Viver a maior parte do tempo em casa foi o relato mais comum entre os entrevistados (81,0%). Aproximadamente 10% moravam de favor, ou seja, em casa de parentes ou amigos, 6,4% em condições subnormais. Conforme definição do IBGE (2004): “o que caracteriza um aglomerado subnormal é a ocupação desordenada e, quando de sua implementação, não haver a posse da terra ou o título de propriedade. Esta categoria é também designada por “assentamento informal”, como por exemplo, favela, mocambo, alagado, barranco de rio, etc”. Nessa categoria, ainda foram incluídos aqueles que relataram morar na rua e no mato. Menos de 1% relataram morar em prisões, em sítios, hotéis e pensões

ou em instituições, tais como abrigo, hospital ou casa de recuperação. É importante esclarecer que a pergunta “*Qual local você tem vivido (morado) na maior parte do tempo*” era uma questão aberta, para a qual o entrevistado forneceu trinta e seis respostas diferentes. Essas respostas foram agrupadas, por semelhanças, em menor número de categorias, conforme Apêndice D.

A maioria dos UDIs relatou ter lugar para morar nos seis meses prévios à entrevista (79,4%). Aos entrevistados que responderam não ter moradia, foi perguntado onde ficaram morando naquela época. Foram apontados trinta e seis locais diferentes usados como moradia, que foram agrupados de acordo com a semelhança e reunidos em menos categorias (Apêndice E). O relato mais comum foi de locais caracterizados como subnormais (67,1%). Aproximadamente 1/4 morou em casa de parentes e amigos (23,9%) e o menos comum foi morar em prisão (1,3%). Destes indivíduos que ficaram sem local para morar nos últimos seis meses, quatro deles (2,6%) relataram morar em hotéis ou sítios (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos UDIs segundo características demográficas selecionadas. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	n	%
Sexo ¹	855	
Masculino	709	82,9
Feminino	146	17,1
Onde tem morado na maior parte do tempo ²	841	
Em casa	681	81,0
Em locais subnormais	87	10,3
Em casa de amigos e parentes	54	6,4
Em hotéis, pensões e sítios	7	0,8
Na prisão	7	0,8
Em instituições	5	0,6
Ficou sem local para morar seis meses prévios à entrevista ³	834	
Sim	172	20,6
Não	662	79,4
Se ficou sem local para morar, onde ficou morando ⁴	155	
Em locais subnormais	104	67,1
Em casa de amigos e parentes	37	23,9
Em hotéis e sítios	4	2,6
Na prisão	2	1,3
Em instituições	8	5,2

Indivíduos sem informação em cada variável: ¹ 2 (0,2%); ² 16 (1,9%); ³ 23 (2,7%); ⁴ 17 (9,9%).

Na tabela 2, apresenta-se a distribuição dos entrevistados, segundo características sociais selecionadas, como educação, emprego e renda. Chama-se a atenção para o fato de que quarenta e cinco indivíduos (5,2%) não informaram a respeito da escolaridade. Observa-se a presença de 3,6% de UDIs entrevistados, sem escolaridade alguma, em contraste a uma porcentagem maior, que relatou não saber ler (10,3%). O tempo médio de estudo foi de $5,3 \pm 2,7$ anos. Escolaridade até a 5ª série do ensino fundamental foi relatada por 20,9% dos entrevistados, entretanto, somente 11,2% completou a 8ª série. Quanto ao ensino médio e superior, respectivamente 3,8% e 0,2% informaram tê-los completado.

Cerca de 1/3 dos entrevistados relatou ter feito algum curso profissionalizante (34,5%). Para os entrevistados que o fizeram, solicitou-se que informassem o tipo de curso. Foram relatados 116 cursos diferentes, que foram agrupados em três novas categorias, de acordo com os pré-requisitos de escolaridade exigida (Apêndice F). Sendo assim, grande parte relatou cursos que não necessitavam do 1º grau completo (45,4%), tais como manicure, jardinagem, vigilante, pedreiro, confeitiro, culinária, artesanato, garçom, babá, crochê, pintor de carro, serralheiro, redutor de danos. Já os cursos para os quais havia a necessidade do 1º grau completo, tais como, eletricista, recursos humanos, informática, almoxarife e computação, foram relatados por 39,9% dos entrevistados. Os cursos com exigência do segundo grau completo, como por exemplo, técnicos em diversas áreas: eletrônica, refrigeração, enfermagem, contabilidade, eletricidade, desenho arquitetônico, linha telefônica, veterinária, soldagem, magistério, foram citados por 14,7% dos UDIs (tabela 2).

Em contraponto à informação sobre educação profissionalizante observou-se que 75,4% dos entrevistados ficaram desempregados nos seis meses anteriores à entrevista. Quanto ao questionamento em relação à sua principal fonte de renda, nos seis meses prévios à entrevista, o UDI tinha como opção as seguintes respostas: emprego com salário mensal, trabalho temporário com salário, não tem e outra. Tendo em vista que mais da metade deles (52,8%) informou oitenta e quatro outras fontes de renda, estas foram agrupadas em número menor de categorias, resguardando-se a semelhança entre elas, conforme Apêndice G. Após a re-categorização, como pode ser verificado na tabela 2, as principais fontes de renda relatadas pelo UDI foram esporádicas (29,9%), incluindo trabalhos avulsos sem remuneração fixa, tais como, biscates, chapas e bicos ou foram temporárias com salário (22,5%). Apenas 11,4% informaram obter renda através de empregos fixos com salário. Outras fontes relatadas

incluíam não ter atividade funcional e viver de rendas, tais como, aposentadoria, benefício do INSS ou aluguel (5,0%), praticar atividade ilícita, como tráficos, roubos, assaltos (4,6%) e ser autônomo (4,0%). Não ter fonte de renda foi respondido por 22,6% dos entrevistados. Destaca-se que trinta indivíduos (3,5%) não responderam a respeito da sua fonte de renda.

Tabela 2 – Distribuição dos UDIs segundo características sociais selecionadas. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	n	%
Sabe ler ¹	856	
Sim	768	89,7
Não	88	10,3
Escolaridade ²	812	
Não estudou	29	3,6
Ensino Fundamental		
1ª. Série	46	5,7
2ª. Série	44	5,4
3ª. Série	71	8,7
4ª. Série	91	11,2
5ª. Série	170	20,9
6ª. Série	104	12,8
7ª. Série	77	9,5
8ª. Série	96	11,2
Ensino Médio		
1ª. Série	29	3,6
2ª. Série	21	2,6
3ª. Série	31	3,8
Ensino Superior		
Incompleto	1	0,1
Completo	2	0,2
Fez curso profissionalizante ³	851	
Sim	294	34,5
Não	557	65,5
Se fez curso profissionalizante, este era ⁴ :	291	
Curso sem exigência escolar	132	45,4
Curso que exige 1º. Grau completo	116	39,9
Curso que exige 2º. Grau completo (técnico)	43	14,7
Teve emprego nos seis meses prévios à entrevista ⁵	835	
Sim	205	24,6
Não	630	75,4
Principal fonte de renda nos seis meses prévios à entrevista ⁶	827	
Trabalho esporádico	247	29,9
Nenhuma	187	22,6
Trabalho temporário com salário	186	22,5
Emprego com salário mensal	94	11,4
Renda sem trabalho	41	5,0
Atividade ilícita	38	4,6
Autônomo	34	4,0

Indivíduos sem informação em cada variável: ¹ 1 (0,1%); ² 45 (5,2%); ³ 6 (0,7%); ⁴ 3 (1,0%); ⁵ 22 (2,6); ⁶ 30 (3,5%).

Na tabela 3, observa-se que ser detido pela polícia alguma vez na vida, inclusive quando menor ocorreu para 80,2% dos entrevistados. Para 50% destes, a quantidade de vezes em que isso ocorreu chegou a três. Machucar-se em brigas ou ser agredido por causa de drogas, alguma vez na vida, foi comum a quase metade dos entrevistados (44,4%), e 75% destes envolveram-se em até nove brigas ou agressões. Observa-se que 45,1% dos UDIs relataram que receberam cuidados médicos por causa das agressões sofridas nos seis meses antes da entrevista. Essas agressões foram relatadas por 49,0% dos UDIs.

Quanto às condenações, 33,0% dos entrevistados já cumpriram pena ou foram condenados alguma vez na vida. Questionados sobre as razões para as condenações, os UDIs informaram 81 motivos diferentes, muitas vezes citando o número do artigo referente ao código penal ou a lei de entorpecentes, como por exemplo, 157, 16, 171. Para sintetizar as informações, as razões apontadas foram reunidas em menor número de categorias, conforme Apêndice H. A maioria dos UDIs relatou mais de uma razão para condenação, havendo relato de até sete razões diferentes para o mesmo UDI. Para este estudo, foi considerada apenas uma razão por indivíduo, aquela de maior gravidade de acordo com a lei. Re-categorizando as razões para as condenações, 52,3% se referiam a eventos relacionados a furto e roubo, incluindo invasão à domicílio, formação de quadrilha, receptação, apropriação indébita e tentativa de assalto; 16,2% ocorreram devido a tráfico de drogas, 11,9% por uso ou porte de drogas; 6,5% por lesões corporais, incluindo tentativa de homicídio, facada e brigar; 6,2% por outros motivos, entre eles, falta de habilitação no trânsito, porte de arma, tráfico de mulheres, desacato à autoridade, sequestro e tentativa de estupro; 5,4% por homicídio, incluindo latrocínio; e 1,5% por estelionato (tabela 3).

É importante enfatizar a ausência de informações quanto às variáveis que dizem respeito ao histórico penal. Estas chegaram a 7,3% para a variável *“Você já se machucou em brigas ou foi agredido por causa de drogas nos seis meses prévios à entrevista”*, como já foi dito anteriormente.

Tabela 3 – Distribuição dos UDIs quanto ao histórico penitenciário. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	n	%
Detido pela polícia na vida ¹	797	
Sim	639	80,2
Não	158	19,8
Machucou em brigas por causa de drogas		
Na vida ²	797	
Sim	354	44,4
Não	443	55,6
Nos seis meses prévios à entrevista ²	351	
Sim	172	49,0
Não	179	51,0
Recebeu cuidados médicos por causa destas últimas agressões ³	164	
Sim	74	45,1
Não	90	54,9
Cumpriu pena ou foi condenado ⁴	799	
Sim	264	33,0
Não	535	67,0
Razão das condenações ⁵	260	
Furto/roubo	136	52,3
Tráfico de drogas	42	16,2
Uso e porte de droga	31	11,9
Lesão corporal	17	6,5
Outros	16	6,2
Homicídio	14	5,4
Estelionato	4	1,5

Indivíduos sem informação em cada variável: ¹ 60 (7,0%); ² 63 (7,3%); ³ 8 (4,6%); ⁴ 58 (6,8%); ⁵ 4 (1,5%).

Observa-se, na tabela 4, que mais da metade dos UDIs fez uso do PRD (70,3%). Para a maioria, este uso foi exclusivamente através do redutor de danos (67,5%). Aos que mencionaram outras formas de uso do PRD (15,0%), foi-lhes solicitado especificá-las. Recategorizando-as, a maioria não especificou (83,9%), 9,2% usou o PRD por intermédio de amigos (entre estes, um UDI mencionou o irmão), 4,3% responderam já terem sido redutor anteriormente ou ser agente morador na atualidade e 2,3% utilizaram Postos de Troca de Seringas (PTS). A mediana de uso do PRD pelo UDI foi de um ano em contraponto à duração média do tempo do uso injetável de $9,8 \pm 7,7$ anos.

Tabela 4 – Distribuição dos UDIs segundo uso do PRD. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	n	%
Usa ou já usou os serviços do PRD ¹	853	
Sim	600	70,3
Não	253	29,7
Formas de uso do PRD	600	
Através do redutor de danos	405	67,5
Através do agente morador	59	9,8
Através do redutor de danos e do agente morador	46	7,7
Outras formas de uso:	90	15,0
Sem especificar	74	82,2
Através de amigo	9	10,0
Foi redutor de danos ou é agente morador	4	4,5
Através de Postos de Trocas de Seringas (PTS)	3	3,3

¹ 4 (0,5%) indivíduos sem informação.

A média de idade do primeiro uso de drogas, no geral, foi de $14,65 \pm 4,13$ anos e, do uso de drogas injetáveis, foi de $18,7 \pm 5,1$ anos. Ao ser perguntado sobre qual droga usou pela primeira vez, o UDI relatou quarenta e três drogas diferentes. Tendo em vista este número elevado, as mesmas foram agrupadas por semelhança e re-categorizadas conforme Apêndice I. Observa-se, na tabela 5, que a maconha foi a droga mais comumente usada pela primeira vez (64,6%), seguida pela cocaína (11,9%) e pelos inalantes (11,8%). Anfetaminas, energéticos, álcool, cigarro, xaropes, *crack*, tranqüilizantes e LSD foram relatados por menor proporção de UDI (menos de 3%). As quarenta respostas obtidas quanto à droga utilizada no primeiro uso injetável, também foram re-categorizadas de acordo com a semelhança entre elas (Apêndice J). A maioria dos UDIs usou a cocaína na primeira injeção (74,6%). Ainda foi relatado o uso de anfetaminas (12,1%), de energéticos (8,2%), de tranqüilizantes (3,2%) e de heroína (0,5%). Cerca de 1% relatou drogas pouco claras ou incomuns na forma injetável, como por exemplo, whisky, cogumelo, “garrafinha” e “TIP”, que foram agrupadas em outras.

Tabela 5 – Distribuição dos UDIs segundo as drogas que usou pela primeira vez. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Drogas	n	%
Usada na primeira vez ¹	854	
Maconha	551	64,6
Cocaína	102	11,9
Inalantes	101	11,8
Anfetamina	24	2,8
Energéticos	20	2,3
Álcool	14	1,6
Cigarro	14	1,6
Outras	9	1,1
Xaropes	6	0,7
Crack	5	0,6
Tranqüilizante	4	0,5
Não lembra	2	0,2
LSD	1	0,1
Injetada pela primeira vez ²	852	
Cocaína	636	74,6
Anfetamina	103	12,1
Energético	70	8,2
Tranquilizante	27	3,2
Outros	8	0,9
Heroína	4	0,5
Não sabe	4	0,5

Indivíduos sem informação em cada variável: ¹ 3 (0,3%); ² 5 (0,6%).

Na tabela 6, estão apresentadas as drogas utilizadas pelos UDIs nos seis meses que antecederam a entrevista. No questionário, esta pergunta permitia a escolha de mais de uma droga pelo entrevistado, podendo o mesmo responder sim ou não para cada tipo de droga. O álcool foi a droga mais comum (90,1%), seguido pela maconha (86,7%), pelo cigarro (81,3%), pela cocaína injetada e cheirada (76,4% e 76,0%, respectivamente). Quase metade informou ter feito uso de *crack* (46,9%) e 23,3% de tranqüilizante oral. Houve confirmação do uso de heroína por uma pequena parcela de entrevistados, sendo que destes, 4,1% usaram heroína cheirada, 3,0% injetada e 2,8% fumada. A cocaína misturada com heroína e os tranqüilizantes injetáveis foram os menos comuns (2,6% e 3,3%, respectivamente). Algumas drogas citadas no primeiro uso, tais como, inalantes, energéticos, xaropes e ácido lisérgico (LSD), não eram questionadas quanto ao uso nos seis meses prévios à entrevista.

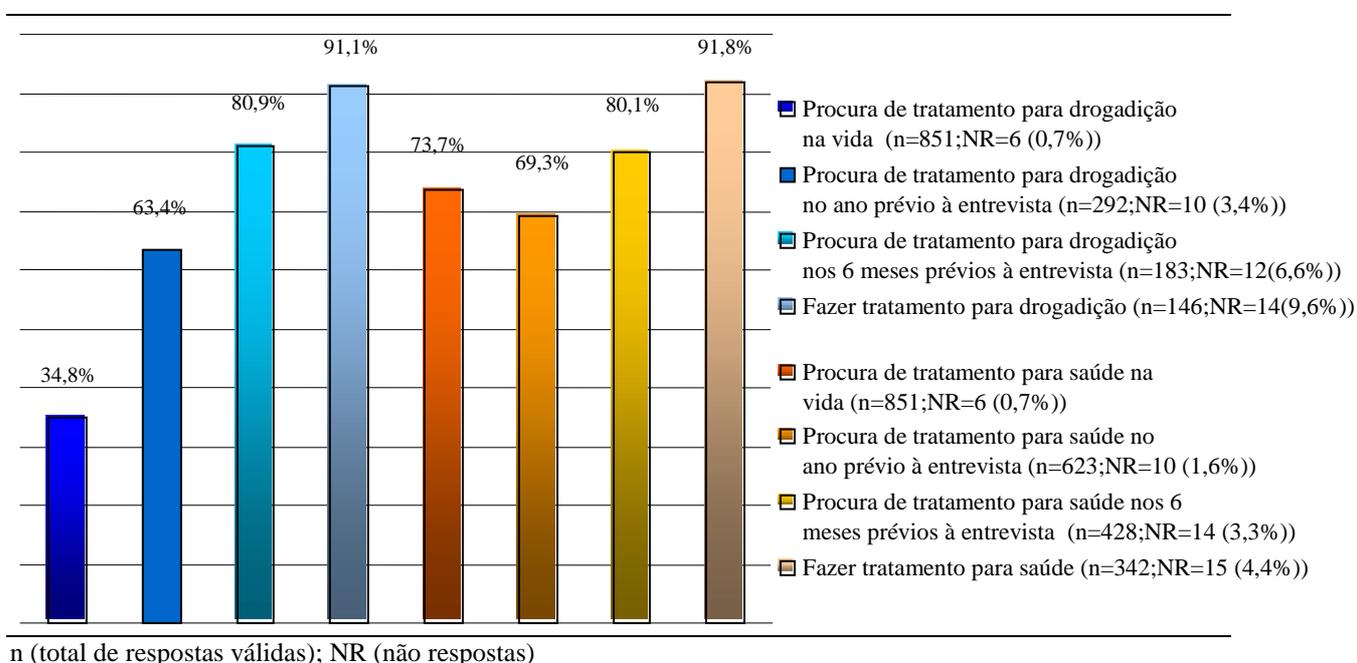
Tabela 6 – Distribuição dos UDIs segundo drogas usadas nos seis meses prévios à entrevista. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Drogas	n	%
Álcool ¹	849	
Sim	765	90,1
Não	84	9,9
Maconha ²	852	
Sim	739	86,7
Não	113	13,3
Cigarro ³	850	
Sim	691	81,3
Não	159	18,7
Cocaína injetável ⁴	843	
Sim	644	76,4
Não	199	23,6
Cocaína cheirada ⁵	846	
Sim	397	46,9
Não	449	53,1
Crack ⁶	851	
Sim	647	76,0
Não	204	24,0
Tranqüilizante oral ⁷	845	
Sim	197	23,3
Não	648	76,7
Anfetamina oral ⁸	843	
Sim	129	15,3
Não	714	84,7
Heroína cheirada ⁹	845	
Sim	35	4,1
Não	810	95,9
Tranqüilizante injetável ¹⁰	841	
Sim	28	3,3
Não	813	96,7
Heroína injetável ¹¹	839	
Sim	25	3,0
Não	814	97,0
Heroína fumada ¹²	844	
Sim	24	2,8
Não	820	97,2
Cocaína e heroína injetável ¹³	836	
Sim	22	2,6
Não	814	97,4
Anfetamina injetável ¹⁴	846	
Sim	18	2,1
Não	828	97,9

Indivíduos sem informação em cada variável: ¹ 8 (0,9%); ² 5 (0,6%); ³ 7 (0,8%); ⁴ 14 (1,6%); ⁵ 6 (0,7%) ⁶ 11 (1,3%); ⁷ 12 (1,4%); ⁸ 14 (1,6%); ⁹ 12 (1,4%); ¹⁰ 16 (1,9%); ¹¹ 18 (2,1%); ¹² 13 (1,5%); ¹³ 21 (2,5%); ¹⁴ 11 (1,3%).

A maioria dos entrevistados nunca procurou tratamento para drogadição (65,2%). Entretanto, observa-se no gráfico 1, que nos seis meses anteriores à entrevista, uma porcentagem maior (80,9%) procurou tratamento em comparação a aqueles que não procuraram. Para estes, foi-lhes perguntado se chegaram a se tratar. A grande maioria respondeu afirmativamente (91,1%). Analisando a procura por outra forma de tratamento de saúde que não tenha sido para o uso de drogas, 73,7% o fizeram em algum momento da vida. Para aqueles que responderam ter procurado tratamento de saúde, nos seis meses prévios à entrevista (80,1%), 91,8% chegaram a tratar.

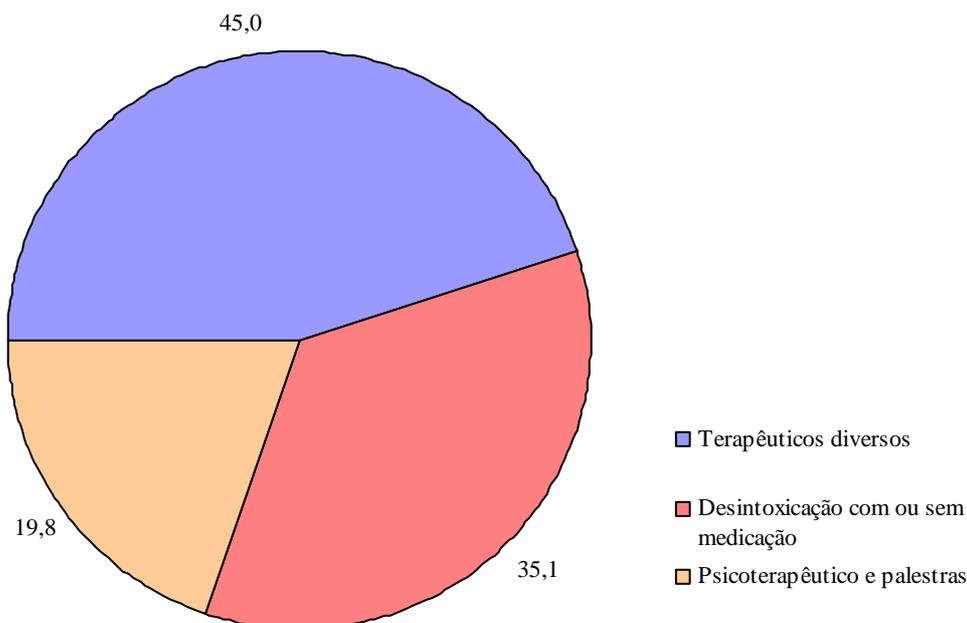
Gráfico 1 – Porcentagem dos UDIs que procuraram e fizeram tratamentos. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.



Em razão da diversidade de tratamentos para drogadição nos seis meses prévios à entrevista relatados por uma parcela dos UDIs (n = 146), estes foram re-categorizados e agrupados de acordo com a semelhança de intervenção (Apêndice L). Assim sendo, pode-se observar, no gráfico 2, que 45,1% dos UDIs relataram ter feito tratamentos baseados na desintoxicação, usando ou não medicação, enquanto que 35,1% informaram ter realizado tratamentos diversos, dentre variadas atividades consideradas terapêuticas (evangélico, espiritual, clínico, psiquiátrico, acupuntura e terapia ocupacional). Uma menor parcela (19,8%) relatou psicoterapia, palestras e grupos de auto-ajuda. Chama-se a atenção para o fato de que trinta e

cinco (23,97%), dentre os que responderam afirmativamente efetuar algum tratamento, não informaram o tipo do mesmo, sendo excluídos do cálculo das porcentagens anteriores.

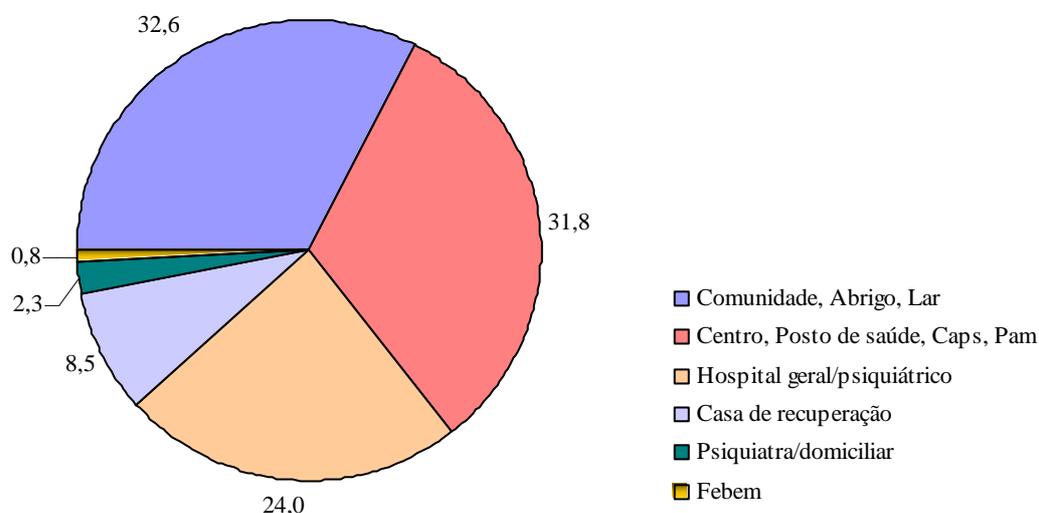
Gráfico 2 – Porcentagem de UDIs por tipos de tratamentos para drogadição¹. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.



¹ Indivíduos sem informação foram excluídos e as porcentagens foram calculadas considerando-se os dados válidos: n = 111

Foram relatados noventa e quatro diferentes locais onde foram efetuados os tratamentos para drogadição, nos seis meses que antecederam à entrevista. Para sintetizar a informação, estes foram re-categorizados de acordo com a semelhança (Apêndice M), sendo que 32,6% dos UDIs relataram realizá-los em comunidades, abrigos ou lares, 31,8% em Centros (como CETAD, COAS, CETAD, PAM ou CAPS) e Postos de Saúde, 24,0% em Hospitais gerais ou psiquiátricos e 8,5% em casas de recuperação, 2,3% com psiquiatras ou domiciliar e 0,8% na FEBEM (gráfico 3). Destaca-se que dos 146 UDIs, que responderam tratar para drogadição, dezessete (11,6%) não forneceram informação sobre o local em que isso ocorreu, sendo excluídos do cálculo das porcentagens acima.

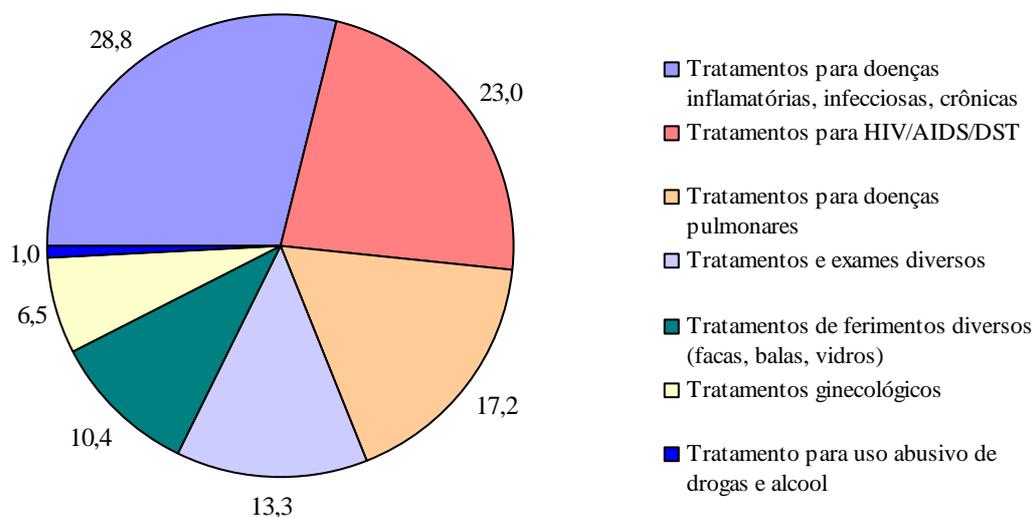
Gráfico 3 – Porcentagem de UDIs de acordo com os locais em que trataram para drogadição¹. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.



¹ Indivíduos sem informação foram excluídos e as porcentagens foram calculadas considerando-se os dados válidos: n = 129

Os cento e quarenta e três motivos diferentes para tratamento de saúde nos seis meses prévios à entrevista, que não eram específicos para uso de drogas, foram agrupados por semelhanças e re-categorizados (Apêndice N e gráfico 4). O tipo de tratamento mais comum relatado foi para doenças inflamatórias, infecciosas e/ou crônicas (28,8%), excluindo-se HIV, aids e IST, além das doenças pulmonares, que foram mencionadas, respectivamente, por 23,0% e 17,2% dos trezentos e nove UDIs que responderam a esta pergunta. Tratamentos e exames diversos (dentário, psicológico, fonoaudiológico, cirurgia, fisioterapia, exame de sangue, entre outros) foram relatados por 13,3%, 10,4% relataram tratamento para ferimentos, tais como facadas, balas e vidros. Uma proporção menor relatou tratamentos ginecológicos e para uso abusivo de drogas e álcool (6,5 e 1,0%, respectivamente). Trinta e três (9,65%) UDIs dos 342, que afirmaram ter realizado tratamento de saúde, não informaram o tipo de tratamento, e foram excluídos do cálculo das porcentagens de cada categoria acima.

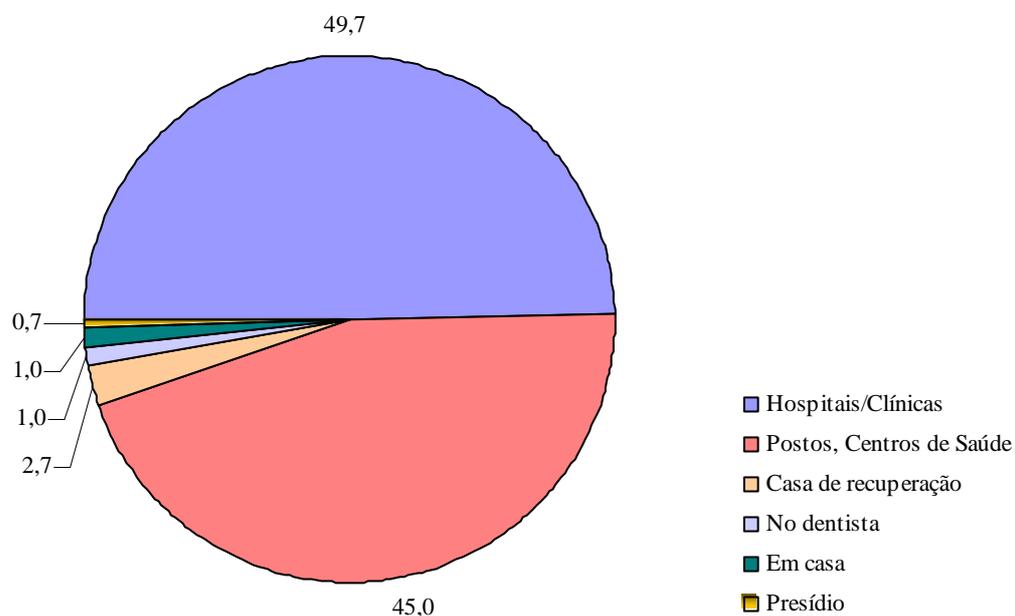
Gráfico 4 – Porcentagem de UDIs segundo tipos de tratamentos de saúde¹. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.



1 Indivíduos sem informação foram excluídos e as porcentagens foram calculadas considerando-se os dados válidos: n = 309

Foram relatados 115 locais diferentes para tratamentos de saúde nos seis meses prévios à entrevista, pelos duzentos e noventa e oito UDIs que responderam a esta questão. Ressalta-se que quarenta e quatro (12,9%) indivíduos não forneceram a informação solicitada. Para facilitar, os locais relatados foram agrupados de acordo com a semelhança e re-categorizados, conforme se observa no gráfico 5 (Apêndice O). Os tratamentos realizados foram, principalmente, em Hospitais ou Clínicas e em Postos ou Centros de Saúde (49,7% e 45,0%, respectivamente). Uma pequena parte relatou locais diferentes, que não puderam ser incluídos acima, como casas de recuperação (2,7%), dentista (1,0%), no próprio domicílio (1,0%) e no presídio (0,7%).

Gráfico 5 – Porcentagem de UDIs segundo os locais onde trataram da saúde¹. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.



¹ Indivíduos sem informação foram excluídos e as porcentagens foram calculadas considerando-se os dados válidos: n = 298

Quanto ao conhecimento do UDI sobre doenças, como hepatite, HIV e aids, constata-se pela tabela 7, que a maioria estava informada sobre infecções transmitidas pelo sangue e conhecia formas de preveni-las. Entretanto, observa-se que cerca de um terço relatou não saber onde fazer o teste anti-HIV (32,9%), e não ter conhecimento de pessoa do seu convívio com aids (33,4%) ou com HIV (27,1%).

Tabela 7 – Distribuição dos UDIs segundo informações e conhecimentos sobre infecções transmitidas pelo sangue. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Conhece	n	%
Doença transmitida pelo sangue ¹	850	
Sim	727	85,5
Não	123	14,5
Uma doença chamada hepatite ¹	851	
Sim	717	84,3
Não	134	15,7
Formas de prevenção do HIV e da aids ²	851	
Sim	789	92,7
Não	62	7,3
Pessoa portadora do HIV ²	851	
Sim	620	72,9
Não	231	27,1
Pessoa com aids ³	847	
Sim	564	66,6
Não	283	33,4
Onde fazer teste HIV ⁴	855	
Sim	574	67,1
Não	281	32,9

Indivíduos sem informação em cada variável: ¹ 6 (0,7%); ² 5 (0,6%); ³ 9 (1,0%); ⁴ 2 (0,2%).

Na tabela 8, encontra-se a porcentagem de UDIs, que relataram a presença de sintomas de IST (18,3%), além dos resultados das testagens efetuadas no sangue coletado em campo. Esses se referem à sorologia, com exceção da sífilis, que foi pesquisada através do VDRL. A maior parte estava infectada pela hepatite C (56,4%), seguida pelo HIV (36,5%) e pelo HTLV (23,6%). Hepatite B e sífilis tiveram as menores porcentagens de indivíduos infectados (2,3 e 0,4%, respectivamente).

Tabela 8 – Prevalência de IST e de infecções de transmissão sanguínea. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

IST e infecções	n	%
Corrimentos ou feridas nos órgãos sexuais ¹	830	
Sim	152	18,3
Não	678	81,7
HIV ²	853	
Positivo	311	36,5
Negativo	542	63,5
Hepatite C ³	839	
Positivo	473	56,4
Negativo	296	35,3
Indeterminado	70	8,3
Hepatite B ³	839	
Positivo	19	2,3
Negativo	819	97,6
Indeterminado	1	0,1
HTLV ³	839	
Positivo	198	23,6
Negativo	599	71,4
Indeterminado	42	5,0
Sífilis ³	839	
Positivo	3	0,4
Negativo	807	96,2
Indeterminado	29	3,5

Indivíduos sem informação em cada variável: ¹ 27 (3,2%); ² 4 (0,5%); ³ 18 (2,1%).

Em relação a ter conhecimento do estado sorológico quanto ao HIV, antes do resultado da coleta de sangue, observamos que, dos 311 indivíduos para os quais o resultado foi positivo, 243 já sabiam que eram HIV-soropositivos. Destes, 63,0% afirmaram não fazer tratamento nos seis meses prévios à entrevista. Quarenta e dois motivos diferentes foram citados para isso. Esses foram re-categorizados por semelhança em cinco grupos (Apêndice P). Conforme observa-se na tabela 9, no primeiro grupo estão aqueles que alegaram não efetuar o tratamento por falta de coragem, de vontade ou de responsabilidade (39,4%). No segundo grupo, encontram-se os UDIs que não trataram por não quererem (22,3%) e no terceiro grupo, aqueles que alegaram não ter feito tratamento por falta de informação (17,0%). No quarto e quintos grupos, respectivamente, encontram-se aqueles que disseram não ter tratado devido a uso de drogas ou álcool ou por dificuldades no atendimento (10,6%). Chama-se a atenção para o fato de que cinquenta e quatro UDIs (6,9%) não informaram qual foi o motivo de não fazerem tratamento.

Tabela 9 – Distribuição dos UDIs HIV-soropositivos em função de terem feito tratamento ou não nos últimos seis meses e dos motivos para não fazê-los. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	n	%
Se HIV-soropositivo, faz tratamento ¹	243	
Sim	90	37,0
Não	153	63,0
Motivos para não fazer tratamento ²	94	
Falta de coragem, de vontade ou de responsabilidade	37	39,4
Não quer fazer	21	22,3
Falta de informação	16	17,0
Uso de drogas e/ou álcool	10	10,6
Dificuldades no atendimento	10	10,6

Indivíduos sem informação em cada variável: ¹ 23 (2,7%); ² 59 (38,6%) em 153 que responderam não fazer tratamento.

5.2. COMPARAÇÃO ENTRE MULHERES E HOMENS UDIs

Entre os 857 UDIs participantes deste estudo, dois não informaram o sexo e foram excluídos da comparação entre mulheres e homens. Considerando, então, 855 entrevistados, 17,1% eram mulheres e 82,9% homens. A distribuição de homens e mulheres, por cidade onde foram coletadas as informações, não se mostrou homogênea, conforme se observa na tabela 10. Em comparação aos homens, a maior parte das mulheres era de Porto Alegre (33,6% versus 29,1%) e São José do Rio Preto (28,8% versus 12,1%), sendo esta diferença significativa, entre os sexos ($p < 0,01$).

Na tabela 10, verifica-se que tanto as mulheres quanto os homens estavam na faixa etária entre 20 e 30 anos. A média de idade dos entrevistados foi semelhante ($29,5 \pm 8,58$ anos para mulheres e $28,3 \pm 8,16$ anos para homens, $p = 0,106$), como também a distribuição quanto à escolaridade, pois 57,1% dos homens e 45,0% das mulheres relataram ter cursado da 5^a à 8^a série do ensino fundamental ($p = 0,055$). Diferença significativa foi observada com relação ao estado conjugal, cor de pele e ocupação. Maior porcentagem das mulheres vivia maritalmente ou era viúva (47,9% e 5,5% versus 30,8% e 2,0% dos homens, respectivamente), era não branca (62,8% versus 51,1% dos homens) e não tinha ocupação nos seis meses prévios à entrevista (35,5% versus 26,4% dos homens). Chama-se a atenção para a porcentagem de ausência de informações dos homens, tanto quanto à escolaridade (5,4%) como quanto à ocupação (4,5%).

Tabela 10 - Perfil sócio-demográfico dos UDIs estratificado por sexo. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	Mulheres (n=146)		Homens (n=709)		p*
	n	%	n	%	
Município de coleta (PRD)	146		709		<0,001
Porto Alegre	49	33,6	206	29,1	
São José do Rio Preto	42	28,7	86	12,1	
Itajaí	12	8,2	85	12,0	
Florianópolis	9	6,2	48	6,8	
Salvador	27	18,5	176	24,8	
Gravataí	7	4,8	108	15,2	
Faixa etária	145		709		0,478
< 20 anos	17	11,7	82	11,6	
20 a 30 anos	71	49,0	389	54,8	
31 a 40 anos	38	26,2	170	24,0	
> 41 anos	19	13,1	68	9,6	
Escolaridade	140		671		0,055
Não estudou	5	3,6	24	3,6	
1ª a 4ª Fundamental	56	40,0	196	29,2	
5ª a 8ª Fundamental	63	45,0	383	57,1	
Ensino Médio e Superior	16	11,4	68	10,1	
Estado Conjugal	146		707		<0,001
Solteiro	61	41,8	406	57,4	
Casado ou mora junto	70	47,9	218	30,8	
Separado	7	4,8	69	9,8	
Viúvo	8	5,5	14	2,0	
Cor da pele	145		708		0,011
Branca	54	37,2	346	48,9	
Não branca	91	62,8	362	51,1	
Ocupação	141		677		0,030
Não	50	35,5	179	26,4	
Sim	91	64,5	498	73,6	

* Comparação de proporção pelo χ^2 de Pearson.

Quanto ao uso de drogas, as médias de idade de início do uso de drogas foi significativamente diferente para mulheres e homens ($15,8 \pm 4,6$ anos e $14,4 \pm 4,0$ anos, respectivamente, $p < 0,001$). Entretanto, a diferença entre as médias de idade de início do uso de drogas na forma injetável ($19,3 \pm 5,6$ anos para mulheres e $18,6 \pm 5,0$ anos para homens, $p = 0,146$) não foi significativa, assim como a diferença entre o tempo médio de uso de drogas injetáveis ($10,1 \pm 7,8$ anos para mulheres e $9,6 \pm 7,8$ anos para homens, $p = 0,434$).

Do mesmo modo, não foi evidenciada diferença significativa entre os sexos, na porcentagem de iniciantes, aqui definidos como aqueles UDIs com até três anos de uso de droga injetável.

A grande maioria das mulheres (79,5%) e dos homens (76,4%) relatou fazer uso de droga injetável há mais de três anos ($p=0,432$). A diferença também não foi significativa, quanto à frequência do uso de drogas injetáveis nos últimos seis meses: 23,8% das mulheres e 27,2% dos homens relataram uso, de duas a quatro vezes por semana, nos seis meses prévios à entrevista ($p=0,558$).

Considerando-se a primeira vez em que o entrevistado utilizou droga injetável (tabela 11), as mulheres, em comparação aos homens, tiveram mais chance de conseguir a droga na primeira injeção com seus parceiros sexuais ($OR=21,6$ $IC=(8,3;52,5)$), com amigos íntimos ($OR= 2,8$ $IC=(1,4;5,5)$) e conhecidos ($OR=3,0$ $IC=(1,5;6,2)$), em relação à obtenção de drogas por parte do próprio indivíduo ou por outros meios, tais como através de parentes, achar, roubar ou receber de desconhecidos.

Quanto aos equipamentos para se injetar pela primeira vez, tais como agulhas e seringas, 54,8% dos homens e 42,8% das mulheres os obtiveram em farmácias. A obtenção do material através do parceiro sexual apresentou proporção significativamente maior de mulheres (frente aos homens), com mais chance delas conseguirem este material com seus parceiros sexuais do que em farmácias ($OR=10,8$ $IC=(4,6;23,6)$). Em relação à obtenção do material para injetar com amigos íntimos, conhecidos, traficantes e outras pessoas (no Posto, no PRD, com agente, no chão, roubar, com desconhecido ou sem especificar) não foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres.

Maior proporção de mulheres foi auxiliada por seu parceiro sexual na primeira injeção, tendo doze vezes mais chance de ser auxiliada por seu parceiro sexual do que se injetar por conta própria sem nenhuma ajuda ($OR=12,6$ $IC=(5,7;28,4)$). Com relação às demais categorias, incluindo amigo íntimo e conhecido, não foram observadas associações significativas.

Tabela 11 – Perfil de iniciação ao uso de drogas entre mulheres e homens UDIs. Projeto AJUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	Mulheres (n=146)		Homens (n=709)		OR ^a	IC ^b 95% [*]
	n	%	n	%		
Obter a droga	145		708			
Próprio indivíduo ou outros meios	14	9,7	173	24,4	1,0	
Parceiro sexual	25	17,2	15	2,1	21,6	8,3;52,5
Amigo íntimo	45	31,0	201	28,4	2,8	1,4;5,5
Conhecido	30	21,4	124	17,5	3,0	1,5;6,2
Traficante	31	21,4	195	27,5	2,0	1,0;4,0
Conseguir material	145		708			
Farmácia	62	42,8	388	54,8	1,0	
Parceiro sexual	19	13,1	11	1,6	10,8	4,6;23,6
Parente	4	2,8	18	2,5	1,4	0,4;4,6
Amigo íntimo	27	18,6	114	16,1	1,5	0,9;2,5
Conhecido	18	12,4	68	9,6	1,7	0,9;3,1
Traficante	1	0,7	11	1,6	0,6	0,0;4,4
Outras	14	9,7	98	13,8	0,9	0,5;1,7
Injetar a droga	144		703			
Sem nenhuma ajuda	23	16,0	201	28,6	1,0	
Parceiro sexual	26	18,1	18	2,6	12,6	5,7;28,4
Parente	8	5,6	36	5,1	1,9	0,7;5,0
Amigo íntimo	56	38,9	304	43,2	1,6	0,9;2,8
Conhecido	29	20,1	137	19,5	1,8	1,0;3,5
Traficante	2	1,4	7	1,0	2,5	0,3;14,4

^aOR=Odds Ratio; ^bIC=Intervalo de Confiança. * Teste Mantel-Haenszel ou Teste Exato de Fisher.

Em se tratando do compartilhamento, neste estudo definido como “dar, emprestar ou receber agulhas e seringas já usadas”, não foram evidenciadas diferenças significativas quanto ao sexo (tabela 12). Quanto a dar ou emprestar seringas e/ou agulhas usadas, 52,1% das mulheres e 52,3 dos homens o fizeram na vida, 44,1% das mulheres e 43,1% homens nos seis meses anteriores à entrevista, 48,1% das mulheres e 58,5% dos homens no mês prévio à entrevista e 33,8% das mulheres e 35,9% dos homens na última sessão de uso de drogas injetáveis. Quanto a receber tais equipamentos, 49,3% das mulheres e 44,3% dos homens relataram ter recebido seringas e/ou agulhas usadas alguma vez na vida, 43,9% das mulheres e 36,7% dos homens seis meses antes da entrevista, 68,0% das mulheres e 61,1% dos homens no mês que antecedeu à entrevista, e quase 34,8% dos homens e 33,3% das mulheres, na última sessão de uso.

Tabela 12 – Perfil quanto ao compartilhamento de equipamentos utilizados na injeção de drogas, estratificado por sexo. Projeto AJUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	Mulheres (n=146)		Homens (n=709)		p*
	n	%	n	%	
Dar ou emprestar agulhas/seringas					
Na vida	144		698		
Sim	75	52,1	364	52,3	0,962
Não	69	47,9	334	47,7	
Seis meses antes da entrevista	59		320		
Sim	26	44,1	138	43,1	0,893
Não	33	55,9	182	56,9	
Mês anterior à entrevista	27		135		
Sim	13	48,1	79	58,5	0,321
Não	14	51,9	56	41,5	
Última sessão de uso	65		273		
Sim	22	33,8	98	35,9	0,572
Não	43	66,2	175	64,1	
Receber e usar agulhas/seringas					
Na vida	142		693		
Sim	70	49,3	307	44,3	0,276
Não	72	50,7	386	55,7	
Seis meses antes da entrevista	57		267		
Sim	25	43,9	98	36,7	0,312
Não	32	56,1	169	63,3	
Mês anterior à entrevista	25		95		
Sim	17	68,0	58	61,1	0,523
Não	8	32,0	37	38,9	
Última sessão de uso	60		233		
Sim	20	33,3	80	34,3	0,662
Não	40	66,7	153	65,7	

* Comparação de proporção pelo χ^2 de Pearson.

Os resultados das comparações entre mulheres e homens quanto ao comportamento sexual (tabela 13) demonstraram que as parcerias com o sexo oposto tiveram mais chance de serem regulares para as mulheres do que para os homens (OR=1,97 IC=(1,16;3,36)) e tiveram mais chance de serem eventuais para os homens (58,2% versus 39,0% para as mulheres). A parceria sexual com o mesmo sexo foi mais freqüentemente regular entre mulheres (OR=8,16 IC=(2,68;24,70)) e não diferiu estatisticamente entre homens e mulheres quando eventual.

Tabela 13 – Perfil dos UDIs quanto a relações sexuais e parcerias sexuais nos seis meses prévios à entrevista, estratificado por sexo. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Relações sexuais	Mulheres (n=146)		Homens (n=709)		ORa *	IC 95% ^{b**}
	n	%	n	%		
Sexo oposto						
Parceiro regular	127		567			
Sim	106	83,5	408	72,0	1,97	1,16;3,36
Não	21	16,5	159	28,0	1,00	
Parceiro eventual	123		569			
Sim	48	39,0	331	58,2	0,46	0,30;0,70
Não	75	61,0	238	41,8	1,00	
Mesmo sexo						
Parceiro regular	25		186			
Sim	9	36,0	12	6,5	8,16	2,68;24,70
Não	16	64,0	174	93,5	1,00	
Parceiro eventual	23		183			
Sim	7	30,4	34	18,6	1,92	0,65;5,47
Não	16	69,6	149	81,4	1,00	

^aOR=Odds Ratio; ^bIC=Intervalo de Confiança. * As comparações se restringem ao Sim e Não;

** Prova do χ^2 de Mantel Haenszel ou Teste Exato de Fisher

Como se verifica na tabela 14, o relato de uso consistente de preservativos nos últimos seis meses, definido neste estudo como “uso do preservativo em todas as relações sexuais”, foi mencionado em relações sexuais com parceiros regulares do sexo oposto por cerca de 1/3 das mulheres e dos homens. A sugestão de uso por um dos parceiros, comparada com a sugestão por parte de ambos (categoria de referência), teve uma chance maior de partir da própria mulher (OR=8,09 IC=(3,8;17,2)). O uso de preservativo foi sugerido pelo parceiro para 6,0% das mulheres e 26,9% dos homens, indicando que as mulheres sugerem mais frequentemente o uso de preservativos para seus parceiros do que os homens. Já nas parcerias eventuais, o uso consistente do preservativo foi mencionado por 63,0% das mulheres e 49,2% dos homens. A sugestão de uso foi relatada por 66,7% das mulheres e 58,8% dos homens, e partiu do parceiro para 11,1% das mulheres e 17,7% dos homens, quando comparada com a sugestão do uso por parte de ambos.

Em relação ao uso de preservativos para proteger relações sexuais com parceiros do mesmo sexo, tanto em parcerias regulares quanto em eventuais, o número de respondentes foi muito pequeno dificultando a análise bivariada (7 mulheres *versus* 12 homens e 5 mulheres *versus* 33 homens, respectivamente).

Tabela 14 – Perfil de utilização do preservativo sexual, estratificado por sexo. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características ¹	Mulheres (n=146)		Homens (n=709)		OR ^{2a}	IC ^b 95%*
	n	%	n	%		
Parceiro regular sexo oposto	106		408			
Uso do preservativo	105		405			
Sim	26	24,8	110	27,2	1,00	
Não	79	75,2	295	72,8	1,13	0,7;2,0
Quem sugeriu o uso	50	47,6	223	55,1		
O próprio UDI	30	60,0	80	35,9	8,09	3,8;17,2
O parceiro do UDI	3	6,0	60	26,9	0,49	0,1;1,8
Ambos	17	34,0	165	50,8	1,00	
Parceiro eventual sexo oposto	48		331			
Uso do preservativo	46		325			
Sim	29	63,0	160	49,2	1,00	
Não	17	37,0	165	50,8	0,57	0,3;1,1
Quem sugeriu o uso	36	78,3	255	78,5		
O próprio UDI	24	66,7	150	58,8	1,20	0,5;3,1
O parceiro do UDI	4	11,1	45	17,7	0,67	0,2;2,7
Ambos	8	22,2	60	23,5	1,00	0,4;2,3

¹“n” muito pequenos não são apresentados; ²Em todas as categorias a comparação foi feita tendo o “não” como referência, com exceção da variável uso do preservativo em que se considerou “sim” como referência.

^a OR=*odds ratio*; ^b IC=intervalo de confiança. * Prova do χ^2 de Mantel Haenszel ou Teste exato de Fisher.

Dentre os quarenta e quatro motivos diferentes relatados para não usar preservativo em todas as relações sexuais, a explicação mais comum dada pelos entrevistados, que tiveram relações sexuais com parceiros regulares do sexo oposto, foi de que tinham confiança no parceiro, por serem casados, ou fiéis ou conhecerem o parceiro (38,3%). Para aqueles que relataram relações sexuais com parceiros eventuais do sexo oposto, o principal motivo para não usar o preservativo foi por não gostar e não querer (43,5%). Os motivos fornecidos foram re-categorizados, conforme pode ser conferido no Apêndice Q, agrupando-se aqueles semelhantes nas seguintes categorias: não gosta/não quer; confiança (casado, fiel, conhece); preguiça (desleixo, não lembrar, não ligar); já evita gravidez; está ou quer engravidar; a parceira não gosta; o parceiro não gosta; ambos são HIV positivos; não tinha (sem dinheiro); não consegue (perde o tesão); parceira é HIV negativo; parceira é asseada; não está em grupo de risco (não tem doença, não precisa).

Diferença significativa foi observada entre os sexos, quanto aos motivos para não usar preservativo nas relações sexuais com parceiros regulares do sexo oposto ($p < 0,01$). Quase metade das mulheres disse não utilizar por não gostar e não querer (45,3% versus 29,0% dos homens) e grande parte dos homens porque confiava na relação, por ser casado, fiel e/ou se conhecerem (43,8% versus 20,8% das mulheres). Quanto às relações sexuais com parceiros eventuais do sexo oposto, metade das mulheres e 42,6% dos homens explicaram nunca usar o preservativo por não gostar e não querer.

Na tabela 15, observa-se que uma maior porcentagem de mulheres do que de homens relataram usar drogas com seus parceiros do sexo oposto, tendo chance de fazê-lo com os parceiros regulares cerca de dez vezes ($OR=10,14$ $IC=(6,0;17,2)$), e quatro e meia vezes com os eventuais ($OR=4,49$ $IC=(2,2;9,1)$), considerando-se como referência, não usar drogas com os respectivos parceiros. Já o uso de drogas com parceiros do mesmo sexo, independente de ser regular ou casual, não diferiu de forma significativa, assim como a prática de sexo sob efeito de drogas com o sexo oposto, quer em parcerias regulares (58,7% e 52,2%), quer nas eventuais (67,4% e 61,7%, respectivamente mulheres e homens). Nas parcerias eventuais com o mesmo sexo, não foi observada diferença significativa. Chama-se a atenção para a re-categorização da variável “*sexo sob efeito de drogas*”, na qual se considerou como “não”, quando o indivíduo respondeu “em nenhuma vez”, e como “sim”, quando respondeu “em todas as vezes”, “na maioria das vezes” e “em menos da metade das vezes”.

A troca de sexo por drogas, em parcerias eventuais com o sexo oposto, foi relatada cinco vezes mais por mulheres do que por homens ($OR=5,52$ $IC=(2,7;11,4)$). Considerando as 106 mulheres que relataram relações sexuais com parceiros regulares (vide tabela 13), observou-se que 9,4% delas tiveram relações sexuais com parceiros eventuais para obter drogas. Por outro lado, 41,7% das 48 mulheres com relações sexuais com parceiros eventuais (conforme tabela 13), relataram sexo em troca de drogas com estes mesmos parceiros.

Tabela 15 – Perfil quanto ao comportamento sexual e uso de drogas, estratificado por sexo. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características ¹	Mulheres (n=146)		Homens (n=709)		OR ^{2a}	IC ^b 95% [*]
	n	%	n	%		
Parceiros também usam drogas						
Regulares sexo oposto	103		394			
Sim	59	57,3	46	11,7	10,14	6,0;17,2
Não	44	42,7	348	88,3	1,00	
Eventuais sexo oposto	44		313			
Sim	22	50,0	57	18,2	4,49	2,2;9,1
Não	22	50,0	256	81,8	1,00	
Regulares mesmo sexo	9		11			
Sim	5	55,6	5	45,5	1,50	0,2;13,0
Não	4	44,4	6	54,5	1,00	
Eventuais mesmo sexo	7		31			
Sim	4	57,1	11	35,5	2,42	0,4;17,4
Não	3	42,9	20	64,5	1,00	
Sexo sob efeito de drogas ^b						
Regulares sexo oposto	104		385			
Sim	61	58,7	201	52,2	1,30	0,8;2,1
Não	43	41,3	184	47,8	1,00	
Eventuais sexo oposto	46		308			
Sim	31	67,4	190	61,7	1,28	0,6;2,6
Não	15	32,6	118	38,3	1,00	
Regulares mesmo sexo	9		11			
Sim	7	77,8	7	63,6	2,00	0,2;23,4
Não	2	22,2	4	36,4	1,00	
Sexo para obter drogas						
Eventuais sexo oposto	46		319			
Sim	20	43,5	39	12,2	5,52	2,7;11,4
Não	26	56,5	280	87,8	1,00	
Eventuais mesmo sexo	7		34			
Sim	4	67,1	19	55,9	1,05	0,2;7,2
Não	3	32,9	15	44,1	1,00	

¹“n” muito pequenos não são apresentados; ²Em todas as categorias a comparação foi feita tendo o “não” como referência. ^a OR=*odds ratio*; ^bIC=intervalo de confiança. * Prova do χ^2 de Mantel Haenszel ou Teste exato de Fisher.

5.3. COMPARAÇÃO ENTRE MULHERES E HOMENS HIV-SOROPOSITIVOS

Neste estudo, 39,3% das mulheres e 36,0% dos homens UDIs eram HIV soropositivos. Na tabela 16, são apresentados os resultados das comparações entre eles, quanto às características sócio-demográficas e comportamentais. Considerando a mediana de idade do grupo (31 anos), maior proporção de mulheres HIV-soropositivas (52,6%) apresentava idade acima da

mediana, se comparadas aos homens (46,5%), ainda que esta diferença não tenha sido significativa ($p=0,399$). Quanto à escolaridade dos infectados, as mulheres tinham menos tempo de escolaridade (até quatro anos) que homens ($OR=2,00$ $IC=(1,1;3,8)$).

Metade dos UDIs com sorologia positiva era procedente de Porto Alegre, representando 43,9% das mulheres e 53,9% dos homens ($p<0,05$). Em todos os locais investigados, exceto em São José do Rio Preto e em Gravataí, a proporção de mulheres HIV-soropositivas foi semelhante à de homens. No entanto, em São José do Rio Preto esta proporção foi maior ($OR=3,25$ $IC=(1,4;7,4)$) e em Gravataí menor ($OR=0,55$ $IC=(0,2;1,8)$), diferença não significativa com relação a este último PRD. Entre os UDIs recrutados em Salvador, onde foi observada uma soroprevalência global mais baixa para a infecção pelo HIV, mulheres e homens apresentaram soroprevalências semelhantes (5,3% e 3,9%, respectivamente). Quanto ao estado conjugal, mais mulheres infectadas do que homens infectados viviam maritalmente, que inclui aqueles que vivem juntos e os que eram efetivamente casados ($OR=2,56$ $IC=(1,4;4,8)$). Do mesmo modo, quanto à cor de pele observada, mais freqüentemente, as mulheres HIV-soropositivas tiveram maior chance de ser não brancas, incluindo-se nesta categoria as negras, pardas e amarelas ($OR=2,07$ $IC=(1,1;3,9)$). O relato de ocupação não diferiu entre mulheres e homens HIV-soropositivos ($p=0,590$).

Tabela 16 – Características sócio-demográficas entre mulheres e homens UDIs HIV-soropositivos. Projeto AJUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	Mulheres HIV+ (n=57)		Homens HIV+ (n=254)		OR ^a	IC ^b 95%*
	n	%	n	%		
Idade	57		254			
> 31 anos	30	52,6	118	46,5	1,28	0,7;2,4
< 31 anos	27	47,4	136	53,5	1,00	
Escolaridade	54		234			
Até 4 anos	27	50,0	78	33,3	2,00	1,1;3,8
Acima de 4 anos	27	50,0	156	66,7	1,00	
Cidade do PRD	57		254			
Porto Alegre	25	43,9	137	53,9	1,00	
São José do Rio Preto	16	28,1	27	10,6	3,25	1,4;7,4
Itajaí	5	8,8	25	9,8	1,10	0,3;3,4
Florianópolis	4	7,0	15	5,9	1,46	0,4;5,3
Salvador	3	5,3	10	3,9	1,64	0,3;7,2
Gravataí	4	7,0	40	15,7	0,55	0,2;1,8
Estado conjugal	57		252			
Vive maritalmente	28	49,1	69	27,4	2,56	1,4;4,8
Solteiro	29	50,9	183	72,6	1,00	
Cor da pele	57		254			
Não Branca	32	56,1	97	38,2	2,07	1,1;3,9
Branca	25	43,9	157	61,8	1,00	
Ocupação 6 meses antes entrevista	52		248			
Não	19	36,5	81	32,7	1,19	0,6;2,3
Sim	33	63,5	167	67,3	1,00	

^a OR=odds ratio; ^b IC=intervalo de confiança. * Prova do χ^2 de Mantel Haenszel ou Teste exato de Fisher.

Entre os UDIs HIV-infectados, os aspectos da iniciação ao uso injetável sugerem que o parceiro sexual, enquanto facilitador na obtenção da droga, foi mais frequentemente mencionado entre as mulheres (OR=20,97 IC=(4,6;105,4)). O mesmo ocorreu para a obtenção de material para injeção (OR=16,50 IC=(2,8;124,8)) e também para o ato de injetar a droga pela primeira vez (OR=31,42 IC=(7,3;148,3)), em relação a obter por conta própria, conseguir na farmácia e injetar por si mesmo, respectivamente (tabela 17).

Tabela 17 - Perfil de iniciação ao uso de drogas injetáveis de mulheres e homens UDIs HIV-soropositivos. Projeto AJUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	Mulheres HIV+		Homens HIV+		OR ^a	IC ^b 95% ^{c*}
	(n=57)		(n=254)			
	n	%	n	%		
Obter droga na iniciação	57		254			
Próprio indivíduo	8	14,0	61	24,0	1,00	
Parceiro	11	19,3	4	1,6	20,97	4,6;105,4
Amigo íntimo	17	29,8	66	26,0	1,96	0,7;5,4
Conhecido	11	19,3	45	17,7	1,86	0,6;5,6
Traficante	10	17,5	78	30,7	0,98	0,3;2,9
Obter equipamento na iniciação	57		254			
Farmácia	30	52,6	165	65,0	1,00	
Parceiro	6	10,5	2	0,8	16,50	2,8;124,8
Parente	1	1,8	7	2,8	0,79	-
Amigo íntimo	8	14,0	31	12,2	1,42	0,5;3,6
Conhecido	7	12,3	19	7,5	2,03	0,7;5,7
Outras	5	8,8	30	11,7	0,92	0,3;3,1
Injetar a droga na iniciação	57		250			
Eu mesmo	9	15,8	87	34,8	1,00	
Parceiro	13	22,8	4	1,6	31,42	7,3;148,3
Parente	6	10,5	17	6,8	3,41	1,0;12,4
Amigo íntimo	17	29,8	85	34,0	1,93	0,8;5,0
Conhecido	12	21,1	57	22,8	2,04	0,7;5,7

^a OR=odds ratio; ^b IC=intervalo de confiança. * Prova do χ^2 de Mantel Haenszel ou Teste exato de Fisher.

A tabela 18 apresenta os dados referentes às relações sexuais, nos seis meses que precederam a entrevista. Pode-se observar que as mulheres HIV-soropositivas tiveram uma chance maior de ter relações sexuais com parceiros regulares do sexo oposto (OR=2,20 IC=(0,9;5,4)) e com parceiros eventuais do mesmo sexo (OR=3,3 IC=(0,9;12,3)) do que homens HIV-soropositivos.

Quanto ao uso de drogas e das relações sexuais, as mulheres infectadas tiveram maior chance de ter parceiros regulares que também usavam drogas, comparadas aos homens infectados (OR=10,41 IC=(4,2;25,9)), porém não foi observada diferença significativa entre a proporção de homens e mulheres que relataram fazer sexo sob efeito de drogas. Entretanto, com parceiros eventuais, mulheres HIV-soropositivas tiveram maior chance de terem relações sexuais para obter drogas (OR=4,33 IC=(1,3;14,8)) do que seus pares masculinos (tabela 16).

Quanto ao uso de preservativo com o sexo oposto, mais da metade das mulheres e dos homens que mencionaram não usar preservativos de forma consistente nas parcerias regulares, estavam infectados pelo HIV. Nas parcerias eventuais, uma maior proporção de homens (51%) do que de mulheres (18%), que relataram não usar preservativos de forma consistente, encontravam-se infectados ($p=0,012$).

Tabela 18 – Perfil quanto às parcerias sexuais e o uso de drogas entre mulheres e homens UDIs HIV-soropositivos. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	Mulheres		Homens		OR ^a	IC ^b 95% ^{c*}
	HIV+		HIV+			
	n	%	n	%		
Parcerias regulares sexo oposto	48		190			
Sim	40	83,3	132	69,5	2,20	0,9;5,4
Não	8	46,7	58	30,5	1,00	
Parcerias regulares mesmo sexo	15		96			
Sim	3	20,0	6	6,3	3,75	0,6;20,5
Não	12	80,0	90	93,8		
Parcerias eventuais sexo oposto	46		191			
Sim	18	39,1	98	51,3	0,61	0,3;1,2
Não	28	60,9	93	48,7		
Parcerias eventuais mesmo sexo	15		96			
Sim	6	40,0	16	16,7	3,33	0,9;12,3
Não	9	60,0	80	83,3		
Parceiros regulares sexo oposto usam drogas	40		127			
Sim	24	60,0	16	12,6	10,4 1	4,2;25,9
Não	16	40,0	111	87,4	1,00	
Sexo sob efeito de drogas						
Parceiro regular sexo oposto	39		124			
Sim	23	59,0	65	52,4	1,30	0,6;2,9
Não	16	41,0	59	47,6	1,00	
Parceiro eventual sexo oposto	17		91			
Sim	12	70,6	56	61,5	1,50	0,4;5,4
Não	5	29,4	35	38,5	1,00	
Sexo para obter drogas						
Parceiros eventuais sexo oposto	17		94			
Sim	8	47,1	16	17,0	4,33	1,3;14,8
Não	9	52,9	78	83,0	1,00	
Parceiros eventuais mesmo sexo	6		16			
Sim	4	66,7	10	62,5	1,20	0,1;13,4
Não	2	33,3	6	37,5	1,00	

^a OR=odds ratio; ^b IC=intervalo de confiança. ^c Prova do χ^2 de Mantel Haenszel ou Teste exato de Fisher.

Para a análise multivariada, foram selecionadas as variáveis explicativas que foram estatisticamente significativas na análise univariada. Entretanto, as variáveis que atingiram valores de $p < 0,20$ e que tinham importância epidemiológica para o evento considerado, também foram incluídas na análise, uma vez que elas poderiam apresentar resultados significativos na análise multivariada. A seleção das variáveis dos modelos logísticos foi realizada por um procedimento “passo a passo”, através do método *Enter*, incluindo as

variáveis uma a uma e retirando quando não significativo, permanecendo no modelo apenas as variáveis com $p < 0,05$.

O primeiro modelo de regressão logística incluiu as seguintes variáveis sócio-demográficas: estado conjugal ($p < 0,01$), cor da pele ($p = 0,013$) e escolaridade ($p = 0,022$). O segundo modelo manteve estado civil, cor da pele e escolaridade, acrescentando variáveis relativas à iniciação de drogas injetáveis, “de quem obteve a droga” ($p < 0,001$) e “quem injetou a droga” ($p < 0,001$). A variável “como conseguiu o material” ($p < 0,01$) foi excluída do modelo, devido à colinearidade com a variável “quem injetou a droga”. O terceiro modelo acrescentou às demais covariáveis, variáveis relacionadas às “relações sexuais com parceiros regulares do sexo oposto” ($p = 0,055$) e com “parceiros eventuais do mesmo sexo” ($p = 0,035$), ao “uso de drogas pelo parceiro regular do sexo oposto” ($p < 0,001$) e ainda “sexo para obter drogas com parceiros eventuais do sexo oposto” ($p < 0,01$). Em todos os modelos, foi incluída a variável “cidade do PRD”, como tentativa de incluir a elevada heterogeneidade desta. Para confirmar a regressão utilizou-se o método “*backward stepwise condicional*”.

Na tabela 19, estão apresentados os resultados da análise do modelo final multivariado, que incluiu três variáveis explicativas consideradas como estatisticamente significativas ao nível de 5%. Observa-se que ter escolaridade menor do que quatro anos (OR=3,47 IC=(1,2;10,0)), ter sido iniciada pelo parceiro sexual na iniciação ao uso injetável (OR=23,71 IC=(2,9;191,8)) e ter parceiro regular que usa drogas injetáveis (OR=8,05 IC=(2,7;22,6)) se mostraram significativamente associados às mulheres HIV-soropositivas, quando comparadas aos homens com o mesmo estado sorológico. Todas as razões de chance obtidas na análise multivariada, após ajustamento, refletiram magnitudes diferentes daquelas obtidas na análise univariada, indicando que o efeito mudou com o ajuste, mas a natureza e direção das associações mantiveram-se.

Tabela 19 - Comparação do OR não ajustado com o modelo final ajustado pela regressão logística para mulheres HIV-soropositivas comparadas a homens HIV-soropositivos. Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Características	Análise univariada* OR _{não ajustado} (IC 95%)	Análise multivariada**		
		Beta	p	OR _{ajustado} (IC 95%)
Escolaridade (até 4 anos)	2,00 (1,1;3,8)	1,245	0,022	3,47 (1,2;10,0)
Ser injetada pelo parceiro na iniciação	31,42 (7,3;148;3)	3,166	0,003	23,71 (2,9;191,8)
Parceiros regulares do sexo oposto também usam drogas	10,41 (4,2;25,9)	2,086	0,000	8,05 (2,9;22,6)

* Prova do χ^2 de Mantel-Haenszel; ** Modelo regressão logística binária.

6 DISCUSSÃO

Este estudo, realizado com usuários de drogas injetáveis atendidos por PRD, quanto ao perfil sócio-demográfico e epidemiológico, revelou participação maior de homens em comparação às mulheres, ambos morando em locais pouco adequados para viver, tendo baixa qualificação profissional e elevado desemprego, além de possuir fontes de renda esporádicas e muitas vezes ilícitas. Foram frequentes as ocorrências de eventos relacionados à criminalidade e à violência. O início do uso de drogas de maneira geral e de droga injetável ocorreu na adolescência, concomitante às primeiras relações sexuais. A maior procura e efetivação de tratamentos para drogadição e para eventos relacionados à saúde sugere maior participação do UDI no sistema de saúde.

Comparando-se mulheres e homens UDIs, mulheres foram significativamente mais iniciadas do que os homens por seus parceiros sexuais na obtenção da droga, das seringas e no ato de injetar-se. Também relataram maior frequência de parceiros sexuais regulares e menor de eventuais, entretanto, relataram mais frequentemente o uso de drogas com seus parceiros e troca de sexo por drogas quando comparadas aos homens.

O achado de maior proporção de homens UDIs concorda com diversos estudos (Bastos *et al.*, 2005; Vanichseni *et al.*, 2004; Fonseca *et al.*, 2000, 2002, 2003; Ahmed *et al.*, 2003; Carvalho *et al.*, 1996; Telles & Bastos, 1995). No estudo de Malliori *et al.* (1998), a porcentagem de injetores homens foi substancialmente maior do que a de mulheres em todas as cidades estudadas (81% versus 19% em Madri; 95% versus 5% em Bangkok; e 74% versus 26% em Nova York, são alguns exemplos). No Brasil, a maioria absoluta de UDI era constituída por homens (numa proporção de aproximadamente 8/1 nas amostras cariocas), segundo Bastos & Coutinho (1997).

As explicações para esta predominância masculina entre os usuários de drogas têm sido o foco de alguns estudos avaliativos. Oliveira *et al.* (2006), estudando as representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas, falam deste “ocultamento” das mulheres usuárias, como possível medida de proteção de situações de discriminação. A autora cita Séverine (2004), apontando que, no mundo todo, o estigma e a desaprovação são maiores quando a pessoa usuária é mulher, o que a faz esconder sua condição. Esta característica pode

levar a subestimar-se a prevalência de mulheres UDIs, tendo como consequência imediata a falta de propostas preventivas dirigidas especialmente para estas mulheres. Whynot (1998), estudando o contexto social do risco de mulheres UDIs em Vancouver, Canadá, chama a atenção para a importância da maior visibilidade destas mulheres, a partir da infecção pelo HIV, para que elas possam receber cuidados médicos de qualidade.

A maioria dos UDIs informou viver a maior parte do tempo em casa, parecendo possuir meios econômicos para isso. O que chama a atenção é que, nos seis meses prévios à entrevista, cerca de 1/4 dos UDIs responderam não ter onde morar, habitando em locais precários. Considerando o tempo médio de uso de drogas, de aproximadamente nove anos, parece haver uma mudança na qualidade da moradia, desde o início do uso de drogas até a época atual. Caiaffa *et al.* (2006), comparando as informações coletadas nos estudos Projetos AjUDE-Brasil I (1998) e II (2000-2001), constataram diferença significativa entre os UDIs que relataram não ter lugar para morar nos dois estudos (28,4 e 20,6%, respectivamente). Estas proporções são menores do que a encontrada no estudo de Doherty *et al.* (2000b), em que 47% dos 229 UDIs acessados ficaram sem ter onde morar nos anos precedentes à entrevista.

No âmbito do AjUDE-Brasil II, Cardoso *et al.* (2006), estudando a incidência de aids e a mortalidade em UDI, encontraram relato de ausência de local para morar associado à ocorrência de aids (RR= 6,16) e aos óbitos (RR= 3,00). Nesse mesmo estudo, a fonte de renda também esteve associada aos óbitos (RR= 2,65). Os resultados do estudo mencionado e ainda o achado no presente estudo de mais de 70% dos UDIs desempregados e com fonte de renda inexistente ou esporádica, ou até mesmo ilícita, reforçam a importância de incluir as variáveis moradia, emprego e fonte de renda nos protocolos de pesquisa com UDI e no sistema nacional de notificação de aids. Peres *et al.* (2000), estudaram a associação entre habitação, fonte de renda e drogas e concluíram que viver em uma situação em que as estruturas habitacionais são precárias, indica carência de recursos mínimos para sobreviver, facilitando tanto o consumo, quanto o comércio de drogas.

Apesar de poucos estudos incluírem variáveis socioeconômicas, estes achados concordam com o estudo de Doherty *et al.* (2000b), que encontraram 78% dos UDIs sem emprego, sendo que 1/3 ganhavam dinheiro com atividades ilegais, tais como roubo e venda de drogas, além de uso do sexo por dinheiro. Em outro estudo, Doherty *et al.* (2000a) sugeriram que o

desemprego facilitava o compartilhamento de equipamentos de injeção, pelo fato do UDI não ter condições econômicas de adquirir a droga para seu uso, obtendo-a de outras pessoas e injetando com o mesmo material.

Cerca de 30% dos entrevistados relataram ter feito cursos profissionalizantes, entretanto, grande parte destes, não exigia escolaridade. Nem mesmo o ensino fundamental foi completado por grande parte dos entrevistados. Moraes *et al.* (1999), em levantamento do perfil de UDIs em São José do Rio Preto, em 1997, encontraram 32,8% de desempregados e 32,8% empregados em serviços básicos que não exigiam especialização. Diversos autores atribuem ao abandono do estudo, a responsabilidade pela preparação profissional inadequada, com conseqüente impedimento de melhoria do nível sócio-econômico (Bastos & Szwarcwald, 2000; Parker & Camargo Jr, 2000; Bastos, 2001). A profissionalização encontrada parece que foi insuficiente para garantir emprego e renda. Estes achados confirmam os obtidos por Fonseca *et al.* (2003), onde os UDIs eram aqueles com menores níveis sócio-econômicos. Friedman (1993) afirmou que apesar de grande parte dos UDIs estarem concentrados nas regiões sócioeconômicas mais ricas do país (como é o caso do presente estudo), a maioria deles pertence aos estratos sociais mais pobres e com escolaridade mais baixa.

Quase todos os entrevistados, alguma vez em sua vida, já foram detidos e grande parte se envolveu em brigas, tendo que receber cuidados médicos quando estas eram motivadas por drogas. Estes resultados são ainda mais acentuados, quando se analisam os dados dos últimos seis meses ou do último mês. Caiaffa *et al.* (2006), ao comparar AjUDE I e II, também constataram aumento no relato de detenção de um estudo para outro (70,1 para 80,2%). Este achado de aumento de detenção está de acordo com dados que revelam que, nos últimos anos, o país vem progressivamente encarcerando maiores parcelas de sua população (Cerqueira *et al.*, 2000). Em Vancouver, Canadá, de 1.475 UDI participantes do VIDUS (Vancouver Injection Drug Users Study), entre 1996 e 2002, 76% relataram história de encarceramento desde que começaram a injetar drogas (Wood, 2005). Cerca de 1/3 dos UDIs do presente estudo foi condenado, a maioria por furto ou roubo. Segundo a Delegacia de Homicídios de Belo Horizonte (MG), 55% dos 433 homicídios ocorridos em 1998 envolveram o uso ou a venda de drogas (Beato *et al.*, 2000).

A maior parte dos entrevistados estava na faixa etária entre 20 e 30 anos, podendo ser considerada jovem. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), esta é uma das faixas etárias mais atingidas pela aids desde o início da epidemia. A UNESCO (2001) relata que 50% dos novos casos de infecção pelo HIV se dão nas faixas etárias próximas à adolescência, considerando-se o período de cinco a quinze anos como latência entre o contágio e a manifestação da doença.

A adolescência também foi o período da vida em que grande parte dos entrevistados começou a usar drogas, o que condiz com os estudos atuais onde se relatam aumento cada vez maior do consumo entre os estratos mais jovens (Noto *et al.* 1993; 1998; Fonseca *et al.* 2002; MS, 2002). Levantamento do CEBRID (Galduróz *et al.*, 1997) revelou que o percentual de adolescentes, que já consumiram drogas (uso na vida) entre os 10 e 12 anos de idade, é alto: 51,2% usaram álcool; 11,0% usaram tabaco; 7,8% solventes; 2,0% ansiolíticos e 1,8% já utilizaram anfetamínicos (Noto *et al.* 1993, 1998). Prontuários de 107 meninos e meninas de 10 a 17 anos, tratados no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP, revelaram que estes começaram a usar drogas em média, aos 12 anos. O álcool foi consumido por 100% deles, a maconha por 86,7% e a cocaína por 73,3% das meninas e 64,4% dos meninos. Estas porcentagens são semelhantes às encontradas no presente estudo (Scivioletto *et al.*, 1997).

Outra questão que parece afetar com particular vulnerabilidade o jovem é a utilização de outras drogas não injetáveis, tais como a cocaína aspirada, o *crack*, o álcool, o cigarro e outras drogas sintéticas, como constatado no presente estudo. Nas dez capitais pesquisadas pelo CEBRAP (Brasil, 1999), cresceu a tendência para o uso freqüente de maconha entre crianças e adolescentes, sendo que em seis delas também aumentou o uso de cocaína e de álcool. Outros estudos nacionais, realizados entre estudantes brasileiros nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, indicaram a semelhança do perfil brasileiro, quanto ao consumo de drogas, com o de outros países, excetuando-se os Estados Unidos, onde o consumo é muito maior (Carlini-Cotrim, 1991). Entretanto, entre os meninos e meninas em situação de rua, o consumo de drogas foi superior aos observados entre os estudantes, sendo que os inalantes e a maconha foram as drogas mais consumidas, seguidas pela cocaína, nas capitais do sudeste do país, e pelos medicamentos psicotrópicos nas capitais nordestinas (Noto *et al.*, 1998). Estes dados são concordantes com os obtidos no presente estudo, tendo em vista que aumentaram as porcentagens de uso de drogas diferentes das que foram relatadas no primeiro uso.

Chama-se a atenção para a primazia da maconha como droga de iniciação, no período da adolescência, nesse estudo (64,3%). Considerando uma latência de cerca de cinco anos, em média, para o início de uso de droga injetável desde o primeiro uso, sugere-se uma seqüência temporal entre a maconha e a cocaína.

É importante discutir a questão da disponibilidade da droga e o seu maior ou menor uso, além da interação de características pessoais e de condições oferecidas pelo meio, como geradores de possível intensificação do risco de uso abusivo e de desenvolvimento de problemas associados, tais como dependência, overdose e infecções. Gonçalves (2002) abordou profundamente a questão da representação social e dos conceitos sobre drogas, defendendo abolir-se a dicotomia entre lícito e ilícito e preconizando que a droga em si não é ruim. O problema com relação às drogas, para a autora, está no uso indevido ou abusivo, qualquer que seja a droga, do álcool ao *crack*, incluindo o cigarro e as anfetaminas.

Uma droga proibida para uso recreativo pode não ser proibida, quando seu uso é medicinal. Isto é o que acontece, por exemplo, com a maconha cuja comercialização é proibida em vários países, entretanto, sua prescrição médica é permitida para doentes terminais. A divisão das drogas psicoativas em lícitas e ilícitas dificulta abordar a representação simbólica que as drogas possuem na vida das pessoas. Têm-se uma falsa idéia de que o usuário de drogas é uma minoria pobre e marginalizada, quando na verdade, este é o usuário de drogas, que faz uso injetável e que busca os PRDs para garantir seu direito à saúde. Comumente, a maioria dos outros consumidores de drogas, no entanto, tem poder aquisitivo alto e frequenta consultórios e clínicas particulares.

A representação social do álcool como droga, como substância psicoativa, não é a mesma da maconha e da cocaína. Além do apelo da propaganda e de sua inserção cultural, o álcool tem grande poder de atração, principalmente entre os jovens, não possuindo a força de censura atribuída às substâncias ilegais, dado que o uso do álcool, na prática, é livre. Entretanto, são conhecidos os graves prejuízos causados ao indivíduo, à família e à sociedade, quando seu uso torna-se indevido e/ou abusivo.

Uma suposta condescendência com relação ao álcool pode ser inferida no grupo estudado, pois, quando perguntado a respeito da primeira droga utilizada, tanto o álcool quanto o fumo

foram informados por apenas 1,6% dos entrevistados, sendo que nos seis meses anteriores à entrevista a proporção subiu para 90,1% e 80,8%, respectivamente. Estes achados discordam da maioria dos estudos em que álcool e cigarro são drogas comumente de iniciação (Noto *et al.*, 1993, 1998; Carlini *et al.*, 2002). Estas diferenças podem estar relacionadas à forma como a pergunta foi formulada. A questão referente à primeira droga utilizada na vida era uma pergunta aberta, sem nenhum tipo de sugestão. Ao contrário, a pergunta sobre a droga utilizada nos seis meses que antecederam a entrevista era fechada e referente a drogas pré-determinadas, ou seja, já estavam incluídas as palavras álcool e fumo. Pode ser que os UDIs não relataram álcool ou fumo, no primeiro uso de drogas, por não considerá-los como tal.

Apenas 0,6% dos entrevistados mencionaram o uso de *crack* como primeira droga, enquanto que 53,1% relataram este uso, nos seis meses prévios à entrevista. Estudos realizados nas cidades de São Paulo, Campinas e Santos revelaram um vínculo preocupante entre o uso de *crack* e a aids (Carvalho *et al.* 1996, Dunn *et al.*, 1993). Bastos & Coutinho (1977) levantaram a possibilidade de que tenha havido um crescimento relativo da transmissão sexual entre UDIs e da notificação de casos entre usuários de drogas não injetáveis, especialmente de *crack* e cocaína cheirada, principalmente nos locais com epidemias maduras.

Outros estudos abordam a transição do uso injetável para outras formas de consumo de drogas, como resposta ao risco de compartilhar equipamentos. O *crack* apresenta-se também como uma alternativa mais barata em relação à cocaína, mais comumente utilizada na injeção, sendo a droga preferida da população de baixa renda em muitas das cidades mais importantes do Brasil, como São Paulo (UNDOC, 2005). Resumindo, alguns podem migrar para o *crack* supondo uma proteção, entretanto, esta proteção é ilusória, já que dificilmente um jovem usuário de *crack* sobrevive ao primeiro ano de consumo e dependência, segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (WHO/UNAIDS/UNODC, 2004).

A capacidade de cada PRD em acessar o UDI parece denotar eficiência, tanto pela mobilização de um número considerável de entrevistados para o presente estudo, quanto por sua utilização pela maioria deles. Como já foi dito anteriormente, a primeira tentativa de troca de seringas ocorreu em Santos em 1989, mas foi abortada pela justiça. Os primeiros PRDs, portanto, foram criados em meio à repressão policial e incompreensão da sociedade, que via nesses programas estímulo ao uso do injetável, pois eram divulgados apenas como locais de

troca de seringas. Dos seis PRDs participantes desse estudo, Salvador foi o primeiro a trocar seringas, surgindo em 1995 (Ministério da Saúde, 2001). Porto Alegre criou o seu em 1996 (Siqueira *et al.*, 1998).

Apesar do curto tempo de existência dos PRDs no Brasil (cerca de 5 anos), na época em que o presente estudo foi realizado (2000-2001), e do pouco tempo de uso dos PRDs pelos sujeitos deste estudo (cerca de 1 ano), os resultados obtidos mostram que seu efeito foi satisfatório. Mais do que uma simples troca de seringas e distribuição de preservativos, quando do uso abusivo de drogas e desejo de parar ou diminuir o consumo, os PRDs ofereceram ainda orientação e encaminhamento para tratamentos.

O achado de que apenas 35,7% dos entrevistados procuraram tratamento para drogadição, na vida, concorda com outros estudos, nos quais os usuários de droga se mostraram resistentes a admitir a necessidade de tratamento (Mesquita & Bastos, 1994; Dunn & Laranjeiras, 1999; Pimenta, 2005). Entretanto, os dados referentes aos últimos seis meses anteriores à entrevista mostram uma maior procura por tratamentos, tanto para drogadição, quanto para saúde de maneira geral, o que reforça a importância da redução de danos à saúde. Quase a totalidade dos UDIs efetivou tratamentos ou para drogadição ou para outros eventos relacionados à saúde. Os tipos de tratamentos relatados, principalmente para a saúde de forma geral, tais como, infecções, doenças pulmonares, ferimentos através de facadas, balas e vidros, parecem relacionados ao uso e abuso de drogas e à falta de cuidados preventivos mínimos de saúde.

Por outro lado, o fato do UDI ter relatado informações sobre IST e infecções transmitidas pelo sangue indica que eles possuem conhecimentos sobre estas questões. Porém, as elevadas prevalências estimadas para as infecções de transmissão sanguíneas, encontradas no presente estudo, sugerem dificuldades em elaborar estas informações na prática. Esta questão fica evidenciada, quando a maioria dos UDIs, com conhecimento da soropositividade para o HIV, relatou não fazer tratamento. Entretanto, é importante ressaltar que estes dados são anteriores à edição da Portaria nº. 1.028, referente às ações de redução de danos.

De fato, somente em 2005, o Ministério da saúde editou esta Portaria, estabelecendo as diretrizes que orientam a implantação das ações de redução de danos e, desta forma, subsidia municípios e estados na manutenção ou implantação de ações voltadas para usuários de

drogas (Brasil, 2005). Vale enfatizar que estes programas buscam o usuário de drogas de forma ativa em seu local de uso e/ou moradia, com uma proposta de educação continuada. Geralmente os Redutores de Danos (RD) são ex-usuários, usuários em atividade ou até mesmo profissionais de saúde não preconceituosos quanto ao uso de drogas.

O Ministério da Saúde estima que os PRDs foram capazes de reduzir em 49% os casos de aids em UDIs, em um espaço de quase 10 anos (entre 1993 e 2002) (MS, 2004). Entretanto, o sul do Brasil, principalmente, Porto Alegre, ainda apresenta crescimento das notificações de aids em UDI (cerca de 25% dos casos) (MS, 2004). Vários fatores interagem para contribuir com diferenças de soroprevalência entre as diversas regiões do país, entre eles, a migração para drogas não injetáveis e o poder do tráfico de cocaína nas regiões de fronteira, principalmente do sul.

Segundo estudo de Fonseca *et al.* (2006), para avaliar a operação cotidiana dos PRDs, há falhas quanto à existência de bancos oficiais, monitoração e avaliação. Em 45 programas analisados, os autores encontraram que em 70% deles havia adesão dos usuários às ações implementadas, com uma cobertura de 60% de UDIs. Entretanto, 20% dos programas não dispunham de material adequado, 28% relataram interrupção no fornecimento de seringas, apesar de que quase todos faziam controle de estoque (90%). Portanto, continuar investindo em PRDs é fundamental para manter os resultados obtidos e reverter as altas prevalências de determinadas regiões (Caiaffa & Bastos, 1998; Caiaffa *et al.*, 2003a; Caiaffa *et al.*, 2003b).

Não foi objeto do presente estudo verificar a adesão e nem avaliar a cobertura dos PRDs, mas considera-se importante destacar o papel do redutor de danos e do agente morador na aglutinação dos UDIs. Ficou evidenciado, por exemplo, que este papel foi fundamental no recrutamento de participantes para este estudo, uma vez que além de recrutarem frequentadores dos PRDs, os redutores de danos e agentes moradores conseguiram inclusive a participação de 29,7% de UDIs que nunca freqüentaram os PRDs.

Comparando-se mulheres e homens UDIs, os resultados deste estudo mostraram que as usuárias do sexo feminino parecem vivenciar um processo distinto dos homens no momento da iniciação ao uso de drogas injetáveis. Observou-se um papel de destaque desempenhado

pelos parceiros sexuais nesta iniciação, tanto no que diz respeito ao fornecimento da droga, e das seringas e agulhas, quanto no processo propriamente dito de injeção endovenosa da droga.

Entre infectados, mulheres, mais que homens, relataram mais frequentemente parcerias sexuais regulares com parceiros que também usavam drogas. Além disto, mais comumente, relataram relações sexuais sob efeito de drogas. Por outro lado, em parcerias eventuais, estas mulheres trocaram sexo por drogas numa proporção maior, quando comparadas aos homens infectados. Todos estes fatores, acrescidos da menor escolaridade, cor da pele não branca e viver maritalmente, mais frequentemente observados entre mulheres do que entre homens, sugerem a existência de maior exposição à infecção pelo HIV pelas mulheres, mesmo considerando que, cor da pele e estado conjugal, não permaneceram no modelo de regressão logística.

Estes resultados são similares a achados de estudos internacionais, nos quais as mulheres são também mais frequentemente iniciadas pelos homens, do que os homens pelas mulheres, como no estudo de Evans *et al.* (2003), onde foram comparados mulheres e homens UDIs de São Francisco, EUA. No Brasil, o estudo de De Boni *et al.* (2005), com UDIs do Rio de Janeiro e de Porto Alegre, confirmou esses mesmos achados. Ao contrário, o estudo de Doherty *et al.* (2000a), em Baltimore, EUA, com 250 UDIs, recentemente iniciados ao uso de drogas injetáveis, recrutados nas ruas, encontrou 65% das mulheres iniciadas por outras mulheres e 77% dos homens iniciados por outros homens. Entretanto, os próprios autores desse último estudo justificaram a diferença de seus achados, com os demais existentes, baseando-se na possibilidade da ocorrência de seleção diferencial no acesso de UDIs iniciantes, vícios de amostragem, até a eventualidade de real mudança social neste grupo. Além disso, no presente estudo, a amostra se diferencia do estudo de Doherty *et al.* (2000a) quanto à porcentagem de iniciantes. Foi acessado um número reduzido de iniciantes, já que a amostra era composta por cerca de 80% dos UDIs, independente do sexo, com mais de três anos de uso de drogas injetáveis, sugerindo-se, por isto, cautela na comparação entre os dois estudos.

É importante reconhecer que, provavelmente, o comportamento social e cultural de UDIs de outros países pode diferir dos brasileiros, principalmente de usuários de PRDs. Entretanto, há uma concordância dos resultados de Doherty *et al.* (2000a) com nossos achados, pois eles

verificaram que as mulheres que foram iniciadas por homens tinham um perfil de maior risco e uma maior soroprevalência para o HIV, sugerindo pouco controle preventivo da mulher no compartilhamento de seringas.

De maneira geral, nosso estudo demonstra semelhança entre homens e mulheres quanto à idade de início do uso de drogas em geral e de droga injetável e também no compartilhamento de seringas, remetendo à igualdade entre os sexos. Por outro lado, as diferenças significativas na obtenção de drogas e seringas, tanto mais recentemente à entrevista, quanto na época da primeira injeção, poderia sugerir papel mais dependente e passivo da mulher UDI (Chiriboga, 1997).

Uma outra questão diferencial na epidemia de HIV/Aids relativa às mulheres e homens UDIs, caracterizando-os como grupo com risco duplo de infecção pelo compartilhamento de seringas e/ou agulhas usadas, refere-se ao contato sexual sem preservativo. Do ponto de vista biológico, as mulheres são mais susceptíveis à infecção pelo HIV, tanto pela extensão da mucosa vaginal exposta ao sêmen, que tem maior concentração de HIV do que o líquido vaginal, quanto pela presença de IST (Chiroba, 1997). Já do ponto de vista do comportamento, o contexto sócio-cultural poderia influenciar o uso ou não de proteção nas relações sexuais (Parker, 1991; Barbosa, 1999). Alguns estudos destacam que a dificuldade em negociar com o parceiro, a confiança na fidelidade e o romantismo da entrega incondicional, amplia as condições de risco para as mulheres, aumentando sua vulnerabilidade (Chiroba, 1997; Santos, 1994).

A todas as características acima expostas, acrescenta-se ao risco sexual mais freqüentemente encontrado nas mulheres do que nos homens, o relato de que os seus parceiros sexuais também eram UDIs. Além disso, a ocorrência de sexo sob efeito de droga e a negociação de sexo por drogas, corroboram para a hipótese de que as mulheres UDIs brasileiras estão mais expostas do que os homens UDIs à infecção pelo HIV.

Portanto, o acréscimo de ambos os riscos comportamentais, sexo e droga, entre as mulheres deste estudo, sugere que elas possuem um menor controle e autonomia na experiência de infecção pelo HIV. Estes achados são concordantes com Friedman *et al.* (1998) e Doherty *et*

al. (2000), que reafirmam o duplo risco de infecção, principalmente para as mulheres que injetam com seus parceiros.

Vários estudos concordam que mulheres são altamente influenciadas por seus parceiros sexuais, principalmente quando interagem com membros de sua rede de injeção (Barcellos & Bastos, 1996; Friedman *et al.*, 1995; Davies *et al.*, 1996; Telles & Bastos, 1995; Crofts *et al.*, 1996). Os UDIs acessados no presente estudo revelaram compartilhar com amigos, conhecidos, parceiros, ou seja, sua rede de uso. A proporção elevada de compartilhamento de equipamento de injeção na vida, tanto por mulheres quanto por homens, pressupõe a possibilidade do compartilhamento ocorrer desde a iniciação ao uso de drogas injetáveis. Evans *et al.* (2003), encontraram mulheres que, além de iniciar a injeção de drogas com um parceiro sexual, compartilhava os mesmos equipamentos de injeção.

Novamente, os resultados acima são discordantes dos obtidos por Doherty *et al.* (2000a), que encontraram 44% das mulheres e 33% dos homens comprando sua própria agulha para a primeira vez. Também Crofts *et al.* (1996), estudando as circunstâncias de iniciação, encontraram 50% dos iniciados adquirindo sua própria agulha. No nosso estudo, 43% mulheres e 55% dos homens adquiriram seu equipamento na farmácia.

O grupo populacional estudado era composto de mulheres com menor escolaridade e com maior proporção de cor de pele não branca, estando em uma posição menos favorecida, o que agrava sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Uma análise das inter-relações da vulnerabilidade ao HIV e desigualdades sociais, preconceito e marginalização, apresentada por Bastos & Szwarcwald (2000), destaca a importância da desigualdade, do preconceito racial e de gênero. Em todo o mundo, cresce a maior exposição feminina relativa à vulnerabilidade social (UNAIDS, 2005; MS, 1997). No Brasil, a epidemia avança entre a população negra e parda (MS, 2004) e a categoria de mulheres mais atingida é aquela com baixa renda e pouca escolaridade (MS, 2005).

O achado de que as mulheres sugeriram mais freqüentemente o uso do preservativo aos seus parceiros pode ser considerado um avanço. Entretanto, devemos reconhecer que, baseado em estudos específicos, o poder de negociação das mulheres com o parceiro sexual, na maioria das vezes, pressupõe-se pouco convincente (Oliveira, 2000; Ayres *et al.*, 1999; Ferreira,

2003). A vulnerabilidade ao HIV, que amplia os riscos de infecção, relaciona-se a recursos insuficientes para se proteger, estando relacionada direta ou indiretamente com desigualdades sociais diversas, a começar pela questão de gênero, estendendo-se até questões raciais, sócio-econômicas e educacionais.

Caiaffa *et al.* (2006), na comparação dos achados dos Projetos AjUDE-Brasil I e II, chamaram a atenção para a importância da teoria das redes sociais de risco como estratégia conceitual e metodológica para compreender contextos e comportamentos sociais relacionados ao risco de infecção. A base teórica e prática para as análises de redes sociais foi dada pela sociometria de Moreno (1934). O objetivo é conhecer as conexões sociais de um indivíduo a partir das indicações que este faz quanto a preferências e rejeições quanto a outros indivíduos. A partir dessas informações, é possível descrever e estudar as estruturas relacionais que emergem quando os indivíduos interagem. Estas estruturas relacionais traduzem a existência de uma rede.

Portanto, quanto aos UDIs, as redes se constituem de atores sociais diversos, incluindo aqueles de outros grupos de interesse, principalmente ligados à transação da droga. Nestas redes, existem diversos tipos de relações, algumas de poder, outras de submissão. O conhecimento destas redes aponta para o uso coletivo e a presença de fatores sociais, tais como o uso sequencial da droga que facilita o compartilhamento de equipamentos de injeção, e o uso solidário e ritualístico. Os papéis dentro destas redes se alternam, de acordo com a possibilidade do usuário naquele momento: um tem o dinheiro, outro sabe onde tem droga “boa”, outro vai buscar, outro tem o local para o uso, outro tem o material. Essa rede de sociabilidade é importante na decisão de consumo e na continuidade do uso de drogas. (Neaigus *et al.*, 1994; Montgomery *et al.*, 2002; Troyano *et al.*, 2005).

Antes de apresentar as conclusões desse estudo, algumas limitações devem ser colocadas. O perfil sóciodemográfico e epidemiológico delineado apresenta limites inerentes aos desenhos dos estudos transversais, com possibilidade de ocorrência de inúmeros vieses. Há possibilidade de viés de sobrevivência, ou seja, o UDI entrevistado pode ser considerado um sobrevivente a situações adversas. Algumas delas foram encontradas neste estudo, como uso de diversas drogas concomitantemente, tempo de uso médio de drogas maior do que cinco anos, encarceramento acentuado, envolvimento em situações de violência que requerem

cuidados médicos, desemprego, condições precárias de moradia, entre outras. O viés de sobrevivência nos alerta para a possibilidade de subestimação dos fatos, já que os UDIs em piores condições, que as mencionadas acima, possivelmente não sobreviveram.

Também pode existir viés de seleção, ou seja, os entrevistados não foram selecionados aleatoriamente, mas recrutados pelos redutores de danos de cada PRD, podendo haver tendenciosidade em decorrência da possível escolha seletiva dos participantes. Além disso, o tipo de amostragem diminui a capacidade de a amostra ser reproduzida. Entretanto, ressalta-se que apesar da amostra ter sido de conveniência foi calculado o valor de p , mesmo considerando que teoricamente não é o adequado.

Outro viés possível é de informação. Não há como checar as respostas dos entrevistados. Estas podem não corresponder à realidade, por uma série de motivos, que vão desde a inibição do UDI frente a perguntas consideradas muito pessoais, até a necessidade de manter uma aparência diante do entrevistador. Este viés pode implicar em possível sub ou super estimação das informações. A ausência de informação, principalmente quanto às perguntas relativas ao histórico penitenciário, pode sugerir dificuldade do UDI em partilhar informações, que relacionem seu uso de drogas com o crime.

Mesmo considerando os limites quanto à generalização a outros UDIs, este estudo apresenta-se como uma contribuição importante para a saúde pública, principalmente no que tange à prevenção. Além disso, poderá estimular a proposição de outros protocolos de pesquisa para elucidação dos achados, particularmente visando ao conhecimento das redes de uso de drogas, além da mobilidade geográfica deste grupo.

Quanto às limitações do estudo comparativo de mulheres e homens, utilizaram-se dados que não foram originalmente coletados para os objetivos da pesquisa. Isto pode gerar conhecimento parcial, pela ausência de informações mais completas sobre aspectos da iniciação ao uso de droga injetável. Questionamentos, tais como, idade e características do auxiliar, motivos para a experimentação e manutenção do uso de drogas, percepção da própria situação, antecedentes pessoais quando do primeiro uso, colaborariam no delineamento de um perfil mais abrangente de mulheres e homens UDIs.

A possibilidade de comparação dos achados aqui encontrados com estudos nacionais e internacionais é restrita, porque são poucos os trabalhos que tratam da iniciação entre UDIs de forma semelhante. Alguns abordam UDIs jovens, para uma caracterização mais precisa da iniciação, enquanto outros acessam UDIs de uma coorte madura. Além disso, o achado de resultados dissimilares poderia ser atribuído, tanto às distintas estratégias de recrutamento, quanto à época e local de realização dos estudos. A generalização dos achados fica ainda prejudicada pela possibilidade de a amostra não ser representativa de toda a população de UDIs, representando apenas o UDI atendido por PRD. Um outro aspecto é que a temporalidade entre exposição e evento apresenta limite imposto pelo delineamento transversal do estudo.

Apesar de a amostra apresentar uma menor proporção de mulheres em comparação com os homens, gerando, por vezes, intervalos de confiança amplos, o maior mérito do presente estudo, em nosso entendimento, é ter acessado um número tão expressivo de mulheres UDIs, o que ainda não havia sido descrito em estudos brasileiros.

7 CONCLUSÕES

O impacto da injeção de drogas no campo social é difícil de ser avaliado quantitativamente. Não é possível saber se a história de desemprego, os problemas com a justiça e o baixo nível escolar, observados entre os UDIs do presente estudo, são causa ou resultado do uso de drogas. São aspectos comuns aos mesmos, em várias partes do mundo, sugerindo uma forte exclusão social, ampliando os prejuízos relacionados à adição, tais como infecções e overdose, além de dificultar a acessibilidade à assistência médica (Comás, 1999).

Os resultados obtidos sugeriram haver reflexos da lei que criminalizava o usuário de drogas, quando apontou as dificuldades dos entrevistados em informar a respeito de seu histórico penitenciário. Esta é uma questão muito séria, pois torna o UDI oculto aos olhos da sociedade e do poder público, principalmente quanto a questões de saúde e de assistência social. A nova Lei de drogas (11.313/2006), ao descriminalizar o usuário de drogas, favorece as ações de redução de danos e pode ser considerada um avanço no sentido de diminuir a segregação dos UDIs.

O conjunto de informações analisadas, neste estudo, trouxe à tona uma realidade dura e cruel. Os UDIs que procuram os PRDs são indivíduos marginalizados, com poucos recursos sócio-econômicos, parecendo presos a um círculo vicioso, que alimenta o uso injetável de drogas, mais barato e acessível, mas também mais arriscado e danoso. Tendo em vista que esta é uma classe populacional escondida e segregada, este estudo contribuiu para o desvelamento de aspectos ainda pouco explorados, principalmente no Brasil. Conclui-se que os PRDs são espaços importantes de prevenção e de organização social dos UDIs, além de contribuírem para estudos sobre os mesmos.

Esse estudo permitiu ainda, conhecer alguns aspectos da relação entre os usuários, particularmente quanto ao primeiro uso de drogas, ao compartilhamento de seringas e ao uso de preservativos. A ausência de cuidados preventivos pode ser devida, tanto a aspectos culturais, quanto a dificuldades sócio-econômicas, claramente encontradas no grupo estudado.

As diferenças encontradas, neste estudo, entre mulheres e homens sugerem que questões de gênero parecem tornar a mulher especialmente vulnerável, particularmente quando é UDI.

Esta questão torna-se mais acentuada e séria, quando a mulher UDI é HIV-soropositiva. Tendo em vista o retrato das condições de vida e o perfil epidemiológico traçado, conclui-se que o UDI, de alguma maneira, denuncia questões de gênero e de danos sociais, que necessitam de políticas públicas adequadas e urgentes.

8 RECOMENDAÇÕES

“A infecção pelo HIV encontra nas teias da miserabilidade e da falta de informação a rede necessária para desenvolver-se”.

Zampiere, 1996.

A epidemia de aids ocorreu junto à ampliação do movimento internacional pelos direitos humanos, o que trouxe para a mesa de discussões questões referentes às diversas representações da epidemia que iam da promiscuidade à transgressão. Portanto, recomenda-se a nível acadêmico pesquisas avaliativas, em parceria com organizações não governamentais (ONG), institutos de pesquisa e ministérios, para avaliar o impacto das representações sociais na manutenção da epidemia, principalmente em locais com maior precariedade social.

Deve haver esforço conjunto entre pesquisadores e PRDs, para a realização de estudos com usuários de drogas. Os redutores de danos devem ser reconhecidos quanto à sua importância junto ao usuário de drogas, tanto pela proximidade com o universo das drogas, quanto pela facilidade de penetração junto a este segmento. São promissoras nessa empreitada, as análises de redes sociais. Alguns pesquisadores colocam como meta de novos estudos com UDIs, o conhecimento da dinâmica subjacente à rede de UDIs, aproveitando este conhecimento para modelar esta rede, a partir da colaboração entre os indivíduos que a compõem (Neaigus *et al.*, 1994; Montgomery *et al.*, 2002; Troyano *et al.*, 2005). Para isso, as dimensões conceituais e metodológicas, que envolvem estas análises, devem ser estudadas, difundidas e gerar produção científica.

A análise apresentada, neste estudo, poderá ser enriquecida com estudos ecológicos que tratem das condições de vida dos UDIs, através de indicadores sociais coletados a partir de informações abrangentes e geo-referenciadas, principalmente tendo em vista a dificuldade de outros tipos de abordagem com o usuário de droga injetável, geralmente inacessível e refratários a contatos prolongados e repetitivos. Recomenda-se, no entanto, acrescentar questões que completem e aprofundem as informações coletadas, se possível com a utilização simultânea de escalas de atitudes e instrumentos de avaliação em saúde mental.

Sugere-se a continuidade desse estudo, adicionando os elementos acima mencionados, além de agregar informações populacionais. No próprio âmbito do Projeto AjUDE-Brasil II, o estudo do campo de atuação de cada PRD, comparando indicadores sociodemográficos e epidemiológicos, nas várias dimensões possíveis, com indicadores de cada cidade onde foram coletadas as informações, fornecerá um panorama importante para destacar semelhanças e diferenças entre as várias regiões do país.

Propõe-se ainda um delineamento de estudo que compare usuários de drogas injetáveis, usuários de outras drogas e não usuários. Essa proposição será fundamental para direcionar propostas de educação e prevenção de uso abusivo de drogas, de IST e aids, ainda na infância. Recomendam-se, também, estudos qualitativos, para entender os motivos que levam um indivíduo a usar determinadas drogas em diferentes intensidades, ou a não usar, avaliando o significado simbólico deste uso.

Todos os aspectos analisados até aqui demandam a busca de um conceito em saúde pública que abarque o conjunto de aspectos individuais e coletivos, relacionados ao grau e modo de exposição à infecção e adoecimento pelo HIV e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger de ambos. O conceito de vulnerabilidade (Ayres *et al.*, 1999) parece adequado para auxiliar na discussão das desigualdades com relação ao HIV/Aids, já que propõe uma redefinição das noções de risco individual ou de grupo para vulnerabilidade social (Parker & Camargo Jr, 2000). Portanto, sugerimos que, em estudos com a população de UDIs, sejam adotados procedimentos metodológicos que ampliem a epidemiologia para além do risco, ou seja, reconhecendo a análise de vulnerabilidade como uma ferramenta fundamental na compreensão e manejo da epidemia do HIV/Aids (Purcell *et al.*, 2004).

A redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas tem sido o único instrumento que a saúde pública possui para controlar o curso da epidemia de aids entre os usuários de drogas injetáveis. Nesse sentido a redução de danos é uma estratégia pragmática da saúde pública que visa a reduzir as conseqüências adversas do consumo de drogas, entre elas a infecção pelo HIV e também as hepatites, a malária, a doença de Chagas e outras doenças de transmissão parenteral. A redução de danos se configura como uma alternativa de baixo custo, se tomados em consideração o impacto epidemiológico e o ônus que representariam para o sistema de

serviços de saúde as infecções evitadas. Os PRDs são fundamentais para atingir estes objetivos, pois são locais privilegiados para a assistência aos usuários de drogas. Nos PRDs, poderão ser oferecidas orientações mais realistas e com maior possibilidade de serem ouvidas pelos usuários, devido a maior proximidade dos redutores de danos com o universo das drogas, além de possuírem as mesmas condições sócio-econômicas e culturais. Sendo assim, recomenda-se investimento do poder público nestes projetos, para assegurar ao usuário de droga a melhor orientação e o melhor tratamento possível.

A partir dos resultados do presente estudo, dentro de uma visão pragmática de redução de danos quanto ao uso de drogas, a melhor orientação aos UDIs que não querem ou não conseguem deixar de usá-la, é que a usem de forma segura, através do não compartilhamento de equipamentos de injeção e do uso de proteção nas relações sexuais. Além disso, que busquem tratamento quando o uso de drogas se tornar abusivo e nocivo. O tratamento se faz necessário aos usuários que, apesar das conseqüências negativas do consumo, desejam, mas não conseguem abandonar espontaneamente o uso. Devem ser preferidos os tratamentos que levem em consideração os aspectos bio-psico-social dos seres humanos, respeitando sempre a individualidade e necessidades de cada pessoa, buscando resgatar valores éticos, familiares e emocionais. Portanto, os tratamentos mais adequados parecem aqueles, que reúnem técnicas e dinâmicas de tratamento, que são aplicadas em grupos e individualmente, com o objetivo de conscientizar e conduzir os usuários de drogas a uma mudança em seu estilo de vida para a adoção de hábitos mais saudáveis e produtivos. Aqueles tratamentos, que investem também na re-socialização e no trabalho educativo com as famílias favorecem a reintegração social e a garantia da efetividade das ações preventivas (Ministério da Saúde, 1999). Recomenda-se que se concretize a re-estruturação dos modelos de atenção à dependência química, com ênfase no tratamento ambulatorial, ampliando os espaços públicos e gratuitos para tratamento e acolhimento.

A questão das drogas é complexa, sendo fundamental um trabalho educativo com toda a sociedade, começando pela proposição continuada de programas de prevenção primária do uso, em escolas e em organizações comunitárias, tais como, associações de bairro e instituições não governamentais. O objetivo deve ser o de aumentar o nível de informação sobre prevenção e controle de drogas da sociedade. A estratégia básica para isso deve ser a capacitação de multiplicadores de informação (professores, pessoas da comunidade,

lideranças, escolares, presidiários, dentre outros). O financiamento desta estratégia deve ser prioridade para o poder público.

Por fim, considerando as conclusões deste estudo, que apresentou o UDI investigado com precárias condições de vida, recomenda-se como política pública, que a redução de danos seja feita além do dano à saúde, mas também considerando os danos sociais, como o desemprego, a falta de moradia e de alimentos, dentre outros.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodest T. Global Overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 2004; 18 (17):2295-2503.

Agresti A. *Categorical data analysis*. New York: John Wiley; 1990.

Ahmed MA, Zafar T, Brahmhatt H, Imam G, Ul Hassan S, Bareta JC, Strathdee AS. HIV/AIDS risk behaviors and correlates of injection drug use among drug users in Pakistan. *J Urban Health* 2003 Jun; 80(2):321-9.

Alves HNP, Baltiere DA, Beltrão MA, Bernardo WM, Castro LAP.G., Karniol IG *et al.* Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Laranjeira R (Coord.), Oliveira RA de, Nobre RC, Bernardo WM. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira; 2003.

American Psychiatric Association (APA). Substance related disorders. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 4th ; 1994. p. 173 - 272.

Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA). Editorial. *Boletim da ABORDA* 1999; (2).

Astemborski J, Vlahov D, Warren D, Solomon L, Nelson KE. The trading of sex for drugs or money and HIV seropositivity among female intravenous drug users. *Am J Public Health* 1994; 84 Suppl 3:382-7.

Ayres JRCM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. Em: Barbosa RM, Parker R (orgs.). *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999. p. 49-72.

Baçu J. Execução do eu – o drama das drogas e um caminho para a recuperação. Petrópolis (RJ): Editora Gráfica Tupi; 1997. 2ª. Edição. p. 55.

Barbosa RM & Villela W. A trajetória feminina da Aids. Em: Parker R & Galvão. *Quebrando o silêncio. Mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/RELUME-DUMARÁ; 1996.

Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. Em: Barbosa RM, Parker R (orgs.). Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999. p. 73-88.

Barcellos C & Bastos FI. Redes Sociais e a difusão da Aids no Brasil. Boletim Oficina Sanit Panam 1996; 121:11-24.

Bastos FI. Ruína e reconstrução. AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.

Bastos FI & Coutinho K. A epidemia pelo HIV/Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs) no Brasil: Cenários Dinâmica, perspectivas de saturação x difusão contínua. Em: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva de DST/AIDS. A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e Tendências. Brasília: MS; 1997. p. 71-86.

Bastos FI, Telles PR, Castilho CB. A epidemia de AIDS no Brasil. Em: Minayo MCS, organizadora. Os muitos brasis – saúde e população na década de 80. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.

Bastos FIPM. A familização da epidemia de aids no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro: Cadernos da ABIA: Saúde sexual e reprodutiva; 2000. Vol. 03. p. 1-27.

Bastos FI & Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad Saúde Pública 2000; 16 Suppl 1:65-76.

Bastos FI, Telles P, Hacker M. Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis & HIV/aids no Rio de Janeiro. Parte I: “Rumo a uma epidemia sob controle?”. Em: Brasil. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Série Avaliação nº 8. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 49-78.

Bastos FI, de Pina MDF & Szwarcwald CL. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. International Journal of Drug Policy 2002; 13: 137-144.

Bastos FI, Bongertz V, Teixeira SL, Morgado MG, Hacker MA. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. Rev Memorial do Instituto Oswaldo Cruz fevereiro de 2005; 100(1).

Beato C, Cláudio C, Reis IA. Desigualdade, Desenvolvimento Socioeconômico e Crime. Em: Reis IA. Anais do Seminário Desigualdade e pobreza no Brasil realizado em agosto de 1999. São Paulo: Ipea; 2000. p. 12-14.

Brasil. Lei nº 6.368/76, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de Prevenção e Repressão ao Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Uso Indevido de Substâncias Entorpecentes ou que determinam Dependência Física ou Psíquica. Brasília; 1976.

Brasil. Lei 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília: 2002. Disponível: <http://www.senad.gov.br> (acessado em 20 de agosto de 2002).

Brasil, Cebrap, CN DST/Aids. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/Aids - dezembro de 1997 a dezembro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Disponível: <http://www.aids.gov> (acessado em 12 de julho de 2003).

Brasil. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde; março 2003. Disponível: www.aids.gov.br (acessado em 13 de outubro de 2003).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. Fontes AMM & Marcondes LMA (org). Plano Nacional de Políticas para as mulheres. Brasília; 2005.

Brasil. Lei no. 1.028/GM de 1º. de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília; 2005.

Brasil, Ministério da Saúde. Declaração do governo brasileiro sobre a redução de danos como estratégia de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível: www.aids.gov.br (acessado em 18 de julho de 2006).

Brasil. Lei no. 11.313/2006 de 23 de agosto de 2006. Entrará em vigor em 08.10.06 e revogará as Leis nº 6.368/76 (Brasil, 1976) e nº 10.409/2002 (Brasil, 2002). Brasília; 2006.

Brito AM, Castilho E, Szwarcwald C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. da Soc. Brás. de Med. Tropical 2000; 34 (2):207-217.

Brito JC et al. Projeto de Pesquisa: Relações de gênero, precarização do trabalho e saúde. Rio de Janeiro: CESTE/ FIOCRUZ; 2000.

Bruneau J, Lamothe F, Franco E, et al. High rates of HIV infection among Injection Drug Users participating in Needle Exchange Programs in Montreal: results of a cohort study. American Journal of Epidemiology 1997; 146 (12): 994-1002.

Buchalla CM. AIDS: O surgimento e a evolução da doença. Em: Monteiro CA (org.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças. São Paulo: Editora Hucitec, Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo; 1995. p. 331-345.

Bucher R. Psicopatologia da Toxicomania e Vivência do Toxicômano. Em: Revista Brasileira de Saúde Mental Março/Outubro 1988; 2 (2 e 3).

Bucher R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.

Bucher R. Drogas na Sociedade. Em: Drogas, Aids e Sociedade. Brasília: CDIC; 1995.

Bueno R. Estratégias de Redução de Danos em Santos. Em: Mesquita F, & Bastos, FI (edits.) Troca de Seringas : Drogas e AIDS. Ciência, Debate e Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 1998. p. 163-169.

Caiaffa WT & Bastos FI. Usuários de drogas injetáveis e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: epidemiologia e perspectivas de intervenção. Rev Bras Epidemiol 1998; 1:190-202.

Caiaffa WT. Projeto AJUDE-Brasil. Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis (UDI) dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela CN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível: <http://www.aids.gov.br> (acessado em 20 de Janeiro de 2004).

Caiaffa WT. Relatório final do Projeto AJUDE-II. PN-DST/Aids, UFMG. Brasília; setembro de 2003 (mimeo).

Caiaffa WT, Mingoti AS, Proetti FA, Proetti ABC, Reis ACM, Doneda D, Gandolfi D. The Dynamics of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) Epidemics in South of Brazil: increasing role of injecting drug users (IDU). *Clin Infec Dis* 2003a; 15:71-81.

Caiaffa WT, Bastos FI, Proietti FA, Reis ACM, Mingoti SA, Gandolfi D. Practices surrounding syringe acquisition and disposal: effects of Syringe Exchange Programs (SEP) from different Brazilian regions – The AjUDE-BRASIL II Project. *Int J Drug Policy* 2003b; 14:365-71.

Caiaffa WT, et al. The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AjUDE-Brasi I and II Project. *Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2006; Apr. 22(4): 771-782.

Cardoso MN, Caiaffa WT, Mingoti AS, Projeto AjUDE-Brasil II. Aids incidence and mortality in injecting drug users: the AjUDE-Brasil II Project. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2006; Apr. 22 (4):827-838.

Carlini-Cotrim B & Carlini EA. O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na cidade de São Paulo. Parte I: Estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual. *Revista ABPAPAL, São Paulo* 1987; (9) 2:49-58.

Carlini-Cotrim B. Dados sobre o consumo de drogas por adolescentes no Brasil. *Revista ABP-APAL, São Paulo* 1987; 9(3):99-102.

Carlini EA, Carlini-Cotrim B, Silva Filho AR & Barbosa MT. II Levantamento Nacional Sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º grau em 1989. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre drogas (CEBRID), Escola Paulista de Medicina; 1990.

Carlini-Cotrim B. Drogas: prevenção no cotidiano escolar. *Cad. de Pesquisas, São Paulo* agosto 1990; (74).

Carlini-Cotrim B. O consumo de substâncias psicotrópicas por estudantes secundários: o Brasil frente à situação internacional. *Revista ABP-APAL, São Paulo*; 1991; 13 (3).

Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JC. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. *Rev ABP-APAL* 1993; 15:121-7.

Carrara, S. A AIDS e a história das doenças venéreas no Brasil (do final do 1º sec. XIX até anos 20). Em: Loyola, MA (org) AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Relume Dumará; 1994. p.73.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Carvalho HB, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, Burattini MN. HIV and infections of similar transmission pattern in a drug injectors community of Santos, Brazil. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*. 1996; 12 (1):84-92.

Castelões L. Brasileiros são mais dependentes em álcool, tabaco e maconha. Disponível: <http://www.comciencia.br>. (acessado em 10 de fevereiro de 2006)

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Cigarette smoking and health among adults. United States, 1993. *MMWR* 1994; 43:925-30.

CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas). Jogo de folhetos explicativos sobre drogas psicotrópicas. São Paulo: CEBRID/EPM; s.d.

Cerqueira D, Lemgruber J, Musameci L (org). *Criminalidade, Violência e Segurança Pública no Brasil: uma discussão sobre as bases de dados e questões metodológicas*. 1º. Encontro: Conceituação do sistema de justiça criminal e crime. Relato 1: As bases de dados policiais. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas, Fórum de debates: criminalidade, violência e segurança. Rio de Janeiro; 1999. Brasília: Ipea; 2000.

Cherpitel C. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. *Addiction* 1993; 88:923-37.

Chiriboga CR. Introducción. *Mujer y SIDA: conceptos sobre el tema*. In: Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori AL, editors. *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 1997. p. 22.

Clark WD. Alcoholism: Blocks to diagnosis and treatment. *Am Journal Med* 1981; 71:271-86.

Comás AD. Evolución de poblaciones Vulnerables. *Libro de Comunicaciones, IV Congreso Europeo Sobre Rehabilitación y Políticas de Drogas*. Marbella, España; 22-26 de febrero de 1999.

Crofts N, Louie R, Rosenthal D, Jolley D. The first hit; circumstances surrounding initiation into injection. *Addiction* 1996; 91 Suppl 8:1187-96.

Cruz MS. Abstinência de Cocaína: Um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento. [Dissertação de Mestrado] Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.

Davies AG, Dominy NJ, Peters AD, Richardson AM. Gender differences in HIV risk behaviour of injecting drug users in Edinburgh. *AIDS Care* 1996; 8:517-27.

De Boni R, Pechansky R, Van Diernen L, Kessler F, Surratt H, Inciardi J. Diferenças entre fatores de risco para infecção pelo HIV em UDI do Rio de Janeiro e Porto Alegre. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32:5-9.

Doherty MC, Garfein RS, Monterroso E, Latkin C, Vlahov D. Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults. *J Urban Health* 2000a; 77 Suppl 3:396-414.

Doherty MC, Garfein RS, Monterroso E, Brown D, Vlahov D. Correlates of HIV infection among young adult short-term injection drug users. *AIDS* 2000b; 14:717-26.

Drucker E. Drug Prohibition and Public Health: 25 Years of Evidence. *The Drug Policy Letter*; 1999. p. 1-18.

Dunn J, Laranjeira R, Silveira DX, Formigoni MSOS, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Substance Use and Misuse* 1996; 31:519-27.

Dunn J & Laranjeiras R. Transitions in the route of cocaine administration – characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 1999; 94 (6):813-824.

Dunn J, Ferri CP, Laranjeira R. Does multisite sampling improve de patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend* 2001; 63:79-85.

Dwyer R, Richardson D, Ross MW, Wodak A, Miller ME, Gold J. A comparison of HIV risk between women and men who inject drugs. *AIDS Educ Prev* 1994; 6 Suppl 5:379-89.

Edwards G. Comportamento aditivo: o próximo desafio clínico. In: Edwards G. & Dare C. *Psicoterapia e tratamento de adições*. Trad. Maria A. V. Veronese. Porto Alegre, Artes Médicas; 1997. 247 p.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *O tratamento do alcoolismo. Um guia para os profissionais de saúde*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J. Amphetamines and designer drugs. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, editors. *Ellenhorn's medical toxicology – diagnosis and treatment of human poisoning*. Maryland: William & Wilkins 1997: 340-55.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drugs). Observatório Europeu de Drogas e Toxicodependência. As drogas em destaque: O papel essencial do tratamento de substituição. Jan/fev. 2002b. Disponível: http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_3/pb01_PT.pdf (acessado em 15 de dezembro de 2002).

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drugs). Observatório Europeu De Drogas E Toxicodependência (Emcdda). As drogas em destaque: Consumo por via injetável. Desafio para a política de saúde. Jul./ago. 2002. Disponível: http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_04_PT.pdf (acessado em 15 de dezembro de 2002).

Escohotado A. O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios. São Paulo: Dynamis Editorial; 1997.

Evans JL, Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Stein ES, Davidson PJ, et al. Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO Study). *J Urban Health* 2003; 80:137-46.

Farias N & Cesar CLG. Tendências da morbi-mortalidade por aids e condições socioeconômicas no Município de São Paulo, 1994 a 2001. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004;7(4):489-502.

Ferreira MP & Laranjeira RR. Dependência de substâncias psicoativas. Em: L. Ito editor. *Terapia Cognitivo Comportamental*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. pp.105-121

Ferreira MP. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S213-S22.

Fonseca MG, Bastos FI, Derriço M, Andrade, CLT, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(Sup. 1):77-87.

Fonseca MG, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pública* 2002. 36(6):678-85. Disponível: www.fsp.usp.br/rsp. (acessado em 10 de novembro de 2003).

Fonseca MG, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status socioeconômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad. Saúde Pública* setembro a outubro de 2003; 19(5):1351-1363.

Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe Exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad. Saúde Pública* 2006; Apr.; 22 (4):761-770. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102 (acessado em 20 de maio de 2006).

Friedman SR. Aids as a sociohistorical phenomenon. In: *The social and behavioral aspects of aids. Advances in Medical Sociology. Vol. III.* New York: JAI Press, 1993.

Friedman S & Des Jarlais D. Introdução à importância das estratégias de redução de danos (“harm reduction”) para países em desenvolvimento. Em: Mesquita, Fábio; Bastos, Francisco I. (Org.). *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos.* São Paulo: HUCITEC; 1994. p. 13-20.

Friedman SR, Neaigus A, Jose B, Goldstein M, Curtis R, Des Jarlais DC. Gender differences in HIV seroprevalence among new injectors vary city and by social network. In: *HIV Injection in Women Conference, Abstract 82.* Washington DC; 1995. p. 22-5.

Friedman SR, Friedmann P, Telles PR, Bastos FI. New injectors and HIV risk. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. *Drug injecting and HIV infection: global dimensions and local responses.* London: UCL Press; 1997. p. 76-90.

Friedman SR, Furst RT, José B, Curstir R, Neaigus A, Des Jarlais DC, et al. Drug scene roles and HIV risk. *Addiction* 1998; 93:1403-16.

Galduróz JC, Noto AR & Carlini EA IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 1997.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA & Carlini EA. I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas. Parte A: Estudo envolvendo as 24 Maiores Cidades do Estado de São Paulo 1999. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2000.

Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA.V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações

sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia & Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional; 2004.

Gold MS. Opiate addiction and the Locus Coeruleus. *Psychiat Clin North América* 1993; 16:61-73.

Gonçalves AM. Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa de Saúde da Família. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-graduação na linha de pesquisa: promoção de saúde mental e redução de danos. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002.

Goodfrey C, Wiessing L, Hartnoll R, editors. *Modelling drug use: methods to quantify and understand hidden processes*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction; 2001.

Grimberg M. Gênero y vih/sida: un análisis de los diferenciales de gênero en la experiência de vivir com vih. *Cuad Med Soc* 2000; 78:41-54.

Guimarães K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J. *Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ; 1996.

Holden JD, Hughes IM, Tree A. Benzodiazepine prescribing and withdrawal for 3234 patients in 15 general practices. *Fam Pract* 1994; 11:358-62.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons; 2000.

Hser YI, Angelin MD, Mcglathlin W. Sex differences in addict careers. 1. Initiation of use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987; 13:33-57.

Inem C & Acselrad G. (Orgs) *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

Knauth DR. Subjetividade feminina e soropositividade. Em: Barbosa RM & Parker R (org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. 271 p.

Labigalini, E; Rodrigues, LR; Xavier, DS. Therapeutic use of Cannabis by Crack Addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs* 1999; 31:451-455.

Langendam MW, van Brussel GH, Coutinho RA, van Ameijden EJ. The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health*. 2001;91(5):774-780.

Laranjeira R, Dunn J, Rassi R, Fernandes M. “Éxtase” (3,4 metilendioxi metanfetamina-MDMA): uma droga velha e um problema novo. *Rev APB-APAL* 1996; 18:77-81.

Laranjeira R (Coord.), Oliveira RA de, Nobre RC, Bernardo WM. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira; 2003. 120 p.

Lima E. Existe um paradigma epidemiológico para o fenômeno da drogadicção? Em: *Toxicomanias: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Rio de Janeiro; NEPAD/UERJ, Sette Letras; 1997. p. 92.

Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Mari JJ. Use of amphetamine-like appetite suppressants: a cross-sectional survey in Southern Brazil. *Subst Use Misuse* 1998; 33:1711-9.

Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva: World Health Organization; 1991.

Magalhães MP, Barros RS & Silva MTA Uso de drogas entre universitários: A experiência com maconha como fator determinante. *Revista ABP-APAL* 1991; 13:97-104.

Malliori, M; Zunzunegui, MV; Rodrigues-Arenas, A; Goldberg, D. Drug Injecting and HIV-1 Infection: Major Findings from the Multi-City Study. In: Stimson G; Ball, A; Des Jarlais, D., ed. *Global Perspectives on Drug Injecting in Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Response*. London, UK: Taylor and Francis, 1998:58-75

Mann, JM. Human rights and Aids: the future of the pandemic. *Gaceta Médica de México* 1996; (132) Supl 1:13-20.

Marlatt GA. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com componentes de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

Marques LF & Doneda D. Em: *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério Público; 1998. p. 144.

Marques LF, Doneda D, Serafin D. O uso indevido de drogas e a aids. Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de saúde, Área de saúde do Adolescente e do Jovem. Volume I. Brasília; 1999.

McNeill AD. The development of dependence on smoking in children. Brit J Addict 1991; 86:589-92.

Mesquita F & Bastos FI. Drogas e AIDS: Estratégia de Redução de Danos. São Paulo: Editora HUCITEC; 1994.

Mesquita, F. Aids Entre Usuários de Drogas Injetáveis na Última Década do Século XX, na Região Metropolitana de Santos; Estado De São Paulo - Brasil. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; Março de 2001.

Ministério da Saúde. Diretrizes e políticas de prevenção e controle das DST/AIDS entre mulheres. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília: MS; 1997. Disponível: http://www.aids.gov.br/prevencao/mulhe_diret.htm (acessado em 10 de Janeiro de 2003).

Ministério da Saúde. Ações na área de aids e drogas (Versão preliminar do relatório final). Projeto de prevenção às DST/HIV/Aids e ao uso indevido de drogas. Programa Nacional de DST/AIDS. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: MS; 1999. Disponível: <http://www.aids.gov.br> (acessado em 20 de junho de 2006).

Ministério da Saúde. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. Série Avaliação.n. 4, Brasília; 2000.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico de AIDS. Ano XIV, n. 1, janeiro a março de 2001. Brasília: CN DST/Aids; 2001a.

Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de Redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. 114 p.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico de AIDS. Ano XVI, no 01. Brasília: MS; 2002. Disponível: www.aids.gov (acessado em 10 fevereiro de 2003).

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico de AIDS Tabela VIII – casos de Aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003. Boletim Epidemiológico-AIDS. Ano XVII, n. 01, 01-52^a

semanas epidemiológicas, janeiro a dezembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 33.

Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pesquisa de Conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira (PCAP-BR). Brasília: MS; 2004.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico de AIDS. Ano I, n. 01, 01-26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2004. Brasília: MS; 2004. Disponível: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/BOLETIM2.pdf> (acessado em 05 de maio de 2005).

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. ano II n° 01- 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2005. Brasília; novembro 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico de Aids. Ano II n° 01 - 1ª a 26ª semanas epidemiológicas - Janeiro a junho de 2005. Brasília, MS, 2005. Disponível: [http://www.aids.gov.br/main.asp?View={62902F1A-FEB4-406E-8934-C8FE401615D2}](http://www.aids.gov.br/main.asp?View={62902F1A-FEB4-406E-8934-C8FE401615D2) (acessado em 10 de dezembro de 2005).

Ministério da Saúde. A epidemia na América Latina está sob controle? 2006. Disponível: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS29417F18PTBRIE.htm> (acessado em junho de 2006).

Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano III - n° 1 - 01ª - 26ª de 2006 - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2006. Brasília, MS, 2005. Disponível: <http://www.aids.gov.br> (acessado em 14 de dezembro de 2006).

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores Sociais 2004. Rio de Janeiro; 2005.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP). AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia. Bangkok, Monitoring the AIDS Pandemic Network. 2004. Disponível: http://www.fhi.org/en/hivaids/pub/survreports/aids_in_asia_sp.htm. (acessado em 22 de janeiro de 2005).

Montgomery SB, Hyde J, De Rosa CJ, Rohrbach LA, Ennett S, Harvey SM, Clatts M, Iverson E, Kipke MD. Gender differences in HIV risk behaviors among young injectors and their social network members. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, August, 2002.

Moraes MS & Boskovitz EP. Perfil epidemiológico de 70 usuários de drogas injetáveis de São José do Rio Preto – São Paulo. *HB Científica* 1999; jan/fev; 5 (1): 4-12.

Moreno J. *Who shall survive?* New York: Beacon Press; 1934.

Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Benzodiazepínicos. Abuso e dependência. Associação Brasileira de Psiquiatria. Em: Laranjeira R (Coord.), Oliveira RA de, Nobre RC, Bernardo WM. Usuários de substâncias psicoativas. Abordagem, diagnóstico e tratamento. Diretrizes. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Associação Médica Brasileira; 2003.

Navarro MBMA, Filgueiras ALL, Coelho H, Asensi MD, Lemos E, Sidoni M, Soares MS & Cardoso TAO. Doenças emergentes e re-emergentes, Saúde e Ambiente. Em: Minayo, M.C & Miranda, A. C. de. Saúde e ambiente sustentável, estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 37.

Neaigus A, Friedman SR, Curtis R, Des Jarlias DC, Furst RT, Jose B, Mota P, Stephenson B, Surian M, Ward T. The Relevance of Drug Injectors Social and Risk Networks for Understanding and Preventing HIV Infection. *Soc. Sci. Med.* 1994; 38 (1): 67-78.

Negrete JC. Cocaine problems in the coca-growing countries of South America. In: Bock GR, Whelan J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons; 1992. p. 40-9. [Ciba Foundation Symposium 166].

Neri Filho A. Preconceitos e Conceitos sobre Drogas. Em: *Drogas, Aids e Sociedade*. Brasília: CDIC; 1995.

Noto AR, Nappo S, Galdeiróz JCF, Carlini EA. III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID/AFIP; 1993.

Noto AR, Nappo S, Galdeiróz JCF, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID/AFIP; 1998.

Noto Ar & Galduróz JCF. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 1999; 4 (1):145-54.

Oliveira JF, Paiva MS & Valente CLM. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006. 11(2)473-481.

Oliveira MCC. Singularidades do luto por Aids em mulheres. *As viúvas da Aids*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Programa de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica; 2000.

OMS (Organización Mundial de la Salud). Actas Oficiales no 217. 27a Asamblea Mundial de la Salud - 7 a 23 de mayo 1974. Ginebra: OMS; 1974.

OMS (Organización Mundial de la Salud). Consecuencias del tabaco para la salud. *Série Informes Técnicos* 568. Genebra: OMS; 1974.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Los problemas de la droga en el contexto socio-cultural. Genebra: Edwards G; 1981.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a Revisão. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1993.

ONU (Organizações das Nações Unidas), UNODC. Trends in world drug markets. The dynamics of the world drug market. *World Drug Report 2005*; v. I. Analysis UNDOC. <http://www.unodc.org/pdf/brazil/Country%20Profile%202005%20port.pdf> (acessado em 15/Out/2005).

ONUSIDA (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA). *Gênero e HIV/SIDA*. Actualização Técnica. Coleção boas práticas da ONUSIDA. Genebra; ONUSIDA, Setembro de 1998. Disponível: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/JC459-Gender-TU_pt.pdf#search=%22%22ONUSIDA%201998%22%22 (acessado em 24 de junho de 2003).

Paiva CC. *Motivações para uso de droga*. Em: Bucher R (Org.). *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo: EPU; 1988.

Pandina R & Hendren R. Other drugs of abuse: inhalants, designer drugs and steroids. In: McCrady BS, Epstein EE, editors. *Addictions – a comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press; 1999. p. 171-86.

Panos Dossiê. *A Tripla Ameaça: Mulheres e AIDS* (org. bras. ABIA e SOS Corpo). London: Panos Institute Ltda/ Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/ HUCITEC; 1993.

Papalia D & Olds S. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Parker R. Corpos, Prazeres e Paixão: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora Best Seller; 1991.

Parker R & Galvão J. Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Editora Relume-Dumará; 1995.

Parker R & Camargo Jr. KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad Saúde Pública 2000; 16 Suppl 1:89-102.

Peres C. et al. Fala educadora & fala educador. São Paulo: Secretaria de Educação de São Paulo; 2000.

Pimenta C. Redução de danos: direito à saúde e à prevenção ao HIV/Aids. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA): Boletim; Agosto de 2005; 53. p. 10-11.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Anuário Estatístico de Belo Horizonte 2000. Secretaria Municipal Adjunta de Tecnologia da Informação. Disponível: <http://www.fjp.gov.br/anuario8.html>. (acessado em 19 de dezembro de 2002).

PROAD (Programa de Orientação e Assistência a Dependentes). Dependência – Compreensão e assistência às toxicomanias. Substituição de drogas. 2001. Disponível: www.Proad.org.br (acessado em 16 de março de 2002).

Proietti ABFC, Gonçalves VF, Eller REM. Padronização dos testes sorológicos. In: Caiaffa WT, organizadores. Projeto AjUDE-Brasil. Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis (UDI) dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela CNDST/Aids. Série Avaliação. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Purcell DWJD, Metsch LR, Latka M, Santbanes S, Gomez CA, Eldred L, et al. Interventions for seropositive injectors – research and evaluation: an integrated behavioral intervention with HIV positive infection drug users to address medical care, adherence and risk reduction. J Acquir Immune Defic Syndr 2004; 37:S110-S8.

REDUC (Rede Brasileira de Redução de Danos). Cartilha da Reduc de Redução de Danos. Fascículo 4. Disponível: www.reduc.org.br (acessado em 12 de abril de 2006).

Reid G, Costigan G. Revisiting the Hidden Epidemic: a situation assessment of drug use in Asia in the contest of HIV/AIDS. Australia: The center for Harm Reduction, The Burnet Institute; 2002.

Ribeiro Filho AD. A pertinência da consulta ginecológica nos centros de testagem anônima (CTA) do vírus da imunodeficiência humana (HIV). [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Ribeiro M & Marques ACPR. Anfetaminas. Abuso e dependência. Associação Brasileira e Psiquiatria. Em: Usuários de substâncias psicoativas. Abordagem, diagnóstico e tratamento. Diretrizes. Laranjeira R (Coord.), Oliveira RA de, Nobre RC, Bernardo WM. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira; 2003.

Ribeiro M, Romano M, Marques ACPR. Cocaína – abuso e dependência. Em: Laranjeira R (Coord.), Oliveira RA de, Nobre RC, Bernardo WM Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Associação Médica Brasileira; 2003.

Ribeiro M, Romano M, Marques ACPR. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Associação Médica Brasileira; 2003a.

Robaldo JCO. A nova lei de drogas e o usuário. Disponível:
http://www.lfg.com.br/public_html/article.php?story=20060824184517981 (Acessado em 24 de Agosto de 2006).

Sanches AMT & Sanches VF. O Consumo da maconha no curso de Segundo Grau: um estudo exploratório. Em: Sanchez AMT et al. Drogas e drogados: o indivíduo, a família, a sociedade. São Paulo: EPU; 1982. p.143-202.

Sanches KRB. A Aids e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

Santos MHRC. Género e etnicidade face à SIDA. [Dissertação Mestrado]. Lisboa: Instituto Superior do Trabalho e da Empresa, Psicologia Social e das Organizações; 2001. 118 p.

Santos NJS. As mulheres e a Aids. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo; 1994.

Schlesselman JJ. Case-control studies. Design, conduct, analysis. New York: Oxford University Press; 1982.

Scivoletto S, Henriques Jr SG & Andrade AG Uso de drogas por adolescentes que buscam atendimento ambulatorial: comparação entre "crack" e outras drogas ilícitas um estudo piloto. Revista ABP-APAL 1997; 19: 7-17.

Scivoletto S, Andrade E. A cocaína e o adolescente. Em: Leite MC; Guerra A (Orgs.). Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Editora ARTMED; 1999. p. 137-151.

Scivoletto S, Shigueo MR. Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas na adolescência. Jornada Brasileira de Dependência Química; 2001; 2 (Supl. 1). P. 30-33.

Séverine D. The specificities of female drug addiction. [serial on the internet] 2004 Aug. [about 03 p.]. Disponível: <http://www.drugtext.org/library/articles/peddr0033.htm>. (acessado em 10 de Dezembro de 2004).

Siqueira, D; Winkler, G; Barcellos, N; Mayer, R; Conte, M; Fernandez, O. O Projeto de Redução de Danos no Rio Grande do Sul. Em: Mesquita, F; Bastos, FI, ed. Troca de Seringas: Drogas e AIDS; Ciência, Debate e Saúde Pública. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 1998. p. 171-184.

Somoza A. Coca, cocaína e narcotráfico. Trad. Rosina I. M. D'Angina. São Paulo: Ícone; 1990.

Spittal PM, Craib KJP, Wood E, Laliberté N, Li K, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, Schechter, MT. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. CMAJ 2002; 166:894-9.

Strathdee AS, Galai N, Safaiean M, Celentano DD, Vlahov D, Johnson L, Nelson KE. Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users. Arch Intern Med 2001; 161: 1281-8.

Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa Jr A, Gomes MRO, Costa EAMM, Maletta BV, Carvalho RFM, Oliveira SR, Cequer P. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socioeconômicos. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro 2000; 16(Sup. 1):113-128.

Talbott J, Hales TI, Yudofsky S. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Tancredi FB. As Toxicomanias do ponto de vista da Medicina e da Saúde Pública. Em: Drogas e Drogados: o indivíduo, a família e a sociedade. São Paulo: EPU; 1982.

Telles PR & Bastos FI. O contexto do uso de drogas em cinco cidades brasileiras. Boletim ABIA 1995; (27):10-2.

UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). AIDS epidemic update. Global summary the AIDS epidemic. December 2004. Disponível: <http://www.unaids.org/en/default.asp> (acessado em 20 de Março de 2005).

UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Joint UNAIDS Statement on HIV Prevention and Care Strategies for Drug Users. 25 June 2005. available from: http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/cco_idupolicy_en_pdf.htm (acessado em 04 de outubro de 2005)

UNAIDS/UNFPA/UNIFEM. Women and HIV/AIDS: confronting the crisis. 2004. Disponível: www.unifem.org (acessado em 22 de março de 2005).

UNESCO (United Nations Educational Cientific and Cultural Organizations). Situação do controle e tendências da epidemia de Aids no Brasil ao final do ano 2000. Unesco; 2001. http://www.aids.gov.br/unesco_1situa%C3%A7%C3%A3o.pdf. (acessado em 14 de Janeiro de 2004).

UNFPA (United Nations Population Fund). State of world population 2005. Disponível em: <http://www.unfpa.org/swp/index.htm> (acessado em 05/Out/2005).

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). Global illicit trends. New York; 2003. Disponível: <http://www.unodc.org> (acessado em 20/set/2004).

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). Annual Reports Questionnaire Data/DELTA. World Drug Report. Analysis. 1. Trends in world drug markets; 2005. v. I. Disponível: <http://www.unodc.org> (acessado em 12/mar/2006).

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). World Drug Report 2006. Analysis. 1.4 Coca/cocaine market; 2006. v. I. Disponível: <http://www.unodc.org> (acessado em 20/out/2006).

UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention). Global illicit drug trends 2001 [online]. Vienna: UNODCCP, 2001. http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf

US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Rockville: Public Health Service, Office on Smoking and Health; 1988.

Vanichseni S; Tappero JW; Pitisuttithum P; Kitayaporn D; Mastro TD; Vimutisunthorn E; van Griensvan F; Heyward WL; Francis DP; Choopanya K; Bangkok Vaccine Evaluation Group. Recruitment, screening and characteristics of injection drug users participating in the AIDS VAX B/E HIV vaccine trial, Bangkok, Thailand. AIDS 2004; jan 23; 18(2):311-6.

Velho G. Drogas e Construção Social da Realidade. Em: Toxicomania: Uma Abordagem Multidisciplinar. Rio de Janeiro, NEPAD/UERJ, Sette Letras; 1997. p. 9-10.

Verster A. Os Programas de Troca de Seringas em Amsterdã. Em: FI MFB (ed.). Troca de Seringas: Drogas e AIDS: Ciência, Debate e Saúde Pública. Brasília - DF: Ministério da Saúde do Brasil; 1998. p. 115-124.

Wallace R. Urban desertification, public health and public order: Planned shrinkage, violent death, substance abuse and AIDS in the Bronx. Social Science and Medicine 1990; 31:801-813.

WHO (World Health Organization). Global Status Report on Alcohol. Geneva: WHO; 1999. http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm (acessado em 12 de janeiro de 2002).

WHO, UNAIDS, UNODC. Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use Policy Brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. 2004. Disponível: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/> (acessado em 12 de dezembro de 2004).

WHO, UNAIDS, UNODC. Harm reduction Tackling drug use and HIV in the developing world. 2004. Disponível: <http://www2.dfid.gov.uk/pubs/files/hivharmreduction2005.pdf#search=%22%22WHO%20UNAIDS%20UNODC%202004%22%22> (acessado em 14 de dezembro de 2004).

Whynot EM. Women who use injection drugs: the social context of risk. CMAJ 1998; 159:355-358.

Wodak A. Estratégias para a Prevenção da Infecção pelo HIV entre Usuários de Drogas e Destes para seus Parceiros. Em: Mesquita F, Bastos FI (eds.). Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos. São Paulo: HUCITEC; 1994. p. 115-132.

Wood E; Spittal PM; Small W; Kerr T; Li K; Hogg RS; Tyndall MW; Montaner JS; Schechter MT Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown. CMAJ 2004; May 11; 170(10):1551-6.

Wood E, Li K, Small W, Montaner JS, Schechter MT, Kerr T. Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users. Public Health Rep 2005 Mar-Apr; 120(2):150-6.

Zampiere AMF. Sociodrama da AIDS – Método de constituição grupal na educação preventiva da AIDS. [Dissertação de Mestrado].1996.

Zinberg N. Drug, set and setting; the basis for controlled intoxicant use. New Haven, Yale University Press; 1984.

APÊNDICES

APÊNDICE A: PARTICIPANTES DO PROJETO AJUDE-BRASIL II

O Projeto AjUDE-Brasil II foi realizado pela UFMG, com o apoio técnico e financeiro do Projeto de Cooperação entre o PN de DST/Aids e o Escritório das Organizações Unidas contra o Crime e Drogas, no. AD/BRA/99/E02.

Coordenação geral: Caiaffa WT (wcaiaffa@medicina.ufmg.br).

Consultores permanentes: Proietti ABC, Mendonça EA, Proietti FA, Bastos FI, Januário N, Mingoti SA e Deslandes S.

Assessores técnicos da CN DST/Aids: Doneda D, Gandolfi D e Azevedo S.

Assessores técnicos: Lopes ACS, Matos DL, Chagas MAB, Malta M, Carzolli R, da Silva RE, Eller REM.

Equipe de apoio: Chateaubriand A, Dayrell A, Reis ACM, Picinim IF M, Mendes HF, Hacker M, Marinho RCR, Caiaffa RT e Cardoso MN.

PRD-Florianópolis (SC): Rinald CM e Cardoso IM (coordenadoras), Santos ES, Padilha D, Rosemar e Cardoso MH (responsáveis pelo campo).

PRD-Gravataí (RS): Mayer RMB (coordenadora), Strossi DC, Grever TCS, Silva IM e Lisboa DJM (responsáveis pelo campo).

PRD-Itajaí (SC): Knoll RK e Mello S (coordenadores), Silva F, Gomes GCB, Junkes RI, Tomaz SI, Vargas Jr WL e em memória, Márcio (responsáveis pelo campo).

PRD-Porto Alegre (RS): Sudbrack MDS e Colombo MR (coordenadoras), Santos PR, Paixão A, Rosa R, Gütitz PB, Domingues DEM, Rodrigues V, Silva AM, Telles TRO, Santos ML, Lopes MLB, Bandeira BAS e Paim L (responsáveis pelo campo).

PRD-Salvador (BA): Andrade TM (coordenador), Andrade JAF (Assistente de coordenação), Coelho RZ e Moreira JM (responsáveis pelo campo).

PRD-São José do Rio Preto (SP): Ferreira EMA (coordenadora), Martins C, Decândio M, Dias IL, Urço M, Guimarães AC e Casseb K (responsáveis pelo campo).

APÊNDICE B: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ETIQUETA:

PROJETO AJUDE-Brasil II
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DO PROJETO

OBJETIVOS DO PROJETO

O PROJETO AJUDE-BRASIL tem como objetivo conhecer atitudes, hábitos e costumes dos frequentadores dos PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS (PRD).

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Ao concordar em participar deverei:

1. Responder a uma entrevista CONFIDENCIAL com perguntas sobre minha vida pessoal, comportamentos e problemas de saúde.
2. Permitir a coleta de uma pequena quantidade de sangue de meu dedo para exames laboratoriais tais como HIV e outras doenças infecciosas.
3. Receber, ao final da entrevista e coleta de sangue, uma compensação de R\$10,00 em forma de tíquete alimentação decorrentes do meu tempo e minhas despesas com transporte.

CONFIDENCIALIDADE

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a minha identificação será mantida como informação sigilosa. Toda a informação será guardada apenas com um número, sem o meu nome. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS, BENEFÍCIOS

A entrevista durará em média 30 minutos e a coleta de sangue do dedo cerca de 5 minutos. O desconforto relacionado à punção digital é mínimo e o risco relacionado à esta coleta é menor do que aquele referente à coleta de sangue da veia. Todo o material usado é descartável.

Como benefício, esta pesquisa poderá contribuir para um melhor entendimento das condições de vida e saúde dos frequentadores dos PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS (PRD) e a partir deste conhecimento providenciar formas de contribuir para melhorar sua qualidade e nível de vida e saúde.

DÚVIDAS

Em caso de dúvida, poderei me comunicar com a Dra. Waleska T. Caiiffa, coordenadora deste proje

na Faculdade de Medicina da UFMG, na Av. Alfredo Balena, 190, 10o. Andar, em Belo Horizonte, Minas Gerais no telefone (0-XX-31) 224-0911, ou também com a pessoa responsável pela coordenação deste Projeto nesta cidade, a Dra.XXX, no endereço Rua XXX. O telefone de contato é XXX.

Também recorrerei a meu médico ou agente de saúde para maiores informações se assim entender.

CONSENTIMENTO

Sei que a minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Contarei com o apoio deste PRD independente de minha participação, no sentido de obter orientação quanto à solicitação e encaminhamento para qualquer atenção médica ou laboratorial.

Se quiser saber os resultados dos exames, deverei procurar dentro de 90 dias a contar desta data, a Dra. Jacy Amaral Freire de Andrade, no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES/UFBA), no Ambulatório da Unidade Docente Assistencial de Infectologia /UDAI, nas segundas feiras pela manhã, quando terei um profissional de saúde à minha disposição para os esclarecimentos e encaminhamentos que se fizerem necessários.

Eu li este formulário e recebi as instruções que após assiná-lo, eu o dobrarei e colocarei em envelope que será lacrado na presença do redutor, que assinará atrás para garantir a confidencialidade.

Local: XXXX, XX

Data: ___ ___ / ___ ___ /2000

Você gostaria de saber os resultados de seu exame de sangue?

Sim _____

Não _____

Não sei _____

Assinatura do participante

Entrevistador:

PREENCHA DE FORMA LEGÍVEL O NOME COMPLETO DO ENTREVISTADO

Assinatura do entrevistador

APÊNDICE C: MANUAL DE INSTRUÇÃO E QUESTIONÁRIO

PROJETO AJUDE – BRASIL II
CN DST/Aids e Faculdade de Medicina - UFMG
INSTRUÇÕES GERAIS
COMO PROCEDER NA ENTREVISTA DO PROJETO AJUDE-BRASIL II

1 - Como abordar o entrevistado?

- Entrevistador: convide o freqüentador do PRD para participar da pesquisa.
- Fale sobre a importância de sua participação.
- Leia ou ofereça para a leitura o termo de consentimento livre e esclarecido. O entrevistado que concordar, deve assinar o Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma cópia será lacrada em envelope pequeno e assinado atrás pelo entrevistador. Este envelope deve ser anexado ao material da entrevista dentro do envelope pardo. A outra cópia do termo de consentimento deve ser entregue ao entrevistado.
- No caso do entrevistado queira saber os resultados dos exames de sangue, cada PRD deverá indicar o seu local e a época provável.
- Assinale as opções com um círculo e preencha os espaços com letra legível.

2 - Primeira parte do questionário (PARTE I)

- A primeira parte do questionário é para o entrevistador preencher sem perguntar ao entrevistado. Esta seção consta de algumas informações que objetivam localizar o questionário (PRD/Cidade) e caracterizar o entrevistado.
 - Não se esqueça de preencher nenhum campo, lembre-se de que todas as informações são importantes.

3 - Segunda parte do questionário (PARTE II)

Nesta parte, a entrevista propriamente dita se inicia. Leia todas as perguntas e opções de resposta para o entrevistado, exceto: **sim, não, não se aplica, não respondeu e não sabe**. Caso o entrevistado responda algumas destas opções apenas marque-as.

Leia o questionário com voz firme e clara para facilitar a compreensão do entrevistado.

Esta parte refere-se a questões que contribuirão para o método de captura e recaptura.

- Nas perguntas referentes às iniciais do entrevistado e de sua mãe, peça para que ele (caso saiba ler) indique a letra para que você possa circulá-las corretamente, evitando possíveis erros.

4 - Terceira parte do questionário (PARTE III)

Esta seção refere-se ao uso de drogas. Consta de informações tais como idade de início tipo e frequência da droga usada **nos últimos 6 meses**, algumas questões relacionadas **ao último mês**, e como se obteve agulhas /seringas.

5 - Quarta parte do questionário (PARTE IV)

Outras questões também são abordadas, tais como local de moradia, problemas com a polícia, procura e formas de tratamento, tabagismo e testagem para HIV.

5 - Quinta parte do questionário (PARTE V)

Esta parte aborda a questão sexual que é um fator igualmente importante, como o uso de drogas injetáveis, para transmissão de doenças como a Aids.

Observe bem as informações para o preenchimento correto, siga as instruções. Quando estiver falando de **últimos 6 meses ou último mês, parceiros: regular, eventual ou por dinheiro ou para obter drogas** leia pausadamente, reforce quando necessário.

6 - Sexta parte do questionário (PARTE VI)

Estas questões são para o entrevistador preencher sem perguntar ao entrevistado. Elas objetivam confirmar se nenhum passo foi esquecido. Caso queira, o entrevistador pode e deve fazer comentários ou sugestões.

7 - E depois de realizada a entrevista?

- Não se esqueça de agradecer ao entrevistado pela sua participação.
- Faça a coleta do sangue seguindo todos os passos recomendados.
- Dê a ele o tíquete alimentação referente à entrevista e à coleta de sangue, caso ele tenha participado das duas etapas.
- Guarde corretamente cada questionário dentro do seu envelope. Lembre-se é muito importante que não haja trocas.
- Entregue ao seu coordenador de projeto todos os envelopes, cada um contendo a entrevista quantitativa, o envelope lacrado com o termo de consentimento, os dois papéis de filtro com o sangue coletado dentro do envelope apropriado, todos devidamente identificados.

Coordenador do PRD:

- Confira cada envelope e veja se eles estão contendo todos os itens.
- Após conferidos todos o envelopes e seus conteúdos, registre na planilha.

Envie para Belo Horizonte via Sedex, os envelopes e as planilhas. Este envio deverá ser realizado de 7 em 7 dias, nas datas previamente agendadas.

Endereço para o envio do material:

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Alfredo Balena, 190 - 10º andar - Caixa Postal 340

30.130-100 Belo Horizonte, Minas Gerais

Fone/fax: (031) 224-0911

Equipes dos PRD's, a participação de vocês é fundamental para o bom desenvolvimento e o sucesso do projeto AjUDE-Brasil 2. Lembrem-se somos uma equipe, qualquer problema nos comunique para que possamos resolvê-lo juntos.

A quem procurar?

Coordenadora do projeto:

Dra Waleska Teixeira Caiaffa

Faculdade de Medicina da UFMG

Tel/fax: (031) 224-0911

Supervisora de Campo

Aline Cristine Sousa Lopes

Faculdade de Medicina da UFMG

Tel/fax: (031) 224-0911

Assistente Administrativa

Adriana Chateubriand Monteiro

Faculdade de Medicina da UFMG

Tel/fax: (031) 224-0911

Projeto AjUDE-Brasil II

Material de Suporte

Coleta de sangue em papel filtro: Princípios e normas de biossegurança

COLETA DE SANGUE EM PAPEL FILTRO

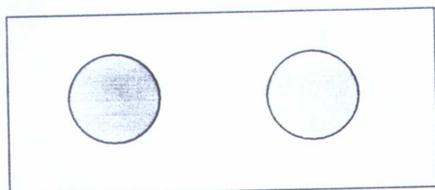
MATERIAL NECESSÁRIO:

- 1- Papel – filtro em envelope.
- 2- Pregadores de roupa.
- 3- Lancetas esterilizadas descartáveis
- 4- Algodão ou SWAB com álcool.
- 5- Sacos plásticos individuais para o papel – filtro.
- 6- Caneta esferográfica.
- 7- Caixa descartex.
- 8- Frasco plástico com Hipoclorito de Sódio 1%.
- 9- Frasco com Álcool a 70%.

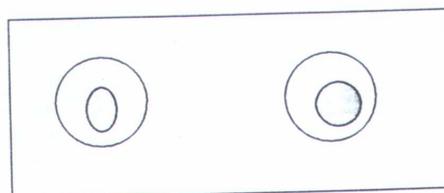
CONDUTA PARA A COLETA DE SANGUE:

- 1- Separar o papel – filtro com envelope (já identificado).
- 2- Fazer assepsia do dedo da mão com álcool.
- 3- Penetrar firmemente toda a ponta da lanceta no dedo médio, com uma pequena rotação para a direita e para a esquerda.
- 4- Deixar formar uma grande gota de sangue.
- 5- Preencher completamente todos os cinco círculos do papel – filtro com sangue. Usar 3 papéis por paciente.
- 6- O sangue deve penetrar toda a espessura do papel e ser visto no verso.
- 7- Havendo pouco sangue, fazer a “ordenha” do dedo.
- 8- Comprimir o local da punção com gaze ou algodão seco.
- 9- Secar o papel, à temperatura ambiente, por 2 a 4 horas, na posição horizontal e preso a prendedores de roupa.
- 10- Colocar em envelope de papel identificado, contendo sílica.

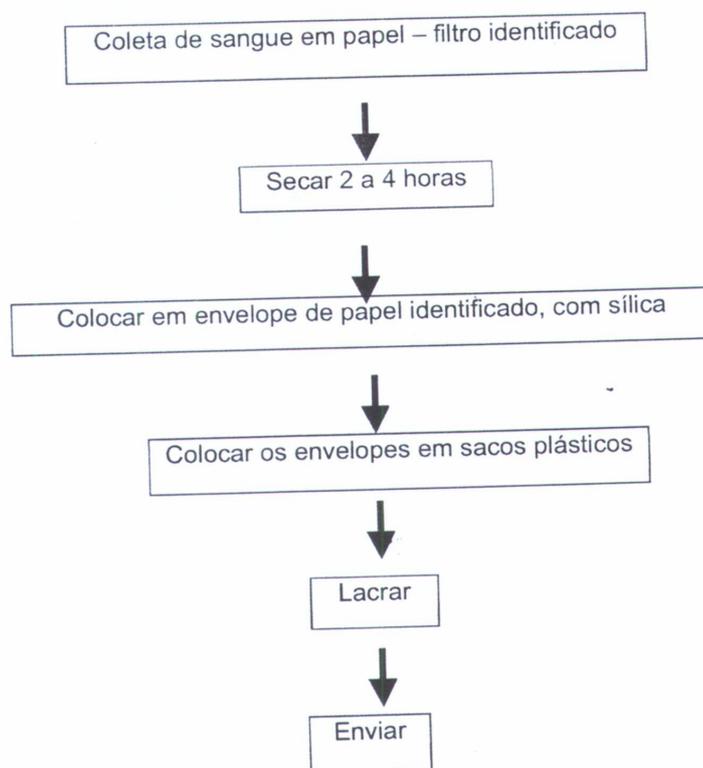
COLETA CORRETA



COLETA INCORRETA



FLUXOGRAMA



-BIOSSEGURANÇA-

Conceito: Conjunto de normas adotadas no local de trabalho, que visam proteger a saúde do indivíduo contra qualquer agente nocivo.

Objetivo: Promover a segurança, a saúde e a qualidade de vida do trabalhador e do paciente.

-CONCEITOS BÁSICOS-

- 1- **Limpeza:** Remoção física da sujidade.
- 2- **Esterilização:** Destruição de todos os microorganismos, patogênicos ou não, na forma vegetativa ou esporulada.
- 3- **Desinfecção e antisepsia:** Destruição de microorganismos patogênicos, com exceção de esporos. Sendo desinfecção em seres inanimados, e antisepsia quando em superfícies cutâneas mucosas.
- 4- **Assepsia:** Meios usados para impedir a presença ou penetração de microorganismos em local que não os contenha.

-NORMAS BÁSICAS DE BIOSSEGURANÇA PARA COLETA DE SANGUE-

- Usar sempre luvas.
- Usar jaleco ou roupa protetora.
- Usar sapatos fechados e baixos.
- Cobrir cortes ou ferimentos antes de qualquer procedimento.
- Manter as mãos longe dos olhos, boca e nariz.
- Usar material sempre descartável.
- Não reencapar a lanceta.
- Não deixar a lanceta encostar em nenhum local antes ou depois de usada.
- Descartar adequadamente o material contaminado.
- Retirar as luvas somente após descarte da lanceta e término da manipulação do papel- filtro.
- Fazer assepsia das mãos com álcool 70% após retirada das luvas.
- Não fumar ou alimentar durante o trabalho.

-PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS EM CASO DE ACIDENTE-

- Lavagem exaustiva com água e sabão em caso de exposição percutânea.
- Lavagem com água em abundância ou solução fisiológica, em caso de exposição de mucosas.
- Não utilizar Hipoclorito de Sódio para lavar superfícies cutâneas (feridas ou não)!
- Quimioprofilaxia com antiretroviral após exposição à amostras suspeitas para o vírus HIV. Esta conduta vai depender da avaliação médica especializada e caracterização do tipo de acidente.
- **Após exposição a material biológico de alto risco para o vírus da hepatite B, recomenda-se o uso da vacina + HBIG (gamaglobulina hiperimune), dependendo do estado vacinal prévio do indivíduo para a vírus da Hepatite B.**
- Para exposição à amostras suspeitas para vírus da hepatite C a única medida eficaz é a prevenção.

OBS: Exposição à pele deve ser considerada de alto risco para o vírus HIV quando envolver sangue com elevada carga viral, contato prolongado, superfície extensa e pele com integridade comprometida.

-DILUIÇÕES DAS SOLUÇÕES PARA USO-

1- Álcool a 70%:

730ml de álcool etílico e completar com água destilada para 1000ml (1L).

2- Hipoclorito de Sódio a 1%:

Pronto para uso.

ENTREVISTA DO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

INTRODUÇÃO:

*Entrevistador, convide o entrevistado para participar do estudo e ofereça para leitura ou leia para ele(a) o CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.
A SEGUIR PREENCHA SEM PERGUNTAR DE 1-2 A 1-14.*

Não se esqueça de preencher com LETRA LEGÍVEL a informação solicitada no consentimento.

1-1. Etiqueta:

1-2. Data: ___/___/___

[]/[]/[]

1-3. Horas: ___:___ h

[]:[]

1-4. PRD/Cidade: _____

[] []

1-5. Nome completo do ENTREVISTADOR: _____

[] []

1-6. Local da entrevista:

- Sede do PRD..... 1
Local público (rua)..... 2
Casa do redutor..... 3
Casa do UDI..... 4
Outro _____ 5
Não preencheu..... 9

[] []

1-7. Local ou área de atuação do PRD: _____

[] []

1-8. O entrevistado usou droga injetável nos últimos 5 anos?

Ainda não sei.....0

Sim.....1

Não.....2 *Agradecer e encerrar a entrevista explicando que não é este o público da pesquisa*

[]

1-9. Esta entrevista está acontecendo como?

Somente com o entrevistado..... 1

Com pessoas próximas ao entrevistado.... 2

Outra situação _____ 3

Não preencheu..... 9

[] []

1-10. O entrevistado aceitou participar? Sim.....1 *Vá para a questão 1-12*

Não.....2 *Vá para a questão 1-11*

[]

1-11. Por que o(a) entrevistado(a) não quis participar? (Deixe-o(a) responder de forma livre. Procure uma das opções abaixo que melhor represente a razão. Caso contrário, descreva na opção OUTROS)

- Não quer..... 1
- Falta de tempo..... 2
- Problemas de confidencialidade.. 3
- Outros _____ 4
- Não se aplica..... 8
- Não respondeu..... 9 [] []

1-12. Qual o sexo do(a) entrevistado(a)? (Preencha sem perguntar)

- Não sabe dizer..... 0
- Sexo feminino..... 1
- Sexo masculino..... 2
- Não preencheu..... 9 []

1-13. Qual a idade aproximada do(a) entrevistado(a)? (Preencha sem perguntar)

- Não sabe..... 0
- Menos de 20 anos 1
- De 20 a 30 anos 2
- De 31 a 40 anos 3
- De 41 a 50 anos 4
- Mais de 50 anos 5
- Não preencheu..... 9 []

1-14. Qual a opção que melhor descreve a cor de pele do(a) entrevistado(a)?

- Não sabe..... 0
- Branca..... 1
- Parda..... 2
- Preta..... 3
- Amarelo..... 4
- Outra: _____ 5
- Não preencheu..... 9 [] []

Entrevistador:

PARA AQUELES QUE SE NEGARAM A PARTICIPAR, O PREENCHIMENTO DA ENTREVISTA ENCERRA AQUI.

PARA AQUELES QUE CONCORDARAM E ASSINARAM O TERMO DE CONSENTIMENTO, CONTINUE.

AGORA VOCÊ DEVE LER CADA PERGUNTA E CADA OPÇÃO, EXCETO QUANDO ESPECIFICADO

2-1. Qual é o dia, mês e ano de seu nascimento? [] / [] / []

2-2 Qual cidade e estado que você nasceu? _____ Cidade []

_____ Estado []

2-3. Qual é sua idade? _____ anos []

2-4. Qual a sua principal ocupação nos últimos 6 meses?

Não tem 000
Não respondeu 999 []

2-5. Qual tem sido sua principal fonte de renda nos últimos 6 meses?

Emprego com salário mensal..... 1
Trabalho temporário com salário..... 2
Outra: 3
Não tem 0
Não respondeu 9 [] []

2-6. Você sabe ler?

Sim 1
Não 2
Não respondeu 9 []

2-7. Até que série você estuda ou estudou? _____ série _____ grau

Não estudou..... 00
Não sabe..... 77
Não respondeu..... 99 []

2-8. Você já fez algum curso profissionalizante?

(Entrevistador: caso haja dúvida, cite como exemplo: bombeiro, eletricista, pintor, etc...)

Sim 1
Não 2 Vá para a questão 2-9
Não respondeu 9 Vá para a questão 2-9 []

2-8a. Se sim, qual foi? _____ []

2-9. Qual seu município de residência? _____ []

2-10. Há quanto tempo mora neste município? _____ ano(s) _____ mês(es) [] []

2-11. Em que bairro você mora? _____ []

2-12. Você é...?

Solteiro(a).....1
Casado(a) ou vive com alguém.....2
Separado(a)/Divorciado(a).....3
Viúvo(a).....4
Não respondeu 9 []

2-13. Qual sua religião?

Não tem.....0
Católica.....1
Evangélica/crente.....2
Umbanda/candomblé.....3
Outra4
Não respondeu 9 [] []

Entrevistador:

**Para as questões 2-14 a 2-20 circule as duas letras correspondentes ao solicitado.
Se necessário, use os códigos abaixo e preencha ao lado da pergunta:**

Não sabe00
Não se aplica.....88
Não respondeu.....99

2-14. Quais são as duas primeiras letras de seu primeiro nome? ___ _

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

[] []

2-15. Quais são as duas primeiras letras de seu último nome? ___ _

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

[] []

2-16. Quais são as duas primeiras letras de seu segundo nome? ___ _

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

[] []

2-17. Quais são as duas primeiras letras do primeiro nome de sua MÃE? ___ _

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

[] []

2-18. Quais são as duas primeiras letras do último nome de sua MÃE? ___ _

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

[] []

2-19. Quais são as duas primeiras letras do primeiro nome de seu PAI? ___ _

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

[] []

2-20. Quais são as duas primeiras letras do último nome de seu PAI? ___ _

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

[] []

2-21. Qual seu(a) artista preferido(a)? _____

[] []

2-22. Você usa ou já usou os serviços deste PRD?

- Sim, através do redutor1
 Sim, através do agente morador.....2
 Sim, através do redutor e do agente morador...3
 Sim, outra forma:4
 Não5 *Vá para a questão 2-23*
 Não respondeu9 *Vá para a questão 2-23* [] []

2-22a. Se sim, há quanto tempo? ____ anos ____ meses ____ dias [] [] []

- 2-23. Você já respondeu a questionário semelhante a este (ou da pesquisa da coleta de sangue no dedo)?
 Sim 1
 Não 2 *Vá para a questão 3-1*
 Não respondeu 9 *Vá para a questão 3-1* []

2-23a. Se sim, quando foi? ____ / ____ / ____ [] [] []
 Mês Ano

- 3-1. Quantos anos você tinha quando usou drogas pela primeira vez? ____ anos []
 3-2. Que droga você usou pela primeira vez? _____ []
 3-3. Quantos anos você tinha quando injetou drogas pela primeira vez? ____ anos []
 3-4. Que droga você injetou pela primeira vez? _____ []

Entrevistador:
SE O ENTREVISTADO NÃO USOU DROGAS INJETÁVEIS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, ELE NÃO É ELEGÍVEL PARA O ESTUDO.

AGRADEÇA, EXPLIQUE QUE A PESQUISA OBJETIVA TRABALHAR COM USUÁRIOS INJETÁVEIS.

- 3-5. Na primeira vez que você injetou, como conseguiu a droga?
 De meu(minha) parceiro(a) sexual.....2
 De um parente.....3
 De amigo íntimo.....4
 De um conhecido.....5
 Traficante.....6
 Outra:7
 Não respondeu.....9 [] []

3-6. Na primeira vez que você injetou, como conseguiu o material para se injetar, tal como agulha e seringa?

- Eu adquiri na farmácia.....1
 De meu(minha) parceiro(a) sexual.....2
 De um parente.....3
 De amigo íntimo.....4
 De um conhecido.....5
 Traficante.....6

Outra: _____ 7
 Não respondeu.....9 [] []

3-7. Na primeira vez que você injetou, quem injetou a droga em você?

Eu mesmo, sem nenhuma ajuda1
 Meu(minha) parceiro(a) sexual.....2
 Um parente.....3
 Um amigo íntimo.....4
 Um conhecido.....5
 Traficante.....6
 Outra: _____ 7
 Não respondeu.....9 [] []

Entrevistador:
As questões 4-1 a 5-16 referem-se ao período dos ÚLTIMOS 6 MESES.
Por favor, diga o mês e ano equivalente.
Por exemplo: se a entrevista está sendo realizada no mês de Maio de 2000, explique que a pergunta refere-se ao período de Dezembro de 1999 a Maio de 2000.

4- AGORA VOU PERGUNTAR SE NOS ÚLTIMOS 6 MESES VOCÊ USOU ...

(Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

4-1. Maconha?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-2. Crack?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-3. Cocaína cheirada?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-4. Cocaína injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-5. Cocaína e heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-6. Heroína cheirada?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-7. Heroína fumada?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-8. Heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-9. Anfetamina (arrebite/bolinha) oral?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-10. Anfetamina injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-11. Tranquilizante oral?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-12. Tranquilizante injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-13. Bebidas alcoólicas (pinga, rum, uísque, vinho, cerveja, etc)?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[]
4-14. Cigarros de tabaco? Se sim, quantos/dia? ____	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	[] []

4-15. Outra droga?* _____ Via: _____	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
4-16. Outra droga?* _____ Via: _____	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu

[]	[]
[]	[]

[]	[]
[]	[]

* Entrevistador: se usou nome popular para a droga, favor explicar abaixo o que é.
Exemplo: macaquinho (maconha com cocaína), etc....

4-17. Nos últimos 6 meses, em média, com que frequência você se injetou?

- | | | | |
|---------|---|----|---------|
| Mês: | Menos de 1 vez por mês..... | 1 | |
| | 1 a 3 vezes por mês..... | 2 | |
| Semana: | 1 vez por semana..... | 3 | |
| | 2 a 4 vezes por semana..... | 4 | |
| | 5 a 6 vezes por semana..... | 5 | |
| Dia: | Todos os dias, 1 vez por dia..... | 6 | |
| | Todos os dias, 2 a 3 vezes por dia..... | 7 | |
| | Todos os dias, mais de 3 vezes por dia..... | 8 | |
| | Outra _____ | 9 | |
| | Não se aplica..... | 88 | |
| | Não respondeu..... | 99 | |
| | Não sabe..... | 00 | [] [] |

4-18. Nos últimos 6 meses, quantos meses no total você se injetou?

_____ meses *Se menos de 6 meses, vá para a questão 4-18a*
Se todos os 6 meses, vá para a 4-19 []

4-18a. Se você não se injetou todos os meses, poderia me dizer por quê?

_____ []

4-19. Nos últimos 6 meses, em um mês normal, quantos dias no mês você se injetou?

_____ dias por mês []

4-20. Nos últimos 6 meses, em um mês normal, quantas vezes por dia você se injetou?

_____ vezes por dia []

4-21. Nos últimos 6 meses, em média, em cada sessão de uso, quantas vezes você geralmente se injetou?

_____ []

4-22. Nos últimos 6 meses, na maioria das vezes, onde (em que local) você se injetou? Cite pelo menos dois locais. (Exemplos: lugar onde mora, rua, casa abandonada, etc...)

_____ []
_____ []

4-23. Nos últimos 6 meses, quantos de seus(as) amigos(as) têm feito uso de droga injetável?

_____ []

5- NOS ÚLTIMOS 6 MESES COMO VOCÊ TEM CONSEGUIDO AGULHAS E SERINGAS PARA SE INJETAR?
 (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
5-1. Com um amigo íntimo (que não seja o redutor)?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-2. Com um companheiro de sessão?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-3. Com um(a) parceiro (a) sexual regular? <i>Parceiro sexual regular: é aquele(a) que é seu(a) esposo(a), ou que mora com você ou é seu(a) namorado(a) fixo(a)</i>	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-4. Com um (a) parceiro(a) sexual eventual? <i>Parceiro sexual eventual: é aquele(a) com quem você não é casado, nem vive com ele(a) e que faz sexo eventualmente</i>	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-5. Com um desconhecido?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-6. Com um agente ou redutor do projeto?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-7. Em farmácias ou outras casas comerciais?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-8. Em hospitais ou centros de saúde ?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-9. Conseguiu de outras formas?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-9a. Se sim, qual?	_____				<input type="checkbox"/>

5-10. Nos últimos 6 meses, quando você ganhou seringas ou agulhas de parceiros, amigos e companheiros de sessão, geralmente estas seringas eram:

- Novas.....1
- Usadas.....2
- Novas e usadas3
- Não se aplica.....8
- Não respondeu.....9

AGORA VOU PERGUNTAR SE NOS ÚLTIMOS 6 MESES EM ALGUMA SESSÃO DE USO VOCÊ USOU DE ALGUM(A) COMPANHEIRO(A) ... (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
5-11. O mesmo recipiente para diluir a droga (pote ou copinho)?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-12. A mesma colher?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-13. O mesmo algodão?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-14. A mesma água ou outro diluente?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-15. Outro material ou substância?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
5-15a. Se sim, qual?	_____				<input type="checkbox"/>

5-16. Nos últimos 6 meses, onde (em que local) você deixou suas seringas e agulhas usadas?
Cite pelo menos dois locais (Exemplo: rua, lixo, local onde se injeta, com o redutor, etc...)

[]

[]

AINDA FALANDO SOBRE AGULHAS E SERINGAS, VOCÊ JÁ ...

(Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
5-17. Deu ou emprestou agulhas/seringas que você usou para outra pessoa usar ou injetar Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
Se sim, para quem? (Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)	_____				[]
No último mês?	1	2	8	9	[]
Se sim, para quem? (Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)	_____				[]
5-18. Recebeu e usou para se injetar agulhas/seringas usadas de outra pessoa Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
Se sim, de quem? (Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)	_____				[]
No último mês?	1	2	8	9	[]
Se sim, de quem? (Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)	_____				[]
5-19. Limpou suas agulhas/seringas com alguma substância? Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
Se sim, qual? (Água, álcool, hipodorito, outra)	_____				[]
No último mês?	1	2	8	9	[]
Se sim, qual? (Água, álcool, hipodorito, outra)	_____				[]

Entrevistador:
As questões 6-1 a 6-7 referem-se ao período do ÚLTIMO MÊS.
Por favor, diga o mês e ano equivalente.
Por exemplo: se a entrevista está sendo realizada no mês de Maio de 2000, explique que a pergunta refere-se ao período de Abril a Maio de 2000.

6- AGORA VOU PERGUNTAR SE NO ÚLTIMO MÊS ...

6-1. Você se injetou?

- Sim.....1 *Se sim, vá para a questão 6-2*
 Não.....2 *Se não, vá para a questão 6-1a*
 Não respondeu..... 9

[]

6-1a. Se você não injetou no último mês, poderia me dizer por quê? *A seguir, vá para a questão 6-8*

[]

6-2. Qual foi a última droga que você injetou?

[]

6-3. No último mês, em média, com que frequência você se injetou?

- Mês:** 1a 3 vezes por mês.....2
Semana: 1 vez por semana.....3
 2 a 4 vezes por semana.....4
 5 a 6 vezes por semana.....5
Dia: Todos os dias, 1 vez por dia.....6
 Todos os dias, 2 a 3 vezes por dia.....7
 Todos os dias, mais de 3 vezes por dia.....8
 Outra _____ 9
 Não se aplica.....88
 Não respondeu.....99
 Não sabe.....00

[] []

6-4. Quantos dias no total você se injetou no último mês?

_____ dias

[]

6-5. No último mês, normalmente em cada sessão de uso, quantas vezes você se injetou?

_____ vezes

[]

6-6. No último mês, na maioria das vezes, onde(em que local) você se injetou?

Cite pelo menos dois locais. *(Exemplo: lugar onde mora, rua, casa abandonada, etc...)*

[]

[]

6-7. No último mês, onde (em que local) você deixou suas seringas e agulhas usadas?

Cite pelo menos dois locais *(Exemplo: rua, lixo, local onde se injeta, com o redutor, etc...)*

[]

[]

AGORA, GOSTARIA QUE VOCÊ DESCREVESSE SUA ÚLTIMA SESSÃO DE USO ...
(Entrevistador: pergunte cada uma e preencha ou circule a resposta do entrevistado)

6-8. Quando foi?	<p style="text-align: center;">_ / _ / _ _ _ _</p>
6-9. Onde foi? <i>(Exemplo: lugar onde mora, rua, casa abandonada, etc...)</i>	<p style="text-align: center;">_____</p>
6-10. Quantas pessoas estavam presentes e usando drogas injetáveis além de você?	<p style="text-align: center;">_____</p> <p>Sozinho.....000 Não sabe.....777 Não se aplica.....888 Não respondeu...999</p>
6-11. Deu ou emprestou agulhas/seringas que você usou para outra pessoa usar ou injetar	<p>Não sabe.....0 Sim.....1 Não2 Não se aplica8 Não respondeu...9</p>
<p style="text-align: center;">Se sim, para quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)</i></p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
6-12. Recebeu e usou para se injetar agulhas/seringas usadas de outra pessoa	<p>Não sabe.....0 Sim.....1 Não2 Não se aplica8 Não respondeu...9</p>
<p style="text-align: center;">Se sim, de quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)</i></p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
6-13. Usou algum material de algum (a) companheiro(a) ...	<p>Não sabe.....0 Sim.....1 Não2 Não se aplica8 Não respondeu...9</p>
<p style="text-align: center;">Se sim, qual (is)? <i>(Pote, copinho, gaze, algodão, outro)</i></p>	<p>_____</p> <p>_____</p>

_ / _ / _ _ _ _

7- AGORA VOU PERGUNTAR DE ALGUMAS CONDIÇÕES DE SUA VIDA. VOCÊ....

(Entrevistador: pergunte cada uma e preencha ou circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
7-1. Ficou desempregado nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
7-2. Qual local você tem vivido (morado) na maior parte do tempo? (Casa, abrigo, local abandonado, rua, prisão, outros)	_____				[]
7-3. Ficou sem local para morar nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
Se sim, onde ficou morando?	_____				[]
7-4. Procurou formas de tratamento de drogas? Alguma vez na vida? <i>Se não, vá para questão 7-5</i>	1	2	8	9	[]
Nos últimos 12 meses? <i>Se não, vá para questão 7-5</i>	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses? <i>Se não, vá para questão 7-5</i>	1	2	8	9	[]
Se sim, chegou a se tratar?	1	2	8	9	[]
Onde foi?	_____				[]
Qual foi o tipo de tratamento?	_____				[]
7-5. Procurou outra forma de tratamento de saúde que não tenha sido para o uso de drogas? <i>(Exemplo: para tratamento de pressão alta ou outra doença, visita médica de rotina, ou de urgência, etc...)</i>					[]
Alguma vez na vida? <i>Se não, vá para questão 7-6</i>	1	2	8	9	
Nos últimos 12 meses? <i>Se não, vá para questão 7-6</i>	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses? <i>Se não, vá para questão 7-6</i>	1	2	8	9	[]
Se sim, chegou a se tratar?	1	2	8	9	[]
Onde foi?	_____				[]
Qual foi o tratamento?	_____				[]

COM RELAÇÃO AO TESTE DO HIV VOCÊ...

(Entrevistador: pergunte cada uma e preencha ou circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
7-6. Pensou alguma vez na vida fazer o teste?	1	2	8	9	[]
7-7. Conhece onde fazer o teste? <i>Se não, vá para a questão 7-8</i>	1	2	8	9	[]
Se sim, qual é o local?	_____				[]
7-8. Alguma vez na vida você fez o teste do HIV? <i>Se não, vá para a questão 7-9</i>	1	2	8	9	[]
Se sim, de quem foi a decisão?	Não sabe.....0 Decisão própria.....1 Sugestão de alguém....2 Ambos3 Não se aplica8 Não respondeu.....9				[]
No total, quantas vezes você já fez o teste do HIV?	_____				[]
Quando foi(ram) e qual(is) o(s) resultado(s)? Comece do mais antigo até o mais recente.	Ano	Resultado			[]
	_____	1.Pos 2.Neg 3.Não procurou 8.NA 9.NR			[]
	_____	1.Pos 2.Neg 3.Não procurou 8.NA 9.NR			[]
	_____	1.Pos 2.Neg 3.Não procurou 8.NA 9.NR			[]
	_____	1.Pos 2.Neg 3.Não procurou 8.NA 9.NR			[]
7-9. Em relação ao HIV, você acha que é.. <i>Se negativo, vá para questão 7-11</i>	Não sabe.....0 Positivo1 Negativo2 Não respondeu....9				[]
7-10. Se você é HIV positivo, nos últimos 6 meses está fazendo algum tratamento?	Não sabe0 Sim.....1 <i>Vá para a questão 7-10a</i> Não.....2 <i>Vá para a questão 7-10b</i> Não respondeu....9				[]
7-10a. Se sim, qual tratamento?	_____				[]
Onde está se tratando?	_____				[]
7-10b. Se não, por quê?	_____				[]

7-11. VOCÊ JÁ FOI DETIDO PELA POLÍCIA, INCLUINDO QUANDO ERA MENOR?

	Sim	Não	Não respondeu
Alguma vez em sua vida? <i>Se não, vá para questão 7-12</i>	1	2	9
Se sim: quantas vezes?	_____		
Nos últimos 6 meses?	1	2	9
Se sim: quantas vezes?	_____		
No último mês?	1	2	9
Se sim: quantas vezes?	_____		

[]
[]
[]
[]

7-12. VOCÊ JÁ CUMPRIU PENA OU FOI CONDENADO?

	Sim	Não	Não respondeu
Alguma vez em sua vida? <i>Se não, vá para questão 7-13</i>	1	2	9
Se sim: poderia dizer a razão?	_____		
Por quanto tempo esteve cumprindo pena?	_____ meses		
Você usou drogas injetáveis enquanto estava cumprindo pena?	1	2	9
Como conseguia seringas e agulhas?	_____ _____		

[]
[]
[]
[]
[]

7-13. VOCÊ JÁ SE MACHUCOU EM BRIGAS OU FOI AGREDIDO(A) POR CAUSA DE DROGAS?

	Sim	Não	Não respondeu
Alguma vez em sua vida? <i>Se não, vá para questão 8</i>	1	2	9
Se sim: quantas vezes?	_____		
Nos últimos 6 meses?	1	2	9
Se sim: quantas vezes?	_____		
Com quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, polícia ou militar, outro)</i>	_____ _____		
Você teve de receber cuidados médicos por causa destas agressões?	1	2	9

[]
[]
[]
[]
[]

Entrevistador: As próximas perguntas devem ser feitas para homens e mulheres

8- AGORA

VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL

8-1. Você já teve relação sexual alguma vez em sua vida?

(Entrevistador: relação sexual deve ser entendida como penetração vaginal ou anal).

Sim..... 1
Não..... 2 *Se não, ir para a questão 9*
Não respondeu..... 9
Não sabe 0

[]

Entrevistador:

Para as questões abaixo, leia o enunciado e, se necessário, use o seguinte código para preencher:

*Não sabe00
Não se aplica.....88
Não respondeu99*

8-2. Quantos anos você tinha em sua primeira relação sexual? ___ anos

[]

8-3. Quantos anos você tinha em sua última relação sexual? ___ anos

[]

Entrevistador:

**As questões 8-4 a 8-33 referem-se ao período dos ÚLTIMOS 6 MESES.
Por favor, diga o mês e ano equivalente.**

Por exemplo: se a entrevista está sendo realizada no mês de Maio de 2000, explique que a pergunta refere-se ao período de Dezembro de 1999 a Maio de 2000.

AGORA GOSTARIA DE SABER ALGUMAS COISAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL NOS ÚLTIMOS 6 MESES.

Nos últimos 6 meses você teve alguma doença ou sintoma de doença como:

(Entrevistador: pergunte cada uma e preencha ou circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não respondeu
8-4. Feridas no pênis ou vagina (tipo sífilis, herpes, condiloma ou crista de galo, cancro mole ou cavalo e bubão)?	1	2	9

[]

8-5. Corrimentos no pênis ou vagina (tipo gonorréia, blenorragia, tricomoníase)?	1	2	9	[]
--	---	---	---	-----

8-6. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual com pessoas do sexo oposto ao seu?
 (Entrevistador: para homens perguntar com mulheres; para mulheres perguntar com homens)

- Sim.....1
 Não.....2 Se não ir para a questão 8-19
 Não respondeu...9

[]

Entrevistador:
 Se o entrevistado(a) não teve parceiro(a) regular, vá para a questão 8-12. Caso contrário, prossiga.

8-7. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM PARCEIROS (AS) DO SEXO OPOSTO AO SEU, VOCÊ DESCREVERIA SEUS(AS) PARCEIROS(AS) SEXUAL(AIS) COMO... (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu
8-7a. Um(a) parceiro(a) sexual regular, ou seja aquele(a) que é seu(a) esposo(a), ou que mora com você ou é seu(a) namorado(a) fixo(a)	1	2	8	9
8-8. Esta pessoa também usa drogas injetáveis?	1	2	8	9

[]

[]

PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM SEU(A) PARCEIRO(A) REGULAR NOS ÚLTIMOS 6 MESES VOCÊ DIRIA QUE ELAS FORAM...

8-9. Com que frequência?

- Todos os dias..... 1
 Pelo menos 3 vezes por semana..... 2
 Pelo menos 1 vez por semana..... 3
 Pelo menos 2 vezes por mês..... 4
 Pelo menos 1 vez por mês..... 5
 Pelo menos 1 vez a cada 2 meses..... 6
 Pelo menos 2 vezes 7
 Pelo menos 1 vez 8
 Não se aplica..... 88
 Não respondeu..... 99
 Não sabe..... 00

[]

8-10. Sob o efeito de droga... (injetável ou não)?

- Em todas as vezes..... 1
 Na maioria das vezes..... 2

- Em menos da metade das vezes..... 3
- Em nenhuma das vezes..... 4
- Não se aplica..... 8
- Não respondeu..... 9

[]

8-11. Você ou seu parceiro(a) usou camisinha ou preservativo...

- Em todas as vezes..... 1 *Se sim, ir para 8-11b*
- Na maioria das vezes..... 2 *Se sim, ir para 8-11b*
- Em menos da metade das vezes..... 3 *Se sim, ir para 8-11b*
- Em nenhuma das vezes..... 4
- Não se aplica..... 8
- Não respondeu..... 9

[]

8-11a. Se a camisinha não foi usada em nenhuma das vezes, você poderia me dizer por quê?

_____ *Ir para a questão 8-12*

[]

8-11b. Quem sugeriu o uso da camisinha foi...

- Eu mesmo..... 1
- Meu (minha) parceiro (a)..... 2
- Os dois..... 3
- Não se aplica..... 8
- Não respondeu..... 9

[]

8-12. AINDA PENSANDO NOS ÚLTIMOS 6 MESES, EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM PESSOAS DO SEXO OPOSTO AO SEU, VOCÊ DESCRIVERIA SEUS(AS) PARCEIROS(AS) SEXUAL(AIS) COMO... (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu
8-12a. Um(a) parceiro(a) sexual eventual, ou seja aquele(a) com quem você não é casado, nem vive com ele(a) mas tem relação sexual ocasionalmente	1	2	8	9
8-13. Esta(s) pessoa(s) também usa(m) drogas injetáveis.	1	2	8	9

[]

[]

Entrevistador:

Se o entrevistado(a) não teve parceiro(a) eventual, vá para a questão 8-19. Caso contrário, prossiga.

PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM SEU (A) PARCEIRO(A) SEXUAL EVENTUAL NOS ÚLTIMOS 6 MESES VOCÊ DIRIA QUE ELAS FORAM...

8-14. Com que frequência?

- Todos os dias..... 1
- Pelo menos 3 vezes por semana..... 2
- Pelo menos 1 vez por semana..... 3
- Pelo menos 2 vezes por mês..... 4
- Pelo menos 1 vez por mês..... 5
- Pelo menos 1 vez a cada 2 meses..... 6

Pelo menos 2 vezes	7	
Pelo menos 1 vez	8	
Não se aplica.....	88	
Não respondeu.....	99	
Não sabe.....	00	[]

8-15. Sob o efeito de droga... (injetável ou não)

Em todas as vezes.....	1	
Na maioria das vezes.....	2	
Em menos da metade das vezes.....	3	
Em nenhuma das vezes.....	4	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-16. Falando de seu(a) parceiro(a) eventual, este(a) foi:

A mesma pessoa.....	1	
A maioria das vezes a mesma pessoa.....	2	
A maioria das vezes pessoas diferentes.....	3	
Todas as vezes pessoas diferentes.....	4	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	
Não sabe.....	0	[]

8-17. Você ou seu(a) parceiro(a) usou camisinha ou preservativo...

Em todas as vezes.....	1	<i>Se sim, ir para 8-17b</i>
Na maioria das vezes.....	2	<i>Se sim, ir para 8-17b</i>
Em menos da metade das vezes.....	3	<i>Se sim, ir para 8-17b</i>
Em nenhuma das vezes.....	4	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-17a. Se a camisinha não foi usada em nenhuma das vezes, você poderia me dizer por quê?

_____ Ir para a questão 8-18 []

8-17b. Quem sugeriu o uso da camisinha foi...

Eu mesmo.....	1	
Meu(minha) parceiro(a).....	2	
Os dois.....	3	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-18. Nos últimos 6 meses, você teve relações sexuais para obter drogas (sexo em troca de drogas ou dinheiro para comprar drogas)?

Sim.....	1	
Não.....	2	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-19. Alguma vez na vida, você teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo?

Sim..... 1
Não..... 2 Se não, ir para a questão 9
Não respondeu..... 9 Se não respondeu, ir para a questão 9

8-20. Quantos anos você tinha em sua primeira relação sexual com alguém do mesmo sexo?

____ anos

8-21. Quantos anos você tinha em sua última relação sexual com alguém do mesmo sexo?

____ anos

Entrevistador:

Rever a idade do(a) entrevistado(a) na página 2. Se a idade da última relação com alguém do mesmo sexo for menor que dois anos da idade do(a) entrevistado(a), vá para a questão 9.

Caso contrário, ou em caso de dúvida, prossiga.

8-22. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM PESSOAS DO MESMO SEXO QUE O SEU, COMO VOCÊ DESCREVERIA SEUS(AS) PARCEIROS(AS) SEXUAL(AIS)? (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
8-22a. Um(a) parceiro(a) sexual regular, ou seja aquele(a) que é seu(a) esposo(a), ou que mora com você ou é seu(a) namorado(a) fixo(a)	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
8-23. Esta pessoa também usa drogas injetáveis.	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>

Entrevistador:

Se o entrevistado(a) não teve parceiro(a) regular do mesmo sexo, vá para a questão 8-27.

Caso contrário, prossiga.

NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM SEU (A) PARCEIRO(A) REGULAR, VOCÊ DIRIA QUE ELAS FORAM...

8-24. Com que frequência?

Todos os dias.....	1
Pelo menos 3 vezes por semana.....	2
Pelo menos 1 vez por semana.....	3
Pelo menos 2 vezes por mês.....	4
Pelo menos 1 vez por mês.....	5
Pelo menos 1 vez a cada 2 meses.....	6
Pelo menos 2 vezes	7
Pelo menos 1 vez	8
Não se aplica.....	88
Não respondeu.....	99
Não sabe.....	00

[]

8-25. Sob o efeito de droga... (injetável ou não)

Em todas as vezes.....	1
Na maioria das vezes.....	2
Em menos da metade das vezes.....	3
Em nenhuma das vezes.....	4
Não se aplica.....	8
Não respondeu.....	9

[]

8-26. Você ou seu(a) parceiro(a) usou camisinha ou preservativo...

Em todas as vezes.....	1
Na maioria das vezes.....	2
Em menos da metade das vezes.....	3
Em nenhuma das vezes.....	4
Não se aplica.....	8
Não respondeu.....	9

Se sim, ir para 8-26b

Se sim, ir para 8-26b

Se sim, ir para 8-26b

[]

8-26a. Se a camisinha não foi usada em nenhuma das vezes, você poderia me dizer por quê?

_____ Ir para a questão 8-27

[]

8-26b. Quem sugeriu o uso da camisinha foi...

Eu mesmo.....	1
Meu(minha) parceiro(a).....	2
Os dois.....	3
Não se aplica.....	8
Não respondeu.....	9

[]

8-27. AINDA NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM PESSOAS DO MESMO SEXO, VOCÊ DESCREVERIA SEUS(AS) PARCEIROS(AS) SEXUAL(AIS) COMO... (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu
8-27a. Um(a) parceiro(a) sexual eventual, ou seja aquele(a) com quem você não é casado, nem vive com ele(a) mas tem relação sexual ocasionalmente	1	2	8	9
8-28. Esta(s) pessoa(s) também usa(m) drogas injetáveis?	1	2	8	9

[]

[]

Entrevistador:

Se o entrevistado(a) não teve parceiro(a) eventual do mesmo sexo, vá para a questão 9. Caso contrário, prossiga.

NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM SEU (A) PARCEIRO(A) EVENTUAL DO MESMO SEXO, VOCÊ DIRIA QUE ELAS FORAM ...

8-29. Com que frequência?

Todos os dias.....	1
Pelo menos 3 vezes por semana.....	2
Pelo menos 1 vez por semana.....	3
Pelo menos 2 vezes por mês.....	4
Pelo menos 1 vez por mês.....	5
Pelo menos 1 vez a cada 2 meses.....	6
Pelo menos 2 vezes	7
Pelo menos 1 vez	8
Não se aplica.....	88
Não respondeu.....	99
Não sabe.....	00

[]

8-30. Sob o efeito de droga... (injetável ou não)

Em todas as vezes.....	1
Na maioria das vezes.....	2
Em menos da metade das vezes.....	3
Em nenhuma das vezes.....	4
Não se aplica.....	8
Não respondeu.....	9

[]

8-31. Falando de seu(a) parceiro(a) eventual, este(a) foi:

A mesma pessoa.....	1
A maioria das vezes a mesma pessoa.....	2
A maioria das vezes pessoas diferentes.....	3
Todas as vezes pessoas diferentes.....	4
Não se aplica.....	8
Não respondeu.....	9
Não sabe.....	0

[]

8-32. Você ou seu parceiro(a) usou camisinha ou preservativo...

- Em todas as vezes..... 1 *Se sim, ir para 8-32b*
- Na maioria das vezes..... 2 *Se sim, ir para 8-32b*
- Em menos da metade das vezes..... 3 *Se sim, ir para 8-32b*
- Em nenhuma das vezes..... 4
- Não se aplica..... 8
- Não respondeu..... 9

8-32a. Se camisinha não foi usada em nenhuma das vezes, você poderia me dizer por quê?

_____ *Ir para a questão 8-33*

8-32b. Quem sugeriu o uso da camisinha foi...

- Eu mesmo..... 1
- Meu (minha) parceiro (a)..... 2
- Os dois..... 3
- Não se aplica..... 8
- Não respondeu..... 9

8-33. Nos últimos 6 meses, você teve relações sexuais para obter drogas (sexo em troca de drogas ou dinheiro para comprar drogas)?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- Não se aplica..... 8
- Não respondeu..... 9

9. AGORA FAREI UMAS PERGUNTAS A RESPEITO DE ALGUMAS DOENÇAS

9-1. Você conhece alguma doença que é transmitida pelo sangue?

- Sim..... 1
- Não..... 2 *Se não, ir para a questão 9-2*
- Não respondeu..... 9

9-1a. Se sim, qual(is)?

9-2. Você conhece alguém de sua relação portador do HIV?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- Não respondeu..... 9

9-3. Você conhece alguém de sua relação que teve ou tem o diagnóstico de Aids?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- Não respondeu..... 9

9-4. Você conhece alguma forma de prevenir o HIV e a Aids?

- Sim..... 1
- Não..... 2 *Se não, ir para a questão 9-5*
- Não respondeu..... 9

9-4a. Se sim, qual(is)? _____

[]
[]
[]
[]

9-5. Você conhece uma doença chamada hepatite?

Sim..... 1
Não..... 2
Não respondeu..... 9

Se não, ir para a questão 10

[]

9-5a. Se sim, quais os tipos de hepatite que você conhece?

[]
[]
[]
[]

9-5b. Como obteve esta informação?

[]
[]

10. Entrevistador: a entrevista termina aqui. ANTES PORÉM:
· AGRADEÇA AO ENTREVISTADO PELA PARTICIPAÇÃO;
· VERIFIQUE SE A COLETA DE SANGUE FOI FEITA ADEQUADAMENTE;
· ENTREGUE O TÍQUETE ALIMENTAÇÃO;
· ENTREGUE O CARTÃO PARA O RECEBIMENTO DOS EXAMES;

10-1. Horas: ____:____ h

[]:[]

10-2. Em sua opinião, o candidato foi entrevistado antes?

Sim.....1
Não..... 2
Não estou certo.....3

[]

10-2a. Se sim, quando foi?

____/____
Mês Ano

[] []/[]

10-3. O sangue do entrevistado foi coletado?

Sim, as três cartelas.....1

Sim, as duas cartelas.....2 Por quê? _____

Sim, uma cartela.....3 Por quê? _____

Não.....4 Por quê? _____

[] []

10-4. Foi dado ao entrevistado o tíquete alimentação referente à entrevista e coleta de sangue?

Sim.....1

Não.....2 Por quê? _____

[]

[]

10-5. Entrevistador, gostaria de fazer algum comentário ou sugestão?

[]

APÊNDICE D: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL QUAL LOCAL TEM VIVIDO (MORADO) NA MAIOR PARTE DO TEMPO?

Categorias e respectivos códigos:

- 1 EM CASA
- 2 CASA INVADIDA
- 3 NO MATO
- 4 CASA DO COMPANHEIRO
- 5 NO MATO
- 6 CASA DA IRMÃ
- 7 VIADUTO/CASA ABANDONADA
- 8 CASA DE PARENTES
- 9 NA RUA
- 10 CASA ABANDONADA/COM AMIGOS
- 11 COM A SOGRA
- 12 CASA DA MÃE (DOS PAIS)
- 13 EM VÁRIOS LUGARES (ANDARILHO)
- 14 ALBERGUE (ABRIGO)
- 15 CASA DA TIA
- 16 DEBAIXO DO VIADUTO
- 17 CASA DO AMIGO
- 18 COM A FAMÍLIA (CASA)
- 19 NA INSTITUIÇÃO "LAR" EM SP
- 20 LOCAL ABANDONADO
- 21 NO HOSPITAL
- 22 CASA DA ACOLHIDA
- 23 PRISÃO
- 24 SÍTIO
- 25 HOTEL
- 26 BARCO DE PESCA
- 27 FAVELA
- 28 RUA
- 29 BARRACO
- 30 COCHEIRA
- 31 CASA DE APOIO PARA HIV +
- 32 CASA DO AVÔ
- 33 PENSÃO
- 34 MOCO
- 35 ESTACIONAMENTO
- 36 IGREJA

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

50 Em casa (com a família, mãe ou pais): 1 12 18 28

51 Sub-normal (invasão, viaduto, favela, rua, matos): 2 3 5 7 9 10 13 16 20 26 27 29 30 34 35 36

52 Casa de parentes e amigos: 4 6 8 11 15 17 32

53 Abrigo, Instituições: 14 19 21 22 31

54 Prisão: 23

55 Sítio, hotel, pensão: 24 25 33

**APÊNDICE E: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL ONDE FICOU MORANDO
NOS ÚLTIMOS 6 MESES, SE NÃO TINHA LUGAR PARA MORAR**

Categorias com respectivos códigos:

- 1 CASA DA MÃE
- 2 RUA
- 3 MATO
- 4 CASA DE AMIGOS
- 5 DEBAIXO DA PONTE
- 6 BARRACO (FAVELA)
- 8 ALBERGUE
- 9 COM TIO
- 10 POR AÍ
- 11 LUGAR INVADIDO
- 12 HOTEL
- 14 CASA DA CUNHADA
- 17 CASA ABANDONADA
- 18 MOCA (LOCAL ONDE INJETA)
- 19 CASA DE PARENTES
- 21 COM UM COMPANHEIRO
- 22 CASA DE CONHECIDOS
- 23 NA PRISÃO (DETIDO)
- 24 PENSÃO
- 25 NA LAJE
- 26 CASA DA ACOLHIDA
- 27 DENTRO DO CARRO ABANDONADO
- 28 PRAÇA
- 29 CASA
- 30 FAVELA
- 31 NO BARCO
- 32 ZONA DO MERETRÍCIO
- 33 NO TRABALHO
- 34 CASA DE AMIGOS/DEBAIXO DA PONTE
- 35 HOSPITAL
- 36 EM POA

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

50 Casa de amigos e parentes (mãe, namorada, irmãos, tio, companheiro, conhecidos): 1 4 9 13 14 15 19 21 22 29 34

51 Sub-normal (debaixo da ponte, barraco, lugar invadido, ferro velho, cemitério, local abandonado, praça, rua, mato): 2 3 5 6 7 10 11 16 17 18 20 25 27 28 30 31 32

52 Instituição (albergue, casa da acolhida, hospital): 8 26 33 35 36

53 Hotéis e sítios: 12 24

54 Prisão: 23

**APÊNDICE F: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL QUAL FOI O CURSO
PROFISSIONALIZANTE QUE VOCÊ JÁ FEZ**

Categorias com respectivos códigos:

- 0 NÃO SABE
- 888 NÃO SE APLICA
- 999 NÃO RESPONDEU
- 1 FLORICULTOR
- 2 GARCON
- 3 CROCHE
- 4 SERRALHEIRO/SOLDADOR ELETRICO
- 5 PINTURA EM TECIDO
- 6 MARCENARIA
- 7 DATILOGRAFIA
- 8 MECANICA
- 9 ENCANADOR HIDRAULICO
- 10 TIPOGRAFO
- 11 ARTES PLASTICAS/SERIGRAFIA
- 12 SERRALHEIRO
- 13 OPERADOR DE XEROX
- 14 AUXILIAR DE ENFERMAGEM
- 15 MARCENARIA/FERREIRO
- 16 ELETRICISTA
- 17 ALMOXARIFE, RH E DATILOGRAFIA
- 18 PEDREIRO
- 19 GRAFICA
- 20 MARCENARIA, PADARIA ,CERAMICA
- 21 PINTOR
- 22 DATILOGRAFIA/OFFICE BOY
- 23 INFORMATICA
- 24 CULINARIA
- 25 SERRALHEIRO/FUNILEIRO/PEDREIRO
- 26 TECNICO EM LINHA TELEFONICA
- 27 INPETOR SEGURANCA/CAL.TECNICO
- 28 VIGILANTE
- 29 TECNICO EM CONTABILIDADE
- 30 METROLOGIA
- 31 JARDINAGEM
- 32 TECNICO ADMINISTRATIVO
- 33 TORNEIRO MECANICO
- 34 PESCADOR
- 35 SERRALHEIRO /SOLDADOR
- 36 COSTURA
- 37 ARTESANATO
- 38 SERIGRAFIA
- 39 SERIGRAFIA/INFORMATICA
- 40 AUXILIAR DE MONTAGEM
- 41 TECNICO VETERINARIO
- 42 MECANICO /MARCENARIA
- 43 COSTUREIRA /MANICURE
- 44 AOV B
- 45 MARCENARIA/PINTURA
- 46 SOLDADOR
- 47 SERIGRAFIA /MECANICA
- 48 DATILOGRAFIA/ INFORMATICA
- 49 AUXILIAR DE ESCRITORIO
- 50 MANICURE E CABELEIREIRA
- 51 CABELEIREIRA / ENFERMAGEM
- 52 COZINHEIRO /GARCON
- 53 ELETRONICA
- 54 PINTOR DE CARRO
- 55 FERRAMENTARIA
- 56 CONFEITEIRO
- 57 AUXILIAR DE ALMOXARIFADO
- 58 TECNICO REFRIGERACAO, APARELHO

59 DATILOGRAFIA/VIGILANTE
60 REPARADOR ELETRO/OPERADORXEROX
61 OFFICE BOY
62 FRENTISTA
63 DESENHO ARQUITETONICO/COMERCIO
64 OPERADOR DE XEROX/DATILOGRAFIA
65 SEGURANCA
66 AGENTE DE SAUDE
67 VENDAS
68 COMPUTACAO/AJUDANTE DE COZINHA
69 XILOGRAVURA
70 ALFAIATE
71 REFRIGERACAO COMERCIAL
72 PROGRAMADOR COMPUT./ELETRICISTA
73 MANICURE
74 EMPACOTADOR
75 PEDREIRO/CABELEIREIRO
76 COMPUTACAO/CAPACITACAO GERENTE
77 PARA FAZER OCULOS DE GRAU
78 ARBITRO DE FUTEBOL
79 CANTO /DANCA
80 MAGISTERIO
81 SOLDADO DA PM
82 CARGAS PERIGOSAS
83 ARTESANATO/INFORMATICA
84 PRIMEIROS SOCORROS
85 PIANO
86 ELETRICISTA/ELETRICA/CABELEIRO
87 INSEMINACAO DE ANIMAIS
88 REDUTOR DE DANOS
89 ARBORIZACAO/ DST
90 WEB DESIGNER/INFORMATICA
91 ESTOFARIA
92 SERIGRAFIA/SOLDADOR
93 INDUSTRIAL
94 COMPUTACAO/ELETRICISTA
95 VIGILANCIA FEMININA
96 NUTRICAO
97 AUX. ESCRITORIO,DATILOGRAFIA
98 BARBEIRO
99 MOTORISTA
100 PANFLETEIRO
101 MECATRONICA /ADMINISTRACAO
102 AG. MULTIPLICADOR
103 INFORMATICA/ AUX.ESCRITORIO
104 LIMPEZA DE PLASTICO
105 CALCULO TECNICO/DESENHO MECAN.
106 PIZZAIOLO
107 DESENHO
108 BABA
109 FOTOGRAFO
110 MERGULHO
111 MANUTENCAO DE POSTOS/GASOLINA
112 TRATAMENTO DE PISO
113 PARA SEPARAR PAPEIS
114 OPERADOR DE MAQUINA DE SISAL
115 SECRETARIADO/COMPUTACAO
116 GOVERNANCIA/INFORMATICA

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

120 Sem exigência escolar: 1 2 3 5 12 18 21 25 28 31 34 35 36 37 38 40 42 43 44 45 47 50 52 54 55 56 62 65 67 69 70 71 73 74 75 79 82 83 85 88 91 92 95 98 100 102 104 106 108 109 110 112 113 114;

121 Exigem 1º. Grau completo: 4 6 7 8 9 10 13 15 16 17 19 20 22 23 39 46 48 49 57 59 60 61 63 64 66 68 72 76 77 78 84 86 87 89 90 93 94 97 99 103 107 111 115 116;

122 Exigem 2º. Grau completo: 11 14 26 27 29 30 32 41 53 58 80 81 96 101 105.

APÊNDICE G: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL QUAL TEM SIDO SUA PRINCIPAL FONTE DE RENDA, INCLUINDO AS RESPOSTAS DADAS COMO OUTRAS FONTES

Qual tem sido a sua principal fonte de renda nos últimos 6 meses?

	n	%
Não tem	127	15,3
Emprego com salário mensal	94	11,3
Trabalho temporário com salário	171	20,6
Outra	438	52,8
Total	830	100,0

Categorias de **Outras** fontes de renda com respectivos códigos:

- 0 NÃO SABE
- 888 NÃO SE APLICA
- 999 NÃO RESPONDEU
- 1 CUIDA DE CARROS /CATA LATAS
- 2 DINHEIRO DADO PELO MARIDO
- 3 BISCATE
- 4 PEDREIRO
- 5 VENDAS
- 6 RECICLAGEM DE LIXO
- 7 SERVENTE
- 8 CARGA-DESCARGA
- 9 PROSTITUIÇÃO
- 10 PINTURA
- 11 AVIÃO (VENDER DROGAS) TRÁFICO
- 12 AJUDANTE GERAL
- 13 AUTÔNOMO
- 14 SERVIÇOS GERAIS
- 15 CAMELÔ
- 16 DIARISTA
- 17 CATADOR DE PAPELÃO
- 18 REDUTOR DE DANOS
- 19 VIGILANTE
- 20 VENDEDOR AMBULANTE
- 21 CARRO□A (CARROCEIRO)
- 22 SERIGRAFIA
- 23 ENSINATOCAR GUITARRA E PEDE ESMOLA
- 24 CARRETO
- 25 ANTENISTA
- 26 JARDINEIRO
- 27 MECÂNICO
- 28 CHAPA-INFORMANTE CAMINHONEIRO
- 29 PEDE ESMOLA
- 30 ARTESANATO
- 31 FLANELINHA
- 32 CERÂMICA
- 33 FURTO/ESTELIONATO
- 34 CARPINTEIRO
- 35 PADEIRO
- 36 ARMADOR
- 37 JORNALLEIRO
- 38 ROUBO/ASSALTO
- 40 FAXINA
- 41 CAPINA
- 39 BENEFÍCIO
- 42 PENSÃO
- 43 CARROCEIRO
- 44 LIMPEZA DE CAIXA D'AGUA

45 BICOS
46 CARRETO/OBRA
47 NEGOCIOS COM "COISAS" USADAS
48 APOSENTADORIA
49 INSS
50 MENDICANCIA / PENSÃO
51 GANHA POR SEMANA
52 COM LIXO
53 RECEBE DA MAE/DOS PAIS
54 LAVA ROUPA
55 PENSÃO DOS FILHOS
56 LAVA TELHADO
57 DOACOES
58 JOGOS
59 PANFLETEIRO
60 VENDE FUMO
61 RENDA DO ALUGUEL
62 TRABALHA NO BAR DO MARIDO
63 ENGRAXATE
64 AJUDA DE PARENTES
65 PESCADOR
66 EMPREITADA
67 CROCHE
68 GORGETA
69 DESCUIDISTA (PEQUENOS FURTOS)
70 PEDE ESMOLA /ARTESANATO
71 DIARIA
72 MANICURE
73 APOSENTADORIA /DOMESTICA
74 AVIAO /DOMESTICA
75 GARCON
76 RECICLAGEM DE PAPEL
77 VENDE LATAS DE ALUMINIO
78 CAMPANHA ELEITORAL
79 TRICO /ARTESANATO /FAXINA
80 VENDE FLORES
81 VENDE COISAS DE CASA
82 VENDA DE PAPEL
83 TRABALHO REMUNERADO E GORGETA
84 COLHE FRUTAS
85 RECICLAGEM DE FERRO VELHO
86 ROUBO/AVIAO
87 BOLSA CURSO PROFISSIONALIZANTE!
88 CORRERIA
89 BOCA DO CAIXA
90 SAPATEIRO
91 PROFESSOR DE PIANO
92 WEB DESIGNER
93 BABA
94 ESCULTOR E INSS
95 BISCATE E AJUDA DA MAE
96 COMISSAO
97 TRABALHO NO SITIO
98 TATUADOR
99 COM ELETRONICA
100 BATE TAMBOR NOS TERREIROS

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

200 Trabalho esporádico (biscates, bicos, chapa, capina, catar latas, panfletar, gorgeta): 1 2 3 6 8 17 28 31 41 44 45 47 52
56 59 68 76 77 78 82 84 85 95 100

201 Trabalho temporário com salário (servente, vigilante, carroceiro, padeiro, jornalista, engraxate, manicure, babá): 7 12 14
15 16 18 19 20 21 22 24 26 30 32 35 36 37 40 43 46 51 54 61 62 63 65 67 71 72 75 79 80 83 90 93 96 97 98

202 Autônomo (vendas, pintura, mecânico, carpinteiro, empreitada, professor de piano, escultor): 4 5 10 13 27 34 66 91 92
94 99

203 Atividades ilícitas (tráfico, avião, vende drogas): 9 11 33 38 58 60 69 74 81 86 88 89

204 Renda sem trabalho (esmola, doações, pensão, INSS, aposentadoria, ajuda de parentes): 23 29 39 42 48 49 50 53 55 57
64 70 73 87

**APÊNDICE H: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL RAZÃO PELAS QUAIS FOI
CONDENADO**

Categorias dos motivos de condenação conforme código penal e lei de entorpecentes com respectivos códigos:

- 1 homicídio
- 2 furto
- 3 roubo
- 4 assalto a mão armada (roubo)
- 5 tráfico de drogas
- 6 tentativa de homicídio
- 7 uso de drogas
- 8 assalto a banco (roubo)
- 9 condenação revela ns
- 10 tráfico e porte de drogas
- 11 porte de drogas
- 12 receptação / assalto./porte/
- 13 furto /tráfico de drogas
- 14 tentativa de homicídio / roubo
- 15 furto invasão a domicílio)
- 16 formação de quadrilha/ corrupção de menores /assalto roubo.
- 17 brigas (lesões corporais).
- 18 sem habilitação (crime do código de trânsito)
- 19 estelionato
- 20 estelionato / roubo e furto
- 21 tráfico e porte de arma
- 22 porte drogas /furto / assalto (roubo).
- 23 furto / assalto a mão armada
- 24 assalto /homicídio e estelionato
- 25 assalto e formação de quadril
- 26 arrombamento (invasão a domicílio).
- 27 assalto (roubo).
- 28 latrocínio
- 29 assalto / homicídio (roubo).
- 30 acidente de transito
- 31 155 (furto)
- 32 12 (tráfico de drogas) e trafico
- 33 157 (roubo) 171 (estelionato),12 (tráfico),16 (uso de drogas),12 (tráfico) ,21 (ns).
- 34 157 (roubo)
- 35 roubou da mãe
- 36 157 (roubo) ,151 (violação de correspondência),corrupção de menores
- 37 155 (furto) e 16 (uso drogas)
- 38 receptação de material roubado
- 39 tentativa de estupro
- 40 latrocínio (roubo seguido de morte) e assalto (roubo).
- 41 bateu no policial (crime de desacato a autoridade pública e também lesão corporal,dependendo da extensão dos danos)
- 42 briga (lesões corporais),129 (lesão corporal).
- 43 16 (uso drogas)
- 44 facada no ex marido (crime de lesões corporais, tentativa de homicídio ou mesmo homicídio se a vítima morreu).
- 45 avião,16 (uso drogas),12 (tráfico drogas)
- 46 171 (estelionato),155 (furto),16 (uso drogas),129 (lesão corporal),180 (receptação)
- 47 expropriação indébita (é apropriação indébita)
- 48 155 (furto),16 (uso drogas),129 (lesão corporal),180 (receptação) ,129 (lesão corporal)
- 49 16 (uso de drogas) e falso testemunho
- 50 roubo,155 (furto) e 157 (roubo)
- 51 drogas
- 52 155 (furto).
- 53 129 (lesão corporal),16 (uso drogas),155 (furto),157 (roubo).
- 54 tráfico de mulheres
- 55 furto /assalto (roubo).
- 56 colocou fogo na casa
- 57 roubo,157 (roubo)
- 58 tráfico /homicídio
- 59 16 (uso de drogas).
- 60 porte de armas
- 61 211 (destruição, subtração ou ocultação de cadáver),157 (roubo),155 (furto),12 (tráfico de drogas),16 (uso de drogas).

62 155 (furto),129 (lesão corporal),129 (lesão corporal).
63 157 (roubo),155 (furto),16 (uso de drogas),12 (tráfico de drogas)
64 desacato a autoridade
65 furto /estelionato /16 (uso de drogas) /12 (tráfico de drogas)
66 16 (uso de drogas)/1 (ns).
67 tentativa de assalto (roubo).
68 furto,trafico e homicídio
69 extorção
70 12 (uso de drogas)
71 esfaqueou uma pessoa (crime de lesões corporais, tentativa de homicídio ou mesmo homicídio se a vítima morreu).
72 estaca premiada (ns)
73 12 (uso de drogas),121 (homicídio)
74 171 (estelionato)
75 disciplinar (desconheço)
76 formação de quadrilha
77 155 (furto), 157 (roubo), 16 (uso de drogas)
78 16 (uso de drogas), 157 (roubo)
79 seqüestro
80 168 (apropriação indébita)
81 trafico/ arrombamento (invasão a domicílio)

Re-categorização dos motivos para as condenações com respectivos códigos:

100 Homicídio: latrocínio (roubo seguido de morte) 1 28 40

101 Furto/Roubo: invasão à domicílio, formação de quadrilha, receptação, apropriação indébita, tentativa de assalto: 3 4 8 12 15 16 23 24 25 26 27 29 31 33 34 35 36 37 38 47 50 52 55 57 62 63 65 67 68 69 76 77 78 80 81

102 Tráfico de drogas 5 10 13 21 58 59 70 73

103 Lesões corporais: tentativa de homicídio, facada, lesões corporais, bateu policial, brigar, estaca premiada 6 14 17 41 42 44 53 71 72

104 uso de drogas: porte de drogas, avião 7 11 22 32 43 45 49 51 66

105 Estelionato 19 20 46 74

107 Outros: acidente de trânsito, sem habilitação, condenação à revelia, tráfico de mulheres, colocar fogo em casa, porte de armas, ocultação de cadáver, desacato à autoridade, sequestro 2 9 18 19 30 39 54 56 60 61 64 75 79

APÊNDICE I: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL DROGA USADA NA PRIMEIRA VEZ

Categorias com seus respectivos códigos:

0 NÃO SABE
 888 NÃO SE APLICA
 999 NÃO RESPONDEU
 1 MACONHA
 2 COCAINA
 3 GARRAFINHA DA FARMACIA
 4 BEBIDA ALCOOLICA
 5 SOLVENTE COCO
 6 PERVENTIN
 7 LOLO
 8 CATOVITI
 9 COLA DE SAPATEIRO
 10 MACONHA E ALCOOL
 11 CACHACA
 12 ANFETAMINA
 13 CIGARRO
 14 SAL+ ANFETAMINA
 15 REATIVAN
 16 ALGAFAN
 17 BOLETA
 18 CRACK
 19 CLOROFORMIO
 20 HOIPOFAGIM
 21 PROVEGIL
 22 LANCA PERFUME
 23 CEDRAFORINA
 24 BOLAS
 25 LSD
 26 BENFLOGIN
 27 ROUPINOL
 28 GLUCOENERGAN
 29 COCAINA COM ROYTHINOL
 30 OPTALIDON
 31 ERITROS
 32 INJETAVEL
 33 DISBUTAL
 34 RITALINA
 35 GARRAPA (TEXAMIL)
 36 REATIVAN+EFORTIL
 37 GARRAFA DO PARAGUAI
 38 NAO LEMBRA
 39 GASOLINA
 40 ALMOSTERONA
 41 COCAINA CHEIRADA
 42 FLORINAL
 43 DIAZEPAN

Re-categorização dos motivos para as condenações com respectivos códigos:

50 Maconha: 1 10

51 Cocaína: 2 41 29

52 Álcool: 4 11

53 Inalante: 5 7 22 9 19

54 Anfetamina: 6 12 14 17 20 24 34 40 42

55 Energético: 8 15 28 36

56 Xarope: 3 26 30 31 35

57 Tranquilizante: 16 33 37 43

58 Cigarro: 13

59 LSD: 25

60 Outros: 27 21 23 32 39

61 Crack: 18

62 Remédio (não lembra): 38

APÊNDICE J: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL PRIMEIRA DROGA INJETADA

Categorias com respectivos códigos:

0 NÃO SABE
 888 NÃO SE APLICA
 999 NÃO RESPONDEU
 1 CATOVITI
 2 COCAÍNA
 3 PROVEGIL
 4 HEROÍNA
 5 PERVENTIN
 6 REATIVAN
 7 HIPOFAGIN
 8 ALGAFAN COMPOSTO
 9 REATIVAN COM ENFORTIL
 10 REMÉDIO-NÃO LEMBRA QUAL
 11 WHISKY
 12 DEXOCIL/DEXASIL
 13 ALMOSTERONA
 14 IODEX
 15 ANFETAMINAS
 16 LUCOMERGAN
 17 DISBUTAL
 18 COGUMELO
 19 GLUCOENERGAN
 20 COCAÍNA COM GLUCOENERGAN
 21 ARTAME
 22 LSD-BOLAS
 23 PRELUDIM
 24 GARRAFINHA
 25 BENTIL
 26 MOSTERONA
 27 RITALINA
 28 BENFLOGIM
 29 CEDROFOLINA
 30 ERITROS
 31 COCAINA COM WHISKY
 32 BENZITRAT
 33 REATIVAN COM ROUPINOL
 34 HIDRAK DISSOLVIDO EM CAFE
 35 COCAINA COM ROYTHINOL
 36 VALIUM
 37 GARRAPA (TEXAMIL)
 38 TIP
 39 TILENOL
 40 ROUPINOL

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

50 Energético: 1 6 9 29 33 34

51 Cocaína: 2 20 31 35

52 Outros: 11 18 24 38

53 Heroína: 4

54 Anfetamina: 3 5 7 13 14 15 22 25 26 28 29 30 37 40

55 Tranquilizante: 8 12 16 17 21 23 27 32 36 39

**APÊNDICE L: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL TRATAMENTOS
REALIZADOS PARA DROGADIÇÃO**

Categorias com respectivos códigos:

- 1 desintoxicação
- 2 dependência de drogas
- 3 psiquiátrico
- 4 atividades diversas
- 5 espiritual
- 6 palestras
- 7 palestras e grupo auto-ajuda
- 8 terapia grupo e medicação
- 9 terapia
- 10 terapia ocupacional e medicação
- 11 natural
- 12 clínico
- 14 evangélico
- 13 (aloperidol e tripitamol) e 15 vacinas e remédios
- 16 terapia ocupacional e diálogos
- 17 PPD
- 18 Exames
- 19 Terapia ocupacional e oração
- 20 remédios
- 21 psicológico e palestras
- 22 psicológico
- 23 palestras e medicamentos
- 24 isolamento
- 25 terapia ocupacional e desintoxicação
- 26 acupuntura
- 27 xint
- 28 soro (glicose)
- 29 Internação
- 30 terapia ocupacional
- 31 para overdose

Re-categorização com respectivos códigos:

- 50 Desintoxicação com ou sem medicação: 1 2 10 20 23 24 29 31
- 51 Terapêuticos diversos: 3 4 8 10 12 14 13 15 17 19 26 27 28
- 52 Psicoterapêutico e palestras: 5 6 7 16 21 22 30

**APÊNDICE M: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL LOCAIS ONDE TRATOU
PARA DROGADIÇÃO**

Categorias com respectivos códigos:

- 0 NÃO SABE
- 888 NÃO SE APLICA
- 999 NÃO RESPONDEU
- 1 HOSPITAL ESPÓRITA
- 2 CENTRO VILA
- 3 POSTO DE SAÚDE
- 4 IDUM-BRASÓLIA
- 5 CASA DE RECUPERAÇÃO MIRASSOL
- 6 CASA DE RECUPERAÇÃO-UBERLÂNDIA
- 7 CASA DE RECUPERAÇÃO FRUTAL(MG)
- 8 CASA DE REC.VOTUPORANGA(SP)
- 9 BETEL-SJRP
- 10 CASA DE REC.CLARAVAL (MG)
- 11 LAR DE JACI
- 12 POSTO DO CRUZEIRO
- 13 SANATORIO-PARTENON
- 14 CENTRO VITO
- 15 CASA DE RECUPERAÇÃO-DIADEMA
- 16 CASA DE REC.R.PRETO E TAIPAS
- 17 CASA DE RECUPERAÇÃO SÇO PEDRO
- 18 CASA DE RECUPERAÇÃO IMBITUBA
- 19 CASA DE RECUPERAÇÃO MONTE SIÇO
- 20 CASA DE RECUPERAÇÃO PRÁ-VIDA
- 21 HOSPITAL BLUMENAU
- 22 CEDEQUIN
- 23 CASA DE RECUPERAÇÃO RAQUEL
- 24 CASA RECUPERAÇÃO TAQUARITINGA
- 25 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
- 26 DESAFIO JOVEM
- 27 ESQUADRÃO VIDA
- 28 HOSP.CLÍNICAS PORTO ALEGRE
- 29 SANTA CASA
- 30 CASA RECUPERAÇÃO ITAPEMA
- 31 ULBRA
- 32 COMUNIDADE
- 33 COMUNIDADE TIRAVENTILA
- 34 SAO PAULO
- 35 CENTRO ESPIRITA
- 36 CLINICA PINEL
- 37 NARCOTICOS ANONIMOS
- 38 HOSPITAL MAE DE DEUS
- 39 HOSPITAL PARQUE BELEM (POA)
- 40 BETHANIA
- 41 HOSPITAL SAO PEDRO
- 42 CLINICA AGRICOLA
- 43 PARADA 102 -ABRIGO
- 44 IGREJA,POSTO DE SAUDE MENTAL
- 45 VALE BENEZER
- 46 POTIRENDABA (GRUPO AUTO-AJUDA)
- 47 CAPS
- 48 NOVA VIDA
- 49 PINEL /PRO-VIDA
- 50 CRENVE-CURITIBA
- 51 DERMATOLOGIA
- 52 LAR SAGRADO CORACAO DE JESUS
- 53 FAZENDA SENHOR JESUS
- 54 CASA EVANGELICA
- 55 LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS
- 56 BOM SAMARITANO
- 57 BETEL
- 58 HOSPITAL BEZERRA DE MENEZES

59 HOSPITAL NEREU RAMOS
 60 UNIAO VITORIA
 61 UNG-SER HUMANO
 62 HOSPITAL DE BASE
 63 UMA FAZENDA EM VIAMAO
 64 SOCIEDADE EDUCACIONAL EMANUEL
 65 CRUZ VERMELHA
 66 CETAD
 67 CENTRO DE RECUPE EM DIAS AVILA
 68 CENTRO DE RECUPE.EM FEIRA SANTANA
 69 HOSPITAL CRISTO REDENTOR
 70 MISSAO ATOR
 71 CECREDI
 72 EM GRAVATAI
 74 NO PSIQUIATRA
 75 CEAC
 76 DOMICILIAR
 77 ABRIGO LUZ DO AMANHA
 78 CAMBURIU
 79 CAIAMDUBA
 80 SR TADEU
 81 FEBEM
 82 COAS
 83 PAM
 84 HOSPITAL
 85 CHACARA DEUS EH AMOR
 86 HOSPITAL MARIETA
 87 POSTAO
 88 PAM 3
 89 VIAMAO
 90
 91 HOSPITAL ALIACA
 92 CLINICA EM ONDINA
 93 CREDI
 94 JOINVILLE

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

100 Casa de recuperação: 5 6 7 8 10 15 16 17 18 19 20 23 24 30 67 68

101 Hospital geral/Hospital psiquiátrico: 1 13 21 25 28 29 36 38 39 41 49 58 59 62 69 84 86 91 92

102 Centro de Saúde, Posto de saúde, Caps, Cetad, Cecredi, Ceac, Côas, PAM: 2 3 12 14 22 44 47 50 66 71 75 82 83 87 88 93

103 Comunidade, Lar, Abrigo: 9 11 26 27 31 32 33 34 35 40 42 43 45 46 48 51 52 53 54 55 56 57 60 61 63 64 70 72 77 78 79 80 85 89 94

104 Com psiquiatra, domiciliar: 74 76

105 Febem: 81

APÊNDICE N: RE-CATEGORIZAÇÃO DOS TIPOS DE TRATAMENTOS DE SAÚDE REALIZADOS

Categorias dos tipos de tratamentos de saúde realizados com respectivos códigos:

- 0 NÃO SABE
- 888 NÃO SE APLICA
- 999 NÃO RESPONDEU
- 1 BEZETACIL (INJEÇÃO)
- 2 PROBLEMA PULMÃO
- 3 DESINTOXICAÇÃO
- 4 ANTI HIV/AIDS
- 5 TRATAR "FERRADAS NA CABEÇA"
- 6 ESTOURANDO VEIA NA CABEÇA
- 7 TRATAMENTO DE DROGAS
- 8 TRATAMENTO DENTÁRIO
- 9 AIDS
- 10 PROBLEMA NO PÉ
- 11 TRIAGEM
- 12 ÚLCERA (GASTRITE)
- 13 FERIMENTO Á FACA
- 14 CIRURGIA
- 15 PNEUMONIA
- 16 SÍFILIS
- 17 ALCOOLISMO
- 18 PREVENTIVO GINECOLÓGICO
- 19 ENGESSAR O PÉ
- 20 FERIMENTO COM VIDRO
- 21 FONOAUDIOLOGIA
- 22 INFECÇÃO
- 23 FEBRE
- 24 FURÚNCULOS
- 25 DOR OUVIDO/DOR DE CABEÇA
- 26 TUBERCULOSE
- 27 MICOSE
- 28 ÁGUA NO PULMÃO
- 29 TOMAR SORO
- 30 ESTÔMAGO/SINUSITE
- 31 ADOT-TRATAMENTO DOMICILIAR
- 32 GARGANTA
- 33 FERIMENTO Á BALA
- 34 SINUSITE
- 35 FALTA DE AR E PEGAR REMÉDIO
- 36 DEPRESSÃO
- 37 HEPATITE
- 38 TRATAMENTO PSICOLÓGICO
- 39 LESÕES CORPORAIS
- 40 APENDICITE
- 41 CÂNCER DE PELE
- 42 MANCHAS NO ROSTO
- 43 BERCAMOLITE
- 44 OTORRINO/PSICOLÓGICO/INFECÇÃO
- 45 USO ABUSIVO DE DROGAS
- 46 DOR DE CABEÇA
- 47 PSIQUIÁTRICO
- 48 DERRAME PLEURAL
- 49 TÉTANO
- 50 PRESSÃO ALTA
- 51 GRIPE
- 52 DIABETE
- 53 INFLAMAÇÃO NO CORPO
- 54 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
- 55 DENTE/ALCOOLISMO
- 56 RINS
- 57 GONORREIA/AIDS
- 58 EXAME DE SANGUE
- 60 INFECÇÃO NO UTERO

61 EXTRAÇÃO DE DENTE
62 ULCERA /PULMÃO
63 DEVIDO AO USO DE DROGAS
64 INFECCAO NO BRAÇO
65 PULMÃO
66 ENDOCARDITE/ENFISEMA PULMONAR
67 ANTIRETROVIRAIS
68 EXAMES
69 DESINTOXICAÇÃO DO ALCOOL
70 BRONQUITE
71 ACOMPANHAMENTO DE GESTAÇÃO
59 ABORTO
72 DESIDRATAÇÃO
73 REMEDIOS/FERIDAS NO CORPO
74 HERPES
75 ASMA
76 ESTOMAGO
77 DOR NA PERNA
78 CORAÇÃO/HIV
79 INFECCÃO PULMONAR/HIV
80 EXAMES /REMEDIOS
81 COMPLEXO B
82 DOENÇAS DE PELE
83 AMIGDALITE
84 PARTO
85 ALOPERIDOL
86 TUBERCULOSE E AIDS
87 CIRURGIA PLASTICA
88 TBC/CARGA VIRAL DE RESISTENCIA
89 PANCREATITE
90 CARDIOLOGIA,UROLOGIA E DIP
91 FACADA E TIRO
92 CLINICO
93 ABCESSO
94 CHECK UP
95 AC.TRANSITO,HEPATITE B E C
96 TOSSE
97 ANTIBIOTICO
98 SARCOMA DE KAPOSI
99 GLICOSE NA VEIA
100 CONVULSAO/AIDS
101 PONTOS NA CABECA
102 MENINGITE
103 GUILLAN BARRET
104 TRAUMATISMO CRANIANO
105 HERNIA
106 SORO E INFECCÃO
107 GINECOLOGICO
108 DST
109 OUVIDO
110 LUXACAO
111 DEDO CORTADO
112 HEMORROIDAS
113 FRATURAS
114 DIARREIA
115 CURATIVOS/SORO
116 COLUNA
117 GASTRITE
118 UROLOGIA
119 PROBLEMAS CARDIACOS
120 ACIDENTE DE BICICLETA
121 GONORREIA
122 CALAZAR
123 CONVULSÃO

124FISIOTERAPIA
125ESCABIOSE
126AMBULATORIAL
127PICADA DE ANIMAIS
128HEPATITE C
129DERMATOLOGISTA /PULMÃO
130MORDIDA DE CACHORRO
131DISRRITMIA
132FIGADO/PULMAO/CORACAO
133HIV/HEPATITE/MENINGITE
134EPILEPSIA
135PELE
136CANCER
137ADMINISTRACAO DE REMEDIOS
138ALERGIA
139CURATIVO
140SANGUE
141TRANSPLANTE DE RIM
142ORTOPEDICO
143OFTALMOLOGICO

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

200 Tratamentos e exames diversos: 1 8 14 21 31 38 47 58 68 81 85 87 92 97 99 124 126 137 140 142 143

201 Uso de drogas e álcool: 3 7 17 45 55 63 69

202 HIV/AIDS/DST: 4 9 16 35 37 54 57 64 67 73 78 79 80 86 88 95 98 100 108 121 128 133

203 Ferimentos diversos (faca, bala, vidro): 5 6 13 20 33 39 91 101 104 110 111 113 115 120 127 130 139

204 Doenças diversas (inflamações, infecções, doenças crônicas): 10 11 12 19 22 23 24 25 27 29 30 32 34 36 40 41 42 43 44
46 49 50 51 52 53 56 60 61 72 74 75 76 77 82 83 89 90 93 94 102 103 105 109 112 114 116 117 118 119 122 123 125 131
134 135 136 138 141

205 Doenças pulmonares: 2 15 26 28 48 62 65 66 70 96 129 132

206 Tratamentos ginecológicos: 18 71 59 84 107

**APÊNDICE O: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL LOCAIS ONDE OS
TRATAMENTOS DE SAÚDE FORAM REALIZADOS**

Categorias com respectivos códigos:

- 0 NÃO SABE
- 888 NÃO SE APLICA
- 999 NÃO RESPONDEU
- 1 POSTO MÉDICO
- 2 HOSPITAL DAS CLÍNICAS
- 3 SÃO PEDRO
- 4 POSTO DE SAÚDE
- 5 POSTO ATENDIMENTO-V.ANGÉLICA
- 6 PRONTO SOCORRO DE CAMPINAS
- 7 UDUM-BRASÍLIA
- 8 CASA DA MISERICÓRDIA
- 9 SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
- 10 CONSELHO TUTELAR MIRASSOL
- 11 HOSPITAL DE BASE
- 12 SOLO SAGRADO
- 13 HOSPITAL EMÍLIO RIBAS
- 14 SANTA CASA
- 15 POSTO DO CRUZEIRO
- 16 POSTO DA TUCA
- 17 CENTRO DE SAÚDE
- 18 RIBEIRÇO PRETO
- 19 HOSPITAL PÚBLICO
- 20 SANATÓRIO
- 21 HOSPITAL PARQUE BELÉM
- 22 CASA DE RECUPERAÇÃO-DIADEMA
- 23 DENTISTA PARTICULAR
- 24 PAM3 - POSTÇO
- 25 CTA-C.DE LIST.ANÔNIMA/COAS
- 26 ALVORADA TRÊS COROAS
- 27 ESPÍRITA
- 28 CODIM
- 29 PRÀ VIDA
- 30 HOSPITAL IMBITUBA
- 31 HOSPITAL BLUMENAU
- 32 UNICLÍNICA
- 33 HOSPITAL SANTA ISABEL
- 34 HOSPITAL PORTO ALEGRE
- 35 PRONTO ATENDIMENTO IPANEMA
- 36 HOSPITAL MARIETA
- 37 HOSPITAL REGIONAL
- 38 SAE (SERV.ATENDIMENTO ESPECIAL
- 39 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
- 40 UNIMED/CENTRO MÉDICO
- 41 ULBRA
- 42 FARMÁCIA
- 43 HOSP.CLÍNICAS PORTO ALEGRE
- 44 PARTICULAR/SUS/PASSO FUNDO
- 45 POSTO DE SAÚDE MARIÓ
- 46 COAS
- 47 GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
- 48 HOSPITAL VILA NOVA
- 49 HOSPITAL FEMINA
- 50 CLINICA PAPI
- 51 NO DENTISTA
- 52 PAM 3/COAS
- 53 SANTA MARIA
- 54 PAM 3
- 55 NA VILA
- 56 HOSPITAL CRISTO REDENTOR
- 57 DERMATOLOGIA SANITARIA
- 58 CEAC
- 59 HOSPITAL CACHOEIRINHA

60 SANTA CASA/ PRD
61 H. D. J. BECKER
62 HOSPITAL
63 H.M.M.K.B
64 HOSPITAL MAE DE DEUS
65 POSTO DE SAUDE BOM SUCESSO
66 H.P.S.
67 EM POA
68 AMBULATORIO DA SECR.EST.DE POA
69 POA E GRAVATAI
70 EM SAO PAULO
71 POSTAO/PAM 3
72 SAE
73 HOSPITAL DIA
74 PRONTO ATENDIMENTO
75 VALE EBENEZER
76 U.S. PRESIDENTE ROOSEVELT
77 POSTO DE SAUDE SOLO SAGRADO
78 SANTA CASA /HOSPITAL DE BASE
79 U.B.S ELDORADO
80 POSTAO
81 EM CASA
82 HOSPITAL CELSO RAMOS
83 HOSPITAL NEREU RAMOS
84 CSII-RIO BRANCO
85 CLINICA SANTA HELENA
86 CICAM
87 HOSPITAL IRMA DULCE
88 CLIMERIO DE OLIVEIRA
89 PAM ROMA
90 COUTO MAIA
91 HOSPITAL GERAL DO ESTADO
92 HOSPITAL SANTA CLARA
93 HOSPITAL TELAR
94 UBS VILA TONINHO
95 POSTO BOM JESUS
96 SANATORIO PATERNON
97 HOSPITAL ROBERTO SANTOS
98 DST/CTA E COAS
99 SANDU NA AMARALINA
100CLINICA SITAS
101PARTICULAR
103AMU
102HOSPITAL DE GRAVATAI
104HOSPITAL BELEM VELHO
105UBS SANTO ANTONIO
106POLICLINICA
107HOSPITAL SAO JOSE
108H. ESPIRITA
109PUC
110PRESIDIO
111CLINICA DE IMUNOLOGIA
112CATO DA VITORIA
113CLINICA RIO VERMELHO
114CETAD
115CRUI

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

200 Postos, centros de saúde: 1 4 8 6 7 15 16 17 24 25 28 35 38 40 41 44 45 46 52 54 58 65 67 68 69 71 72 74 76 77 79 80
84 86 89 94 95 98 99 103 105 106 114 115

201 Hospitais, clínicas médicas: 2 3 8 9 11 13 14 18 19 20 21 26 30 31 32 33 34 36 37 39 43 47 48 49 50 53 56 59 60 61
62 63 64 66 70 73 78 82 83 85 87 91 92 93 96 97 100 102 104 107 108 109 111 113

202 Casa de recuperação: 10 12 22 27 29 42 55 57 75 88 101 112

203 Dentista: 23 51

204 Presídio: 110

205 Em casa: 81

APÊNDICE P: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL QUAIS OS MOTIVOS PARA NÃO FAZER TRATAMENTO NOS ÚLTIMOS 6 MESES, SE É HIV-SOROPOSITIVO

Categorias com respectivos códigos

0 NÃO SABE
 888 NÃO SE APLICA
 999 NÃO RESPONDEU
 1 NÃO QUER
 2 VERGONHA
 3 NÃO QUER /ESTA BEM
 4 PORQUE USA DROGAS
 5 NAO DERAM NENHUM TRATAMENTO
 6 PEDEM MUITO BAGULHO/É POLEMICO
 7 NAO SABIA QUE TINHA
 8 DEVIDO A BEBIDAS ALCOOLICAS
 9 PORQUE USA SOZINHO
 10 NÃO TEM CERTEZA DO RESULTADO
 11 FALTA DE CORAGEM
 12 P/ NAO MISTURAR C/ TRAT/DROGAS
 13 FALTA VONTADE/RESPONSABILIDADE
 14 SO SOUBE AGORA
 15 ESPERANDO RESULTADOS DE EXAMES
 16 NÃO TEM DINHEIRO P/ PASSAGEM
 17 TEM MEDO
 18 BRIGOU COM A MEDICA DO H.BASE
 19 NAO ADIANTA COMECAR E PARAR
 20 TEM QUE PARAR C/ DROGAS,ALCOOL
 21 O REMEDIO NAO SERVE
 22 ESTA PRESO
 23 NAO PRECISA
 24 AINDA NAO SE SENTIU MAL
 25 FAZENDO EXAMES/TRAT. FEZ MAL
 26 NAO TEM FORCAS
 27 N SENTE NADA/PERDE OS REMEDIOS
 28 NAO CONSEGUIU
 29 NAO FOI AO MEDICO
 30 NUNCA FEZ O TESTE
 31 NAO TEVE OPORTUNIDADE
 32 É ANALFABETO/VIVE SOZINHO
 33 O MEDICO SUSPENDEU(SOB CONTROLE)
 34 RELAXAMENTO
 35 MEDO DE SER MARGINALIZADO
 36 NAO TEM TEMPO
 37 POR CAUSA DA TUBERCULOSE
 38 AMIGOS FIZERAM E MORRERAM
 39 PAROU PORQUE MELHOROU
 40 O REMEDIO FEZ MAL
 41 CD4 BOM E CARGA VIRAL BOA
 42 NAO TEM PRAZER EM VIVER

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

50 Não quer: 1 3

51 Uso de drogas/álcool: 4 8 12 20

52 Falta de coragem/Falta de vontade/Falta de responsabilidade: 2 9 10 11 13 17 19 25 26 27 29 30 34 35 38 40 42

53 Falta de informação: 7 14 15 21 23 24 32 36 39 41

55 Dificuldade no atendimento: 5 6 16 18 22 28 31 33 37

**APÊNDICE I: RE-CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL MOTIVOS PARA NÃO
USAR PRESERVATIVOS**

Categorias da variável “Se a camisinha não foi usada em nenhuma das vezes com parceiros regulares do sexo oposto nos últimos 6 meses você poderia me dizer por quê?” com respectivos códigos:

- 1 não gosta/não quer
- 2 confiança no parceiro
- 3 não precisa/ambos são HIV negativos
- 4 "se eu tô, ela já tá"
- 5 parceiro/ companheiro "tira"
- 6 não liga para isso
- 7 preguiça/desleixo
- 8 só transam entre eles (fiéis)
- 9 não tinha na hora
- 10 não tem dinheiro/não era nada
- 11 não quisemos/ não gostamos
- 12 porque nunca usou
- 14 eram casados antes/são casados
- 15 tira o tesão
- 16 não precisa
- 17 elas não quiseram/não gostam
- 19 parceiro fixo
- 20 os dois são HIV positivos
- 22 incomoda/ambos HIV positivos
- 23 é como chupar bala com papel
- 24 é casado, mulher toma pílula
- 26 não conhecia
- 27 parceiro perde a ereção
- 30 não gosta/confiança no parceiro
- 32 parceira toma pílula
- 33 não consegue usar
- 34 não sabe explicar
- 35 tem certeza que parceira é HIV negativo
- 36 parceira é asseada
- 37 parceira já está grávida
- 38 conhece as pessoas que transa
- 39 não tem doença
- 40 parceiro não gosta
- 41 ela não pediu
- 42 quer engravidar
- 43 não está no grupo de risco
- 44 não lembrei

Re-categorização da variável com respectivos códigos:

- 51 Não gosta/Não quer: 1 11 23 30
- 52 Confiança (casado, fiel, conhece): 2 8 14 19 38
- 53 Preguiça, desleixo, não lembrar, não ligar: 6 7 12 29 34 44
- 54 Já evita gravidez: 5 13 24 32
- 55 Está ou vai estar grávida: 37 42
- 56 A parceira não gosta: 17 41
- 57 O parceiro não gosta: 40
- 58 Ambos são HIV positivos: 20 22 28
- 60 Não tinha, sem dinheiro, não conhece: 9 10 26
- 61 Não consegue, perde o tesão: 15 27 33
- 62 Parceira é HIV negativo: 3 35

63 Parceira é asseada: 36

64 Não está grupo de risco, não tem doença, não precisa: 16 39 43

ANEXOS

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

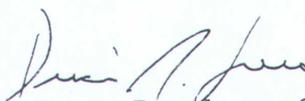
UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº : ETIC 168/99
Interessada: Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

DECISÃO:

Após cumprida a diligência foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no dia 03.01.2000, o projeto intitulado: «*Projeto AJUDE Brasil II: Avaliação Epidemiológica das Ações de Redução de Danos Realizadas pelos Projetos de Redução de Danos (PRD) Apoiados pela Unidade de Drogas e Aids da Coordenação Nacional de DST e Aids-MS/SPS*» e o Termo de Consentimento, do referido projeto, de interesse da Profa. Waleska Teixeira Caiaffa. Acrescentar no Termo de Consentimento o número do telefone do COEP. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco
Presidente do COEP

Av. Alfredo Balena, 110 - 1º andar
Bairro Santa Efigênia - Cep 30.130-100 - Belo Horizonte-MG
Telefone: (031) 248 9364
FAX: (031) 248-9380 - Telex: (031) 2544

ANEXO B: CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9939



Ata do exame de qualificação a que se submeteu a doutoranda Ana Maria de Oliveira Cintra, nos termos do art. 2º, item VI da Resolução nº 05, de 10-03-83, do Conselho Federal de Educação e das Normas Gerais da Pós-Graduação da UFMG .

Aos vinte e oito dias do mês de novembro de dois mil e três, convocado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, compareceu a doutoranda **ANA MARIA DE OLIVEIRA CINTRA** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de tese intitulado: **“DIFERENÇAS ENTRE MULHERES E HOMENS USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS (UDI) DO PROJETO AJUDE-Brasil II”**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores: Emília Sakurai – UFMG, José Otávio Penido Fonseca – UFMG (membros titulares). As Profas. Waleska Teixeira Caiassa/orientadora - UFMG, Sueli Aparecida Mingoti – UFMG/co-orientadoras, participaram como ouvintes. A sessão iniciou-se às 10:30 horas, na sala 9017-A, 9º andar da Faculdade de Medicina e constou da exposição oral e projeção de slides com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação, o material didático utilizado e o conteúdo do trabalho. Após a arguição a banca examinadora do exame de qualificação considerou a aluna aprovada a se submeter à defesa de tese. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela comissão examinadora. Belo Horizonte, 28 de novembro de 2003.

Profa. Waleska Teixeira Caiassa/orientadora Waleska Caiassa
Profa. Sueli Aparecida Mingoti/co-orientadora S. A. M.
Prof. José Otávio Penido Fonseca José Otávio Penido Fonseca
Profa. Emília Sakurai Emília Sakurai
Profa. Ada Ávila Assunção (Coordenadora) Ada Ávila Assunção

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

ATA

Profª Ada Ávila Assunção
Coord. PG. Saúde Pública
Fac. Medicina UFMG

ANEXO C: ARTIGO PUBLICADO

Characteristics of male and female injecting drug users of the AjUDE-Brasil II Project

Características de homens e mulheres usuários de drogas injetáveis do Projeto AjUDE-Brasil II

Ana Maria de Oliveira Cintra ^{1,2}
Waleska Teixeira Caiaffa ²
Sueli Aparecida Mingoti ³
Projeto AjUDE-Brasil II ⁴

Abstract

The object of this study is to compare female and male injection drug users (IDUs) in terms of sociodemographic profile and aspects of their initiation to the use of injection drugs. It was a cross-sectional and multicentric study realized in 2000-2001 in six Brazilian syringe-exchange programs. 146 women and 709 men were interviewed, with average ages of 29.5 and 28.3 years, respectively. Both began injection drug use at similar ages, 18.6 and 19.3, for women and men, respectively, although women report more frequently than men that they were initiated by a sexual partner to acquiring drugs and syringes, and to the act of injection. Compared to men, women report significantly more regular sexual partners (83% versus 72%); fewer casual partners (39% versus 58%), more use of injection drugs with their partners, as well as more "exchange" of sex for drugs. Among HIV-seropositive individuals, women show less education, had more chance of their sexual partners participating in their initiation to injection drugs, and report sexual partners that used injection drugs more frequently. Female IDUs exhibit aspects of behavior indicating greater vulnerability to HIV infection than do males.

Intravenous Substance Abuse; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Harm Reduction

Introduction

The trajectory of the HIV/AIDS epidemic around the world has been characterized by an increase in female exposure, both sexual and through injection drug use ¹.

In Brazil, of the 362,364 cases of AIDS documented through June, 2004, 111,314 were women and 241,050 were men. HIV transmission through heterosexual sexual relations has increased significantly in recent years, as evidenced by the progressive shift in the rate of AIDS cases between men and women ².

Between 1983 and 1990, injection drug users (IDUs) represented 31.6% of all the AIDS notifications among women; today, they represent 5.7%. However, the percentage of AIDS cases among women for which the mode of transmission is recorded to be unknown, oscillates between 20% and 30%, depending on the year, suggesting lack of knowledge of the circumstances of transmission and of their sexual partners ³.

Risk behaviors for HIV infection have been differentiated between males and females, notably among IDUs. Various international studies demonstrate that HIV infection among female and male IDUs are associated with distinct factors, predominantly heterosexual activity and the presence of recent sexually transmitted diseases (STDs) ⁴, as well as syringe sharing and unprotected sexual contact with an-

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João Del-Rei, São João Del-Rei, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

³ Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

⁴ Other members listed at the end of the paper.

Correspondence

W. T. Caiaffa
Departamento de medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
Av. Alfredo Balena 190,
Belo Horizonte, MG
30130-100, Brasil.
wcaiaffa@medicina.ufmg.br

other IDUs⁵. Also in Brazil, a study⁶ of 250 injection cocaine users showed greater prevalence of HIV among women, attributed to unprotected heterosexual sex with IDUs. On the other hand, among 2,994 women attended by the Anonymous Testing Service, it was found that low education, low family income, injection drug use, and clinical history of STDs are risk factors for HIV infection⁷.

Important evidence on the circumstances of initiation to injection drug use among women and on the risk of HIV seroconversion have been accumulating. The necessity for assistance with the act of injecting oneself, whether it be from sexual partners or from other women, as well as dependence in acquiring the drugs, have been associated with HIV seroconversion^{8,9,10}.

In addition, gender differences may be associated with different risks of HIV infection. Grimberg¹¹ analyzed gender differences among women living with HIV in Argentina, suggesting that women were infected through unprotected sex and syringe sharing. In Brazil, a study in Rio de Janeiro and Santos, described that, whereas among male IDUs there may be greater peer pressure to share injection materials with group members, among women there may be a tendency toward private use of injection drugs, together with the sexual partner, probably due to prejudice against the practice¹².

Besides those aspects described above, some studies demonstrate that women who have regular sexual partners, sex workers, and those with IDUs partners or those who obtain drugs in exchange for sex, have a greater chance of being infected by HIV^{10,13}.

In order to contribute to a field in which comparisons between female and male IDUs in Brazil are scarce, this study proposes to characterize how women and men are introduced to injection drug use, to verify needle and syringe sharing and the use of condoms, in addition to the relationship between sex and drugs, for both men and women. The hypothesis being investigated in this study is that women are, more frequently than men, inserted in risk situations for infection by HIV, both in the context of initiation to and sharing of drugs as well as in the context of sexual activity.

Methods

The data analyzed derive from a cross-sectional and multicentric study, the AjUDE-Brasil II Project, undertaken in 2000/2001, in syringe-exchange programs (SEP) in Porto Alegre and Gravataí (State of Rio Grande do Sul), São José

do Rio Preto (State of São Paulo), Florianópolis and Itajaí (State of Santa Catarina) and Salvador (State of Bahia).

Eligible participants, recruited by the harm reduction project's outreachers, were 18 years of age or older and reported injection drug use during the last five years, independent of frequency and quantity. Such information was evaluated operationally through questions in the collection instrument and answered by the interviewer, in order to improve the reliability of the eligibility criteria (for example, presence of stigmas, information regarding drug preparation). Individuals that did not fulfill the criteria were not included.

Face to face interviews were performed by previously trained and monitored technicians, using a structured interview instrument¹⁴. It covered sociodemographic data, drug use and sexual behaviors, and other dimensions of the individuals' lives. Other data collected were fingerprint blood samples, using filter paper, to test for HIV, hepatitis B and C, HTLV I and II, and syphilis¹⁵.

The power to test the hypothesis that women ($n = 146$) were more exposed to risk behaviors than men ($n = 709$) varied from 90.4% to 99%, taking into account the smallest and the greatest proportion of exposure among men, considered as controls, in a hypothetical case-control study (5.3% for the smallest and 66.9% for the greatest exposure, with odds ratios (OR) of 2.05 and 6.61, respectively).

The variables analyzed, defined *a priori* keeping in mind the aims of the study and their importance in similar studies, were initially stratified by sex. Subsequently, comparative analyses were conducted in the subgroup of HIV-seropositive women and men. Student's t-Test, Pearson's Chi-square Test, or the Fisher's Exact Test were used. Unadjusted Mantel-Haenszel OR was used to measure the force of association^{16,17}.

Logistic regression models were used to evaluate the independent effects of each variable that was potentially associated with the seroprevalence of HIV, controlled for confounding factors¹⁸. The event considered was female HIV-seropositivity, compared with male HIV-seropositivity. Variables that were associated with the event with p -values ≤ 0.20 in the univariate analysis were tested in the multivariate analysis, so that possible event predictors were not excluded in the analysis¹⁸. Adjustment was made for the SEP where the individual was recruited, due to their great heterogeneity, with those variables with $p \leq 0.05$ and biological plausibility remaining in the final model.

This protocol follows all of the ethical principles of *Resolução 196/96* and was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de Minas Gerais under process number 168/99, dated March 1, 1999.

Results

Comparison between women and men

Of the 855 IDUs participating in this study, 17% were women and 83% men, with a similar average age (29.5 ± 8.58 years for women and $28.3 \pm$

8.16 years for men). A significant difference was observed in education: 57% of men and 45% of women reported having completed the 5th to 8th grade ($p = 0.055$).

The distribution of men and women by the SEP city did not exhibit homogeneity; nor did marital status, skin color, and occupation. The greater proportion of women were married or widowed, not white, and did not have an occupation during the six months prior to the interview (Table 1).

With regard to injection drug use, the average ages of initiation, whether they be with injection or non-injection drugs, were not signif-

Table 1

Sociodemographic profile of female and male injection drug users (IDUs). AjUDE-Brasil II Project, 2000/2001.

Characteristics*	Females (n = 146)		Males (n = 709)		p**
	n	%	n	%	
Age bracket (years)					0.478
< 20	17	12	82	11	
20-30	71	49	389	55	
31-40	38	26	170	24	
> 41	19	13	68	10	
Education					0.055
No education	5	4	24	3	
1st-4th Primary	56	40	196	29	
5th-8th Primary	63	45	383	57	
Secondary school or higher	16	11	68	11	
Syringe-exchange program city					< 0.01
Porto Alegre	49	34	206	29	
São José do Rio Preto	42	29	86	12	
Itajaí	12	8	85	12	
Florianópolis	9	6	48	7	
Salvador	27	18	176	25	
Gravataí	7	5	108	15	
Marital status					< 0.001
Single	61	42	406	57	
Married or co-residing	70	48	218	31	
Separated	7	5	69	10	
Widowed	8	5	14	2	
Skin color					0.011
White	54	37	346	49	
Non-white	91	63	362	51	
Occupation					0.030
No	50	36	179	26	
Yes	91	64	498	74	

* Data without information were excluded (n = 2);

** Comparison of proportion (Pearson's χ^2).

icantly different. Nor were the average amount of time using injection drugs (10.1 ± 7.8 years for women and 9.6 ± 7.8 years for men). Also not showing significant difference between the sexes were the proportion of beginners, defined here as those IDUs with up to three years of injection drug use, or the frequency of injection drug use in the last six months: 23% of women and 17% of men reported using two to four times per week in the last six months.

As for their introduction to injecting drugs (Table 2), women, as compared to men, had a greater chance of getting the drug for the first injection from a sexual partner (OR = 21.6; 95%CI: 8.2-52.5), from intimate friends (OR = 2.8; 95%CI: 1.4-5.5), and acquaintances (OR = 3.0; 95%CI: 1.5-6.2), as compared to obtaining drugs on their own or through other means. Regarding injection equipment used for the first time, such as needles and syringes, 55% of men and 43% of women obtained them in

pharmacies. A greater proportion of women (compared to men) reported to have their materials through sexual partners as obtaining them in pharmacies (OR = 10.8; 95%CI: 4.6-25.6). As regards obtaining injection materials from intimate friends, acquaintances, drug dealers, and other people, significant differences between men and women were not observed.

A larger proportion of women were helped in their first injection by a sexual partner, having 12 times greater chance of being helped by a sexual partner than injecting by oneself without help (OR = 12.6; 95%CI: 5.7-28.4). As for the other categories, including intimate friends and acquaintances, significant associations were not observed.

As for sharing, defined here as "to give, loan, or receive needles and syringes", significant differences according to sex were not documented. Regarding giving or loaning used syringes and/or needles, 52% of women and men had

Table 2

Profile of initiation to drug use among female and male injection drug users (IDUs). AjUDE-Brasil II Project, 2000/2001.

Characteristics*	Females		Males		OR	95%CI**
	n	%	n	%		
Obtaining drugs						
By oneself or other means***	14	10	173	24	1.0	
Sexual partner	25	17	15	2	21.6	8.3-52.5
Intimate friend	45	31	201	28	2.8	1.4-5.5
Acquaintance	30	21	124	17	3.0	1.5-6.2
Drug dealer	31	21	195	27	2.0	1.0-4.0
Obtaining materials						
Pharmacy	62	43	388	55	1.0	
Sexual partner	19	13	11	2	10.8	4.6-23.6
Relative	4	3	18	3	1.4	0.4-4.6
Intimate friend	27	19	114	16	1.5	0.9-2.5
Acquaintance	18	12	68	10	1.7	0.9-3.1
Drug dealer	1	1	11	2	0.6	0.0-4.4
Others#	14	10	98	14	0.9	0.5-1.7
Drug injection##						
Without assistance	23	16	201	28	1.0	
Sexual partner	26	18	18	3	12.6	5.7-28.4
Relative	8	6	36	5	1.9	0.7-5.0
Intimate friend	56	39	304	43	1.6	0.9-2.8
Acquaintance	29	20	137	19	1.8	1.0-3.5
Drug dealer	2	1	7	1	2.5	0.3-14.4

* Data without information were excluded;

** Mantel-Haenszel Test/Fisher's Exact Test;

*** Acquired by the individual himself, relatives, or others (found, robbed, traded, unknown);

Health clinic, syringe-exchange project, agent, ground, robbed, unknown, drug dealer, unspecified;

Six observations were excluded.

done it at some time in their lives, 44% of women and men in the last six months, 48% of women and 58% of men in the last month, and 34% of women and 36% of men in the last drug use session. Regarding receiving such equipment, 49% of women and 44% of men reported having received used syringes and/or needles at some time in their lives, 43% of women and 37% of men in the last six months, 68% of women and 61% of men in the last month, and almost 33% of men and women, in the last drug use session.

The results of the comparisons of sexual behavior of women and men (Table 3) demonstrate that an opposite sex partnership had a greater chance of being usual for women than

for men (OR = 2.0; 95%CI: 1.2-3.4); and greater chance of being casual for men (58.0% versus 39.0% for women). Regular sexual partnership of the same sex were more frequently for women (OR = 8.2; 95%CI: 2.7-25.0) and did not differ statistically between men and women when casual.

Report of consistent use of condoms in the last six months, defined here as "condom use in all sexual relations", was encountered in regular opposite-sex couples for one fourth of women and 27% of men. The suggestion to use condoms by one of the partners, compared to the suggestion by both partners (reference category), had a greater chance of being on the part of the woman (OR = 8.1; 95%CI: 3.8-17.2);

Table 3

Profile of sexual partners, condom use, and drugs use of female and male injection drug users (IDUs) during the six months before being interviewed. AjUDE-Brasil II Project, 2000/2001.

Characteristics*,**	Females		Males		OR***	95%CI#
	n	%	n	%		
Partners and condom use						
Regular opposite sex	106	83	408	72	1.97	1.2-3.4
No condom use	79	75	295	73	1.13	0.7-2.0
Use suggested by the IDUs himself	30	60	80	36	8.09	3.8-17.2
Use suggested by IDUs' partner	3	6	60	27	0.49	0.1-1.8
Use suggested by both partners	17	34	165	51	1.00	0.4-1.7
Casual opposite sex	48	39	331	58	0.46	0.3-0.7
No condom use	17	37	165	51	0.57	0.3-1.1
Use suggested by the IDUs himself	24	67	150	59	1.20	0.5-3.1
Use suggested by IDUs' partner	4	11	45	18	0.67	0.2-2.7
Use suggested by both partners	8	22	60	23	1.00	0.4-2.3
Regular same sex	9	36	12	6	8.16	2.7-25.0
Casual same sex	7	30	34	19	1.92	0.7-5.5
Partners also use drugs						
Regular opposite sex	59	57	46	12	10.14	6.0-17.2
Casual opposite sex	22	50	57	18	4.49	2.2-9.1
Regular same sex	5	56	5	45	1.50	0.2;13.0
Casual same sex	4	57	11	35	2.42	0.4-17.4
Sex under influence of drugs						
Regular opposite sex	61	59	201	52	1.30	0.9-2.1
Casual opposite sex	31	67	190	62	1.28	0.7-2.6
Sex in exchange for drugs						
Casual opposite sex	20	43	39	12	5.52	2.7-11.4
Casual same sex	4	67	19	56	1.05	0.2-7.2

* Data without information were excluded (losses varied from 14 to 48 individuals). In all categories the comparison was done with no as reference, with the exception of these variables: "condom use" and "sex under the influence of drugs" in which comparison was done with always use and never use, respectively;

** Very small "n" are not presented;

*** Comparisons restricted to yes and no;

Mantel-Haenszel Test/Fisher's Exact Test;

condom use was suggested by the partner for 6% of women and 27% of men, indicating that women suggest using condoms more frequently than do men. Among casual partners, consistent use of condoms was mentioned by 63% of women and 49% of men; the suggestion to use condoms was made by 67% of women and 59% of men, and by the partner for 11% of women and 18% of men, when compared with the suggestion to use condoms being made by both partners.

A greater proportion of women than men reported using drugs with their partners of the opposite sex, having about ten times greater chance of doing them with regular partners (OR = 10.1; 95%CI: 6.0-17.2), and four and a half times greater with casual partners (OR = 4.5; 95%CI: 2.2-9.1) considering no use of drugs as reference. As for drug use with same-sex partners, whether regular or casual, there was no significant difference. There was also no significant difference in the practice of sex with the opposite sex under the influence of drugs, either regular (59% and 52%), or casual partnership (67% and 62%, respectively, men and women).

Exchange of sex for drugs with casual partners of the opposite sex was reported five times more by women (OR = 5.5; 95%CI: 2.7-11.4). In casual couples of the same sex there was no significant difference.

Comparison between HIV-seropositive women and men

In this study, 39% of female and 36% of male IDUs were HIV seropositive. Table 4 presents the results of comparisons between them, in terms of sociodemographic and behavioral characteristics. Considering the median group age (31 years), a greater proportion of HIV-seropositive women (53%) show ages above the average as compared to men (46%), though this difference is not significant. With regard to the education of those infected, women had less schooling (up to four years less) than men (OR = 2.0; 95%CI: 1.0-3.8).

Half of IDUs with positive serology were from Porto Alegre, with 44% of women and 54% of men ($p < 0.05$). In all the SEP, except São José do Rio Preto and Gravataí, the proportion of HIV-seropositive women was similar to that of men. Nevertheless, in São José do Rio Preto this proportion was significantly greater (OR = 3.2; 95%CI: 1.4-7.4) and in Gravataí it was smaller (OR = 0.5; 95%CI: 0.2-1.8), but not significant. Among IDUs recruited in Salvador, where a lower global rate of HIV infection was observed,

women and men show similar rates (5% and 4%, respectively).

As regards marital status, infected women are more likely than infected men to be married (OR = 2.6; 95%CI: 1.4-4.8) or to be non-white (OR = 2.1; 95%CI: 1.1-3.9). Reported occupation does not differ between them.

Among HIV-infected IDUs, aspects of their introduction to injection drug use suggest that women mention with greater frequency that a sexual partner acted as facilitator in obtaining drugs (OR = 21.0; 95%CI: 4.6-105.4), in obtaining injection materials (OR = 16.5; 95%CI: 2.8-24.8), and in injecting the drugs for the first time (OR = 31.4; 95%CI: 7.3-148.3), as compared to obtaining one's own, obtaining in a pharmacy, and injecting by oneself, respectively.

Although not significant, HIV-seropositive females had a greater chance than HIV-seropositive males of having sexual relations in the last six months with regular partners of the opposite sex (OR = 2.2; 95%CI: 0.9-5.4) and with casual partners of the same sex (OR = 3.3; 95%CI: 0.9-12.3).

Regarding drug use and sexual relations, infected women had a greater chance of having regular partners who also used drugs as compared to infected men (OR = 10.4; 95%CI: 4.2-25.9), however no significant difference was observed between the proportion of men and women that reported having sex under the influence of drugs. Nevertheless, among casual partners, HIV-seropositive females had a greater chance of having sexual relations in order to obtain drugs (OR = 4.3; 95%CI: 1.3-14.8) than their male partners.

More than half of men and women that mention not using condoms consistently with regular partners of the opposite sex were infected with HIV. Among casual partners, a greater proportion of men (51%) than women (18%) who reported not using condoms consistently were infected ($p = 0.012$).

Table 5 presents the results of the final multivariate model. It shows that education of less than four years (OR = 3.5; 95%CI: 1.2-10.0), having been introduced by a sexual partner to injection drug use (OR = 23.7; 95%CI: 2.9-191.8), and having a regular partner that uses injection drugs (OR = 8.0; 95%CI: 2.9-22.6) were significantly associated with HIV-seropositive women when compared to men of the same serology status. All the OR obtained in the multivariate analysis after adjustment reflect different magnitudes than those obtained in the univariate analysis, indicating that the effect changed with the adjustment, although the nature and direction of the associations were maintained.

Table 4

Sociodemographic characteristics, initiation, injection drug use, and sexual practices among HIV-seropositive female and male injection drug users (IDUs). AjUDE-Brasil II Project, 2000/2001.

Characteristics*	Females		Males		OR	95%CI**
	n	%	n	%		
Total	57	39	254	36	–	–
Age (> 31 years)	57	39	238	34	1.3	0.9-1.9
Education (up to 4 years)	27	50	78	33	2.0	1.1-3.8
Syringe-exchange program city						
Porto Alegre	25	44	137	54	1.0	
São José do Rio Preto	16	28	27	11	3.2	1.4-7.4
Itajaí	5	9	25	10	1.1	0.3-3.4
Florianópolis	4	7	15	6	1.5	0.3-5.3
Salvador	3	5	10	4	1.6	0.3-7.2
Gravataí	4	7	40	16	0.5	0.2-1.8
Marital status (Married)***	28	49	69	27	2.6	1.4-4.8
Skin color (non-white)	32	56	97	38	2.1	1.1-3.9
Without occupation in last 6 months	19	37	81	33	1.2	0.6-2.3
Obtaining drug at initiation						
Individual himself or other means	8	14	61	24	1.0	
Partner	11	19	4	2	21.0	4.6-105.4
Intimate friend	17	30	66	26	2.0	0.7-5.4
Acquaintance	11	19	45	17	1.9	0.6-5.6
Drug dealer	10	18	78	31	1.0	0.3-2.9
Obtaining equipment at initiation						
Pharmacy	30	53	165	65	1.0	
Partner	6	10	2	1	16.5	2.8-24.8
Relative	1	2	7	3	0.8	–
Intimate friend	8	14	31	12	1.4	0.5-3.6
Acquaintance	7	12	19	8	2.0	0.7-5.7
Others	5	9	30	11	1.0	0.3-3.1
Injecting drug at initiation						
Myself	9	16	87	34	1.0	
Partner	13	23	4	2	31.4	7.3-148.3
Relative	6	10	17	7	3.4	1.0-12.4
Intimate friend	17	30	85	34	1.9	0.8-5.0
Acquaintance	12	21	57	23	2.0	0.7-5.7
Regular partners opposite sex#	40	83	132	69	2.2	0.9-5.4
Regular partners opposite sex use drugs#	24	60	16	13	10.4	4.2-25.9
Sex under influence of drugs##						
Regular partner opposite sex	23	59	65	52	1.3	0.6-2.9
Casual partner opposite sex	12	71	56	62	1.5	0.4-5.4
Sex for drugs#						
Casual opposite sex	8	47	16	17	4.3	1.3-14.8
Casual same sex	4	68	10	62	1.2	0.1-13.5

* Using no as reference;

** Mantel-Haenszel Test/Fisher's Exact Test;

*** Included married and co-residing;

Data without information were excluded;

For the variable "sex under the influence of drugs" never was used as reference.

Table 5

Comparison of unadjusted odds ratio with that adjusted by regression analysis for female compared to male HIV seroprevalent injection drug users (IDUs). AJUDE-Brasil II Project, 2000/2001.

Characteristics	Females		HIV+		Univariate analysis* OR _{unadjusted} (95%CI)	Multivariate analysis** OR _{adjusted} (95%CI)
	n	%	n	%		
Total	57	39	254	36	–	–
Education (up to 4 years)	27	50	78	33	2.0 (1.1-3.8)	3.5 (1.2-10.0)
Injecting the drug at initiation						
Myself	9	16	87	34	1.0	1.0
Partner	13	23	4	2	31.4 (7.3-148.3)	23.7 (2.9-191.8)
Relative	6	10	17	7	3.4 (1.0-12.4)	2.2 (0.3-14.9)
Intimate friend	17	30	85	34	1.9 (0.8-5.0)	3.7 (1.0-13.6)
Acquaintance	12	21	57	23	2.0 (0.7-5.7)	3.4 (0.8-14.3)
Regular partners of the opposite sex who use drugs**	24	60	16	13	10.4 (4.2-25.9)	8.0 (2.9-22.6)

* Mantel-Haenszel Test;

** Binary logistical regression model adjusting for syringe-exchange program city and controlling for education, assistance with first injection and partner of the opposite sex who also uses drugs.

Discussion

This study of IDUs receiving assistance from SEP suggests that female users go through a different process than males, especially with regard to their sexual partners, who have a special role in introducing them to injection drugs for the first time, furnishing them with drugs and injection equipments (syringes and needles), and assisting in the very act of intravenous injection.

Among those infected with HIV, women reported more frequently than men partnerships with regular partners who also used drugs. Besides this, women were more likely to report sexual relations under the influence of drugs. On the other hand, a greater proportion of these women traded sex for drugs with casual partners when compared with infected men. All of these factors, as well as less education, non-white skin color, and being married, which are observed more frequently among women than men, indicate greater exposure to HIV infection.

These results are similar to the findings of international studies that women are more frequently initiated by men than are men by women, as in a study by Evans et al. ⁵, which compared female and male IDUs in San Francisco, United States. In contrast, however, a study by Doherty et al. ⁹ found 65% of women initiated by other women and 77% of men initiated by other men. However, the authors of this last study justified the divergence of their findings from those of previous studies based

on the possibility of differential selection in their access to IDU initiates, a sample bias, or the eventuality of real change in this social group. In verifying the proportion of initiates in the present study, it was found that about 80% of IDUs, independent of sex, had more than three years of injection drug use, or rather, a reduced number of initiates were accessed relative to the study mentioned above. In counterpoint, and to some extent agreeing with our findings, Doherty et al. ⁹ verified that the women who were initiated by men had a profile of greater risk and greater HIV seroprevalence, suggesting little preventive control in needle sharing by women.

In general, our study demonstrated similarity between men and women with regard to age at initiation to general and injection drug use and syringe sharing. On the other hand, significant differences in how drugs and syringes were obtained, both recently at the interview as well as at the time of first injection, could suggest a more dependent and passive role for female IDUs ¹⁹.

Another distinguishing issue relative to female and male IDUs and the HIV/AIDS epidemic, characterizing them as groups with a double risk of infection by sharing used syringes and needles, is sexual contact without condoms. From a biological point of view, women are more susceptible to HIV infection, as much from the vaginal mucous tissue exposed to semen, which is more HIV concentrated than the vaginal fluid, as from the presence of STDs ²⁰.

From the point of view of behavior, sociocultural context can influence whether protection is used in sexual relations^{21,22}. Some studies point out the difficulty in negotiating with a partner, confidence in fidelity, and romanticism of unconditional surrender, as factors that amplify risk conditions for women, increasing their vulnerability^{19,20,23,24}.

Given all of the characteristics mentioned above, the greater degree of sexual risk encountered among women than men can be attributed to the fact that, in this study, women reported with more frequency than men partners who are also IDUs, sex under the influence of drugs, and trade of sex for drugs, corroborating the hypothesis that female Brazilian IDUs are more exposed than men to HIV infection.

Therefore, the increase in these two behavioral risks, sex and drugs, among the women of this study suggests that they have less control and autonomy than men as concerns HIV infection. These findings agree with those of Friedman et al.²⁵ and Doherty et al.^{9,26}, which reaffirm the double risk of infection, principally for women that inject with their partners.

Various studies agree that women are highly influenced by their sexual partners, principally when they interact with members of their injection network^{27,28,29,30}. The IDUs accessed in the present study shared with friends, acquaintances, partners, or, in other words, their use network. As much for women as for men, the higher proportion of injection equipment sharing in one's lifetime presupposes the possibility that sharing continues to happen after one's introduction to injection drug use. Evans et al.⁵ found that in addition to starting to use injection drugs with their sexual partners, women also shared equipment with them.

Again, the results discussed above do not agree with those obtained by Doherty et al.⁹, who found 44% of women and 33% of men buying their own needles for the first use episode. Also, Crofts et al.³¹, studying the circumstances of injection, found that 50% of initiates acquired their own needles. In our study, 43% of women and 55% of men acquired their equipment from a pharmacy.

The presence of women with less education and with greater proportion of non-white skin color suggests a less favorable position for this group that increases their vulnerability to HIV infection. An analysis of the interrelationships of HIV vulnerability and social inequalities, prejudice, and marginalization, presented by Bastos & Szwarcwald³², shows the importance of inequality and of racial and gender prejudice. Worldwide, the exposure of women increases

with social vulnerability^{1,33}. In Brazil, the epidemic advances disproportionately among the black and mulatto population² and the category of women most affected is that of lower income and less education³⁴.

The finding that women suggest using condoms to their partners more frequently than do men may be considered an advancement. However, we should recognize that, based on specific studies, in the majority of cases women's power in negotiating with their sexual partners is presumed to be limited^{35,36,37}.

Before presenting our conclusions, below, some limitations of this study should be recognized. In the first place, the data used here were not originally collected for our research question, only allowing for partial understanding. We acknowledge the absence of more complete information about aspects related to initiation, including age, motives for experimentation and continuation of drug use, as well as perception of one's own situation, personal antecedents for initial use. All of which would contribute to delineating a more comprehensive profile of female and male IDUs.

The possibility of comparing the findings we present here with national and international studies is limited because there are few studies that address initiation among IDUs in a similar fashion. Some address young IDUs in order to more precisely characterize initiation, while others access more mature IDUs cohorts. Also, the dissimilarity of results may be attributed as much to distinct recruitment strategies as to when and where research was undertaken. The generalization of these findings is reduced considering that the sample could not be representative of the Brazilian IDUs population. Furthermore, there is a limitation in the time between exposure and event imposed by the cross-sectional delineation of the study.

Although the sample included a lower proportion of women than men, which at time generated ample confidence intervals, in our understanding, the greatest merit of the present study is having accessed an expressive number of female IDUs, a population that remains undescribed in Brazilian studies.

The results presented here have important implications for public health. Standing out is the fact that women are subject to greater risk of infection by HIV than are men due to greater prevalence of factors associated with HIV deriving from their initiation to the use of injection drugs, as has been affirmed by other authors^{8,26}. In addition, the prevalence among women of receiving assistance in the act of injection may function as a predictor of HIV se-

roconversion. Since it is men that appear to be most involved in initiating women, independent of other circumstances, it seems that the sexual IDUs partnership of any marital status should be included in studies on this topic, and thus demand new investigative methods that include qualitative and quantitative methodological approaches, among others^{38,39,40}.

Furthermore, preventive measures should consider the specificities of gender, looking principally to reach women who are initiated by men. Interventions focusing on the sexual partnership appear to be an urgent necessity for understanding fundamental questions of harm reduction relative to prevention, since the use of drugs is common within couples.

Another important question has to do with the specificities of each location. The Health Ministry estimates that SEP were capable of reducing the AIDS cases among IDUs by 49% in a span of almost 10 years (between 1993 and 2002)². However, the south of Brazil, principally, Porto Alegre, still shows increasing AIDS notifications among IDUs (around 25% of cases)². Various interacting factors contribute to differences in seropositivity among the diverse re-

gions of the country, such as migration for non-injection drugs and the influence of cocaine trafficking in border regions, mainly in the south. Continued research among SEP is fundamental for maintaining the results already obtained and reverting to the high prevalences of certain regions^{41,42,43}.

All aspects of our analysis point to the importance of identifying a concept in public health that addresses individual and collective aspects related to the degree and mode of exposure to infection and illness by HIV and, inseparably, to greater or lesser access to the resources that are necessary for protecting oneself. The concept of vulnerability³⁶ appears an appropriate solution, since it helps in discussions of inequality relative to HIV/AIDS by proposing a redefinition of notions of individual or group risk in terms of social vulnerability⁴⁴.

Therefore, we suggest that should be adopted for studying the IDUs population⁴⁵ methodological procedures that extend epidemiology beyond risk, recognizing analysis of vulnerability as a fundamental tool for comprehending and managing the HIV/AIDS epidemic.

Resumo

Este estudo teve como objetivo comparar homens e mulheres usuários de drogas injetáveis (UDIs) quanto ao perfil sócio-demográfico e aspectos da iniciação ao uso de droga injetável. Constou de estudo transversal, multicêntrico, realizado entre 2000/2001, em seis Programas de Redução de Danos brasileiros. Foram entrevistados 146 mulheres e 709 homens, com médias de idades de 29,5 e 28,3 anos, respectivamente. Ambos os grupos iniciaram o uso de drogas injetáveis com idades semelhantes, 18,6 e 19,3 anos, respectivamente para mulheres e homens, porém elas foram mais frequentemente iniciadas por parceiros sexuais na obtenção da droga, seringas e no ato de injeção. Comparadas aos homens, mulheres relataram significativamente mais parcerias sexuais regulares (83% versus 72%); menos eventuais (39% versus 58%), maior uso de drogas injetáveis com seus parceiros, além da "troca" de sexo por drogas. Entre HIV-soropositivos, mulheres apresentaram menor escolaridade, tiveram mais chance de contar com a participação de parceiro sexual em sua iniciação com drogas injetáveis, além de relatarem mais frequentemente parceiros sexuais que usavam esse tipo de droga. As mulheres UDIs apresentaram aspectos comportamentais sugestivos de maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV do que os homens.

Uso Indevido de Drogas Parenterais; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Redução do Dano

Contributors

All authors participated in developing the study's concept, design, and data analysis, as well as in writing the article.

Other members of the AJUDE-Brasil II Project

T. Andrade, F. I. Bastos, R. T. Caiaffa, I. M. Cardoso, A. B. Carneiro-Proietti, M. A. B. Chagas, S. Deslandes, D. Doneda, R. E. M. Eller, E. M. A. Ferreira, D. Gandolfi, M. Hacker, N. Januário, R. Knoll, A. C. S. Lopes, A. C. Maia, M. Malta, R. C. R. Marinho, D. L. Matos, R. M. B. Mayer, H. F. Mendes, E. A. Mendonça, I. F. M. Picinim, F. A. Proietti, R. C. Silva, M. D. S. Sudbrack.

Acknowledgements

The AJUDE-Brasil II Project was done by the Federal University of Minas Gerais (Universidade Federal de Minas Gerais), with the technical and financial assistance of the Cooperation Project (Projeto de Cooperação) between the National STD/AIDS Project (Projeto Nacional de DTS/AIDS) and the Organizations United Against Crime and Drugs Office (Escritório das Organizações Unidas contra o Crime e Drogas), no. AD/BRA/99/E02.

Drs. W. T. Caiaffa, F. I. Bastos, and F. A. Proietti are recipients of Brazilian Council for Scientific and Technological Development (CNPq) scholarships.

References

1. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS epidemic update. Global summary the AIDS epidemic, December 2004. <http://www.unaids.org/en/default.asp> (accessed on 20/Mar/2005).
2. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico-AIDS, Ano I n. 01, 01-26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2004. <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/BOLETIM2.pdf> (accessed on 05/May/2005).
3. Ministério da Saúde. Tabela VIII – casos de Aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003. Boletim Epidemiológico-AIDS. Ano XVII, n. 01, 01-52 semanas epidemiológicas, janeiro a dezembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 33.
4. Strathdee AS, Galai N, Safaiean M, Celentano DD, Vlahov D, Johnson L, Nelson KE. Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1281-8.
5. Evans JL, Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Stein ES, Davidson PJ, et al. Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO Study). *J Urban Health* 2003; 80:137-46.
6. De Boni R, Pechansky R, Van Diernen L, Kessler F, Surratt H, Inciardi J. Diferenças entre fatores de risco para infecção pelo HIV em UDI do Rio de Janeiro e Porto Alegre. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32:5-9.
7. Ribeiro Filho AD. A pertinência da consulta ginecológica nos centros de testagem anônima (CTA) do vírus da imunodeficiência humana (HIV) [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1997.
8. Spittal PM, Craib KJP, Wood E, Laliberté N, Li K, Tyndall MW, et al. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. *CMAJ* 2002; 166:894-9.
9. Doherty MC, Garfein RS, Monterroso E, Latkin C, Vlahov D. Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults. *J Urban Health* 2000; 77 Suppl 3:396-414.
10. Dwyer R, Richardson D, Ross MW, Wodak A, Miller ME, Gold J. A comparison of HIV Risk between women and men who inject drugs. *AIDS Educ Prev* 1994; 6 Suppl 5:379-89.
11. Grimberg M. Género y VIH/Sida: un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. *Cuad Med Soc* 2000; 78:41-54.
12. Bastos FI. Ruína e reconstrução. AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.
13. Astemborski J, Vlahov D, Warren D, Solomon L, Nelson KE. The Trading of sex for drugs or money and HIV seropositivity among female intravenous drug users. *Am J Public Health* 1994; 84 Suppl 3:382-7.
14. Caiaffa WT. Projeto AJUDE-Brasil. Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis (UDI) dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela CN-DST/AIDS. <http://www.aids.gov.br> (accessed on 20/Jan/2004).
15. Proietti ABFC, Gonçalves VF, Eller REM. Padronização dos testes sorológicos. In: Caiaffa WT, organizadores. Projeto AJUDE-Brasil. Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis (UDI) dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela CNDST/Aids. Série Avaliação. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
16. Schlesselman JJ. Case-control studies. Design, conduct, analysis. New York: Oxford University Press; 1982.
17. Agresti A. Categorical data analysis. New York: John Wiley; 1990.
18. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons; 2000.
19. Hser YI, Angelin MD, Mcglathlin W. Sex differences in addict careers. 1. Initiation of use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987; 13:33-57.

20. Chiriboga CR. Introducción. Mujer y SIDA: conceptos sobre el tema. In: Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori AL, editors. Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 1997. p. 22.
21. Santos NJS. As mulheres e a Aids [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo; 1994.
22. Parker R. Corpos, prazeres e paixão: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora Best Seller; 1991.
23. Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999. p. 73-88.
24. Parker R, Galvão J. Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Editora Relume-Dumará; 1995.
25. Friedman SR, Furst RT, José B, Curstir R, Neaigus A, Des Jarlais DC, et al. Drug scene roles and HIV risk. *Addiction* 1998; 93:1403-16.
26. Doherty MC, Garfein RS, Monterroso E, Brown D, Vlahov D. Correlates of HIV infection among young adult short-term injection drug users. *AIDS* 2000; 14:717-26.
27. Barcellos C, Bastos FI. Redes Sociais e a difusão da Aids no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 121:11-24.
28. Friedman SR, Neaigus A, Jose B, Goldstein M, Curtis R, Des Jarlais DC. Gender differences in HIV seroprevalence among new injectors vary city and by social network. In: HIV Injection in Women Conference, Abstract 82. Washington DC; 1995; p. 22-5.
29. Davies AG, Dominy NJ, Peters AD, Richardson AM. Gender differences in HIV risk behaviour of injecting drug users in Edinburgh. *AIDS Care* 1996; 8:517-27.
30. Telles PR, Bastos FI. O contexto do uso de drogas em cinco cidades brasileiras. *Boletim ABIA* 1995; (27):10-2.
31. Crofts N, Louie R, Rosenthal D, Jolley D. The first hit: circumstances surrounding initiation into injection. *Addiction* 1996; 91 Suppl 8:1187-96.
32. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 Suppl 1:65-76.
33. United Nations Population Fund. State of world population 2005. <http://www.unfpa.org/swp/index.htm> (accessed on 05/Oct/2005).
34. Ministério da Saúde. Diretrizes e políticas de prevenção e controle das DST/AIDS entre mulheres. Programa Nacional de DST/AIDS, 1997. http://www.aids.gov.br/prevencao/mulhe_diret.htm (accessed on 10/Jan/2003).
35. Oliveira MCC. Singularidades do luto por Aids em mulheres. As viúvas da Aids [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Programa de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica; 2000.
36. Ayres JRCM, França Jr. I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999. p. 49-72.
37. Ferreira MP. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S213-22.
38. Bastos FI, Coutinho K. A epidemia pelo HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI) no Brasil: cenários. In: Ministério da Saúde, organizador. A epidemia de AIDS no Brasil: situação e tendências. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. p. 71-86.
39. Friedman SR, Friedmann P, Telles PR, Bastos FI. New injectors and HIV risk. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. Drug injecting and HIV infection: global dimensions and local responses. London: UCL Press; 1997. p. 76-90.
40. Goodfrey C, Wiessing L, Hartnoll R, editors. Modelling drug use: methods to quantify and understand hidden processes. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2001.
41. Caiaffa WT, Bastos FI. Usuários de drogas injetáveis e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: epidemiologia e perspectivas de intervenção. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1:190-202.
42. Caiaffa WT, Bastos FI, Proietti FA, Reis ACM, Mingotti SA, Gandolfi D. Practices surrounding syringe acquisition and disposal: effects of Syringe Exchange Programs (SEP) from different Brazilian regions – The AJUDE-Brasil II Project. *Int J Drug Policy* 2003; 14:365-71.
43. Caiaffa WT, Mingoti AS, Proietti FA, Proietti ABC, Reis ACM, Doneda D, Gandolfi D. The Dynamics of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) epidemics in South of Brazil: increasing role of injecting drug users (IDU). *Clin Infect Dis* 2003; 15:71-81.
44. Parker R, Camargo Jr. KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 Suppl 1:89-102.
45. Purcell DWJD, Metsch LR, Latka M, Santbanes S, Gomez CA, Eldred L, et al. Interventions for seropositive injectors—research and evaluation: an integrated behavioral intervention with HIV-positive infection drug users to address medical care, adherence and risk reduction. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 37:S110-8.

Submitted on 04/Jul/2005

Final version resubmitted on 09/Nov/2005

Approved on 10/Nov/2005