Introdução
Capítulo 1: O Projeto Ajude Brasil
Capítulo 2: Padronização dos Testes Sorológicos
Capítulo 3: Estimação do Número de UDI em Porto Alegre
Capítulo 4: O Estudo Epidemiológico Geral
Capítulo 5: Estudo Epidemiológico por Projetos de Reprodução
Capítulo 6: Estudo Soro-Epidemilógico
Capítulo 7: Estudo Qualitativo
Capítulo 8: Conclusão e Recomendaçõe
Anexos
Créditos

Introdução

Esta publicação corresponde a um relatório que contém a apresentação metodológica e a análise descritiva dos resultados de diversos tópicos referentes ao projeto "Situação de Base dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD), apoiado pelo Projeto "AjUDE-Brasil", financiado pela Coordenação Nacional de DST e Aids em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais.

Conduzido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), este projeto nasceu da demanda da Unidade de Drogas da CN-DST/AIDS. Representa um esforço conjunto das unidades da CN-DST/AIDS, pesquisadores de diferentes departamentos da UFMG (Departamento de Medicina Preventiva, Departamento de Bioestatística), além de pesquisadores de outras instituições, como Fundação Hemominas e a Fiocruz. Contou também com a presença de um pesquisador da Escola de Saúde da Universidade Johns Hopkins.

No entanto, este projeto não poderia ser viabilizado sem a parceria fundamental dos coordenadores dos PRD, apoiados pela CN-DST/AIDS e suas equipes.

Este projeto representa mais um esforço conjunto do governo e da sociedade na busca do entendimento das DST/aids, buscando o conhecimento e o entendimento de grupos vulneráveis para uma proposta de prevenção.

Considerando a natureza deste grupo populacional e a sua vulnerabilidade tanto para os aspectos de saúde-doença quanto aos aspectos legais, este projeto não poderia ser viabilizado sem a devida compreensão do Comitê de Ética da UFMG, cujo parecer demonstra a grandiosidade na preocupação com o sujeito da pesquisa, e a preservação de todos os aspectos relativos à confidencialidade e à autonomia.

Considerando as diferentes abordagens metodológicas da pesquisa, esta publicação será dividida em tópicos específicos, de acordo com os desenhos propostos.

O estudo quantitativo, epidemiológico, abrangeu o conhecimento do perfil sociodemográfico, condições de vida e saúde dos UDI, fatores de risco para a infecção pelo HIV, HTLV, hepatite C, o uso dos serviços dos PRD; o estudo sorológico, suporte fundamental para o desenvolvimento de uma metodologia de coleta de sangue adequada para estudos epidemiológicos de campo; o estudo de estimação da população de UDI clientes do PRD de Porto Alegre.

O estudo qualitativo, objetivando a compreensão em profundidade deste grupo, constou da análise e da interpretação dos depoimentos de uma subamostra dos UDI de cada PRD.

O Capítulo 1 apresenta um panorama geral da epidemia do HIV/aids em usuários de droga injetável e busca mostrar a necessidade de maiores conhecimentos nesta área, principalmente considerando a diversidade deste grupo. O capítulo abrange a metodologia do projeto de pesquisa e as estratégias usadas.

O Capítulo 2 traz a descrição detalhada da metodologia utilizada para a execução e padronização da técnica laboratorial dos exames sorológicos realizados em papel de filtro.

O Capítulo 3 apresenta descrição detalhada da técnica de captura e recaptura usada para a estimação dos UDI, em um PRD específico.

Os Capítulos 4 e 5, respectivamente, resumem os resultados do estudo epidemiológico em nível geral, considerando toda a amostra estudada e, comparativamente, em nível de cada

PRD.

O Capítulo 6 compõe-se da apresentação de variáveis selecionadas fatores de risco para a infecção pelo HIV e HTLV.

O Capítulo 7 detém-se na apresentação detalhada da metodologia e dos resultados do estudo qualitativo.

As conclusões gerais da investigação, assim como lista as principais diretrizes advindas da pesquisa, são apresentadas no Capítulo 8, destacando os aspectos de prevenção e continuidade dos projetos de redução de danos.

O Apêndice apresenta os anexos com a documentação de toda metodologia utilizada.

I - O Projeto Ajude Brasil II - Relevância e Justificativa III - Objetivos

IV - Metodologia V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto

VI - Estratégias Adotadas no Projeto VII- Referências Bibliogficas

---

Capítulo 1

O Projeto AJUDE-Brasil

• *Waleska Teixeira Caiaffa* • *Luiz Fernando Marques* • *Denise Doneda*
• *Fernando Augusto Proietti* • *Sueli Aparecida Mingoti* • *Anna Bárbara Carneiro Proietti*
• *Mark Drew C. Guimarães* • *Suely Deslandes*

I - Introdução

No Brasil, dos 196.016 casos de aids notificados ao Ministério da ` Saúde, no período de 1980 a 02/09/2000, 18,5% estão relacionados ao uso de drogas injetáveis. Considerando-se a categoria de exposição, a via sangüínea foi responsável por 40.258 casos, dos quais 89,9% estão relacionados ao uso de injetáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Se tomarmos os últimos anos, com a expressiva melhoria da qualidade dos bancos de sangue do País, podemos notar a inversão das subcategorias: em 1984, a transmissão sangüínea do HIV em hemofílicos e em indivíduos que receberam transfusão de sangue e hemoderivados correspondia a 62% dos casos de aids e o uso compartilhado de injetáveis a 37%. Em 1999/2000 a categoria de uso compartilhado de injetáveis constituía a grande maioria das ocorrências por transmissão sangüínea.

Ainda que, em anos recentes, a epidemia pelo HIV (Human Immunodeficiency Virus) /aids entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) tenha, aparentemente, reduzido a sua velocidade de expansão (BASTOS & COUTINHO, 1997; SZWARCWALD & BASTOS, 1998) esta via de transmissão continua sendo um fator essencial na alteração contínua do perfil da epidemia, tanto no sentido de abranger novos estratos sociais (via de regra, mais pobres e marginalizados), como novas regiões geográficas (CAIAFFA & BASTOS, 1998).

Também, as taxas de incidência dos casos notificados de aids sugerem a participação importante dos UDI na epidemia, principalmente a partir do final da década de 80 (CAIAFFA & BASTOS,1998).

Um exemplo recente da importância da participação dos usuários de droga injetável na epidemia tem sido a explosão, nos últimos três anos, das taxas de infecção pelo HIV em países da antiga União Soviética. Na Ucrânia, o país mais afetado, foi registrado um aumento de cerca de 30 vezes o número de infecções entre 1995 e 1997, sendo a maioria relacionado ao uso indevido de drogas. Quatro, de cada cinco indivíduos recentemente diagnosticados com a infecção pelo HIV, naquele país, são usuários de droga injetável (UNAIDS & WHO, 1998).

A população de UDI parece ser bastante heterogênea em sua composição, mesmo em um único país. Além disto, características desta população, relacionadas ao comportamento de risco, parecem estar em contínua transformação com mudanças marcantes ao longo do tempo. Também as taxas de prevalência e incidência do HIV entre UDI variam consideravelmente, dependendo da localização geográfica. Apesar de as taxas de infecção pelo HIV entre os UDI que freqüentam programas de tratamento do abuso de drogas serem aparentemente menores, quando comparados com aqueles que não os freqüentam (METZGER et al., 1993; McCOY et al., 1997; HUBBARD et al., 1988; SCHOENBAUM et al., 1996), somente pequeno percentual de UDI se encontra em tratamento em um determinado momento, com estimativas que variam de 6% a 22% (VLAHOV et al., 1991). Portanto, embora o tratamento represente uma importante estratégia, não é realista considerar que somente a expansão desta estratégia conseguirá conter a infecção pelo HIV entre os UDI.

No Brasil, a soroprevalência do HIV em UDI tem sido relatada entre 28 a 66% (CARVALHO et al., 1996; CARVALHO et al., 1997), em um estudo realizado em várias localidades. Apesar de em alguns estudos as taxas de prevalência se apresentarem baixas, já é conhecido o fato de que, uma vez que o HIV tenha se estabelecido numa comunidade de UDI (prevalência maior de 10%), as taxas de prevalência subseqüentes tendem a aumentar dramaticamente nos próximos dois a quatro anos na inexistência de programas de prevenção (NORMAND et al., 1995).

Usuários de Drogas Injetáveis estão sujeitos ao risco de se infectar por outros patógenos diferentes do HIV. Incluindo o vírus da hepatite B (VHB), da hepatite C (VHC) e o vírus humano T-linfotrópico tipos I e II (HTLV). A transmissão é primariamente parenteral por meio do compartilhamento dos equipamentos de injeção. Estudos recentes têm mostrado que as taxas de soroprevalência destes patógenos são relativamente altas entre UDI, e estão diretamente correlacionados com o tempo de uso injetável de drogas. Assim, em UDI que se injetam há 4 a 5 anos, as taxas de soroprevalência se situam em torno de 85,0% para o VHC, 77,4% para VHB, 28,0% para HIV e 2,1% para HTLV. Taxas bastante similares foram encontradas em UDI cujo tempo médio de exposição a drogas injetáveis era de 12 anos. A maioria das novas infecções do VHB e VHC parece ocorrer logo após o início do uso injetável, e parece estar mais associadas às práticas de risco da injeção do que às práticas sexuais. Uma alta prevalência de portadores crônicos de VHC (50 a 90%) e VHB (5 a 10%) também pode ser observada entre UDI. Com relação à eficiência da transmissão, para o VHC e VHB as taxas aumentaram acentuadamente no primeiro ano de uso injetável, sugerindo um alta eficiência da via parenteral. Já para o HIV, a trajetória de aumento nos dois primeiros anos de injeção é gradual, sugerindo que o HIV não se dissemina tão eficazmente quanto o VHC e VHB. Portanto, os dados sugerem que UDI estão não só sob maior risco de adquirir estas infecções logo no início de suas práticas injetáveis, como também sob o risco de se tornarem portadores crônicos, reforçando a idéia de se desenhar programas de intervenção para os iniciantes e para aqueles sob risco de iniciar o uso indevido de drogas (GARFEIN et al., 1996).

A eficiência das transmissões destes patógenos entre UDI varia também de acordo com os muitos comportamentos de risco deste grupo. São eles: freqüência da injeção, compartilhamento dos equipamentos, número de parceiros que compartilham e práticas sexuais. Vários estudos apontam para o compartilhamento como o fator de risco mais importante para a soroconversão e para a alta prevalência do HIV. Também o tipo de droga usado parece aumentar a chance da infecção entre usuários de cocaína, quando

comparados com aqueles usuários de heroína.

Uma estimativa precisa de UDI continua uma tarefa difícil de ser alcançada, embora avanços já possam ser notados nesta área. No entanto, as estimativas disponíveis continuam muito imprecisas, recomendando-se pesquisas no sentido de melhorar a precisão dos dados.

I - O Projeto Ajude Brasil **II - Relevância e Justificativa** **III - Objetivos**

IV - Metodologia **V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto**

VI - Estratégias Adotadas no Projeto **VII- Referências Bibliogficas**

Capítulo 2

Padronização dos Testes Sorológicos

• Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti
• Viviane Ferreira Gonçalves
• Ronald Elsin Moraes Eller

I - Introdução

A utilização de sangue (capilar ou venoso), coletado em papel de filtro para testes sorológicos, facilita os chamados estudos de campo, nos quais é difícil, senão impossível em alguns grupos, a coleta e preparo adequado do sangue.

A coleta, o transporte e o armazenamento das amostras é facilitado pelo uso do papel de filtro; e os resultados relatados na literatura para algumas infecções mostram grande concordância com aqueles obtidos pelo uso tradicional do soro ou plasma (RAB et al., 1997, MACHADO-COELHO et al., 1995; GUIMARÃES, 1983).

Existem ainda relatos favoráveis sobre a utilização desta técnica para uso no diagnóstico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV-1/2) (ARYA, 1988; EVENGARD et al., 1989). No entanto, pouco é conhecido sobre o uso para testes dos vírus linfotrópicos humanos I e II (HTLV-I/II), do vírus da hepatite C (HCV) e do vírus da hepatite B (HBV).

I - Introdução II - Métodos de Captura e Recaptura

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre VI - Análise Estatística

VII - Considerações Finais VIII - Referências Bibliográficas

Capítulo 3

Estimação do Número UDI em Porto Alegre

• Sueli Aparecida Mingoti
• Rodrigo Carazolli da Silva

I - Introdução

Neste capítulo apresentamos os resultados relativos à estimação do número total de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) freqüentadores dos Projetos de Redução de Danos (PRD) do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os dados tratados nesta análise foram coletados no período de 1° de abril a 6 de junho de 1998, no projeto AjUDE Brasil I. A metodologia estatística utilizada foi a de captura e recaptura que teve sua origem em 1786, quando LAPLACE a utilizou com o objetivo de estimar a população da França. No entanto, a primeira aplicação reconhecida na literatura foi atribuída a PETERSEN (1896), num estudo do fluxo migratório de peixes no mar Báltico. A partir deste século, vários outros pesquisadores se dedicaram ao estudo desses modelos, a começar por LINCOLN (1930) que utilizou taxas de retorno para estimar o tamanho da população de patos da América do Norte e SCHNABEL (1938) que estendeu o método para situações onde ocorriam mais do que uma ocasião de captura, isto é, modelos de capturas múltiplas.

A maior parte das aplicações do método de captura e recaptura referem-se à inferência sobre populações animais (SEBER, 1986; SEBER, 1992). No entanto, mais recentemente, esta metodologia passou a ser utilizada em estudos sociais e epidemiológicos para estimação de tamanhos de populações humanas de difícil acesso. Algumas referências interessantes são MASTRO et al. (1994) e MCKEGANEY et al. (1992).

Nestes artigos, o método de captura e recaptura foi utilizado para estimar o número total de prostitutas em Glasgow e o número total de usuários de drogas em Bangkok que estavam contaminados com o vírus HIV. A técnica de captura e recaptura também tem sido utilizada na estimação de prevalência e subnotificação de determinadas doenças como aids e diabetes, por exemplo (ISMAIL et al. 2000; BERNILLON et al. 2000) ou para ajustes na

contagem do censo (BELL 1993).

Basicamente, existem três abordagens para a estimação do tamanho populacional, a partir de amostras obtidas pelo método de captura e recaptura: a abordagem clássica (Otis et. al. 1978; Engen, 1978) a Bayesiana (Smith, 1988; Mingoti, 2000) e a relacionada com a aplicação de modelos loglineares para tabelas de contingência incompletas (Comarck, 1989; Bishop et. al , 1988; Abeni, 1994).

Na seção a seguir, descrevemos brevemente os conceitos principais envolvidos na aplicação da metodologia de captura e recaptura.

I - Introdução **II - Métodos de Captura e Recaptura**

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre **VI - Análise Estatística**

VII - Considerações Finais **VIII - Referências Bibliográficas**

Capítulo 4

O Estudo Epidemiológico: Entrevistas e Entrevistados

• Waleska Teixeira Caiaffa • Rodrigo Carazolli da Silva • Aline Cristine Souza Lopes • Sueli Aparecida Mingoti • Fernando Augusto Proietti • Mark Drew C. Guimarães

I - As Entrevistas

Foram realizadas 287 entrevistas com os UDI participantes dos cinco PRD; não houve recusas e apenas uma apresentava-se incompleta (0,3%). Cerca de 5,6% das entrevistas eram procedentes do PRD Apta, São Paulo (SP), 16,1% do PRD de São José do Rio Preto (SP), 47,7% do PRD de Porto Alegre (RS), 17,4% do PRD de Itajaí (SC) e, 13,2% de Sorocaba (SP) (Tabela I-1).

Tabela I - 1

Distribuição das entrevistas por PRD.

PRD (Cidade)	N	%
Itajaí	50	17,4
Porto Alegre	137	47,7
São José do Rio Preto	46	16,1
São Paulo – Apta	16	5,6
Sorocaba	38	13,2
Total	**287**	**100**

As entrevistas duraram em média 30 minutos, com duração máxima de 58 minutos. Foram realizadas, geralmente, à tarde e à noite, freqüentemente no horário de 13h às 19h, variando de acordo com o PRD (Tabela I-2).

As entrevistas ocorreram em locais bastante diversos; porém mais de um terço delas (35,8%) aconteceram na própria moradia do participante, ou naquelas de suas relações familiares ou sociais (casa materna e de amigos). Em 27,5% dos casos, as entrevistas

foram realizadas na casa do redutor (40, 13,9%) e/ou agente morador (39, 13,6%). A sede do PRD ou outro local institucional representou cerca de 17% e, locais públicos, incluindo rua, carro (van) e bar contribuíram com pouco mais de 10% (Tabela I-3).

Tabela I - 2

Duração e horário das entrevistas por PRD.

PRD (nº de entrevistas)	Duração da entrevista (minutos)			Horário do início da entrevista (horas:minutos)		
	NP[1] (%)	Média ± DP	Mediana	NP[1] (%)	Média ± DP	Mediana
Itajaí (n=50)	6,0	26,6 ± 15,0	25,0	2,0	13:43 ± 3,3	14:00
Porto Alegre (n=137)	10,2	29,5 ± 15,5	30,0	-	16:58 ± 1,9	16:00
São José do Rio Preto (n=46)	21,7	29,3 ± 16,7	25,0	10,9	17:58 ± 4,4	18:00
São Paulo – Apta (n=16)	18,8	30,2 ± 19,2	32,0	-	17:50 ± 2,6	18:00
Sorocaba (n=38)	7,9	31,3 ± 15,9	30,0	-	19:10 ± 2,4	20:00
Total	**11,5**	**29,2 ± 15,8**	**30,0**	**2,1**	**16:57 ± 3,2**	**16:00**

1 Campo não preenchido durante a entrevista

Tabela I - 3

Local de realização das entrevistas.

Local	N	%
Sede do PRD, serviços sociais ou de saúde[1]	52	18,2
Local Público (rua)	32	11,2
Casa do Redutor, agente morador	79	27,5
Casa do UDI e suas relações	103	35,9
Outro[2]	21	7,3
Total	**287**	**100,0**

1 Sede do PRD (n=43), Centro de Testagem Anônima (n=2), Postos de Saúde (n=5), Secretaria Esportes (n=2); 2 Outro: Van (n=8), Bar (n=9), Brete (n=3), Cemitério (n=1)

Quanto à área de atuação, nota-se, pelas entrevistas, uma variação de 5 a 14 diferentes áreas, dependendo do PRD. Na maioria das cidades houve concentração das entrevistas em certas áreas de atuação, exceção feita para São José do Rio Preto, onde se nota certa dispersão (cerca de 35% das entrevistas procederam da zona do meretrício e do Eldorado). Em Itajaí, as entrevistas foram mais freqüentes no Centro (42%); já em Porto Alegre, na área da Restinga (40%); São Paulo, na Penha Zona Leste (44%); e Sorocaba, na área conhecida como Nova Sorocaba (45%).

Tabela I - 4

Distribuição das entrevistas segundo área e atuação de cada PRD.

Local ou Atuação do PRD	N	%
Itajaí (n=50)[1]		
Centro	18	41,9
Fazenda	8	18,6
Matadouro	11	25,6
Cordeiros	1	2,3
Porto	2	4,7
Pro-Morar III	1	2,3
Vila da Miséria	2	4,7
Porto Alegre(n=137)		
Beco do Sorriso	9	6,5
Vila Vargas	19	13,8
Bairro Santo Antônio	1	0,7
Campo da Tuca	33	24,1
Restinga	55	40,1
Bom Jesus	1	0,7
Morro da Cruz	17	12,4
Teresópolis	2	1,5
São José do Rio Preto (n=46)[1]		
Bairro Santo Antônio	6	13,3
Zona do Meretrício	8	17,7
Eldorado	8	17,7
Vale do Sol	7	15,6
Brejo Alegre/ Favela	1	2,2
Maceno	2	4,4
São Jorge	2	4,4

Maceno	2	4,4
São Jorge	2	4,4
Solo Sagrado	3	6,6
João Paulo II	2	4,4
Centro	4	8,8
Porto	1	2,2
Jardim Oliveira	1	2,2
São Paulo (n=16)		
Centro	2	12,5
Penha–Zona Leste	7	43,8
Bixiga	1	6,2
São Paulo	1	6,2
Santa Cecília	5	31,3
Sorocaba (n=38)		
Nova Sorocaba	17	44,7
Vitória Régia	6	15,8
Vitória Régia II	4	10,5
Vila Angélica	3	7,9
Vila Progresso	4	10,5
Vila Fioril	4	10,5

1 Sem preenchimento: Itajaí (7, 14%); São José do Rio Preto (1, 2,2%)

I - As Entrevistas **II - Perfil Socioeconômico-Demográfico** **III - Uso de Drogas**

IV - Seringas e Agulhas **V - Características de Vida** **VI - Comportamento Sexual**

Capítulo 5

Estudo Epidemiológico por Projetos de Redução de Danos

• Waleska Teixeira Caiaffa • Aline Cristine Souza Lopes • Fernando Augusto Proietti
• Rodrigo Carazolli da Silva • Sueli Aparecida Mingot i• Mark Drew C. Guimarães

I - Perfil Socioeconômico-Demográfico

Esta análise descritiva constará da apresentação dos resultados categorizados por PRD. Deve ser enfatizado que as análises comparativas deverão ser feitas com bastante cautela, considerando o tamanho amostral de cada PRD.

Com relação às informações presentes na Tabela I-1, São José do Rio Preto destaca-se pelo maior percentual de UDI do sexo feminino (26,7%); Sorocaba, pelo maior percentual de UDI menores de 20 anos (31,6) e Porto Alegre pelo maior percentual de UDI da cor não-branca (71,5). Quanto ao estado civil, parece não haver diferença acentuada entre PRD.

Tabela I - 1

Distribuição do sexo, faixa etária, cor de pele e estado civil dos entrevistados, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Sexo[1]										
Feminino	8	16	21	15,3	12	26,7	2	12,5	7	18,4
Masculino	42	84	116	84,7	33	73,3	14	87,5	31	81,6
Faixa etária										
< 20 anos	1	2	16	11,7	3	6,5	2	12,5	12	31,6
20 a 30 anos	22	44	73	53,3	25	54,3	7	43,8	10	26,3
31 a 40 anos	18	36	35	25,5	15	32,6	6	37,5	15	39,5
41 a 50 anos	9	18	12	8,8	3	6,5	1	6,3	1	2,6
> 51 anos	-	-	1	0,7	-	-	-	-	-	-
Cor de pele[1]										
Branca	40	80	39	28,5	25	55,6	12	75	27	71,1
Não-branca	10	20	98	71,5	20	44,4	4	25	11	28,9
Estado civil[1]										
Solteiro	21	42	74	54	28	62,2	9	56,3	20	52,6
Casado ou similar	17	34	56	40,9	12	26,7	3	18,8	10	26,3
Separado/divorciado	10	20	6	4,4	3	6,7	2	12,5	8	21,1
Viúvo	2	4	1	0,7	2	4,4	2	12,5	-	-

1Sem informação respectivamente: 1 (0,3%

Tabela I - 2

Estado de origem e município de residência dos entrevistados, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Estado de nascimento[1]										
Rio Grande do Sul	8	16,0	134	97,8	-	-	1	6,3	-	-
Paraná	2	4,0	-	-	4	8.9	-	-	8	21,1
Paraíba	1	2,0	-	-	-	-	-	-	1	2,6
São Paulo	-	-	2	1,5	37	82,2	13	81,3	27	71,1
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	1	2,2	-	-	-	-
Minas Gerais	-	-	-	-	2	4,4	-	6,3	1	2,6
Santa Catarina	38	76,0	-	0,7	-	-	-	-	-	-
Rio Grande do Norte	1	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahia	-	-	-	-	1	2,2	1	6,3	1	2,6
Município de residência[1]										
Em trânsito	-	-	3	2,2	-	-	-	-	-	-
Porto Alegre (RS)	-	-	134	97,8	-	-	-	-	-	-
Sorocaba (SP)	-	-	-	-	-	-	-	-	38	100,0
São José do Rio Preto(SP)	-	-	-	-	42	93,3	-	-	-	-
Brasília (DF)	-	-	-	-	1	2,2	-	-	-	-
Birigui (SP)	-	-	-	-	1	2,2	-	-	-	-
Candeias do Jomani (MG)	-	-	-	-	1	2,2	-	-	-	-
São Paulo (SP)	-	-	-	-	-	-	15	93,8	-	-
Ribeirão das Neves (MG)	-	-	-	-	-	-	1	6,3	-	-
Itajaí (SC)	48	96,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Camboriu (SC)	2	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-

1 Sem informação: 1 (0,3%)

Quanto ao Estado de origem e município de residência (Tabela I-2), nota-se que, em geral, a grande proporção de UDI tem residência no mesmo Estado de origem, assim como tem residido na mesma cidade do PRD referência. Estes dados sugerem que, para todos os PRD, os UDI tendem a se concentrar em seus próprios locais de nascimento (cidades e estados), indicando escasso movimento migratório.

Quanto às características profissionais, nos últimos seis meses (Tabela I-3), algum tipo de ocupação foi relatada em proporções variadas, de acordo com os PRD (desde 50% em Itajaí a 94% em Sorocaba). No entanto, quando se leva em consideração a fonte de renda nos últimos seis meses, independente do PRD, a grande proporção de UDI relatou trabalho esporádico (de 79,3%, em Porto Alegre a 93,6%, em São Paulo).

Tabela I - 3

Distribuição da ocupação e fonte de renda dos entrevistados, nos últimos seis meses, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Ocupação[1]										
Sim	25	50,0	95	70,4	25	58,1	14	87,5	34	94,4
Não	25	50,0	40	29,6	18	41,9	2	12,5	2	5,6
Fonte de renda[2]										
Emprego com salário	5	10,2	24	17,8	3	6,8	1	6,3	5	13,2
Trabalho temporário com salário	1	2,0	4	3,0	2	4,5	-	-	2	5,3
Trabalho esporádico (bicos/outros)	43	87,7	107	79,3	39	88,6	15	93,6	31	83,3

1 Sem informação: 7 (2,4%) 2 Sem informação: 5 (1,7%)

Independente do PRD, a grande maioria relatava saber ler. Porto Alegre (20,4%) e Itajaí (12%) tiveram maior proporção de analfabetismo. Com relação à escolaridade, a maioria relatou ter completado o 1º grau, destacando-se Itajaí e São Paulo para a maior proporção de UDI com 2º grau ou maior nível de escolaridade (Tabela I-4).

Tabela I - 4

Habilidade de leitura e escolaridade dos entrevistados, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Habilidade de leitura[1]										
Sim	44	88,0	109	79,6	44	97,8	16	100,0	37	97,4
Não	6	12,0	28	20,4	1	2,2	-	-	1	2,6
Escolaridade[1]										
Nenhuma	3	6,0	17	12,4	1	2,2	0	0,0	1	2,6
Primeiro grau	33	66,0	114	83,2	40	88,9	10	62,5	35	92,1
Segundo grau ou mais	14	28,0	6	4,4	4	8,9	6	37,5	2	5,3

1Sem informação: 1 (0,3%)

I - Perfil Socioeconômico-Demográfico **II - Uso de Drogas** **III - Seringas e Agulhas**

IV - Características de Vida **V - Comportamento Sexual**

I - Prevalência do HIV, HTLV: Variáveis Selecionadas

II - Prevalência do HIV, HTLV: Variáveis Associadas ao Comportamento Sexual

Capítulo 6

Estudo Soro-Epidemiológico

• Fernando Augusto Proietti • Waleska Teixeira Caiaffa
• Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti • Viviane Ferreira Gonçalves
• Ronald Elsin Moraes Eller • Mark Drew Crosland Guimarães

I - Prevalência do HIV, HTLV: Variáveis Selecionadas

Este capítulo constará da apresentação dos dados categorizados pela sorologia para o HIV-1/2 e o HTLV-I/II.

Com relação à sorologia dos 287 UDI participantes do estudo, foi coletado sangue, em papel de filtro, de forma adequada, em 284 UDI.

De acordo com descrição prévia da padronização sorológica, foram realizados, para todos os papéis de filtro adequados, a sorologia anti-HIV, utilizando-se dois kits comerciais, o anti-HIV Abbot® e anti-HIV Sanoffi-Pasteur®. Um total de 147 (52,5%) foram soropositivos ao ELISA, em ambos os testes, e 133 (47,5%) soronegativos. Quatro participantes apresentaram resultados discordantes em relação à sorologia e foram excluídos das análises e das tabelas que se seguem.

Para o HTLV-I/II, 51 (18,0%) UDI foram soropositivos ao ELISA, 185 (65,0%) soronegativos e para 48 (17,0%) os resultados foram considerados indeterminados. Participantes com sorologia indeterminada foram excluídos da análise preliminar univariada descritas nos parágrafos seguintes.

A soroprevalência por PRD, do HIV-1/2 e HTLVI/II pode ser observada nas Tabelas I-1.e I-2. Existe uma grande variação. Para o HIV-1/2 foi de 18,4%, em Sorocaba (SP); 50,0%, em São Paulo (SP); 48,5%, em Porto Alegre (RS); 64,4%, em São José do Rio Preto (SP) e 78,0%, em Itajaí (SC). Para o HTLV I/II foi de 2,6% em Sorocaba (SP); 0%, em São Paulo (SP); 26,5%, em Porto Alegre (RS); 24,4%, em São José do Rio Preto (SP) e 4,0%, em Itajaí (SC). As prevalências das sorologias indeterminadas para o HTLVI/II variaram de 15,4 a 28,6%.

Tabela I - 1

Soroprevalência do HIV-1/2 entre entrevistados por PRD.

PRD (Cidade)	N	HIV positivo	%
Itajaí	50	39	78,0
Porto Alegre	132	64	48,5
São José do Rio Preto	45	29	64,4
São Paulo – Apta	14	7	50,0
Sorocaba	38	7	18,4
Total	**279**	**146**	**52,3**

Tabela I - 2

Soroprevalência do HTLV-I/II entre entrevistados por PRD.

PRD (Cidade)	N	HITLV positivo	%	HTLV indeterminado	%
Itajaí	50	2	4,0	8	16,0
Porto Alegre	136	36	26,5	21	15,4
São José do Rio Preto	45	11	24,4	7	15,6
São Paulo – Apta	14	0	-	4	28,6
Sorocaba	38	1	2,6	8	21,1
Total	**283**	**50**	**17,7**	**48**	**17,0**

Tabela I - 3

Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLV-I/II de acordo com gênero, cor da pele, idade e estado civil do entrevistado.

Características	HIV-I/II		HTLV-I/II		
	Positivo n=146 (%)	Negativo n=133 (%)	Positivo n=50 (%)	Negativo n=185 (%)	Indeterminado n=48 (%)
Sexo [1]					
Masculino	120 (82,8)	111 (83,5)	40 (81,6)	157 (84,9)	37 (77,1)
Feminino	25 (17,2)	22 (16,5)	9 (18,4)	28 (15,1)	11 (22,9)
Cor da pele [1]					
Não-branca	64 (43,8)	74 (56,1)	34 (68,0)	89 (48,4)	18 (37,5)
Branca	82 (56,2)	58 (43,9)	16 (32,0)	95 (51,6)	30 (62,5)
Idade (anos)					
≤ 19	3 (2,0)	30 (22,5)	1 (2,0)	29 (15,7)	3 (6,2)
20 – 30	74 (50,7)	59 (44,4)	21 (42,0)	95 (51,3)	20 (41,7)
31 – 40	53 (36,3)	33 (24,8)	22 (44,0)	49 (26,5)	16 (33,3)
≥ 41	16 (11,0)	11 (8,3)	6 (12,0)	12 (6,5)	9 (18,8)
Estado civil [1]					
Solteiro	79 (54,1)	70 (52,6)	23 (46,0)	101 (54,6)	26 (54,2)
Casado	45 (30,8)	49 (36,8)	21 (42,0)	61 (33,0)	15 (31,2)
Separado	16 (11,0)	13 (9,8)	4 (8,0)	19 (10,3)	6 (12,5)
Viúvo	6 (4,1)	1 (0,8)	2 (4,0)	4 (2,1)	1 (2,1)

1 Sem informação: 01 participante.

Nas Tabelas I-3, I-4, I-5, I-6 e I-7 são apresentados os resultados da análise univariada preliminar, referente à distribuição proporcional da sorologia para HIV-1/2 e HTLV-I/II, de acordo com algumas variáveis selecionados.

Como pode ser visto na Tabela I-3, a distribuição proporcional da sororreatividade para HIV-1/2 e HTLV-I/II é bastante semelhante em relação as variáveis sexo, cor da pele e estado civil. Com relação a idade, quando comparados aos UDI soronegativos, existe aparente tendência de maior proporção de indivíduos soropositivos nas faixas etárias acima de 30 anos.

Com relação à distribuição por PRD (Tabela I-4), para todos os indivíduos HIV-1/2 e HTLV-I/II soropositivos, Porto Alegre apresenta proporção mais elevada, em oposição a São Paulo e Sorocaba; esta tendência é mais marcante e evidente com relação ao HTLV-I/II.

Tabela I - 4

Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLV-I/II entre entrevistados por PRD.

Características	HIV-I/II		HTLV-I/II		
	Positivo n=146 (%)	Negativo n=133 (%)	Positivo N=50 (%)	Negativo n=185 (%)	Indeterminado n=48 (%)
PRD					
Itajaí	39 (26,7)	11 (8,3)	2 (4,0)	40 (21,6)	8 (16,7)
Porto Alegre	64 (43,8)	68 (51,1)	36 (72,0)	79 (42,7)	21 (43,7)
São José do Rio Preto	29 (19,9)	16 (12,0)	11 (22,0)	27 (14,6)	7 (14,6)
São Paulo	7 (4,8)	7 (5,3)	-	10 (5,4)	4 (8,3)
Sorocaba	7 (4,8)	31 (23,3)	1 (2,0)	29 (15,7)	8 (16,7)

Idade da primeira injeção de drogas, uso de cocaína injetável nos últimos 6 meses, e no último mês, uso de cocaína e heroína nos últimos 6 meses e uso de crack nos últimos 6 meses, precedendo a data da entrevista, parecem não estar associados à sororreatividade para ambos, HIV-1/2 e HTLV-I/II (Tabela I-5). Vale ressaltar a menor proporção de usuários de crack entre os participantes HTLV-I/II soropositivos, quando comparados àqueles soronegativos.

Tabela I - 5

Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLV-I/II de acordo com variáveis relacionados ao uso de drogas dos entrevistados.

Características	HIV-I/II		HTLV-I/II		
	Positivo n=146 (%)	Negativo n=133 (%)	Positivo n=50 (%)	Negativo n=185 (%)	Indeterminado n=48 (%)
Idade da primeira injeção (anos)[1]					
3 – 10	2 (1,4)	3 (2,3)	1 (2,0)	4 (2,2)	-
11 – 15	42 (29,0)	56 (42,1)	13 (26,0)	72 (38,9)	13 (27,7)
16 – 20	66 (45,5)	57 (42,9)	29 (58,0)	79 (42,7)	19 (40,4)
21 – 25	23 (15,9)	12 (9,0)	4 (8,0)	21 (11,3)	10 (21,3)
26 – 30	6 (4,1)	3 (2,2)	2 (4,0)	5 (2,7)	2 (4,2)
> 30	6 (4,1)	2 (1,5)	1 (2,0)	4 (2,2)	3 (6,4)
Cocaína IV últimos 6 meses					
Sim	116 (79,5)	101 (75,9)	36 (72,0)	147 (79,5)	37 (77,1)
Não	30 (20,5)	32 (24,1)	14 (28,0)	38 (20,5)	11 (22,9)
Cocaína IV último mês[1]					
Sim	88 (60,7)	69 (51,9)	29 (58,0)	100 (54,3)	29 (60,4)
Não	57 (39,3)	64 (48,1)	21 (42,0)	84 (45,7)	19 (39,6)
Cocaína e heroína IV últimos 6 meses					
Sim	4 (2,7)	9 (6,8)	1 (2,0)	9 (4,9)	3 (6,2)
Não	142 (97,3)	124 (93,2)	49 (98,0)	176 (95,1)	45 (93,8)
Crack últimos 6 meses[1]					
Sim	77 (53,1)	79 (59,4)	15 (30,6)	115 (62,2)	26 (54,2)
Não	68 (46,9)	54 (40,6)	34 (69,4)	70 (37,8)	22 (45,8)

1 Sem informação: 01 participante

Em relação à intenção de testar para o HIV, busca de tratamento de saúde e busca de tratamento de drogas, no último ano, a análise proporcional univariada também indica independência em relação à sororeatividade para HIV-1/2 e HTLV-I/II (Tabela I-6).

Tabela I - 6

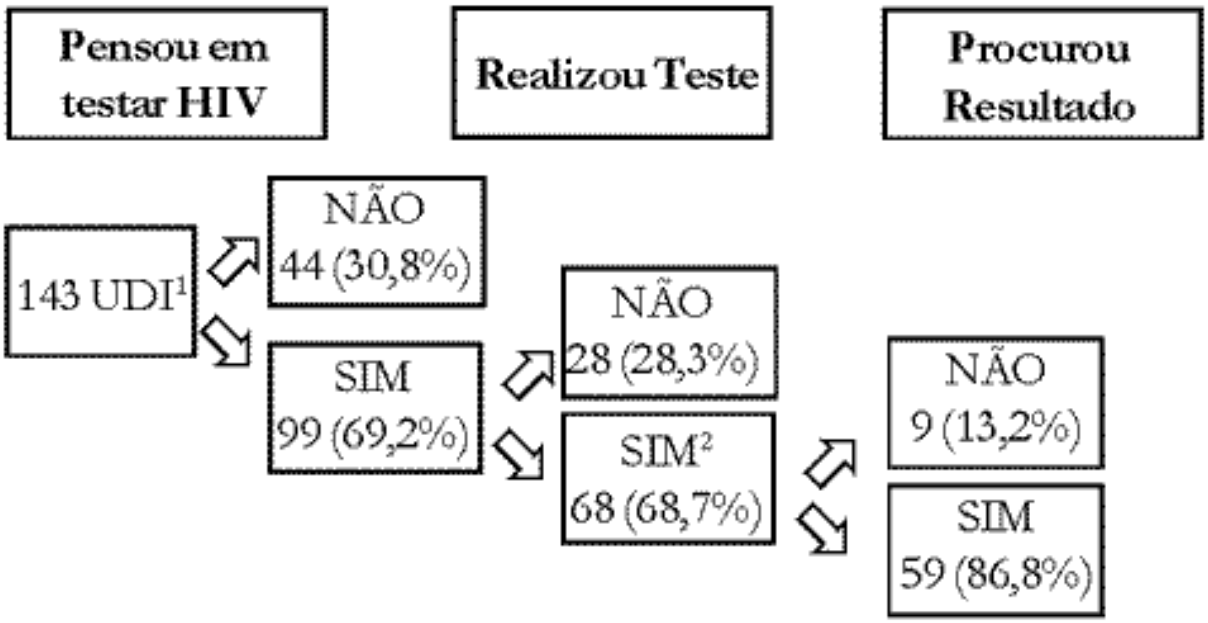
Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLV-I/II de acordo com variáveis relacionadas às condições de vida e de saúde dos entrevistados.

Características	HIV-I/II		HTLV-I/II		
	Positivo n=146 (%)	Negativo n=133 (%)	Positivo n=50 (%)	Negativo n=185 (%)	Indeterminado n=48 (%)
Intenção de testar para HIV[1]					
Sim	44 (30,8)	32 (24,4)	13 (26,5)	50 (27,5)	14 (29,8)
Não	99 (69,2)	99 (75,6)	36 (73,5)	132 (72,5)	33 (70,2)
Procurou tratamento de saúde, último ano					
Sim	71 (48,6)	48 (36,1)	27 (54,0)	71 (38,4)	21 (43,7)
Não	75 (51,4)	85 (63,9)	23 (46,0)	114 (61,6)	27 (56,3)
Procurou tratamento de drogas, último ano[2]					
Sim	36 (24,8)	28 (21,1)	14 (28,0)	44 (23,9)	7 (14,6)
Não	109 (75,2)	105 (78,9)	36 (72,0)	140 (76,1)	41 (85,4)

1 Sem informação: 05 participantes
2 Sem informação: 01 participante

Figura 1 - 1

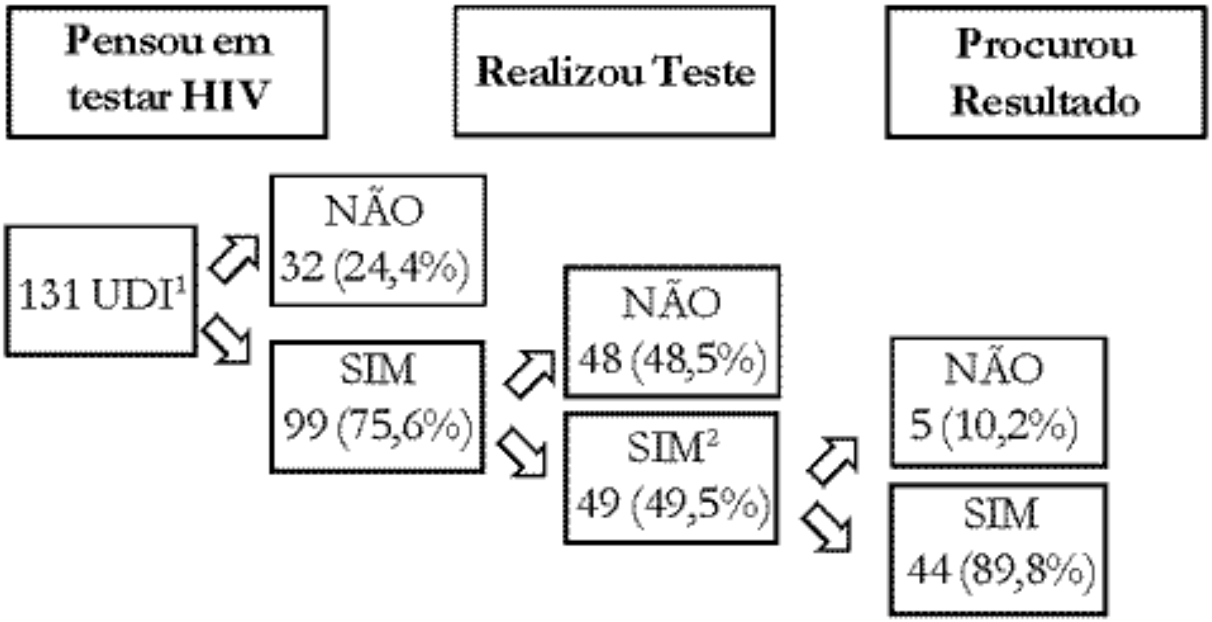
Preocupação e testagem anti-HIV entre entrevistados HIV soropositivos.



1 Sem informação: 03 (2,1%)
2 Sem informação: 03 (4,2%)

Figura 1 - 2

Preocupação e testagem anti-HIV entre entrevistados HIV soronegativos.



1 Sem informação: 02 (1,5%)
2 Sem informação: 02 (3,9%)

Com relação à preocupação e à testagem para o HIV entre os UDI soropositivos e negativos (Figuras I-1 e I-2), é interessante notar que os UDI soronegativos mostraram uma maior, porém discreta preocupação em se testar (75,6% comparado a 69,2% entre os HIV positivos), e embora relataram ter realizado o teste anti-HIV em menor proporção que os HIV positivos (49,5% comparado com 68,5%), uma relativa maior procura dos resultados dos exames (89,8%) do que os UDI HIV positivos (86,8%) foi encontrada.

Em resumo, entre os HIV soropositivos (n=143), cerca de 81 UDI (56,6%), presumivelmente, não conhecem o seu estado sorológico em relação à infecção pelo HIV.

Na Tabela I-7 pode ser observada a distribuição de freqüência da sororreatividade para ambos os vírus com relação à história prévia de detenção ou prisão. A distribuição proporcional é bastante semelhante para o HIV-1/2 e o HTLV-I/II. Entretanto, os dados indicam menor proporção de indivíduos HTLV-I/II soropositivos, relatando história de detenção ou prisão nos últimos 6 meses, quando comparado com os participantes HTLV-I/II soronegativos.

Tabela I - 7

Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLV-I/II de acordo com detenções na vida e nos últimos seis meses dos entrevistados.

Características	HIV-I/II		HTLV-I/II		
	Positivo n=147 (%)	Negativo n=133 (%)	Positivo n=51 (%)	Negativo n=185 (%)	Indeterminado n=48 (%)
Detenção ou prisão no passado[1]					
Sim	105 (72,9)	90 (67,7)	37 (72,5)	127 (69,8)	33 (68,8)
Não	39 (27,1)	43 (32,3)	14 (27,5)	55 (30,2)	15 (31,2)
Detenção ou prisão últimos 6 meses[2]					
Sim	39 (39,4)	32 (36,4)	10 (29,4)	52 (41,6)	10 (33,3)
Não	60 (60,6)	56 (63,6)	24 (70,6)	73 (58,4)	20 (66,7)

1 Sem informação:06 participantes
2 Para aqueles com relato de detenção ou prisão no passado

I - Prevalência do HIV, HTLV: Variáveis Selecionadas

II - Prevalência do HIV, HTLV: Variáveis Associadas ao Comportamento Sexual

Capítulo 7

Estudo Qualitativo: As Redes Sociais e as Representações de Risco entre Usuários de Drogas Injetáveis

• Suely Ferreira Deslandes • Eduardo Alves Mendonça

I - Introdução

Os estudos qualitativos sobre o conjunto de crenças, valores, estilos de vida e visões de mundo dos usuários de drogas injetáveis têm sido apontados, mundialmente, como fundamentais para melhor compreender estes grupos e, conseqüentemente, possuem um caráter estratégico para a prevenção. Contudo, no Brasil, ainda são poucas as iniciativas feitas neste sentido (BASTOS, 1993; CAIAFFA & BASTOS, 1998).

O presente estudo sobre usuários de drogas injetáveis objetivou conhecer, em caráter exploratório: (a) práticas e percepções de uso; (b) redes de uso; (c) riscos associados à prática injetável; (d) riscos para o HIV/aids; (e) prevenção para o HIV/aids.

Portanto, as categorias-chave deste trabalho foram "risco" e "redes sociais" (redes de sociabilidade e redes de uso).

1. O conceito de "risco" segundo uma perspectiva etnográfica

HAYES (1992) alerta que o conceito de risco é um campo acadêmico que não tem fronteiras definidas. Conseqüentemente, são comuns as lacunas conceituais nas distintas produções sobre a temática. Como observa o autor, a linguagem utilizada para definir tal conceito precisa ser hermeneuticamente analisada. Introduzido como noção no séculoXVII, o risco podia designar, numa lógica de jogo, a probabilidade de um evento ocorrer, combinado à magnitude das perdas e ganhos que isso poderia acarretar. Atualmente, o conceito de risco estaria completamente associado a resultados negativos. Assim, a conotação negativa de risco cria um campo problemático para a noção de "correr risco", excluindo qualquer reconhecimento dos benefícios (reais ou percebidos) para aquele indivíduo.

Outro problema detectado por vários autores é a definição de risco centrada na "escolha individual". Como HAYES analisa, o modelo de prevenção declarado no American Journal of Health Promotion (1986, apud HAYES) é um exemplo emblemático, definindo a promoção em saúde como "a ciência e arte de ajudar pessoas a modificar seu estilo de vida e mudar em direção a um estado ótimo de saúde".

O "paradigma individual" é hegemônico na pesquisa e em campanhas sobre comportamentos de risco. A racionalidade individual é a unidade sobre a qual se construiu

toda uma trajetória de estudos e de orientação para a prevenção. Segundo esta lógica, o indivíduo devidamente informado (ênfase no aspecto cognitivo) será capaz de escolher, de muitas opções de ações, aquela que não lhe trará danos (ênfase na teoria da escolha racional).

As influências dessa lógica racionalista, cuja inspiração iluminista se mostra evidente (a razão que liberta o homem das trevas da ignorância e das crendices) autoriza a denominar de irracional (ou irresponsável) a todos os "desvios" entre o "conhecer" e o "bem agir". A ação designada por WEBER (1992) como "ação racional relativa a fins" seria o tipo ideal deste enfoque:

"(...) Age de modo racional com relação a fins aquele que orienta a sua ação conforme o fim, meios e conseqüências implicadas nela e nisso avalia racionalmente os meios relativamente aos fins, os fins com relação às conseqüências implicadas e os diferentes fins possíveis entre si" (WEBER, 1992: 418).

No campo da aids, "risco" e "comportamento de risco" são ainda conceitos-chave. A transmissão do HIV numa população não se dá aleatoriamente, mas está sujeita às variações dos modos de interação e crenças de diferentes grupos populacionais. Como afirma RHODES(1997), enquanto há poucos comportamentos capazes de transmitir o HIV, existe, em contrapartida, uma multiplicidade de fatores que determinam como e se estes comportamentos de risco ocorrerão.

O que muitos autores (CONNORS, 1992; BLOOR, 1993; RHODES & QUIRK, 1998) defendem, é que a vivência do risco e mesmo a percepção de risco não se restringem ao universo individual. Ao contrário, o comportamento de risco é percebido e negociado na rede de relações sociais. Os comportamentos de risco são, em última instância, fruto das interações sociais, e é neste campo que as estratégias de prevenção deveriam atuar.

Nesse sentido, na última década, houve reconhecimento no meio científico e nas políticas de prevenção da fundamental importância em se conhecer qualitativamente estas redes de relações e vivências que favorecem os "comportamentos de risco" (POWER et al., 1996; McCOY et al., 1997).

O "conhecimento em profundidade" ou as "descrições densas" dos modos de viver e da visão de mundo de grupos sociais ou mesmo de segmentos da população (jovens, mulheres) passam a ser considerados importantes tanto para a análise dos modos de disseminação da epidemia da aids quanto para a pesquisa epidemiológica.

As Ciências Sociais têm, desde os anos 70, com os estudos pioneiros de AGAR (1973), produzido pesquisas de base qualitativa sobre o universo da drogadição e da drogadição injetável. Com a emergência da epidemia da aids, o enfoque passa a privilegiar a relação dos usuários de drogas injetáveis e os variados aspectos que permeiam as "redes de compartilhamento", sejam as "redes sociais", sejam as "redes de uso", contribuindo de forma valiosa para a criação de iniciativas de vanguarda na Saúde Pública, como por exemplo os diferentes projetos de Redução de Danos que hoje atuam em vários países.

Contudo, como denuncia SCHILLER e colaboradores (1994), a análise qualitativa dos modos de vida e dos valores dos UDI não pode se restringir a uma reificação tal que os

retrate completamente apartados da sociedade. A experiência acumulada no período inicial da epidemia ensina que a identificação cultural dos então denominados "grupos de risco" (gays, profissionais do sexo e UDI) serviu muito mais para delimitá-los como subculturas "exóticas".

Faz-se necessário reafirmar a perspectiva etnográfica que identifique as particularidades da vivência social da drogadição injetável (o seu "ethos"), mas que articule tal interpretação aos valores, preconceitos e interações vigentes na sociedade.

2. O conceito de "rede social"

O conceito de rede social recebeu, na antropologia social, diversas designações e classificações (rede aberta, fechada, finita, infinitiva, de baixa ou alta densidade). Tornou-se um conceito extremamente operativo para o estudo das sociedades contemporâneas, sobretudo por propiciar uma leitura dinâmica das interações sociais, oferecendo, assim, uma alternativa à interpretação "fixista" dos "papéis sociais", preconizada pela teoria estrutural funcionalista.

A elaboração do conceito de rede social teve inspiração original nos métodos matemáticos (teoria dos gráficos e análise combinatória), mas na antropologia tornou-se um importante instrumento na "teoria da ação social".

A definição aqui adotada, na sua forma mais simplificada, define a rede social como "um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos"(BARNES, 1987).

Como observa FELDMAN-BIANCO (1987), o conceito de rede possui limitações, pois se mostra incapaz de captar conflitos e contradições sociais, dado que não se vincula a uma perspectiva histórica. Além disso, sua aplicação inicial nos anos 50 padecia de um excesso de formalismo metodológico. Contudo, como ressalta a autora, trata-se de um conceito valioso e atual, devido à "sua utilidade em ajudar a refinar a observação da fluência e do movimento das relações face a face de indivíduos específicos em contextos sociais particulares" (Op. cit: 28). Cabe, portanto, incorporá-lo numa abordagem histórica do objeto analisado.

Se toda epidemia "é resultante de um processo de difusão de um agente causal através de redes de interação", cuja velocidade e intensidade de difusão remetem à "interconectividade" destas redes (BASTOS, 1996), então, no caso da transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis, este aspecto ganha, obviamente, um significado essencial.

Desde o início da epidemia da aids, os estudos das redes de drogadição injetável têm sido estratégia usada para compreender os mecanismos sociais de transmissão do HIV nesse grupo (KLOVDAHL, 1985).

NEAIGUS e colaboradores (1994) definem que as redes entre UDI desempenham o papel de "vetores" de transmissão ("redes de risco") e o de geradoras e disseminadoras de influência social ("redes sociais" ou "redes de sociabilidade"). As "redes de risco", segundo os autores, seriam aquelas cujas interações envolvem a transmissão do HIV através de

meio físico, como equipamento de injeção, sangue ou sêmen. Podem ser constituídas de pessoas conhecidas (amigos, esposos (as), companheiros (as), amantes, colegas) ou de anônimos (como os participantes das "shooting gallery"). As "redes de sociabilidade" compreendem as pessoas que mantêm interações sociais e que seus membros podem se influenciar potencialmente. Por fim, podem envolver relações de parentesco, amizade, amor, trabalho ou troca econômica.

Como alerta BASTOS (1996), é importante entender que as redes de interação dos UDI constituem, simultaneamente, redes de interação de riscos e redes de difusão de medidas de autoproteção e de influência recíproca sobre os comportamentos.

Nesta pesquisa, trabalharemos com uma perspectiva descritiva, buscando analisar, de forma exploratória, as dinâmicas socioculturais que favorecem o estabelecimento de redes de uso.

I - Introdução **II - Metodologia** **III - Resultados** **IV - Referências Bibliográficas**

I - Dos Objetivos Propostos pelo Projeto II - Da Operacionalização do Projeto

III - Das Estratégias de Redução de Danos IV - Considerações Finais

---

Capítulo 8

Conclusão e Recomedações

• Waleska Teixeira Caiaffa • Denise Doneda • Suely Deslandes
• Aline de Souza Lopes • Projeto AjUDE-Brasil

I - Dos Objetivos Propostos pelo Projeto

O projeto AjUDE-BRASIL durou um ano, desde sua demanda na Coordenação Nacional DST e Aids, sua concepção teórica, sua operacionalização e finalização com a apresentação dos resultados, conclusão e recomendações. Representa um projeto de fôlego, à medida que envolveu várias instituições, uma gama de pessoas do nível técnico-científico e os sujeitos da pesquisa, os usuários de droga injetável que freqüentam os Projetos de Redução de Danos apoiados pela Unidade Drogas da CN- DST/AIDS.

Os objetivos propostos foram, sobremaneira, alcançados, e as proposições metodológicas tiveram, como principal característica, um exíguo período de tempo para serem desenvolvidas, principalmente devido ao curto trabalho de coleta de informações de campo, cerca de três meses.

Considerando a complexidade da pesquisa, as conclusões e as recomendações serão apresentadas em tópicos referentes aos objetivos propostos pelo projeto, à operacionalização do estudo, e das estratégias de redução de danos advindas das questões epidemiológicas e qualitativas. Algumas considerações finais encerram este relatório.

1. Perfil sociodemográfico dos entrevistados

A diversidade foi a tônica dos participantes UDI clientes dos PRD. Como descrito em outros estudos, a grande maioria dos UDI era do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 40 anos, metade apresentava cor de pele branca e também metade era solteira. Apresentavam baixo percentual de analfabetismo e aproximadamente 50% relatava ter o 1º grau completo.

Os dados sugerem que os UDI pouco migram de um estado para outro, contudo, têm intensa circulação dentro do mesmo estado, como sugerido pelo baixo tempo médio de residência no local, em torno de 2 anos.

Foi preocupante, mas sem supressas, o nível de desemprego ou subemprego deste grupo.

Recomendam-se programas sociais específicos para este grupo populacional jovem e bastante vulnerável a condições de subemprego e marginalidade.

2. Uso de drogas

2.1 Idade de início

A idade de início do uso da droga em sua forma injetável variou de 3 a 40 anos, com média e mediana de 17 anos. A média de uso injetável foi de 10 anos. Esta pesquisa sugere que, UDI são indivíduos, que em sua adolescência, fizeram uso de drogas na forma injetável, seguindo um currículo individual de uso de drogas caracterizada por uma trajetória iniciada a partir do padrão de uso mais "leve" até padrões mais intensos. Este achado reforça a necessidade de desenvolvimento e/ou incremento de programas de prevenção ao uso indevido de drogas precocemente, no sentido de se fornecer conhecimento sobre este universo, objetivando a prevenção.

Recomenda-se a manutenção dos programas de prevenção em escolas e para jovens fora das escolas, objetivando melhorar o conhecimento deste universo com relação ao uso indevido de drogas.

2.2 Tipo de droga

A cocaína foi a droga de escolha tanto para o primeiro quanto para a última vez usada. No entanto, nota-se uma gama enorme de substâncias que os participantes injetam, cheiram, aspiram e ingerem. Este achado também foi encontrado no estudo qualitativo onde foi observado o uso concomitante destas substâncias antes, durante e após as sessão do uso injetável. O álcool e o fumo foram os mais prevalentes neste grupo.

O uso do crack, droga relativamente recente em nossa cultura, foi prevalente em cerca de metade dos UDI, e diferenças regionais de consumo puderam ser apontadas pelo estudo epidemiológico. Este estudo foi de tal importância e de tal maneira evidenciado no estudo qualitativo, que mereceu um detalhamento.

Também, para a heroína pode ser detectada diferenças regionais de consumo. Apesar de um número relativamente pequeno, a presença da heroina se fez notar, particularmente em Sorocaba (SP), onde destaca-se o uso combinado injetável de heroina e cocaína.

Recomenda-se a manutenção de iniciativas como esta, com estudos sistemáticos, epidemiológicos, para monitorizar os padrões e tendências do uso de drogas injetáveis, regionalmente e em intervalos regulares, possibilitando a detecção de mudanças substanciais no comportamento desta população que, em última análise, muito contribuiria para orientar estratégias de intervenção.

3. Local de uso, aquisição limpeza e descarte de seringas e/ou agulhas

Os UDI preferem se injetar em suas próprias casas ou na casa de pessoas de sua relação e, em dias específicos, como nos finais de semana. Estes achados complementam aqueles do estudo qualitativo com relação à importância da "rede" na iniciação e manutenção do

uso da droga injetável. As motivações para o uso em grupo foram variadas, destacando-se a privacidade, a segurança, a garantia do sucesso, o aprendizado e o diálogo. Vale ressaltar, que todos estes fatores associados, podem, sobremaneira, facilitar o compartilhamento, à medida que também a improvisação foi notada como uma característica das sessões de uso.

Com relação às práticas de uso, ambos os estudos convergem para a mesma direção. UDI relatam conseguir suas seringas pelos PRD (63%), compra nas farmácias (60%) e pelos amigos (27%). Uma análise posterior deverá ser feita correlacionando esta informação com o tempo de uso dos serviços do PRD. O estudo qualitativo detectou como problemática a aquisição das seringas nas farmácias, atribuído à visibilidade do UDI.

O descarte do material, utilizado nas sessões de uso, parece ainda precário. Predomina em locais como lixo, bueiro, esgoto, vaso sanitário além de um percentual relativamente elevado em locais abertos e abandonados. Esta prática também deverá ser bem investigada, levando-se em consideração o tempo de uso do PRD.

Resumidamente, fatores envolvidos na aquisição e descarte de seringas, caracterizados como a troca de seringas e agulhas têm revelado um grande desafio para os PRD, sobretudo pelos constrangimentos legais a esta prática. Os UDI também se vêem às voltas com dificuldades similares, agravadas pelos comportamentos persecutóriosocasionados pelas drogas tornando-os desconfiados e arredios. O número de postos fixos de troca parece insuficiente, estando a troca restrita ao contato face-a-face com os redutores.

Recomenda-se, portanto, considerar a disponibilização das seringas, além de uma orientação mais dirigida para as questões relativas ao descarte deste material, com padronização de procedimentos e adequado manejo da situação. Disponibilizar seringas e pontos de descarte na comunidade, em locais próximos aos de consumo de drogas, representa uma estratégia, pois, na falta de uma seringa nova, os UDI parecem não hesitar em reutilizar as já usadas.

Também foi detectado, por ambos os estudos, um universo ainda bastante desconhecido referente ao uso da água limpa. Cerca de 70% dos UDI entrevistados relataram usar água para limpeza das seringas e/ou agulhas. Não ficou claro, no entanto, a finalidade deste procedimento, tornando necessário outros estudos nesta área.

3.1 Compartilhamento de seringas e/ou agulhas

Com relação ao compartilhamento (dar e receber seringas e/ou agulhas) ambos os estudos convergem para uma outra situação bastante precária. É relevante o percentual daqueles que dão e recebem agulhas e/ou seringas. No entanto, e considerando a natureza bastante preliminar dos dados, uma certa tendência de menor percentual de compartilhamento pode ser detectado no último mês, comparado aos últimos seis meses. O estudo qualitativo descreve a sessão de uso e novamente enfatiza a improvisação como o tônica deste momento, sugerindo que muito ainda se tem para conhecer objetivando medidas de prevenção.

Recomendam-se estudos mais direcionados para a dinâmica do compartilhamento, principalmente no entendimento do que é compartilhar. O estudo epidemiológico, ao

separar o compartilhamento em dar e receber, conseguiu parcialmente detectar uma prevalência relativamente alta de compartilhamento. No entanto, a dinâmica do compartilhamento levando em considerações a seringa e suas três partes (agulha, êmbolo e canhão), além de toda a parafernália utilizada na preparação da droga, na ótica do uso e re-uso, não foi devidamente contemplada, principalmente considerando as várias formas de transmissão das doenças veiculadas pelo sangue.

4. Uso do PRD

Quanto ao uso dos serviços do PRD, cerca de 40% não fez uso na vida podendo representar, portanto, uma parcela de indivíduos recentemente acessados pelos PRD. De fato, embora realizado em apenas uma cidade, o método de captura e recaptura aponta para uma maior adesão dos UDI na fase de recaptura, quando a amostra foi maior comparativamente à 1ª fase. A pesquisa parece ter contribuído para aumentar o acesso dos UDI ao PRD. Vale ressaltar que, no estudo qualitativo, depoimentos referentes aos marcadores de uso dos PRD representados pelo acesso ao kit, acesso a informações por meio do desenvolvimento de uma relação mútua de confiança e do reconhecimento do "saber" de quem traz novas informações reforçam a idéia de uma construção mútua das relações sociais, contribuindo para melhor adesão dos UDI aos projetos de redução de danos. Um contraponto a esta observação foram os depoimentos nomeando o PRD como uma "campanha", termo em latim, curiosamente militar, definido como "uma série de operações militares que visam à consecução de um objetivo definido, em determinada época, numa mesma área geográfica". Portanto, a noção de um limite temporal das ações dos PRD devem ser repensadas, no sentido de se estabelecer programas contínuos de redução de danos.

Recomenda-se que seja dada uma especial atenção à manutenção das iniciativas de Redução de Danos, no sentido de se prevenir soluções de continuidade junto às comunidades de UDI, objetivando aumentar e melhorar o acesso contínuo destes indivíduos, além da incorporação das diretrizes de redução de danos às rotinas de trabalho de profissionais na área de saúde.

5. Condições de saúde e vida dos entrevistados

5.1 Condições de saúde

Os dados convergem para uma situação precária de saúde destes UDI. É interessante notar que para aqueles que precisaram de algum tipo de tratamento de saúde, cerca de 80% relatou ter conseguido. Entretanto, não foi objeto da pesquisa as questões relativas ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. Informações mais detalhadas principalmente categorizadas por PRD, tipo e tempo de tratamento recebidos serão analisadas, posteriormente, antes de se concluir a respeito deste achado.

Com relação ao tratamento específico para o uso indevido de drogas, os percentuais foram de 23%, bastante semelhante a outros estudos, justificando portanto as ações de campo, à medida que o acesso aos UDI em tratamento não é total.

O estudo qualitativo apontou uma grande preocupação dos UDI pela "boa" alimentação, além de relatos da incompatibilidade do uso de medicamentos, principalmente os anti-

retrovirais e o uso de drogas. Estas questões podem contribuir para a discussão de uma redefinição do conceito de redução de danos, especificamente para esta população, à medida que uma alimentação balanceada, associada ao adequado uso de medicamentos, contribuirá para uma melhoria da qualidade de vida e saúde destes UDI, sem mencionar as questões relativas ao aumento das probabilidades de aparecimento de resistência do HIV aos anti-retrovirais nos UDI com HIV ou aids.

Recomenda-se uma discussão ampla para uma redefinição dos conceitos de redução de danos, pela sensibilização e abordagem mais global ao UDI, feita pelos serviços de saúde, incluindo os membros dos PRD, após um processo de capacitação específico nesta área.

Com relação à preocupação e testagem pelo HIV, ambas as metodologias apontam para a mesma direção. Embora a percepção de risco dos UDI encontre-se ligada ao universo da drogadição (risco de overdose e risco da violência), existe uma grande preocupação com a infecção pelo HIV e outras doenças, como mostrado no estudo qualitativo.

O estudo epidemiológico mostra que cerca de 70% dos UDI entrevistados já pensaram em se testar para o HIV. No entanto, de todos que responderam, cerca de 61% presumivelmente não conhecem sua condição sorológica por não terem se testado e/ou por terem se testado e não procurado os resultados.

É preocupante, como revelado pelo estudo qualitativo, o desconhecimento entre os UDI das possibilidades de reinfecções com os diferentes subtipos de HIV. Situação também precaríssima foi detectado na abordagem das outras doenças veiculadas pelo sangue como as hepatites B e C e o HTLVI/II, além do conhecimento distorcido das possíveis doenças transmitidas por esta via.

Recomenda-se uma discussão ampla das questões de saúde deste grupo, com sensibilização e treinamento específico dos membros do PRD e todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao UDI, objetivando capacitá-los no conhecimento, informação e prática das doenças veiculadas pelo sangue, enfocando principalmente nas normas de biossegurança, centros de testagem anônima e centros de tratamentos para o HIV/aids.

5.2 Condições de vida

Foi encontrada uma alta prevalência de desemprego (82%), e um terço dos UDI ficaram sem moradia no último ano. Algum tipo de assistência social foi relatado em menos de um quinto dos participantes. História de contravenções foi freqüente, com relatos de uma ou mais detenções em cerca de 70% dos entrevistados, na vida. Os motivos das condenações foram variados, mas, via de regra, eram relacionados ao furto, roubo, assalto e porte ou tráfico de drogas.

O estudo qualitativo aponta a violência como um núcleo importante na percepção de risco destes UDI.

Todo este quadro de vulnerabilidade aponta para uma ampliação dos serviços de atendimento a esta população, alargando os horizontes do processo saúde-doença, incluindo a saúde mental, e ascendendo das ações de saúde para outras áreas como a

justiça, o serviço social, a área de direitos humanos, no sentido de resgatar a cidadania destes indivíduos, profundamente marginalizados pela sociedade.

Recomenda-se uma ampla articulação com todos os setores anteriormente relacionados.

6. Comportamento sexual

Observa-se a existência de uma importante atividade sexual entre os UDI. Um terço deles relatou relações sexuais com outros homens alguma vez na vida. A idade da primeira relação sexual para as atividades heterossexuais foi mais cedo do que as relações homossexuais masculinas (13,7 e 16,1 anos, respectivamente). Chama atenção a idade mínima de início de ambas as atividades, respectivamente 5 e 8 anos.

As doenças sexualmente transmissíveis foram relatadas em cerca de 13% dos UDI nos últimos seis meses. Deve-se ressaltar que estes indicadores podem estar subestimados, principalmente devido às formas clínicas assintomáticas.

A freqüência de uso de preservativos variou com a preferência sexual relatada pelos entrevistados e o número de parceiros. Nos UDI que relataram relações heterossexuais, os parceiros eram proporcionalmente em menor número e a freqüência de uso de preservativos era relativamente menor. Para UDI que relataram relações homossexuais, os parceiros eram proporcionalmente em maior número, e o uso de preservativos era relativamente maior. Foi relevante, nos últimos, a prática de troca de sexo por drogas, em torno de 50%.

O estudo qualitativo enfatiza as questões sexuais no estabelecimento de redes de uso e na percepção de risco para contrair HIV e nas questões sobre prevenção, realçando o não-uso de preservativos e as dificuldades relacionadas a este fato, especialmente quando sob o efeito da droga.

Recomenda-se intensificação dos esforços no sentido de aprimorar e/ou facilitar o conhecimento e a prática de uso de preservativos nesta população.

7. Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLVI/II

A soroprevalência encontrada para o HIV foi de 52,5% e para o HTLV de 18%, sendo 17% indeterminados. De acordo com os PRD, a soroprevalência variou: 21,1%, em Sorocaba (SP); 46,7%, em São Paulo (SP); 48,5%, em Porto Alegre (RS); 64,4%, em São José do Rio Preto e 78.0%, em Itajaí (SC).

Uma independência de associações com conhecidos fatores de risco para estas infecções foi observada nas análises univariadas, exceto para o comportamento sexual. Os UDI que relataram relações sexuais com outro homem tinham, respectivamente, 3 a 5 vezes mais chance de ser HIV soropositivo quando comparados com os outros UDI, respectivamente na vida ou nos últimos seis meses.

Quanto à hepatite C, os testes estão sendo processados e breve os resultados serão disponibilizados, como explicado no estudo sorológico.

Vale ressaltar o depoimento de alguns UDI no estudo qualitativo, afirmando da "chegada" tardia das ações de reduções de danos.

Baseado na soroprevalência de cerca de 50%, muito se tem a fazer objetivando a prevenção de novas infecções e novas reinfecções neste grupo. No entanto, deve ser observado que o desenvolvimento de ações preventivas em contextos de epidemias maduras (de longo curso e taxas elevadas de infecção) pode se revelar frustrante, dado que não é possível reproduzir o sucesso alcançado em contextos em que estas intervenções ocorreram de forma ampla e precoce. Esta linha de argumento vem sendo profundamente discutida no contexto da redução de danos, quando se tem questionado, em alguns locais, a real efetividade do programa de troca de seringas.

A soroprevalência do vírus da hepatite C, vírus com potencial de transmissão mais eficaz que o HIV, possibilitará desenhar projetos de avaliação da efetividade de medidas de intervenção nesta área. Não resta dúvida, entretanto, que o aumento da oferta de agulhas e seringas constitui, até o momento, um componente essencial da prevenção à disseminação do HIV/aids e outras doenças veiculadas pelo sangue, embora também não haja dúvida de que esta iniciativa deva ser obrigatoriamente acoplada a uma ampla oferta de informações sobre sexo, tratamento clínico e psicoterápico dirigido aos UDI e seus parceiros.

8. Padronização dos testes sorológicos

O teste piloto para HIV-1/2 apresentou 100% de concordância entre os resultados de papel de filtro e os do soro/plasma, e os testes para HIV-1/2 de 285 UDI apresentaram 98,59 % de concordância com os dois conjuntos diagnósticos usados (Sanofi-Pasteur® e Abbott®). Os resultados para HTLV-I/II mostraram que 18,0% dos UDI testados eram positivos, 17,0% eram indeterminados e 65,0% eram negativos. A taxa de positivos no teste de ELISA foi aproximadamente 18 vezes maior do que aquela encontrada em doadores de sangue aptos na triagem clínica (em torno de 1%).

Os testes para HCV (Ortho®) e HBV (HBsAg, Abbott®) em papel de filtro, seguindo a bula para testes no soro ou plasma, apresentaram 100% de resultados falso-positivos nos ensaios de padronização. Portanto, os resultados obtidos com esses testes em amostras de UDI não puderam ser analisados. No momento estão também sendo estudadas modificações na metodologia inicial para HCV e HBsAg, tentando otimizá-las para uso em papel de filtro.

Os resultados dos testes de controles positivos e negativos para HCV usando a metodologia de microelisa (Umelisa HCV®, Cuba) em papel de filtro mostraram concordância de 100%. Serão testadas as amostras dos UDI, bem como de controles adicionais, usando este conjunto diagnóstico.

Recomenda-se, portanto, até o momento, o uso da metodologia de coleta em papel de filtro para estudos de campo, para o HIV, HTLV e hepatite C.

9. Estimação do número de UDI clientes de um PRD

A metodologia de captura?recaptura proposta mostrou? se uma ferramenta eficiente e

flexível no cálculo da estimativa do número total de UDI freqüentadores do PRD em Porto Alegre (RS). Associado à determinação sorológica do HIV e outras infecções provenientes do compartilhamento dos equipamentos de injeção, estes modelos poderão contribuir de forma substancial para o melhor entendimento da participação deste grupo de risco na epidemia de outras doenças relacionadas ao uso de drogas injetáveis, como a aids, hepatites B e C e HTLV I e II.

A qualidade da estimação poderia ser melhorada pela ampliação do número de ocasiões de captura e do tempo entre estas ocasiões (capturas múltiplas). Neste caso, modelos mais elaborados como Mbr, Mtb, Mth e Mtbh, poderiam ser empregados. Estes fatores possivelmente também afetariam o efeito da remuneração oferecida aos entrevistados pelas respostas ao questionário, aproximando mais da aleatoriedade a entrada dos indivíduos no sistema.

Como uma contagem exata dos UDI é bastante pouco provável de ser conseguida, esta técnica se mostrou adequada, sendo recomendada, desde que seguidos os padrões metodológicos propostos.

Recomenda-se o uso da técnica de captura e recaptura principalmente onde se busca estimar o número de UDI clientes de um PRD, objetivando orientar estratégias de intervenção e alocação de recursos para esta área.

I - Dos Objetivos Propostos pelo Projeto **II - Da Operacionalização do Projeto**

III - Das Estratégias de Redução de Danos **IV - Considerações Finais**

Anexo 1

Estudo Epidemiológico Fase 1

Consentimento

Livre e Esclarecido

Entrevista

Manual de Instrução

PROJETO AjUDE-Brasil

Coordenação Nacional DST/AIDS e Faculdade de Medicina - UFMG

ENTREVISTA PARA OS FREQÜENTADORES DOS PRDs

PROJETO AjUDE-Brasil Coordenação Nacional DST/AIDS e Faculdade de Medicina - UFMG ENTREVISTA PARA OS FREQÜENTADORES DOS PRDs

INTRODUÇÃO: Entrevistador, convide o freqüentador do PRD para participar do projeto e ofereça para leitura ou leia para ele(a) CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. A SEGUIR PREENCHA SEM PERGUNTAR DE I-2 A I-11. I-1.

Etiqueta:

I-2. Data: ___ ___/ ___ ___/ ___ ___ Horas: __:__ h

I-3. PRD/Cidade:_____ _____ [ ][ ]

I-4. Iniciais do nome completo do entrevistador: _____[ ]

I-5. Local da entrevista: Sede do PRD..... 1

Local público (rua)..... 2

Casa do redutor..... 3

Casa do UDI..... 4

Outro_____ 5 [ ]

I-6. Local ou área de atuação do PRD: _____ [ ]

I-7. O entrevistado aceitou participar?

Sim.....1 Vá para a questão I-9

Não.....2 Vá para a questão I-8

I-8. Qual o motivo 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

I-9. Qual o sexo do(a) entrevistado(a)? (Preencha sem perguntar)

Sexo feminino..... 1

Sexo masculino..... 2

Não sabe dizer..... 3

I-10. Qual a idade aproximada do(a) entrevistado(a)? (Preencha sem perguntar)

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 sabe..... 0

I-11. Qual a opção que descreve melhor a cor de pele do(a) entrevistado(a)?

Branca.....1

Mulato.....2

Preta.....3

Amarelo.....4

Outra: _____5

[ ] Não respondeu.....9

Entrevistador: PARA AQUELES QUE SE NEGARAM A PARTICIPAR,
A ENTREVISTA ENCERRA AQUI.
AGORA VOCÊ DEVE LER CADA PERGUNTA E CADA OPÇÃO,
EXCETO QUANDO ESPECIFICADO

II-1. Qual é o dia, mês e ano de seu nascimento?___ ___/___ ___/___ ___

II-2 Qual cidade e estado que você nasceu?_____

Cidade[ ] _____Estado[ ]

II-3. Qual é sua idade? _____ anos

II-4. Qual a sua principal ocupação nos últimos 6 meses? _____ 1

[ ] Não tem 2

Não respondeu 9

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

Emprego com salário mensal..... 1

Trabalhos temporários com salário..... 2

Faz bicos..... 3

Qual? _____ [ ]

Outra:_____ 4

Não respondeu..... 9

II-6. Você sabe ler? Sim..... 1

Não..... 2

Não respondeu..... 9

II-7. Até que série você estuda ou estudou?

Sim.....1 ____ série ____ grau

[ ] Não estudou..... 2

Outros..... 3

Qual? _____ [ ]

II-8. Qual seu município de residência? _____ [ ]

II-9. Há quanto tempo mora neste município? _____ [ ]

II-10. Em que bairro você mora? _____ [ ]

II-11. Qual o seu estado civil? Solteiro(a)..... 1

Casado(a) ou vive com alguém..... 2

Separado(a)/Divorciado(a)..... 3

Viúvo(a)..... 4

Não respondeu..... 9

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

Não sabe 00

Não se aplica.....88

Não respondeu 99

II-12. Quantos irmãos e irmãs vivos você tem? _____

II-13. Quais são as duas primeiras letras de seu primeiro nome?_____

II-14. Quais são as duas primeiras letras do seu segundo nome?_____

II-15. Quais são as duas primeiras letras de seu último nome?_____

II-16. Quais são as duas primeiras letras do primeiro nome de sua MÃE? _____

II-17. Quais são as duas primeiras letras do último nome de sua MÃE? _____

II-18. Quais são as duas primeiras letras do primeiro nome de seu PAI? _____

II-19. Quais são as duas primeiras letras do último nome de seu PAI? _____

II-20. Qual seu(a) artista preferido(a)? _____[ ]

II-21. Você já respondeu a este questionário?

Sim..... 1

Quando?_____ [ ]

Não..... 2

Não respondeu..... 9

III-1. Quantos anos você tinha quando injetou drogas pela primeira vez? _____ anos

III-2. Que droga você injetou pela primeira vez?

Entrevistador: Para as questões abaixo, para cada droga pergunte A; se sim, pergunte B usando os CÓDIGOS abaixos:

Mês:

1a 3 vezes por mês..... 1

Semana: 1 vez por semana..... 2

2 a 4 vezes por semana..... 3

5 a 6 vezes por semana..... 4

Dia: Todos os dias, 1 vez por dia..... 5

Todos os dias, 2 a 3 vezes por dia..... 6

Todos os dias, mais de 3 vezes por dia..... 7

Outra (Especificar no local)..... 8

Não se aplica..... 88

Não respondeu..... 99

Não sabe..... 00

IV-AGORA VOU PERGUNTAR SE NOS ÚLTIMOS 6 MESES (Entrevistador: diga o mês e ano ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) VOCÊ ...

	A: Usou....			B:Quantas vezes (por dia, Semana ou mês) você usou?
IV-3. Maconha?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-4. Crack?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-5. Cocaína cheirada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-6. Cocaína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-7. Cocaína e heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-8. Heroína cheirada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-9. Heroína fumada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-10. Heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-11. Anfetamina oral?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-12. Anfetamina injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-13. Tranquilizante oral?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-14. Tranquilizante injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-15. Bebidas alcoólicas (circule qual): Pinga, rum, uísque, vinho, cerveja? Outra: [ ] Se sim , quantos copos de cada vez?___ Copos (1 garrafa=4 copos)	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-16. Outra droga? Via:	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-17. Outra droga? Via:	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___

IV-18. Nos últimos 6 meses (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses), na maioria das vezes, onde você se injetou? Cite pelo menos dois locais (Exemplos: lugar onde mora, rua, casa abandonada, local específico para injetar, etc...) _____ [ ]

_____ [ ]

IV-19. Juntando todos os meses, nos últimos 6 meses, quantos meses no total você se injetou? _____ meses

IV-20. Nos últimos 6 meses, quais os dias da semana que você prefere se injetar (se necessário, marque com X)?

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado	Domingo
1. Sim							
2. Não							
3. Outra:	_____ [ ]						
8. Não se aplica	_____						
9. Não respondeu	_____						

V- NOS ÚLTIMOS 6 MESES (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) COMO VOCÊ TEM CONSEGUIDO AGULHAS E SERINGAS PARA SE INJETAR?

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu
V-1. Ganhou de amigos ou conhecidos?	1	2	8	9
V-2. Comprou em farmácias ou outras casas comerciais?	1	2	8	9
V-3. Ganhou em hospitais ou centros de saúde?	1	2	8	9
V-4. Ganhou de agentes/redutores do projeto?	1	2	8	9
V-5. Conseguiu de outras formas? Qual? _____ [ ]	1	2	8	9

V-6. Nos últimos 6 meses (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) onde 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, MESMO QUE UMA VEZ, VOCÊ JÁ ...

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu
V-7. Deu agulhas/seringas que você usou para outra pessoa usar				
Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9
No último mês?	1	2	8	9
V-8. Recebeu e usou agulhas/seringas usadas por outra pessoa				
Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9
No último mês?	1	2	8	9
V-9. Limpou suas agulhas/seringas com alguma substância?				
Alguma vez em sua vida?				
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9
No último mês?	1	2	8	9
Se sim, qual(is)?_____	1	2	8	9
V-10.Usou os serviços deste PRD?				
Se sim, há quanto tempo?____dias___meses	1	2	8	9

VI- AGORA VOU PERGUNTAR SE NO ÚLTIMO MÊS (Entrevistador: diga o mês equivalente ao período anterior a 1 mês) VOCÊ USOU...

	A: Usou....		
VI-1. Maconha?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-2.Crack?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-3.Cocaína cheirada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-4.Cocaína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-5.Cocaína e heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-6.Heroína cheirada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-7.Heroína fumada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-8.Heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-9Anfetamina oral?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-10.Anfetamina injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-11.Tranquilizante oral?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-12.Tranquilizante injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-13.Bebidas alcoólicas (circule qual): Pinga, rum, uísque, vinho, cerveja? Outra: _____ Sem sim , quantos copos de cada vez? _____ Copos(1 garrafa = 4 copos)	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-14.Outra droga? _____	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu

VI-14.Outra droga? _____ Via: _____	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-15. Outra droga? _____ Via: _____	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu

VI-16. No último mês (Entrevistador: diga o mês equivalente ao período anterior a 1 mês), na maioria das vezes, onde você se injetou? Cite pelo menos dois locais (Exemplos: lugar onde mora, rua, casa abandonada, local específico para injetar, etc...)

_____ [ ]

_____ [ ]

VI-17. Juntando todos os dias, no último mês, quantos dias totais você se injetou? _____ dias

VI-18. Qual foi a última droga que você injetou?

_____ [ ]

VI-19. No último mês (Entrevistador: diga o mês equivalente ao período anterior a 1 mês) onde você deixou suas seringas e agulhas usadas? Cite pelo menos dois locais (Exemplo: rua, lixo, local onde se injeta, com o redutor, etc...)

_____ [ ]

_____ [ ]

VII- AGORA VOU PERGUNTAR DE ALGUMAS CONDIÇÕES DE SUA VIDA NO ÚLTIMO ANO (Entrevistador: diga o mês equivalente ao período anterior a 12 meses) VOCÊ....

VII-1. Ficou desempregado por algum período?	1	2	9
VII-2. Tem recebido alguma ajuda ou assistência social?	1	2	9
VII-3. Ficou sem local para morar? Se sim, onde ficou morando?_____ [ ]	1	2	9
VII-4. Procurou formas de algum tratamento de saúde?	1	2	9
Se sim, chegou a se tratar?	1	2	9
Qual tratamento?_____ [ ]			
Onde foi? _____ [ ]			
VII-5. Tem fumado cigarros?			
Se sim: quantos cigarros por dia?_____ _____ cigarros/dia	1	2	9
VII-6. Com relação ao teste do HIV:			
Não pensou em fazer?	1	2	9
Pensou em fazer, mas não fez?	1	2	9
Pensou em fazer e fez?	1	2	9
Fez e procurou resultado?	1	2	9
Fez e não procurou o resultado?	1	2	9
VII-7. Procurou formas de tratamento de drogas?	1	2	9
Se sim, você chegou a se tratar?	1	2	9
Onde foi?_____ [ ]			
Quantas vezes_____ _____ _____ [ ]			
Por quanto tempo? _____ meses [ ]			

VOCÊ JÁ ...

	Sim	Não	Não respondeu
VII-8. Foi detido ou preso pela polícia, incluindo detenção quando menor? Alguma vez em sua vida? Se sim: quantas vezes?	1	2	9
Nos últimos 6 meses? Se sim: quantas vezes? _____	1	2	9
No último mês? Se sim: quantas vezes? _____	1	2	9
VII-9. Cumpriu pena ou foi condenado? Se sim, você poderia dizer porque? _____ Por quanto tempo?_____ meses	1	2	9

VIII- AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL

VIII-1. Você já teve relação sexual alguma vez em sua vida? (Entrevistador: relação sexual deve ser entendida como uma relação em que há penetração vaginal ou anal).

Sim.....1
Não.....2
Se NÃO, encerrar e ir para IX-1
Não respondeu.....9
Não sabe 0
Se NÃO SABE, encerrar e ir para IX-1

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

Não sabe..... 00
Não se aplica..... 88
Não respondeu..... 99

VIII-2. Quantos anos você tinha em sua primeira relação sexual? _____ anos

VIII-3. Quantos anos você tinha em sua última relação sexual? _____ anos

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

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

Nos últimos 6 meses (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) você teve alguma doença ou sintoma de doença transmitida através de relações sexuais tais como:

	Sim	Não	Não respondeu
VIII-4. Feriados nos órgãos sexuais, tipo sífilis, herpes, condiloma ou crista de galo, cancro mole ou cavalo e bubão?	1	2	9
VIII-5.Corrimentos nos órgãos sexuais (uretrais ou vaginais) tipo gonorréia, blenorragia, tricomoníase?	1	2	9

VIII-6. Nos últimos 6 meses, (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) você teve relação sexual com pessoas do sexo oposto (Entrevistador: para homens perguntar com mulheres, para mulheres perguntar com homens)?

Sim.....1
Não.....2 Se NÃO: HOMEM ir para VIII-15;
MULHER ir para IX-1
Não respondeu...9 Se NÃO: HOMEM ir para VIII-15;
MULHER ir para IX-1

VIII-7. Pensando em todas as vezes que você teve relações sexuais nos últimos 6 meses você diriaque elas foram....

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

VIII-8. Falando das pessoas que você teve relações sexuais nestes últimos 6 meses, elas foram:

Somente uma pessoa..... 1
A maioria das vezes foi a mesma pessoa..... 2
A maioria das vezes foi com pessoas diferentes..... 3
Todas as vezes foram com pessoas diferentes..... 4
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9
Não sabe..... 0

VIII-9. Nos últimos 6 meses, durante as relações sexuais que você teve, você usou preservativos:

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

VIII-10. 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

AGORA GOSTARIA DE SABER ALGUMAS COISAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL NO ÚLTIMO MÊS.

VIII-11. No último mês, (Entrevistador: diga o mês equivalente ao período anterior a 1 mês) você teve relação sexual com pessoas do sexo oposto (Entrevistador: para homens perguntar com mulheres, para mulheres perguntar com homens)?

Sim.....1
Não.....2 Se NÃO: HOMEM ir para VIII-15;
MULHER ir para IX-1
Não respondeu..9 Se NÃO: HOMEM ir para VIII-15;
MULHER ir para IX-1

VIII-12. Falando das pessoas que você teve relações sexuais neste último mês, elas foram:

Somente uma pessoa..... 1
A maioria das vezes foi a mesma pessoa..... 2
A maioria das vezes foi com pessoas diferentes..... 3
Todas as vezes foram com pessoas diferentes..... 4
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9
Não sabe..... 0

VIII-13. No último mês, durante as relações sexuais que você teve, você usou preservativos:

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

VIII-14. No último mês, 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

Entrevistador: Esta perguntas só devem ser feitas para homens. Para mulheres vá para IX-1

VIII-15. Alguma vez na vida, você teve relações sexuais com outro homem?

Sim.....1
Não.....2 Se NÃO, ir para IX-1
Não respondeu.....9 Se NÃO RESPONDEU, ir para IX-1

VIII-16. Quantos anos você tinha em sua primeira relação sexual com outro homem?_____ anos

VIII-17. Quantos anos você tinha em sua última relação sexual com outro homem?_____ anos

AGORA GOSTARIA DE SABER ALGUMAS COISAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL NOS ÚLTIMOS 6 MESES (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses).

VIII-18. Nos últimos 6 meses, quantas vezes que você teve relações sexuais com outros homens?

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

VIII-19. Falando dos homens que você teve relações sexuais nestes últimos 6 meses, eles foram:

Somente um..... 1
A maioria das vezes foi somente um..... 2
A maioria das vezes foi com homens diferente..... 3
Todas as vezes foram com homens diferentes..... 4
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9
Não sabe..... 0

VIII-20. Durante as relações sexuais que você teve com outros homens você usou preservativos?

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

Não sabe..... 0 VIII-21. Nos últimos 6 meses, você teve relações sexuais com outros homens para obter drogas (sexo em troca de drogas ou dinheiro para comprar drogas)?

Sim..... 1
Não..... 2
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9

FALANDO AGORA DE SUAS RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS NO ÚLTIMO MÊS (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 1 mês).

VIII-22. Você teve relação sexual no último mês com outros homens?

Sim.....1
Não.....2 Se NÃO ir para IX-1
Não respondeu..... 9 Se NÃO RESPONDEU, ir para IX-1

VIII-23. Falando dos homens que você teve relações sexuais neste último mês, eles foram:

Somente um 1
A maioria das vezes foi somente um..... 2
A maioria das vezes foi com homens diferentes..... 3
Todas as vezes foram com homens diferentes..... 4

Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9
Não sabe..... 0

VIII-24. Durante as relações sexuais que você teve com outros homens você usou preservativos?

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
Não sabe..... 0

VIII-25. No últimos mês, você teve relações sexuais com outros homens para obter drogas (sexo em troca de drogas ou dinheiro para comprar drogas)?

Sim..... 1
Não..... 2
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9

IX-1. Entrevistador: a entrevista termina aqui. ANTES PORÉM:

1. AGRADEÇA AO ENTREVISTADO PELA PARTICIPAÇÃO;

2. VERIFIQUE SE A COLETA DE SANGUE FOI FEITA ADEQUADAMENTE;

3. ENTREGUE O TÍQUETE ALIMENTAÇÃO;

4. CONTINUE PREENCHENDO O RESTANTE DO QUESTIONÁRIO.

Horas:___:____ h

IX-2. Em sua opinião, o candidato foi entrevistado antes?

Sim..... 1
Não..... 2
Não estou certo..... 3

IX-3. O sangue do entrevistado foi coletado?

Sim, as duas cartelas..... 1
Sim, uma cartela..... 2
Por quê?_____[ ]
Não..... 3
Por quê?_____[ ]

IX-4. Foi dado ao entrevistado o tíquete alimentação referente à entrevista e coleta de sangue?

Sim..... 1
Não..... 2
Por quê?_____[ ]

IX-5. Gostaria de fazer algum comentário ou sugestão?

_____ [ ]

_____ [ ]
_____ [ ]
_____ [ ]
_____ [ ]
_____ [ ]
_____ [ ]
_____ [ ]

Instruções Gerais

Como Proceder na Entrevista do Projeto AjUDE-Brasil

1 - Como abordar o entrevistado?

• Entrevistador: convide o freqüentador do PRD para participar da pesquisa.

• Fale sobre a importância de sua participação.

• Reforce que a entrevista é anônima e em hipótese alguma ele será identificado. Ele apenas rubricará o Consentimento Livre e Esclarecido e em nenhum momento será pedido seu nome ou outra característica que permita identificá-lo.

• Leia ou ofereça para a leitura o termo de consentimento livre e esclarecido. O entrevistado que concordar deve rubricar o Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma cópia será lacrada em envelope pequeno que será 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.

• Caso ele pergunte se terá acesso ao exame de sangue, explique que por constituir-se de uma entrevista sem identificação não será possível informá-lo sobre o resultado do exame. Indique ao entrevistado, caso seja de seu interesse, lugares que ele poderia fazer estes mesmos exames.

• 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 todos os campos, 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, assim facilita a compreensão do entrevistado.

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

• É importante frisar que não queremos nomes, mas apenas iniciais, e que informações tais como data de nascimento, ocupação, escolaridade e bairro onde reside não serão utilizadas para identificá-lo, mas apenas para caracterizar os participantes do projeto.

4 - Terceira parte do questionário (PARTE III, IV, V VI)

Esta seção refere-se ao uso de drogas. Consta de informações, tais como idade de início, tipo e freqüência da droga usada nos últimos 6 meses e último mês, compartilhamento de agulhas/seringas.

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

• É importante frisar que na determinação da freqüência do uso de drogas, as opções devem ser lidas pausadamente, dando tempo para o entrevistado pensar.

5 - Quarta parte do questionário (PARTE VIII)

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, leia pausadamente, reforce se for necessário.

6 - Quinta parte do questionário (PARTE IX)

Estas questões são para o entrevistador preencher sem perguntar ao entrevistado. Elas objetivam confirmar se nenhum passo será 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.

• 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.

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 Fax: (031) 273-6309

Equipes dos PRD, a participação de vocês é fundamental para o bom desenvolvimento e o sucesso do projeto AjUDE-Brasil. 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 Fax: (031) 273-6309R

Supervisora de Campo

Aline Cristine Sousa Lopes
Faculdade de Medicina da UFMG
Tel/fax: (031) 224-0911 Fax: (031) 273-6309

Assistente Administrativa

Adriana Chateubriand Monteiro
Faculdade de Medicina da UFMG
Tel/fax: (031) 224-0911 Fax: (031) 273-6309

Consentimento Livre e Esclarecido para Participar do Projeto: Estudo Quantitativo

Você está convidado(a) para participar, voluntariamente, do Projeto AjUDE-Brasil. Leia ou ouça atentamente as informações a seguir antes de dar o seu consentimento.

O Projeto AjUDE-Brasil tem como objetivo conhecer atitudes, hábitos e costumes dos freqüentadores dos PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS (PRD).

Caso você participe deste estudo, não haverá problema algum institucional ou legal, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Ministério da Saúde.

Ao concordar em participar você deverá:

1. Responder a uma entrevista ANÔNIMA E CONFIDENCIAL com perguntas sobre sua vida pessoal, comportamentos e problemas de saúde.

2. Permitir a coleta de uma pequena quantidade de sangue de seu 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, decorrente do seu tempo e suas despesas com transporte.

A entrevista deve durar em torno de 20 minut os e a coleta de sangue do dedo cerca de 5 minutos. O desconforto relacionado à coleta de sangue no dedo é mínimo e o risco relacionado a ela é menor do que aquele referente à coleta de sangue da veia. Todo o material usado é descartável.

Sua identificação será mantida como informação confidencial. Por se tratar de uma entrevista sigilosa e anônima que, em NENHUM momento você será identificado, as informações aqui obtidas não terão a possibilidade de qualquer identificação pessoal e, portanto, não será possível fornecer o resultado dos exames de sangue.

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

Em caso de dúvida, você poderá se comunicar com a Dra. Waleska T. Caiaffa, coordenadora deste projeto, na Faculdade de Medicina da UFMG, na Av. Alfredo Balena, 190, 10° andar, Belo Horizonte, Minas Gerais no telefone (031) 239-7263, ou também com a pessoa responsável pela coordenação deste PRD em sua cidade. Você também pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias, assim como recorrer a seu médico ou agente de saúde para maiores informações se assim entender.

Sua participação é totalmente voluntária e você poderá recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Independente de sua participação, você contará com o apoio deste PRD, no sentido de obter

orientação quanto à solicitação e encaminhamento para qualquer atenção médica ou laboratorial.

Sua autorização neste consentimento livre e esclarecido se dará unicamente com sua rubrica, não sendo necessário seu nome.

Eu.....(rubrica) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi as informações relativas a este estudo e que recebi instruções de que após rubricá-lo eu o dobrarei e colocarei em envelope que será lacrado na presença do redutor, que assinará atrás para garantir a confidencialidade.

Local:

Data: ___/___/___

Nome do entrevistador

_____

Assinatura do entrevistadorR

_____

Anexo 1 **Anexo 2** **Anexo 3** **Anexo 4** **Anexo5**

Créditos

Edição:

Coordenação Nacional de DST/Aids
Coordenador: Paulo R. Teixeira
Assessoria de Comunicação (ASCOM)
Responsável: Eliane Izolan

Editor: Dario Noleto
Revisora: Ana Paula Magalhães Penha e Nágila Rodrigues Paiva
Capa, projeto gráfico: Masanori Ohashy
Diagramação: Lúcia Helena Saldanha

Versão para a internet:
Direção: Daniel Lavenere
Web Design: Rafael Lavenère

Capítulo 1

II - Relevância e Justificativa

A caracterização epidemiológica e em profundidade dos UDI participantes dos Projetos de Redução de Danos, além da possibilidade do uso de técnicas de estimação do número de UDI numa comunidade, fornecerão subsídios para o melhor entendimento da participação deste grupo na epidemia não só da infecção pelo HIV e aids, mas também das hepatites B e C e do HTLV I e II. O conhecimento do perfil epidemiológico dos UDI é fundamental para se estabelecer a situação de base deste grupo para posteriores estudos de efetividade de medidas de intervenção.

Como uma contagem exata dos UDI é bastante pouco provável de ser conseguida, dados gerados a respeito desta população, incluindo UDI procedentes de vários locais e áreas geográficas diversas, certamente fornecerão meios de se conhecer melhor esta população.

Estudos sistemáticos no sentido de monitorizar os padrões e as tendências do uso de drogas injetáveis, em nível regional e em intervalos regulares, certamente contribuirão para o conhecimento de um provável aumento ou decréscimo dos UDI, além de possibilitar a detecção de alguma mudança substancial no comportamento desta população que, em última análise, contribuiria para orientar estratégias de intervenção e alocação de recursos para esta área.

I - O Projeto Ajude Brasil II - Relevância e Justificativa III - Objetivos

IV - Metodologia V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto

VI - Estratégias Adotadas no Projeto VII- Referências Bibliogficas

---

Capítulo 1

III - Objetivos

1. Objetivo Geral

Conhecer o perfil dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) participantes de cinco Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pelo Projeto Drogas & Aids da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids.

2. Objetivos Específicos

2.1. Caracterizar os UDI quanto ao perfil sociodemográfico, tais como: idade, sexo, procedência, cor de pele, profissão, escolaridade, estado civil e residência;

2.2. Descrever os padrões de comportamento com relação ao uso de drogas: idade de início, tipos de drogas usadas, freqüência de uso, formas de administração, compartilhamento de agulhas e/ou seringas;

2.3. Descrever e caracterizar as agulhas e/ou seringas com relação a: formas de obtenção, descarte e cuidados;

2.4. Descrever as condições de vida dos UDI tais como: desemprego, moradia, assistência social, detenções e condenações;

2.5. Descrever a morbidade dos UDI, tais como: tratamentos de saúde (incluindo tratamentos para o uso indevido de drogas), utilização dos serviços de saúde e testagem sorológica para o HIV;

2.6. Descrever os padrões de comportamento sexual, tais como: freqüência e práticas sexuais, parcerias, uso e freqüência de preservativos, doenças sexualmente transmissíveis;

2.7. Determinar a soroprevalência do HIV1/2, HTLVI/II, hepatite B, hepatite C;

2.8. Estimar a população de UDI e a soroprevalência do HIV, hepatite B e C, e HTLV I/II nesta população, a partir de uma técnica específica de estimação em uma localidade brasileira;

2.9. Conhecer, em profundidade, o nível de conhecimento, informação e percepção dos UDI com relação aos vários aspectos relacionados às práticas e às percepções de risco e de adoção de práticas seguras, percepções em relação à infecção pelo HIV e doenças sexualmente transmissíveis.

I - O Projeto Ajude Brasil **II - Relevância e Justificativa** **III - Objetivos**

IV - Metodologia **V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto**

VI - Estratégias Adotadas no Projeto **VII- Referências Bibliogficas**

Capítulo 1

IV - Metodologia

1. População estudada

Foi composta por indivíduos ³ 18 anos com história de uso de drogas injetáveis, recrutados pelos cinco Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pelo Projeto Drogas & Aids da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, localizados em cinco cidades brasileiras, no ano de 1998.

2. Amostra

2.1 Amostra da base quantitativa

Considerando a menor (20%) e a maior (66%) soroprevalência do HIV em UDI, descrita no Brasil (CARVALHO et al., 1997), um poder de detecção de 80 a 90%, nível de confiança de 95% e odds ratio igual a 2, estimou-se em aproximadamente 250 a 500 o número de UDI participantes da amostra aleatória simples total adequada para o estudo.

Em uma cidade brasileira foi aplicada a técnica da captura e recaptura, muito utilizada para populações de difícil acesso (ABENI et al., 1994; MASTRO et al., 1994; CAIAFFA et al., 1998) para possibilitar a estimação do tamanho da população de UDI clientes do PRD local.

2.2 Amostra da base qualitativa

A definição do universo amostral na pesquisa qualitativa não se baseou em critério de representatividade numérica, mas no de representatividade quanto à presença cultural e à partilha de vivências consideradas fundamentais ao problema que se propõe investigar. Assim, não se definiu um "tamanho amostral", mas um grupo de indivíduos considerados "competentes" para retratar, por meio de depoimentos, as vivências, significados, valores e comportamentos de determinado grupo social. Considerou-se que cerca de quatro entrevistas realizadas em cada PRD seria suficiente para a configuração de regularidades e delineamento de um contexto biográfico adequados para a análise qualitativa.

3. Comitê de Ética

A pesquisa obedeceu às orientações da Resolução nº 196/96 e normativas éticas da

Declaração de Helsinki, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº ETIC 056/98).

4. Instrumentos de Coleta

Os instrumentos de coleta e seus respectivos manuais estão nos Anexos 1, 2, 3 e 4.

4.1 Base Quantitativa

4.1.1 Entrevista

Previamente testada em estudo-piloto com o devido manual de instrução (Anexo 1 e 2), a entrevista consta dos seguintes documentos: consentimento livre e esclarecido e questionário codificado, abrangendo os tópicos descritos nos objetivos específicos. Importante salientar a garantia do anonimato aos participantes, utilizando a técnica do anonimato não vinculado.

Para cumprir com o objetivo 2.8, referente à estimação dos clientes UDI de um PRD e cuja metodologia está descrita no Capítulo 3, foi criado um segundo questionário contendo perguntas comuns identificadoras com o respectivo consentimento livre esclarecido e manual de instrução (Anexo 2).

4.1.2 Sorologia

Para os UDI que consentiram em participar da pesquisa foi coletada amostra de sangue da polpa digital em papel de filtro.

A técnica da coleta de papel de filtro foi padronizada no Laboratório do Hemominas, em Belo Horizonte, e o processamento das amostras coletadas no campo foi efetuado no mesmo laboratório, a partir do fornecimento dos kits imunoenzimáticos, realizado pela Assessoria Técnica da Unidade de Laboratório da CN-DST/AIDS.

O material coletado em campo foi enviado pelo correio junto com o material das entrevistas para o centro de informação do projeto, localizado nas dependências do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da UFMG.

A metodologia e os resultados desta parte da investigação encontram-se no Capítulo 2 e no Anexo 4.

4.2 Base Qualitativa

Foi desenvolvido instrumento próprio para a coleta dos dados qualitativos, que constou de consentimento livre e esclarecido com garantia de anonimato do depoente. O instrumento consistiu de uma entrevista de caráter semi-estruturado, contendo perguntas sobre a percepção dos UDI quanto ao uso de drogas (práticas de uso e vivências de rede), práticas de risco para a infecção pelo HIV e DST e, possibilidade de mudanças de comportamento (Anexo 3).

A metodologia e os resultados desta parte da investigação encontram-se no Capítulo 7.

I - O Projeto Ajude Brasil **II - Relevância e Justificativa** **III - Objetivos**

IV - Metodologia **V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto**

VI - Estratégias Adotadas no Projeto **VII- Referências Bibliogficas**

I - O Projeto Ajude Brasil II - Relevância e Justificativa III - Objetivos

IV - Metodologia V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto

VI - Estratégias Adotadas no Projeto VII- Referências Bibliogficas

---

Capítulo 1

V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto

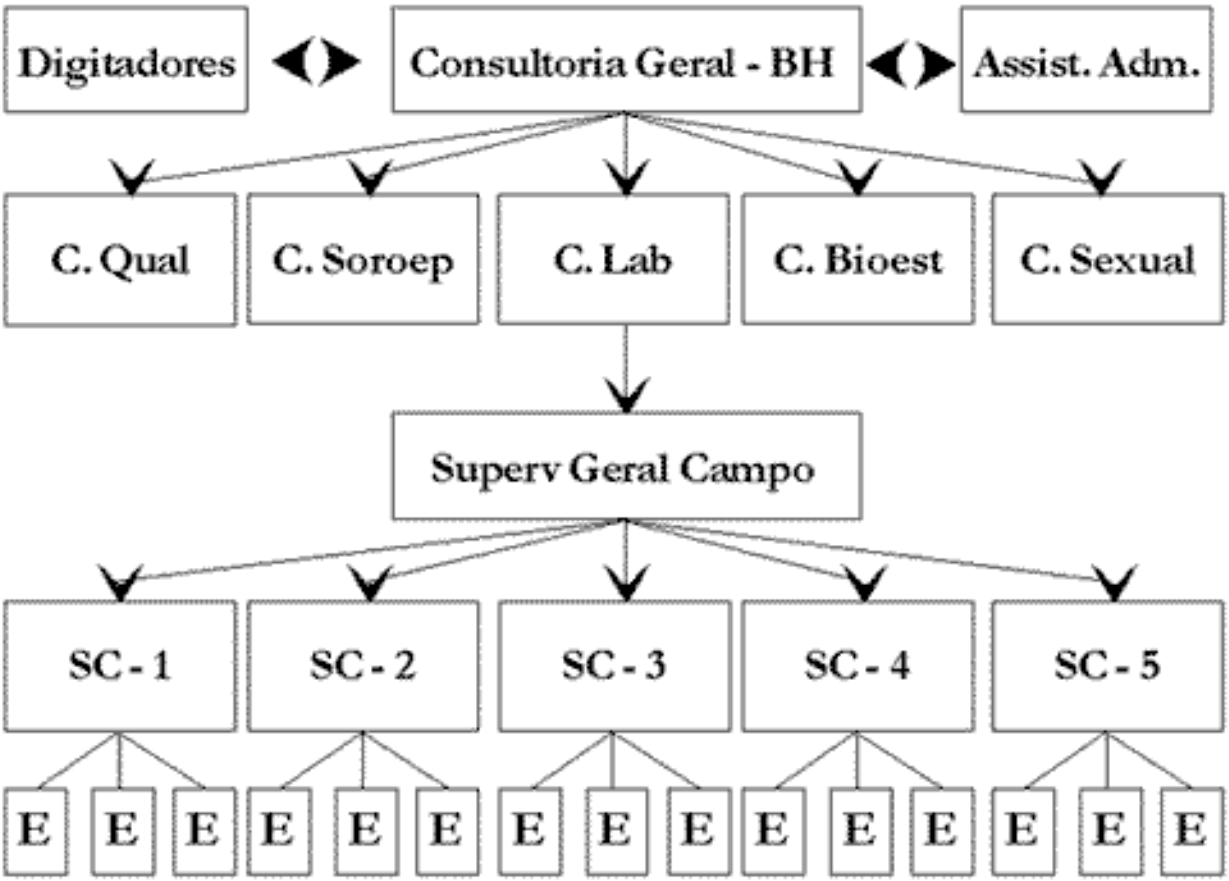
Este projeto teve como parcerias fundamentais os Projetos de Redução de Danos (PRD), apoiados pelo Projeto Drogas & Aids da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids. A inclusão dos Projetos de Redução de Danos na pesquisa foi baseada em critérios tais como o número de UDI atendidos, presença de estrutura física e recursos humanos que permitiriam a operacionalização do projeto, além da fundamental disponibilidade, motivação e interesse do PRD para participar.

Foram os seguintes PRD e suas cidades integrantes deste projeto: PRD Porto Alegre (RS), PRD Itajaí (SC), PRD Sorocaba (SP), PRD Apta (SP), PRD São José do Rio Preto (SP).

A coleta de dados foi efetuada em cada PRD e os dados da pesquisa ficaram centralizados na Faculdade de Medicina da UFMG, no Departamento de Medicina Preventiva, Grupo de Pesquisas em Epidemiologia (GPE).

Foram várias as instituições e os cientistas envolvidos nesta investigação: cientistas pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Medicina Preventiva e Social e Departamento de Estatística; cientista pesquisadora da Fundação Hemominas do Laboratóriode Pesquisa; cientistas pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz; cientista pesquisador da Johns Hopkins School of Public Health, Departamento de Epidemiologia; além dos assessores técnicos das Unidades Drogas e de Laboratório da Coordenação Nacional de DST e Aids.

Abaixo, está apresentado o fluxograma operacional da pesquisa.



Legenda:

Consultoria Geral - BH
Digitadores - BH
Assist adm: assistente administrativo - BH
C. Qual: Consultores qualitativos - RJ
C. Soroep: Consultor soroepidemiologia - BH
C. Labor: Consultor laboratório
C. Bioest: Consultor de bioestatística - BH
C. Sexual: Consultor sexual - BH
Superv. Geral Campo: Supervisor geral de campo - BH
SC-1,2,3,4,5: Coordenadores dos Projetos de Redução de Danos
E: Entrevistadores/Revisores: PRD locais e BH

I - O Projeto Ajude Brasil **II - Relevância e Justificativa** **III - Objetivos**

IV - Metodologia **V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto**

VI - Estratégias Adotadas no Projeto **VII- Referências Bibliogficas**

I - O Projeto Ajude Brasil II - Relevância e Justificativa III - Objetivos

IV - Metodologia V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto

VI - Estratégias Adotadas no Projeto VII- Referências Bibliogficas

---

Capítulo 1

VI - Estratégias Adotadas no Projeto

1. Estratégias metodológicas

1.1. Capacitação técnica das equipes locais para operacionalização do projeto

Com o objetivo de fornecer aos participantes subsídios metodológicos e logísticos para a condução da pesquisa, após a seleção dos Projetos de Redução de Danos, foi realizado um treinamento com a presença do coordenador e dois redutores/agentes de cada PRD, além de todos os consultores do projeto e representante da CN-DST/AIDS. Este treinamento aconteceu nos dias 10 e 11 de dezembro de 1997, em Belo Horizonte, MG.

Enfase especial foi dada ao conteúdo dos instrumentos e às normas éticas e de biossegurança para os treinandos. Foi criado um Conselho-Diretor composto pela coordenação geral, um representante da CN-DST/AIDS e um representante dos PRD para monitorar as propostas de pesquisas, divulgações ou publicações, objetivando garantir a integridade desta proposta.

1.2. Compensação dos entrevistados

A título de compensação, decorrentes do tempo e das despesas de transporte dos participantes, foi oferecido uma quantia de R$10,00 (dez reais) em forma de tíquete alimentação para aqueles que completassem a entrevista e a coleta de sangue no estudo quantitativo. A mesma quantia foi oferecida para aqueles que completassem as duas séries de entrevistas do estudo qualitativo.

1.3. Pré-teste

A condução de estudo-piloto ou pré-teste é uma das etapas mais importantes de qualquer investigação científica, especialmente em estudos que envolvem determinação e quantificação de fatores ou variáveis a serem obtidas de amostras de populações. Deste modo, conduziu-se um estudo-piloto para teste, avaliação e modificação, quando pertinente, de metodologias e instrumentos desenvolvidos na fase de planejamento do estudo, visando os seguintes objetivos:

1. Avaliação da metodologia para seleção da amostra a ser estudada, incluindo seleção de

indivíduos elegíveis para participação no estudo;

2. Avaliação dos instrumentos de coleta de informação e adequação, para as condições de campo; e das técnicas de coleta, armazenamento, transporte e processamento das amostras de sangue coletadas em papel de filtro.

Especificamente, objetivou-se testar e avaliar:

3. Legitimidade e aceitação do estudo e sua metodologia, entre usuários de droga injetável, no campo;

4. Adequação do questionário, no seqüenciamento das questões, sua forma e clareza;

5. Avaliar a aceitação, por parte dos UDI participantes, da necessidade de coleta de amostra de sangue e sua exeqüibilidade em condições de campo.

O pré-teste do estudo foi realizado em Porto Alegre (RS). As entrevistas foram realizadas no campo, às vezes em condições bastante adversas. Duraram, em média, 30 a 45 minutos, incluindo aplicação do questionário e a coleta de sangue. Não houve recusas e uma grande aceitabilidade da pesquisa foi observada. A coleta de sangue de polpa digital, o acondicionamento, transporte e envio das amostras em papel de filtro ocorreram de maneira adequada aos objetivos do estudo.

Em uma segunda fase do pré-teste, os instrumentos foram testados em São José do Rio Preto (SP), agora com a participação do consultor internacional, o pesquisador Benjamin Junge, Coordenador do Programa de Troca de Seringa da Johns Hopkins University, em Baltimore, Maryland. Após condução desta segunda etapa, uma intensa e nova revisão do instrumento de coleta de dados foi realizado, resultando em novo ajustamento do questionário.

2. Estratégias do trabalho de campo

2.1. Monitoramento da coleta de dados

Cada PRD estabeleceu sua melhor estratégia, com relação ao horário e formas de abordar o UDI, desde que seguidas as orientações padronizadas. No entanto, o início da pesquisa em cada localidade era precedido por um treinamento in loco, seguido pela ida a campo dos entrevistadores e coordenadores locais, da supervisora-geral de campo e da coordenadora-geral do projeto. Discussões e correções eram feitas após a primeira experiência em campo e, de uma maneira geral, a experiência era repetida no dia seguinte. Além desta estratégia, a coleta de dados no campo teve supervisão continuada dos coordenadores de cada PRD, do supervisor geral de campo e do coordenador do projeto, objetivando os ajustamentos e as correções que poderiam ser necessárias, sendo feita mais uma visita local pela supervisora de c ampo e/ou a coordenadora-geral do projeto.

3. Estratégias para a coleta de sangue

Cada equipe, após o treinamento em Belo Horizonte, tinha um ou mais entrevistadores

habilitados para a coleta de sangue em polpa digital. Foi enviado para cada local uma maleta de campo, de forma a simplificar a coleta dentro das normas de biossegurança.

• Cada maleta continha:
• lancetas; · papel/algodão individual (swabb);
• 1 frasco com álcool a 700;
• 1 frasco com hipoclorito de sódio;
• algodão extra;
• 1 recipiente para descarte das lancetas;
• 1 recipiente para descarte de algodão e luvas;
• luvas.

O material era enviado com antecedência e periodicidade para cada PRD.

Cada coletor deveria coletar, de cada entrevistado, duas cartelas de papel de filtro com 5 círculos de 1,0 cm de diâmetro, gentilmente cedidos pelo Núcleo de Pesquisas em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG – NUPAD, e usados no programa de triagem neonatal. Estes papéis de filtro eram enviados a campo previamente identificados, de acordo os questionários. Após a coleta, cada papel de filtro era mantido em pregadores de roupa para adequada secagem e somente após 4 a 8 horas poderiam ser acondicionados nos envelopes previamente numerados, adicionando-se sílica e lacrados para posterior envio pelo correio para Belo Horizonte (MG), em envelope específico junto com cada entrevista.

O recebimento do material era feito pela equipe em Belo Horizonte. Imediatamente era registrado e enviado para o Laboratório do Hemominas para condicionamento em ambiente com temperatura de 4 a 8º centígrados.

4. Estratégias para a formação, manutenção e qualidade do banco de dados

Os dados coletados (entrevistas e espécimens) eram enviados via Sedex para Belo Horizonte (MG), para a composição do banco de dados. Cada envelope era registrado com relação a presença da entrevista, consentimento livre e esclarecido, envelope contendo as duas cartelas de papel filtro e o envelope aberto que chegava aos PRD lacrado, e continha o tíquete alimentação. As informações eram então conferidas e registradas em uma planilha específica para cada PRD.

Os dados qualitativos, em fitas magnéticas, eram enviadas a campo em envelopes individuais, devidamente identificados, junto com uma planilha para preenchimento de cada PRD. Após as entrevistas, eram enviados para o Rio de Janeiro (RJ) para transcrição, consistência e análise dos mesmos.

Com relação a qualidade dos dados, todo um processo de revisão, conferência e consistência manual do questionário era realizado, seguido por um processo de codificação da informação e da atualizacão da base de dados antes da entrevista chegar às mãos dos digitadores, de acordo com fluxograma abaixo.

Fluxograma do Processamento dos Dados

A digitação era feita com dupla entrada, possibilitando a validação dos dados, garantindo uma vez mais a fidedignidade dos dados. Exemplos de validação podem ser vistos no esquema a seguir.

Quadro 1

Projeto Ajude - BR
Validação.
Fluxograma do Processamento dos Dados
Digitador: Digitador 1
Digitador/Validação: Digitador 2

Digitador 1	Digitador 2
ETIQUETA 10255 NÚMERO DE IRMÃOS VIVOS: 16 LIMPOU AGULHAS/SERINGAS ALGUMA VEZ: 8	**ETIQUETA 10255** NÚMERO DE IRMÃOS VIVOS: 6 LIMPOU AGULHAS/SERINGAS ALGUMA VEZ: 2
ETIQUETA 20258 NÚMERO DE COPOS DE BEBIDAS: 888.000 RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS: 8	**ETIQUETA 20258** NÚMERO DE COPOS DE BEBIDAS: 96.000 RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS: 2
ETIQUETA 30241 ESTADO DE NASCIMENTO: 5 DROGA INJETADA NA ÚLTIMA VEZ: 888	**ETIQUETA 30241** ESTADO DE NASCIMENTO: 2 DROGA INJETADA NA ÚLTIMA VEZ: 1
ETIQUETA 40245 LETRAS DO ÚLTIMO NOME DO PAI: PI OUTRA BEBIDA UTILIZADA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES: 888	**ETIQUETA 40245** LETRAS DO ÚLTIMO NOME OUTRA BEBIDA UTILIZADA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES: 2

I - O Projeto Ajude Brasil **II - Relevância e Justificativa** **III - Objetivos**

IV - Metodologia **V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto**

VI - Estratégias Adotadas no Projeto **VII- Referências Bibliogficas**

Capítulo 1

VII - Referências Bibliográficas

ABENI DD, BRANCATO G, PERUCCI CA. Capture-recapture to estimate the size of the population with HIV type 1 infection. Epidemiology 1994; 5:410-14.

BASTOS FI & COUTINHO K. A epidemia pelo HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) no Brasil: Cenários. In: A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e Tendências, pp. 71-86. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

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, PROIETTI FA; MARQUES LF, DONEDA D, CARNEIRO PROIETTI AB, MINGOTI SA, DESLANDES S. & Projeto AjUDE-Brasil. Prevenção do HIV em Populações em Uso de Drogas e Projeto AjUDE-Brasil. In: Consumo de Drogas: desafios e perspectivas Orgs: Fábio Mesquita e Sérgio Seibel - Editora Hucitec, pag 101-122, 2000.

CAIAFFA WT, MINGOTI SA, MARQUES LF, et al.. Estimando a clientela dos projetos de redução de danos. O primeiro passo para estimar o número de usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV: resultados preliminares. IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia - EPIRIO-98, Rio de Janeiro, 1998.

CAIAFFA, WT & Projeto AjUDE-Brasil. Projeto AjUDE Brasil: Situação de base dos usuários de drogas injetáveis (UDI) dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela CN-DST e Aids. The AjUDE-Brasil project: a baseline epidemiological study of injection drug users (UDI) attending the syringe exchange programs (SEP) sponsored by The STD/AIDS Program - Minister of Health - Brazil]. UFMG/Ministério da Saúde, Relatório Final, 1998 (mimeo).

CARVALHO HB, BUENO R, & PROJETO BRASIL. Prevalência da infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras - Projeto Brasil. Relatório final apresentado ao Ministério da Saúde, mimeo, 32 pp. 1997.

CARVALHO HB, MESQUITA F, MASSAD E et al.. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. Journal of Acquired Immune

Deficiency Syndromes 1996; 12:84-92.

GARFEIN, RS, VLAHOV, D, GALAI, N et al.. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency virus, and human T-lymphotropic viruses. American Journal of Public Health 1996; 86:655-61.

HUBBARD RL, MARSDEN ME, CAVANAUGH E et al.. Role of drug abuse treatment in limiting the spread of AIDS. Review on Infectious Diseases 1988; 10:377-84.

MASTRO TD, KITAYAPORN D, WENIGER BG et al.. Estimating the number of HIV-infected injection drug users in Bangkok: a capture-recapture method. American Journal of Public Health 1994; 84:1094-99.

McCOY CB,METSCH LR, PAGE JB et al.. Injection drug users' practices and attitudes toward intervention and potential for reducing the transmission of HIV. Medical Anthropology 1997; 18:35-60.

METZGER DS, WOODY GE, MCLELLAN AT et al.. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment. An 18-month prospective follow-up. J AIDS 1993; 6:1049-56.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Boletim Epidemiológico de AIDS, encarte. Ano XIII, número 02, 2000.

NORMAND J, VLAHOV D, MOSES LE eds. Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach. National Research Council, Institute of Medicine. Washington DC. National Academy Press, 1995.

SCHOENBAUM EE, HARTEL DM, GOUREVITCH MN. Needle exchange use among a cohort of injecting drug users. AIDS 1996; 19:1729-34.

SZWARCWALD CL & BASTOS FI. Spatiotemporal model: an application to the AIDS epidemic in São Paulo, Brazil. In: Gierl L, Cliff AD, Valleron AJ, Farrington P, Bull M (eds.). Geomed' 97, pp. 43-53. Stuttgart/Leipzig, B. G. Teubner, 1998.

UNAIDS & WHO. Report on the global HIV/AIDS epidemic - June 1998.

VLAHOV D, ANTHONY JC, MUÑOZ A et al.. The ALIVE Study: a longitudinal study of HIV-1 infection in intravenous drug users: description of methods. Journal of Drug Issues 1991; 21:759-776.

I - O Projeto Ajude Brasil **II - Relevância e Justificativa** **III - Objetivos**

IV - Metodologia **V - Parcerias Institucionais e Estrutura Organizacional do Projeto**

VI - Estratégias Adotadas no Projeto VII- Referências Bibliogficas

Capítulo 2

II - Objetivos

1. Padronizar testes de ELISA para HIV-1/2, HTLV-I/II, HCV e antígeno de superfície do HBV (HbsAg), utilizando eluato de sangue capilar ou venoso colhido em papel de filtro;

2. Treinar para coleta no campo entrevistadores/coletores de cinco PRD;

3. Padronizar coleta de sangue de polpa digital, em papel de filtro, de usuários de drogas injetáveis (UDI) em situações de campo;

4. Testar o sangue de 285 UDI, colhido em papel de filtro, para HIV-1, HTLV-I/II, HCV e HbsAg.

Capítulo 2

III- Metodologia

1. Coleta do sangue

Material Para Coleta

• Papel de filtro em envelope
• Lancetas estéreis
• Algodão com álcool comum
• Frasco plástico com hipoclorito de sódio para descarte de estiletes
• Sílica em grão
• Envelope tipo saco, tamanho ofício

Normas de Biossegurança para a Coleta

• Usar luvas
• Descartar lancetas após uso no descartexâ
• Em caso de acidente cutâneo, lavar o local com água abundante e aplicar hipoclorito 1%
• Não usar agulhas

Conduta para a Coleta

• Fazer assepsia com álcool comum no dedo médio da mão
• Penetrar firmemente toda a ponta da lanceta no dedo médio e fazer uma pequena rotação para a direita e para a esquerda
• Deixe formar uma grande gota
• Preencher completamente todos os cinco círculos com sangue, usando duas cartelas por participante
• O sangue deve penetrar toda a espessura do papel e ser visto no verso
• Havendo pouco sangue, fazer a "ordenha" do dedo
• Secar em temperatura ambiente por 4 a 8 horas, fora do envelope
• Guardar no envelope individual, devidamente identificado com sílica (15 g/envelope)

2. Preparo do eluato

1. Lavar a tesoura com hipoclorito de sódio a 2%, água deionizada, etanol a 70% e depois com água deionizada estéril.

2. Retirar o pacote de sangue em papel de filtro da geladeira e deixar atingir temperatura ambiente antes de abrir. Renovar a sílica após o uso, caso o restante do sangue seja guardado novamente.

3. Cortar pedaços do papel de filtro com sangue (9x9 mm).

4. Colocar cada pedaço, picado em 2 ou 3 em um tubo eppendorf (de 1,5 ml), separado e identificado com o nome da amostra.

5. Adicionar 250 ml de PBS.

6. Agitar vigorosamente por 2 horas à temperatura ambiente, em agitador orbital na velocidade 8.

7. Centrifugar por 10 minutos, a 2.500 rpm

8. Recuperar o sobrenadante e usá-lo como se tivesse na diluição de 1/20 do soro original.

OBSERVAÇÃO: O ELISA, Western Blot ou qualquer outro método de detecção de anticorpos terá melhores resultados se o eluato for usado dentro de 24 horas após sua obtenção. Se o eluato for usado neste período, deverá permanecer em geladeira, entre 4-8 ° C. Caso contrário, deverá ser congelado à temperaturas de 20 °C ou à temperaturas mais baixas.

3. Execução dos testes ELISA

Os testes foram executados com o eluato preparado conforme descrito na seção 2, usando-se no final a diluição padrão indicada pelos fabricantes de cada conjunto diagnóstico. Foram seguidas, em todos os testes, as instruções da bula que acompanha o conjunto. Veja na Tabela III-1, a seguir, os fabricantes dos testes usados neste estudo.

É importante salientar que, durante todas as fases da padronização, os testes foram executados de maneira duplamente cega. Ou seja, tanto o laboratorista quanto o pesquisador que analisou os resultados, desconheciam a procedência dos espécimens, cujo identificador foi modificado por um terceiro indivíduo.

Tabela III-1

Padronização dos testes sorológicos, Projeto Ajude Brasil, 1998.

Conjuntos diagnósticos (ELISA) utilizados.

Teste	Fabricante
Anti-HIV-1/2	Sanofi-Pasteur Genelavia® Mixt
Anti-HIV-1/2	Abbott®
Anti-HTLV-I/II	Organon Teknika®
Anti-HbsAg	Abbott Auszyme monodonal®
Anti-HCV	Ortho HCV 3.0®
Anti-HCV	HCV Umelisa®1

1 Em colaboração com o Núcleo de Pesquisas em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG (NUPAD)

4. Execução dos testes MICROELISA

Para a execução dos testes Microelisa, foi picotado, de cada amostra a ser testada, um círculo de 0,5 cm de diâmetro, que foi eluído por uma hora em 70 ml de tampão que acompanha o conjunto diagnóstico Umelisa HCVÒ, fabricado em Cuba. O teste foi executado segundo as instruções do fabricante, em colaboração com o Núcleo de Pesquisas em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG (NUPAD).

I - Introdução **II - Objetivos** **III - Metodologia** **IV - Resultados**

V - Conclusão **VI - Referências Bibliográficas**

Capítulo 2

IV - Resultados

Os resultados obtidos estão apresentados nas Tabelas IV-1 a IV-3.

Tabela IV -1

Comparação de resultados de teste ELISA para HIV - 1/2 (Sanofi - Pasteur®) utilizando amostras de plasma/soro e papel de filtro de pacientes com aids e doadores de sangue.

Tipo de coleta		Papel de filtro		Total
		Positivo	Negativo	
Plasma/soro	Positivo	97	0	97
	Negativo	0	12	12
	Total	**97**	**12**	**109**

Tabela IV - 2

Resultados de dois testes ELISA para HIV-1/2 (Sanofi -Pasteur® e Abott®) em amostras de usuários de drogas injetá-veis coletadas em papel de filtro.

Marca do teste		Sanofi-Pasteur®		Total
		Positivo	Negativo	
Abbott®	Positivo	147	2	149
	Negativo	2	133	135
	Total	**149**	**135**	**284**

Tabela IV-3

Resultados de teste ELISA para HTLV-I/II (Organon®) em amostras de usuários

de drogas injetáveis coletadas em papel de filtro.

Resultado	Número de pacientes testados (HTLVI/II - Organon ®)	%
Positivo	51	18
Negativo	185	65
Indeterminado[1]	48	17
Total	**284**	**100**

1 Zona cinza

Tabela IV-4

Comparação de resultados do teste microelisa para HCV (Umelisa HCV®, Cuba) utilizando amostras de plasma/soro e papel de filtro de indivíduos portadores de hepatite C e doadores de sangue.

Tipo de coleta		Microelisa em papel de filtro		Total
		Positivo	Negativo	
Plasma/soro	Positivo	4	0	4
	Negativo	0	19	19
	Total	**4**	**19**	**23**

I - Introdução II - Objetivos III - Metodologia IV - Resultados

V - Conclusão VI - Referências Bibliográficas

Capítulo 2

V - Conclusão

1. O teste-piloto para HIV-1/2 apresentou 100% de concordância entre os resultados de papel de filtro e os do soro/plasma.

2. Os testes para HIV-1/2 de 285 UDI apresentaram 98,59 % de concordância entre os dois conjuntos diagnósticos usados (Sanofi-Pasteur® e Abbott®).

3. Os resultados para HTLV-I/II mostraram que 51/284 (18,0%) dos UDI testados eram positivos, 48/284 (17,0%) eram indeterminados e 185/284 (65,0%) eram negativos. A taxa de positivos no teste de ELISA é aproximadamente 18 vezes maior do que a média encontrada em doadores de sangue brasileiros aptos na triagem clínica (em torno de 1%) (Galvão B et al., 1997).

4. Os testes para HCV (Orthov) e HBV (HBsAg, Abbott®) em papel de filtro, seguindo a bula para testes no soro ou plasma, apresentaram 100% de resultados falso-positivos nos ensaios de padronização. Portanto, os resultados obtidos com esses testes em amostras de UDI não puderam ser analisados. No momento, estão também sendo estudadas modificações na metodologia inicial para HCV e HBsAg, tentando otimizá-la para uso em papel de filtro.

5. Os resultados dos testes de controles positivos e negativos para HCV, usando a metodologia de microelisa (Umelisa HCV®, Cuba) em papel de filtro, mostraram concordância de 100%.

6. O uso de coleta de sangue com lancetas em papel de filtro para pesquisa de anticorpos oferece excelente oportunidade para investigar doenças em áreas de risco e em populações especiais, onde a coleta de sangue venoso não seja possível ou conveniente.

Capítulo 2

VI - Referências Bibliográficas

ARYA SC. Testing for AIDS on samples of dried blood prepared on filter papers. Vaccine 1988;6:210.

EVENGARD B et al.. Effect of heat on extracted HIV viral infectivity and antibody activity using the filter paper technique of blood sampling. AIDS 1989 Sep;3(9):591-5.

GALVÃO-CASTRO B et al.. Distribution of HTLV-I/II among Brazilian blood donors: a nationwide study. Transfusion 1997; 37:242-243.

GUIMARÃES, MCS. Inquérito soroepidemiológico. Coleta, transporte e armazenamento de amostras. Rev Inst Med Trop São Paulo 1983;25:93-96.

MACHADO-COELHO GLL et al.. Validity for serology for American trypanosomiasis with eluates from filter paper. Men Inst Oswaldo Cruz 1995;90:59-64.

RAB MA et al.. Detection of anti-Leishmania antibodies in blood collected in filter paper by the direct agglutination test. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 1997;91:713-715.

I - Introdução II - Métodos de Captura e Recaptura

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre VI - Análise Estatística

VII - Considerações Finais VIII - Referências Bibliográficas

Capítulo 3

II - Métodos de Captura e Recaptura

Nos métodos de captura e recaptura considera-se que há uma população constituída de N elementos sendo o valor verdadeiro de N desconhecido. O objetivo é estimar-se o valor de N através dos resultados obtidos de amostras aleatórias desta população. Tais amostras podem vir de dois ou mais estágios de captura.

O método para o caso em que há apenas duas ocasiões de captura pode ser descrito da seguinte forma: inicialmente, num primeiro estágio é selecionada uma amostra aleatória de tamanho n com ou sem reposição da população em estudo. Cada um dos elementos da a mostra é marcado e devolvido à população em questão. Num segundo estágio, após determinado período de tempo, uma segunda amostra aleatória de tamanho m é selecionada desta mesma população pelo mesmo método de amostragem utilizado no primeiro estágio. Observa-se então o número de elementos desta segunda amostra que foram marcados na primeira amostra (elementos recapturados) e o número de elementos novos, isto é, aqueles que pertencem à segunda amostra, mas que não foram capturados na primeira amostra.

Estas informações à respeito de quantos elementos foram recapturados na segunda amostra e quantos elementos novos foramobservados são utilizadas na estimação do valor de N populacional. Existem vários estimadores propostos na literatura e que além do método de amostragem utilizado para a captura dos elementos dependem, também, de algumas suposições específicas sobre os fatores que podem afetar os resultados do experimento. Tais suposições são:

> **(a)** se a população em questão é fechada ou aberta. Entende-se como fechada aquela população cujo tamanho permanece aproximadamente constante ao longo do período de experimentação;

(b) que os elementos marcados na primeira amostra não percam suas marcas durante o período do experimento, ou seja, na época em que são devolvidos à população;

(c) que não haja erros na identificação, na marcação e no registro dos resultados em cada ocasião de captura.

O método de captura e recaptura pode ser utilizado em várias situações diferentes. Para colocá-lo em prática é necessário que se tenha um mecanismo de identificação dos elementos da primeira amostra que também estão presentes na segunda amostra.Portanto, para o aumento da precisão do método é imprescindível que se tenha bons marcadores.

I - Introdução **II - Métodos de Captura e Recaptura**

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre **VI - Análise Estatística**

VII - Considerações Finais **VIII - Referências Bibliográficas**

Capítulo 3

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

Os modelos probabilísticos clássicos que podem ser considerados na estimação do tamanho populacional, quando o método de captura e recaptura é empregado em populações fechadas, estão descritos brevemente a seguir.

1. Modelo Mo: Probabilidades de Captura Constantes

Neste modelo supõe-se que todos os elementos da população em estudo têm a mesma chance de serem capturados em todas as ocasiões de captura. É o modelo mais simples a ser considerado. Entretanto, sua importância restringe-se a razões didáticas, uma vez que é raramente aplicável em situações práticas.

2. Modelo Mt: Probabilidades de Captura variando com o Tempo

Este modelo permite que as probabilidades de captura variem ao longo do período de experimentação (DARROCH1958). Deste modo, a chance de um elemento ser capturado pode ser diferente nos váriosestágios de seleção. No caso de captura e recaptura em dois estágios, a aplicação deste modelo equivaleria a assumir-se que no primeiro estágio (captura) todos os elementos teriam a mesma chance de serem capturados. Entretanto, esta chance seria diferente daquela relacionada com o segundo estágio do processo, ou seja, o da recaptura. De um certo modo este modelo é mais realístico que o Mo, pois na maioria dos problemas práticos as probabilidades de captura e recaptura não são iguais. O grau de diferença entre estes valores dependerá do período de tempo decorrido entre a observação da primeira amostra e da segunda e de outros fatores de interferência, como por exemplo o mecanismo usado para a coleta de informações no segundo estágio. Situações nas quais algum tipo de incentivo material é concedido ao elemento para que este participe da pesquisa, fazem parte de casos nos quais as probabilidades de captura variam nos dois estágios.

3. Modelo Mb: Probabilidades de Captura variando com a Resposta do Ambiente

Este é o modelo no qual em cada ocasião de captura os elementos não marcados nos estágios anteriores teriam uma probabilidade diferente de serem capturados do que aqueles elementos já marcados, isto é, recapturados anteriormente (ZIPPIN, 1956; ZIPPIN, 1958). Basicamente, a hipótese que rege este modelo é a de que ao longo do experimento os elementos populacionais exibiriam um comportamento do tipo "trap happy" ou "trap shy". Deste modo, alguns elementos já capturados teriam uma predisposição maior para a recaptura ou uma predisposição menor de acordo com a resposta ambiental, entre outros fatores.

4. Modelo Mh: Probabilidades de Captura Heterogêneas

Este modelo permite que as chances de captura variem entre os elementos populacionais em cada estágio da amostragem (QUENOUILLE, 1956; GRAY & SCHUCANY, 1972). Embora seja o modelo mais adequado para muitas situações práticas, sua utilização é bastante restrita em vista da quantidade de informação amostral necessária para sua implementação.

5. Modelos Mbh, Mtb, Mth e Mtbh

Os modelos descritos anteriormente podem ser combinados, gerando modelos mais completos e teoricamente mais adequados aos problemas práticos. Entretanto, a implementação destes modelos só é possível em situações nas quais se tem capturas múltiplas. A implementação do modelo Mtbh, por exemplo, só é viável por meio da metodologia de Estatística Clássica com restrições nos parâmetros ou por meio da Estatística Bayesiana. Maiores detalhes podem ser obtidos LEE & CHAO (1994) CHAO et al. (1992).

6. Estimadores para Populações Abertas

Para populações abertas é necessário incorporar-se no modelo parâmetros que descrevam os processos de nascimento, morte ou migração que podem ocorrer durante o período de coleta de dados. Alguns modelos para populações abertas são: Jolly-Seber que deriva de dois trabalhos publicados independentemente por JOLLY (1965) e SEBER (1965) e o modelo de PARKER (1955). Não vamos entrar em detalhes em relação a estes estimadores. Maiores detalhes podem ser obtidos em ABUABARA E PETRERE JR. (1997).

I - Introdução **II - Métodos de Captura e Recaptura**

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre **VI - Análise Estatística**

VII - Considerações Finais VIII - Referências Bibliográficas

Capítulo 3

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

No caso de captura e recaptura em apenas dois estágios, os estimadores mais comuns são os seguintes:

Estimador de Lincoln-Petersen:

$$\hat{N}_P = \frac{n\,m}{s}$$

Estimador de Chapman (1951):

$$\hat{N}_C = \frac{(m+1)\,(n+1)}{(s+1)} - 1$$

Estimador de Bailey (1951):

$$\hat{N}_B = \frac{(m)\,(n+1)}{(s+1)}$$

• onde em todos os casos s representa o número observado de recapturados entre as duas amostras de tamanhos n e m, respectivamente. É fácil observar que à medida que o número de elementos novos cresce o valor de N estimado também cresce. Portanto, quanto maior o número de recapturados menor é a estimativa do valor real de N.

Os estimadores de Chapman e Bailey são modificações do estimador de Lincoln-Petersen, sendo o estimador de Bailey construído sob a suposição que as amostras do primeiro e segundo estágios são selecionadas comreposição. Os estimadores de Lincoln-Petersen e Chapman são construídos sob a suposição de que as amostras nos dois estágios são selecionadas sem reposição (ABUABARA & PETRERE JR., 1997).

O estimador de máxima verossimilhança para o modelo Mt proposto por DARROCH (1958), considerando-se uma distribuição hipergeométrica para o número de recapturados s, é semelhante ao de estimador de Lincoln-Petersen.

Além da estimação pontual, é possível também construir-se intervalos de confiança para o valor verdadeiro de N. Uma forma simplista é aquela que utiliza a distribuição normal como uma aproximação para a construção dos intervalos de confiança. No entanto, metodologias mais precisas estão implementadas em softwares específicos para a estimação de tamanhos populacionais via modelos probabilísticos clássicos. Particularmente, o software Capture (BURNHAM e REXSTAD, 1991; OTIS et al., 1978) tem sido muito utilizado por conter todos os estimadores usuais implementados para dois ou mais estágios de captura. Este software é de fácil utilização, funciona na forma de menu e está escrito na linguagem Fortran.

I - Introdução **II - Métodos de Captura e Recaptura**

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre **VI - Análise Estatística**

VII - Considerações Finais **VIII - Referências Bibliográficas**

Capítulo 3

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre AVI - Análise Estatística

Os dados analisados foram obtidos por entrevistas face a face com os usuários de drogas injetáveis de Porto Alegre. A coleta de dados foi efetuada nos seguintes períodos:

1ª Fase ou Captura - 01/04/98 a 01/05/98

2ª Fase ou Recaptura - 02/05/98 a 06/06/98

No mesmo questionário utilizado para a pesquisa do perfil e coleta de sangue dos UDI foram introduzidas algumas questões que tinham como objetivo a identificação dos indivíduos recapturados pelo sistema. A escolha destes marcadores específicos foi efetuada através da adaptação às condições culturais brasileiras de marcadores descritos na literatura, desenvolvidos a partir de estudos realizados no exterior. O Quadro 1 apresenta alguns dos principais marcadores utilizados na identificação dos indivíduos. É importante ressaltar que estes marcadores foram também validados pela observação do entrevistador em relação à recaptura ou não do entrevistado.

Quadro 1

Principais marcadores utilizados no processo de identificação dos indivíduos recapturados.

Variável
Data de nascimento do entrevistado
As duas primeiras letras do primeiro nome do entrevistado
As duas primeiras letras do segundo nome do entrevistado
As duas últimas letras do nome entrevistado
As duas primeiras letras do primeiro nome da mãe do entrevistado
As duas primeiras letras do último nome da mãe do entrevistado
As duas primeiras letras do primeiro nome do pai do entrevistado
As duas primeiras letras do último nome do pai do entrevistado
Número de irmãos vivos do entrevistado
Artista preferido do entrevistado
A idade em que o entrevistado injetou pela primeira vez
A droga injetada pela primeira vez pelo entrevistado

Devido a restrições de tempo e custo na 1ª fase, permitiu? se apenas uma participação de cada UDI. Na 2ª fase foram permitidas até duas participações. Quando o entrevistado era identificado como recapturado ou duplicado ele não era submetido à coleta de sangue e respondia parcialmente ao questionário de perfil. Este controle só foi possível graças a grande interação estabelecida entre entrevistador/entrevistado.

A data-chave que separou as duas fases de coleta de dados no Dia do Trabalhador (01/05/98) foi de suma importância para o bom funcionamento do processo de identificação. Neste sentido, a escolha desta data auxiliou na obtenção de respostas mais precisas a perguntas do tipo:

• Você já respondeu a este questionário?
• Você respondeu a este questionário antes do dia do trabalhador, isto é, dia primeiro de maio?

A estruturação do banco de dados gerou a criação de uma série de programas no software EPI INFO 6.04B. Assim, máscaras de entrada automática foram especialmente desenvolvidas para cada uma das fases. Como o processo de digitação foi realizado concomitante à chegada dos questionários, foi criada, também, uma base de informações para facilitar a atualização da codificação. Todo o processo de digitação recebeu monitoramento de um supervisor do projeto. Para assegurar a confiabilidade dos dados foi adotado o esquema de dupla digitação cruzada, sendo realizada ao final uma extensa análise de consistência de todo o banco de dados.

I - Introdução **II - Métodos de Captura e Recaptura**

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre VI - Análise Estatística

VII - Considerações Finais VIII - Referências Bibliográficas

Capítulo 3

VI - Análise Estatística

1. Identificação dos UDI

Na primeira fase de coleta de dados (captura) foram realizadas 56 entrevistas e na segunda fase 123 (recaptura). É interessante observar que apesar dos períodos de coleta compreenderem espaços de tempo semelhantes, a quantidade de entrevistas realizadas na segunda fase foi bem superior ao da primeira. Este fato pode ser explicado pela expansão do número de áreas de atuação do PRD de Porto Alegre na segunda fase, na qual foram incluídos mais três locais; e pela permissão de até duas participações de cada UDI.

O processo de identificação fundamentou?se na comparação dos UDI em relação às variáveis marcadoras utilizadas nos questionários que estes haviam respondido nas duas fases do estudo (Quadro 1).

Com o objetivo de simplificar a identificação dos indivíuos recapturados e duplicados foi desenvolvido um programa denominado Captura?Recaptura (SILVA & MINGOTI, 1998), baseado na linguagem Turbo Pascal. Funcionando em ambiente DOS ou Windows este programa apresenta grande flexibilidade, não possuindo um limite definido para o número de registros e variáveis. Acreditamos tratar?se de uma inovação, nessa área sendo uma ferramenta extremamente útil e eficiente em estudos que envolvam a identificação de elementos comuns a partir de duas ou mais listas de informações.

O critério adotado considerou como um mesmo indivíduo aqueles UDI que concordassem em todas as variáveis marcadoras ou que tivessem iniciais similares e as iniciais da mãe e/ ou do pai similares. Entende? se por similaridade variáveis que podem ser consideradas iguais se levarmos em consideração possíveis trocas de letras ou números devido à:

- falha na digitação de informações;
- erros na comunicação entre entrevistado e entrevistador;
- falha proposital ou não do entrevistado ao responder a questão.

Algumas variáveis auxiliares como número de irmãos vivos, bairro e município de residência, idade em que injetou drogas pela primeira vez e a droga injetada também foram utilizadas. Quanto aos indivíduos duplicados, foram identificados apenas 1 (um) na primeira fase e 24 na segunda. Desta forma, as amostras finais foram compostas por 55 UDI na primeira fase e 99 na segunda.

Dentre os 99 UDI entrevistados da segunda fase, constatamos que 17 deles já haviam participado da primeira fase, sendo, portanto, considerados como recapturados. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos recapturados em relação aos critérios utilizados para a identificação.

Tabela 1

Critérios utilizados na identificação dos indivíduos recapturados.

Igualdade em data de nascimento, letras do nome do indivíduo, letras do nome da mãe, letras do nome do pai.	4
Igualdade em data de nascimento, letras do nome do indivíduo, letras do nome da mãe.	3
Igualdade em data de nascimento letras do nome do indivíduo letras do nome do pai.	1
Igualdade em data de nascimento, letras do nome do indivíduo, letras do nome do pai e mãe similares	3
Igualdade em data de nascimento, letras do nome do pai, letras do nome do indivíduo e do nome da mãe similares	1
Igualdade em data de nascimento, letras do nome da mãe, letras do nome do indivíduo e do nome do pai similares.	1
Igualdade em data de nascimento, letras do nome do pai e da mãe, letras do nome do indivíduo similares.	1
Igualdade em letras do nome do indivíduo ; datas de nascimento e letras do nome do pai e da mãe similares.	1
Igualdade em letras do nome do pai, data de nascimento, letras do nome do indivíduo e do nome da mãe similares	1
Letras do nome do indivíduo similares, data de nascimento, letras do nome do pai e da mãe similares	1
Total	**17**

Nota: entende-se por similaridade variáveis que podem ser consideradas iguais se levarmos em consideração possíveis trocas de letras ou números devido à: falha do entrevistado ao responder a questão (falta de memória,troca da letra do nome do meio com o final, trocas de nome final entre pai e mãe) falhas de digitação e/ou de comunicação entre entrevistado e entrevistador.

2. Estimação do Tamanho Populacional

Para estimar o tamanho da população de UDI freqüentadores do PRD em Porto Alegre (RS) utilizou?se o estimador de máxima verossimilhança do modelo Mt proposto por DARROCH (1958). Este modelo permite que a probabilidade de entrada dos UDI na 1ª fase do estudo seja diferente daquela relacionada com a 2ª fase, embora em cada fase isoladamente os UDI pertencentes à população-alvo tenham basicamente a mesma chance de participar da pesquisa. Esta suposição nos pareceu bastante razoável, pois como descrito anteriormente mudanças estruturais envolveram a 2ª fase de coleta de dados, fazendo com que o número de participações aumentasse em relação à 1ª fase.

A seleção do modelo estatístico mais apropriado para a estimação levou em consideração os seguintes fatores:

• A utilização de apenas duas ocasiões de captura dificulta ou impossibilita o emprego de modelos mais elaborados que consideram mais de uma fonte de variação e modelos de probabilidades heterogêneas entre elementos;

• Como o próprio planejamento amostral impôs restrições sobre o número máximo de retornos de cada UDI em cada fase de coleta de dados, a utilização de modelos que consideram a resposta ao ambiente (Mb) não é indicada;

• O modelo que considera probabilidades de captura constantes (M0) dificilmente é aplicado na resolução de problemas práticos, pois é muito comum a existência de pelo menos uma fonte de variação.

Com relação à suposição de que a população em questão era fechada, esta pôde ser considerada plausível devido ao curto período de coleta de dados nas duas fases, não havendo, portanto, tempo suficiente para permitir mudanças estruturais importantes no número total de UDI freqüentadores do Programa de Redução de Danos em Porto Alegre.

A validação e estimação do modelo estatístico foram efetuadas através do software Capture. As estimativas pontual e por intervalo do número total populacional de UDI do PRD de Porto Alegre (RS), segundo o modelo Mt de DARROCH (1958), e as estimativas das probabilidades de captura em cada fase estão apresentadas nas Tabelas 2 e 3. A Tabela 4 mostra uma síntese dos resultados obtidos e a aplicação do teste estatístico qui-quadrado que indicou não haver associação entre os resultados da 1ª fase com os da 2ª fase de coleta de dados.

Tabela 2

Estimativas pontual e por intervalo para o número de UDI do PRD de Porto Alegre (RS) segundo o modelo Mt.

Estimativa Pontual	Desvio Padrão da Estimativa	Intervalo de Confiança (95%)
317	57171	235 - 467

Tabela 3

Estimativa das probabilidades de captura em cada fase.

1ª Fase	2ª Fase
17	31

Tabela 4

Síntese dos resultados obtidos no estudo.

Capturado na 1ª Fase	Capturado na 2ª Fase		
	Sim	**Não**	**Total**
Sim	17	38	55
Não	82	180	262
Total	**99**	**218**	**317**

Nota: Os valores em negrito são estimativas. Não existe associação entre a 1ª Fase e a 2ª Fase de Captura (p = 0,955)

I - Introdução **II - Métodos de Captura e Recaptura**

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre **VI - Análise Estatística**

VII - Considerações Finais **VIII - Referências Bibliográficas**

Capítulo 3

VII - Considerações Finais

A metodologia de captura e recaptura mostrou-se como uma ferramenta eficiente e flexível no cálculo da estimativa do número total de UDI freqüentadores do PRD de Porto Alegre (RS). Associado à determinação sorológica do HIV e a outras infecções provenientes do compartilhamento dos equipamentos de injeção de drogas, estes modelos poderão contribuir de forma substancial para o melhor entendimento da participação deste grupo de risco na epidemia de outras doenças relacionadas ao uso de drogas injetáveis, como a aids, hepatites B e C e HTLV I e II.

A qualidade da estimação poderia ser melhorada através da ampliação do número de ocasiões de captura e do tempo entre estas ocasiões (capturas múltiplas). Neste caso, modelos mais elaborados como Mbh, Mtb, Mth e Mtbh poderiam ser empregados. Estes fatores possivelmente também afetariam o efeito da remuneração oferecida aos entrevistados pelas respostas ao questionário, aproximando mais da aleatoriedade a entrada dos indivíduos no sistema.

I - Introdução II - Métodos de Captura e Recaptura

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre VI - Análise Estatística

VII - Considerações Finais VIII - Referências Bibliográficas

Capítulo 3

VIII - Referências Bibliográficas

ABENI DD BRANCATO G PERUCCI CA. Capture-recapture to estimate the size of the population with human immunodeficiency virus type 1 infection. Epidemiology 5 1994: 410-414.

BUABARA M AP & PETRERE JR M. Estimativas da abundância de populações animais: introdução à técnica de captura e recaptura EDUEM Maringá PR 1997.

BAILEY NTJ. On estimating the size of mobile populations from recapture data. Biometrika 1951 38:293-306.

BELL WR. Using information from demographic analysis in post-enumeration survey estimation. Journal of the American Statistical Association 88 1993:423: 1106-1118.

BERNILLON P LIEVRE L PILLONEL J LAPORTE A COSTAGLIOLA D & THE CLINICAL EPIDEMIOLOGY GROUP FROM CISIH. Record-linkage between two anonymous databases for a capture-recapture estimation of underreporting of Aids cases: France 1990-1993 International Journal of Epidemiology 2000. 29:168-174.

BISHOP YMM FIENBERG SE HOLLAND P W. Discrete multivariate analyis. London: The MIT Press 1998.

CHAO A LEE SM JENG SL. Estimating population size for capture-recapture data when capture probabilities vary by time and individual animal. Biometrics 1992 22: 330-342.

CHAPMAN DG. Some properties of the hipergeometric distribution with applications to zoological censuses. University of California Publications in Statistics 1 1995: 131-160.

CORMACK RM. Loglinear models for capture-recapture. Biometrics 40 1989: 739-748.

DARROCH JN. The multiple-recapture census l: estimation of a closed population. Biometrika 1958 45:343-359.

ENGEN S. Stochastic abundance models. New York: Chapman and Hall 1978.

GRAY HL & SCHUCANY WR. The generalized jackknife statistic Marcel Dekker New York N.Y 1972.

ISMAIL AA BEECHING NJ GILL GV & BELLIS MA. How many data sources are needed to determine diabetes prevalence by capture-recapture - International Journal of Epidemiology 200029: 536-541.

JOLLY GM. Explicit estimates from capture?recapture data with both death and dilution - stochastic model. Biometrika 1965 52: 255-247.

LEE SM CHAO A. Estimating population size via sample coverage for closed-recapture models. Biometrics 1994 50: 88-97.

LINCOLN FC. Calculating waterfowl abundance on the basis of banding retums. U.S. Dept. Agric. Circ. 1930 118: 14.

MASTRO TD KITAYAPORN D WENIGER BG VANICHSENI S LAOSUNTHOM V UNEKLABH T UNEKLABH C CHOOPANYA K LIMPAKARNJANARAT K. Estimating the number of HlV - infected injection drug users in Bangkok: a capture-recapture method. Am. J. Public Health 1994 84: 1094-1099.

MCKEGANEY N BARNARD M LEYLAND A COOTE I & FOLLET E Female streetworking prostitution and HIV infection in Glasgow British Medical Journal 1992 305 pp. 801-804.

MINGOTI SA. A stepwise Bayesian estimator for the total number of distinct species in finite populations: sampling by elements Journal of Applied Statistics 2000 27 5 pp. 651-670.

OTIS DL, BURNHAM KP, WHITE GCE, ANDERSON DR. Statistical inference from capture data on closed animal populations Wildlife Monographs 1978, 62 1-135.

PARKER RA. A method for removing the effect of recruitment on Petersen-type population estimates. Journal Fish. Res. Bd. Canada, 1955, 12: 447- 450.

PETERSEN GGJ. The yearly immigration of young plaice into the limfjord from the german sea. Rept. Danish Biol. Sta., 1896: 61-48.

QUENOUILLE M H. Notes on bias reduction. Biometrika, 1956, 43:353-360.

REXSTAD E, BURNHAM K. User's guide for interactive program capture. Colorado Cooperative Fish & Wildlife Research Unit Colorado State University Fort Collins, 1991.

SCHNABEL ZE. The estimation of the total fish population of a lake. Am. Math. Monthly,

1938, 45: 348-352.

SEBER GA F. A note on the multiple recapture census. Biometrika, 1965, 52 :249-259.

SEBER GAF. The estimation of animal abundance 2nd edition. London: Griffin, 1982.

SEBER GAF. A review of estimating animal abundance. Biometrics, 1986, 2: 267-292.

SEBER GAF. A review of estimating animal abundance II. Intern. Stat. Review, 1992, 602: 129-166.

SILVA RC, MINGOTI SA. Programa Captura e Recaptura (Software). Departamento de Estatística da UFMG, 1998.

SMITH PJ. Bayesian methods for multiple capture-recapture surveys. Biometrika, 1988, 44: 1177-1189.

ZIPPIN C. An evaluation of the removal methods of estimating animal populations. Biometrika , 1956,12: 163-169.

ZIPPIN C. The removal method of population estimation. Journal of Wildlife Management, 1958, 2: 282-90.

I - Introdução **II - Métodos de Captura e Recaptura**

III - Modelos Probabilísticos para Estimação do Tamanho Populacional

IV - Estimadores para Captura e Recaptura em dois Estágios

V - Descrição dos Dados Amostrais do PRD de Porto Alegre **VI - Análise Estatística**

VII - Considerações Finais **VIII - Referências Bibliográficas**

Capítulo 4

II - Perfil Socioeconômico-Demográfico

Participaram do estudo 287 usuários de droga injetável; 82,5% era do sexo masculino e quase 50% tinha de 20 a 40 anos, com média de idade de 29,2 ± 7,9 e mediana de 28,0 anos. Metade deles apresentavam pele de cor branca e 53% relataram ser solteiros (Tabela II-1).

Quanto ao Estado de origem e município de residência, nota-se que cerca de 65 a 68% dos participantes tinham nascido e ainda residiam na região Sul; um terço na região Sudeste; ainda, menos que 3,0% nasceram no Nordeste e Centro-oeste (Tabela II-2).

Em média, todos os participantes relataram estar vivendo em suas cidades cerca de 22,7 meses (±10,5) com mediana de 23,0 meses.

Quanto às características profissionais nos últimos seis meses, quase 70% do grupo relataram algum tipo de ocupação, porém, em somente 13,5% deles a ocupação era formal e com salário. Por fim, a ocupação informal foi relatada em 83% dos casos (Tabela II-3 e Anexo 5).

A grande maioria (87,4%) relatava saber ler e 92% ter estudado. Cerca de 32,9% estudaram até 4 anos; 48,3% estudaram da 5ª a 8ª série do 1º grau e somente 10,8% relataram ter cursado o 2o grau completo. Um participante relatou ter terceiro grau completo (Tabela II-4).

Tabela II -1

Gênero, faixa etária, cor de pele e estado civil dos UDI.

Características	N	%
Sexo[1]		
Feminino	50	17,5
Masculino	236	82,5
Total	286	100
Faixa etária		
< 20 anos	34	11,8
20 a 30 anos	137	47,7
31 a 40 anos	89	31
41 a 50 anos	26	9,1
51 a 61 anos	1	0,3
Total	287	100
Cor de pele[1]		
Branca	143	50
Não-branca	143	50
Total	286	100
Estado civil[1]		
Solteiro	152	53,1
Casado/amasiado	98	34,3
Separado/divorciado	29	10,1
Viúvo	7	2,4
Total	**286**	**100,0**

1 Sem informação: 1 (0,3%)

Tabela II - 2

Estado de nascimento e município de residência dos UDI.

Características	N	%
Estado[1]		
Rio Grande do Sul	143	50
Paraná	14	4,9
Paraíba	2	0,7
São Paulo	79	27,6
Mato Grosso do Sul	1	0,3
Minas Gerais	4	1,4
Santa Catarina	39	13,6
Rio Grande do Norte	1	0,3
Bahia	3	1
Município[1]		
Em trânsito	3	1
Porto Alegre(RS)	134	46,9
Sorocaba (SP)	38	13,3
São José do Rio Preto(SP)	42	14,7
Brasília (DF)	1	0,3
Birigui (SP)	1	0,3
Candeias do Jomari (MG)	1	0,3
São Paulo (SP)	15	5,2
Ribeirão das Neves (MG)	1	0,3
Itajaí (SC)	48	16,8
Camboriú (SC)	2	0,7

Itajaí (SC)	48	16,8
Camboriu (SC)	2	0,7

1 Sem informação: 1 (0,3 %)

Tabela II - 3

Ocupação e fonte de renda nos últimos seis meses dos UDI.

	N	%
Ocupação[1]		
Sim	193	68,9
Não	87	31,1
Total	280	100
Fonte de renda[2]		
Emprego com salário	38	13,5
Trabalho temporário com salário	9	3,2
Trabalho esporádico[3]	235	83,3
Total	**282**	**100,0**

1 Sem informação: 7 (2,4%) 2 Sem informação: 5 (1,7%) 3 Vide Anexo 5

Tabela II - 4

Habilidade de leitura e escolaridade dos UDI.

Características	N	%
Habilidade de leitura[1]		
Sim	250	87,4
Não	36	12,6
Total	286	100
Grau de escolaridade[1]		
Nenhum	22	7,7
1ª a 4ª série do 1° grau	94	32,9
5ª a 8ª série do 1° grau	138	48,3
1ª a 3ª série do 2° grau	31	10,8
3° grau completo	1	0,3
Total	**286**	**100,0**

1 Sem informação: 1 (0,3%)

I - As Entrevistas II - Perfil Socioeconômico-Demográfico III - Uso de Drogas

IV - Seringas e Agulhas V - Características de Vida VI - Comportamento Sexual

Capítulo 4

III - Uso de Drogas

A idade de início do uso de drogas injetáveis variou de 3 a 40 anos, com média de 17,7 ± 4,7 e mediana de 17,0 anos. É interessante notar (Tabela III-1) que, aos 15 anos, mais de um terço desta população já havia iniciado o uso injetável e, ao completar 20 anos, este total chegava a 80%. O tempo de uso de drogas injetáveis variou de 0 a 40 anos, com média de 11,6 ± 7,6 anos, e mediana de 10 anos.

Tabela III - 1

Idade do primeiro uso de drogas injetáveis.

Faixa etária (anos)[1]	N	%
3 - 10	5	1,8
11 15	99	34,7
16 - 20	129	45,3
21 - 25	35	12,3
26 - 30	9	3,2
31 - 35	5	1,8
36 - 40	3	1,1
Total	**285**	**100,0**

1 Sem informação: 2 (0,7%)

Quanto à droga injetada pela 1ª vez, a imensa maioria (73,6%) fez uso de cocaína. O restante, em menor proporção, relatou o uso de uma variedade de drogas, como listado na Tabela III-3.

A maconha foi a droga ilícita mais consumida nos últimos seis meses e último mês. Para a

via injetável, nota-se consumo considerável de cocaína (77,6%). Cocaína cheirada (70%) também representa uma prática comum nesta população, assim como o crack, relatado por mais da metade dos UDI. O consumo de heroína, em qualquer via, pura ou associada à cocaína, variou de 2 a 4,5%. Em todas as drogas, exceção feita para o álcool, campeão de consumo (89,2% nos 6 meses e 85,6% no último mês), nota-se uma redução consistente da prevalência de consumo no último mês quando comparado com os últimos 6 meses (Tabelas III-3 e III-3a). A maioria destes UDI eram fumantes (84,8%) e o consumo médio de cigarros no último ano foi de 23 cigarros por dia.

Tabela III - 2

A primeira droga injetada.

Droga[1]	N	%
Cocaína	209	73,6
Catoviti	20	7,02
Pervitin (anfetamina) ®	16	5,6
Provegil®	11	3,9
Algafan (morfina) ®	8	2,8
Anfetamina	3	1,1
Almosterona	2	0,7
Iodex®	2	0,7
Heroína	1	0,4
Reativan®	1	0,4
Hipofagin®	1	0,4
Reativan ® com Efortil®	1	0,4
Whisky	1	0,4
Dexocil/dexacil	1	0,4
Disbutal®	1	0,4
Cogumelo	1	0,4
Glucoenergan®	2	0,4
Cocaína com Glucoenergan®	1	0,4
Artane® (anti-colinérgico)	1	0,4
Remédio	1	0,4
Total	**284**	**100,0**

1 Sem informação: 3 (1,0%)

Tabela III - 3

Drogas usadas nos últimos seis meses e último mês.

Droga	Últimos 6 meses		Último mês	
	N[1]	%	N[2]	%
Maconha				
Sim	240	83,9	222	77,9
Não	46	16,1	63	22,1
Crack				
Sim	157	55,1	132	46,5
Não	128	44,9	152	53,5
Cocaína cheirada				
Sim	202	70,6	159	56,0
Não	84	29,4	125	44,0
Cocaína injetável				
Sim	222	77,6	159	55,8
Não	64	22,4	126	44,2
Cocaína e heroína injetável				
Sim	13	4,5	5	1,8
Não	273	95,5	280	98,2
Heroína cheirada				
Sim	12	4,2	5	1,8
Não	274	95,8	280	98,2
Heroína fumada				
Sim	7	2,4	2	0,7
Não	279	97,6	283	99,3
Heroína injetável [1]				
Sim	10	3,5	4	1,4
Não	276	96,5	281	98,6

1 Sem informação: 1 (0,3%)

2 Sem informação: 2 (0,7%)
3 Sem informação: 3 (1,0%)

Tabela III - 2 a

Drogas usadas nos últimos seis meses e último mês.

Droga	Últimos 6 meses[1]		Último mês[2]	
	N	%	N	%
Anfetamina oral				
Sim	32	11,2	16	5,6
Não	254	88,8	269	94,4
Anfetamina injetável				
Sim	9	3,1	3	1,1
Não	277	96,9	282	98,9
Tranquilizante oral				
Sim	50	17,5	28	9,8
Não	236	82,5	257	90,2
Tranquilizante injetável				
Sim	6	2,1	3	1,1
Não	280	97,9	282	98,9
Bebida Alcoólica				
Sim	255	89,2	244	85,6
Não	31	10,8	41	14,4

1 Sem informação: 1 (0,3%) 2 Sem informação: 2 (0,7%)

Em média, os UDI injetaram o total de 4,5 meses (± 1,8 meses) e 50% deles relataram ter injetado drogas nos últimos seis meses.

Com relação ao último mês, o número médio de dias injetados foi de 12,3 ±10,2 dias e mediana de 10,0 dias. Em 97% dos participantes, a última droga injetada foi a cocaína.

Quanto ao local usado para se injetar, independente se durante os últimos seis meses ou último mês, a grande preferência foi na própria casa do UDI ou de alguém de suas relações, como pais ou amigos (entre 55 a 60%), seguido por locais abertos e públicos (em torno de 30% para ambos) e locais abandonados (cerca de 10%), inclusive aqueles específicos para se injetar ("brete", em Porto Alegre, "mocó" em São Paulo, "quebrada" em Itajaí e Sorocaba). Locais fechados e públicos tais como hotéis, bares e mesmo o ambiente de trabalho (relatado por dois participantes somente) contribuíram com parcela bem menor de freqüência (Tabela III-4). Vale ressaltar que esta categorização foi arbitrária e, se combinado local público, aberto e abandonado, cerca de 40% dos relatos foram nestes locais.

Tabela III - 4

Local utilizado para injetar drogas nos últimos seis meses e último mês.

Local[1]	Últimos 6 meses[2]		Último mês[3]	
	N	%	N	%
Casa do UDI e suas relações (pais, amigos)	162	54,7	117	60,6
Local público (rua, praça, mercado de peixe)	39	13,2	28	14,5
Locais abandonados (casa em construção ou abandonada, brete)	31	10,5	16	8,3
Locais abertos (mato, terreno, campo de futebol, pedreira, cemitério, linha do trem)	51	17,2	27	14,0
Hotéis, motéis, bares, casa de prostituição, no local de trabalho	13	4,4	5	2,6

1 Cada entrevistado tinha a opção de citar até dois locais diferentes
2 Percentual foi calculado no número total de respostas (296)
3 Percentual foi calculado no número total de respostas (193)

I - As Entrevistas II - Perfil Socioeconômico-Demográfico III - Uso de Drogas

IV - Seringas e Agulhas V - Características de Vida VI - Comportamento Sexual

Capítulo 4

IV - Seringas e Agulhas

Aqui serão abordadas as fontes de obtenção, o compartilhamento, descarte, e os cuidados que os UDI têm com as seringas e agulhas.

Os UDI parecem obter seringas e/ou agulhas de variadas fontes: 63% via redutores, 60% pela compra em farmácias, 30% por meio de amigos ou conhecidos e 16% via serviços de saúde. Quatro indivíduos relataram obtê-las no lixo ou na rua e seis conseguiram de outras formas, por meio de pessoas conhecidas (Tabela IV-1).

Tabela IV - 1

Formas de obtenção das seringas e agulhas nos últimos seis meses.

Formas de obtenção[1]	N	%
Ganhou de amigos ou conhecidos[1]		
Sim	63	27,3
Não	168	72,7
Comprou em farmácias[2]		
Sim	172	59,9
Não	60	20,9
Ganhou em serviços de saúde[3]		
Sim	38	16,6
Não	191	83,4
Ganhou de redutores do PRD[2]		
Sim	146	62,9
Não	86	37,1
Outras (lixo, rua, outras pessoas)[4]		
Sim	10	4,4
Não	216	95,6

1 Sem informação: 8 (2,8%)
2 Sem informação: 7 (2,4%)
3 Sem informação: 10 (3,5%)
4 Sem informação: 13 (4,5%)

Com relação aos locais usados para o descarte das agulhas e/ou seringas após seu uso, também foi dada a opção de duas respostas a cada participante. Dos 287 indivíduos, 303 respostas foram obtidas entre aqueles que injetaram nos últimos seis meses e 206 respostas entre aqueles que injetaram no último mês. Independente do tempo relativo ao uso, 35 a 40% das respostas apontaram que o descarte era feito no lixo, bueiro, esgoto ou vaso sanitário; locais públicos e abertos somaram-se cerca de 20% e somente entre 11 a 14% das vezes o material usado foi entregue aos agentes/redutores do PRD. Em 13% das respostas o descarte envolvia a quebra, queima ou enterro do material; em 9% o descarte foi feito em casa, mas sem informação de onde (Tabela IV-2).

Tabela IV - 2

Locais usados para o descarte nos últimos seis meses.

Local[1]	Últimos 6 meses[2]		Último mês[3]	
	N	%	N	%
Casa do UDI e suas relações (pais, amigos)	26	8,6	19	9,2
Local público (rua, praça, mercado de peixe)	24	7,9	18	8,7
Locais abandonados (casa em construção ou abandonada, brete)	13	4,3	9	4,4
Locais abertos (mato, terreno, campo de futebol, pedreira, cemitério, linha do trem)	40	13,2	25	12,1
Lixo, bueiro, vaso sanitário, esgoto	128	42,2	74	35,9
PRD (redutor, agente monador, descartex)	34	11,2	30	14,6
Enterra	14	4,6	12	5,8
Outros (queima, quebra/agulha, sacolas)	24	7,9	19	9,2

1 Cada entrevistado tinha a opção de citar até dois locais diferentes
2 Percentual foi calculado no número total de respostas (303)
3 Percentual foi calculado no número total de respostas (206)

Na Tabela IV-3, uma tendência pode ser observada com relação ao compartilhamento (dar e receber, respectivamente). Cerca de 61,4 e 63,4% dos UDI relataram nunca ter dado ou recebido seringas/agulhas na vida, respectivamente. Entre aqueles que compartilhavam seringas e agulhas, 41,0 e 36,2% relataram não mais partilhar nos últimos seis meses, e

dentre os que continuaram compartilhando, 43,9 e 35,3% relataram não estar partilhando no último mês.

Um total de 252 UDI relataram não estar dando suas seringas usadas: 175 (69,4%) nunca na vida, 59 (23,4%) nos últimos seis meses e 18 (7,1%) no último mês. Paralelamente, 254 UDI relataram não estar recebendo seringas usadas: 182 (71,7%) nunca na vida, 60 (23,6%) nos últimos seis meses e 12 (4,7%) no último mês.

Se for considerado o total progressivo de UDI que não está compartilhando seringas e agulhas, é possível notar que ao longo do tempo o "pool" de UDI que respondeu não estar oferecendo variou de 175 para 252 (de 61,4 para 88,4%); e de não estar recebendo foi de 182 para 254 (de 63,4 para 89,1%).

Com relação à limpeza das seringas/agulhas, esta prática na vida foi relatada com muita freqüência (de 69 a 71%), porém, o número absoluto de UDI que adotava esta prática foi reduzido de 196 para 84, nos últimos seis meses. As substâncias mais usadas foram água limpa (68,3%), álcool (22,1%), hipoclorito ou derivados (3,5%) e 2,5% relataram uso de outros produtos, tais como água não limpa, vinagre ou azeite.

Cerca de 62% dos UDI usaram os serviços de seu PRD. Dentre os que usaram, o tempo médio de utilização foi de 7,0 (± 7,3) meses e a mediana de 4,0 meses.

Tabela IV - 3

Formas de compartilhamento, uso de substâncias para limpeza de agulhas e/ou seringas, uso dos serviços do PRD.

Formas	Alguma vez na vida		Últimos 6 meses		Último mês	
	N	%	N	%	N	%
Deu agulhas/seringas usadas para outra pessoa usar						
Sim	110	38,6	41	41,0	23	56,1
Não	175	61,4	59	59,0	18	43,9
Total	285[1]	100,0	100[2]	100,0	41[2]	100,0
Recebeu agulhas/seringas usadas de outra pessoa						
Sim	103	35,9	34	36,2	22	64,7
Não	182	63,4	60	63,8	12	35,3
Total	285[1]	100,0	94[2]	100,0	34[2]	100,0
Limpou suas agulhas/seringas com alguma substância						
Sim	196	69,0	118	67,4	84	71,2
Não	88	31,0	57	32,6	34	28,8
Total	284[3]	100,0	175[4]	100,0	118[5]	100,0
Uso dos serviços do PRD						
Sim	165	62,0	-	-	-	-
Não	101	38,0	-	-	-	-
Total	**266[6]**	**100,0**	-	-	-	-

1 Sem informação: 2 (0,7%)
2 Sem informação: 1 (0,3%)
3 Sem informação: 3 (1,0%)
4Sem informação: 5 (1,7%)
5 Sem informação: 6 (2,1%)
6 Sem informação: 21 (7,3%)

I - As Entrevistas II - Perfil Socioeconômico-Demográfico III - Uso de Drogas

IV - Seringas e Agulhas V - Características de Vida VI - Comportamento Sexual

Capítulo 4

V - Características de Vida

Com relação às condições de vida dos participantes no último ano, nota-se um grande percentual de desemprego (82%), e quase um terço relatou ter ficado sem moradia no último ano. Uma reduzida parcela teve alguma assistência social (menos que 20%) no período. Paralelamente, cerca de 40% necessitou e procurou tratamento de saúde. Destes, quase 80% relataram ter conseguido algum tipo de tratamento. Com relação ao tratamento para o abuso de drogas, 23% dos UDI procuraram tratamento, e destes, 83% conseguiram algum tipo de assistência nesta área (Tabela V-1).

Com relação à preocupação e testagem para o HIV, é interessante notar que a grande maioria (72%) relatou a preocupação em se testar. No entanto, dentre estes, pouco mais da metade (61,4%) chegou efetivamente a fazer o teste, destes, 87% chegaram a procurar o resultado do teste anti-HIV. Em outras palavras, de todos que responderam (n=281), 172 UDI (61%) não conheciam seu estado sorológico em relação à infecção pelo HIV: 79 indivíduos nunca pensaram em se testar (quase 30%); apesar de preocupados com a questão, 78 deles nunca se testou (39%) e 15 (13%) dos que se testaram não procuraram resultado (Figura V-1).

Foi muito freqüente a história de detenções nesta amostra de UDI: 70% deles relatou um ou mais episódios na vida, 38% nos últimos seis meses e quase 50% no último mês. Também, o número de detenções foi bastante importante: de 1 a mais de 80 vezes na vida, 1 a 40 nos últimos seis meses e 1 a 10 vezes no último mês. Condenações ocorreram em quase 40% da amostra e cerca de 50% delas eram motivadas por furto, roubo, assalto ou arrombamento. Cerca de 25% eram diretamente relacionadas às drogas como porte ou tráfico (Tabelas V-2 e V-3).

Tabela V - 1

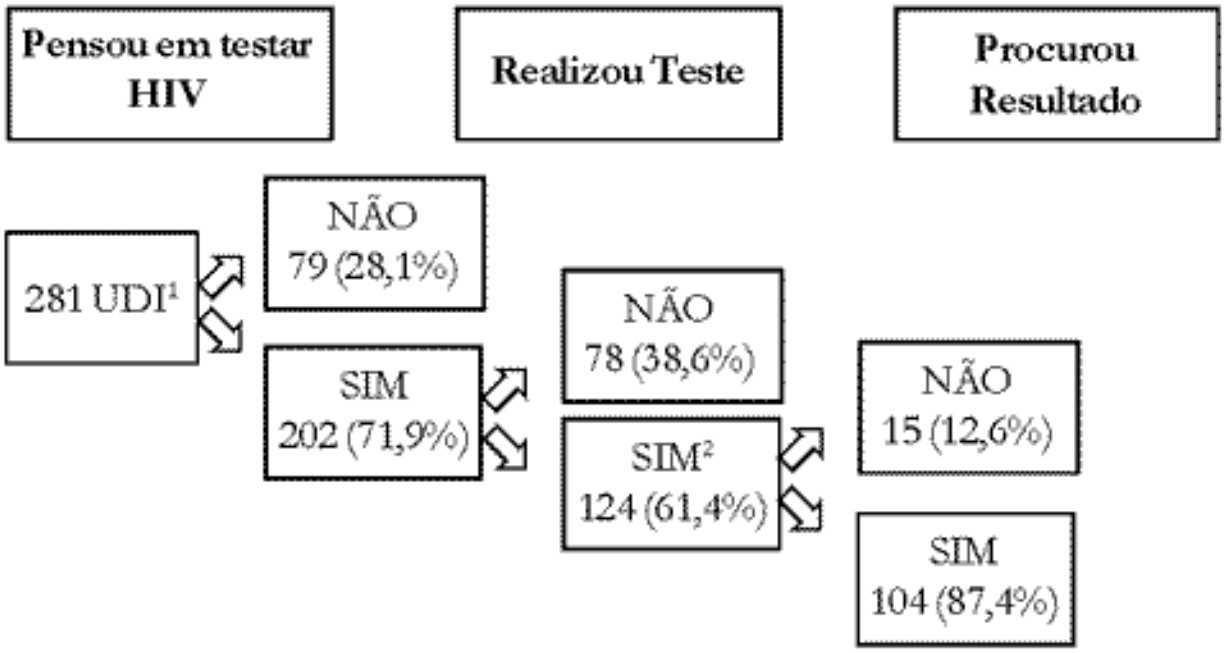
Condições de vida e saúde dos entrevistados no último ano.

Características	N	%
Ficou desempregado[1]		
Sim	233	81,8
Não	52	18,2
Recebeu ajuda ou assistência social[2]		
Sim	54	18,9
Não	232	81,1
Ficou sem lugar para morar[1]		
Sim	81	28,4
Não	204	71,6
Procurou tratamento de saúde[2]		
Sim	120	42
Não	166	58
Chegou a tratar de saúde[3]		
Sim	100	87
Não	15	13
Tratamento de drogas[1]		
Sim	66	23,2
Não	219	76,8
Chegou a tratar das drogas[5]		
Sim	54	83,1
Não	11	16,9

1 Sem informação: 2 (0,7%)
2 Sem informação: 1 (0,3%)
3 Sem informação: 5 (1,5%)
4 Sem informação: 4 (1,4%)
5 Sem informação: 3 (1,0%)

Figura V - 1

Preocupação dos entrevistados com a infecção pelo HIV e a testagem para o HIV.



1 Sem informação: 6 (2,1%)
2 Sem informação: 5 (4,0%)

Tabela V - 2

Detenções e condenações dos entrevistados.

Formas	Alguma vez na vida		Últimos 6 meses		Último mês	
	N	%	N	%	N	%
Detenção						
Sim	199	70,1	73	38,2	35	47,9
Não	85	29,9	118	61,8	38	52,1
Total	284[1]	100,0	191[2]	100,0	73[2]	100,0
Número de vezes que foi detido						
1 vez	48	24,6	33	47,5	21	61,8
2– 3 vezes	55	28,2	18	25,7	8	23,5
4– 9 vezes	44	22,6	12	17,1	3	8,8
>10 vezes	48	24,6	7	10	2	5,9
Total	195[3]	100,0	70	100,0	344	100,0
Condenação						
Sim	110	38,7	-	-	-	-
Não	174	61,3	-	-	-	-
Total	**284[1]**	**100,0**	-	-	-	-

1 Sem informação: 3 (1,0%)
2 Sem informação: 11 (3,8%)
3 Sem informação: 7 (2,1%)
4 Sem informação:

Tabela V - 3

Motivos das condenações dos entrevistados.

Motivos[1]	N	%
Drogas (uso, porte, tráfico)	28	26,6
Furto, roubo, assalto, arrombamento	63	60,0
Homicídio, tentativa	6	5,7
Outros (condenação a revelia, briga, sem habilitação, estelionato)	8	7,6

1 Sem informação: 8 (7,1%)

I - As Entrevistas II - Perfil Socioeconômico-Demográfico III - Uso de Drogas

IV - Seringas e Agulhas V - Características de Vida VI - Comportamento Sexual

Capítulo 4

VI - Comportamento Sexual

Observa-se a existência de uma relevante atividade sexual entre os UDI; 100% da população relataram ter tido relação sexual com o sexo oposto e 32,3% dos homens indicaram ter tido relações sexuais com outros homens alguma vez na vida (Tabela VI-1). Em relação à idade da primeira e da última relação sexual, os dados sugerem que as atividades heterossexuais se iniciam mais cedo do que as relações homossexuais masculinas (13,7 e 16,1 anos, respectivamente). Chama atenção a idade mínima de início de ambas as atividades, respectivamente 5 e 8 anos (Tabela VI-2).

Tabela VI - 1

Distribuição das relações sexuais na vida dos entrevistados.

Relação sexual[1]	N	%
Com sexo oposto		
Sim	285	100,0
Não	0	0
Total	285[1]	100,0
Homens que fazem sexo com homens (HSH)		
Sim	75	32,3
Não	157	67,7
Total	**232[2]**	**100,0**

1 Sem informação: 3 (1,0%)
2 Sem informação: 5 (1,7%)

Tabela VI - 2

Idade da primeira e da última relação sexual dos entrevistados.

Características	N	Média ± DP	Intervalo
Relação sexual com sexo oposto			
Idade da 1ª relação	285	13,7 ± 2,8	5 - 23
Idade da ultima relação	285	28,9 ± 8,0	14 - 60
Relação sexual com outros homens (HSH)[1]			
Idade da 1ª relação sexual	75	16,1 ± 4,6	8 - 36
Idade da última relação	75	20,1 ± 6,0	8 - 45

1 Somente para aqueles HSH na vida

Tabela VI - 3

Das relações sexuais dos entrevistados com o sexo oposto.

Caracteristicas	Últimos 6 meses		Último mês	
	N	%	N	%
Doenças sexualmente transmissiveis				
Sim	37	13,1	-	-
Não	246	86,9	-	-
Total	283	100,0	-	-
Relações sexuais				
Sim	253	89,1	218	85,8
Não	31	10,9	36	14,2
Total	284[1]	100,0	254[2]	100,0
Freqüência de relações sexuais				
³ 3 vezes por semana	165	65,7	-	-
< 3 vezes por semana	86	34,3	-	-
Total	251[3]	100,0		
Uso de preservativos				
Menos da metade ou nenhuma vez	146	57,9	117	54,2
Maioria ou todas as vezes	106	42,1	99	45,8
Total	252[1]	100,0	216[2]	100,0
Parceiros[1]				
Diferentes na maioria ou todas vezes	63	25	33	15,1
Maioria ou sempre o mesmo	189	75	185	84,9
Total	252[1]	100,0	218[4]	100,0
Relações sexuais para obter drogas				
Sim	22	8,7	12	5,5
Não	232	91,3	205	94,5

Sim	22	8,7	12	5,5
Não	232	91,3	205	94,5
Total	252[2]	100,0	217[4]	100,0

1 Sem informação: 3 (1,0%)
2 Sem informação: 2 (0,7%)
3 Sem informação: 4 (12,5%)
4 Sem informação: 1 (0,3%)

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), nos últimos seis meses, foram relatadas por 13% dos participantes. Para as DST ulcerativas foi de 6,6% e para as não-ulcerativas de 8,4%. Deve-se ressaltar que estes indicadores podem estar subestimados, principalmente devido ao caráter assintomático de muitas destas doenças.

A maioria dos UDI relatou relações heterossexuais nos últimos seis meses (89,1%) e no último mês (85,8%). A freqüência de 3 ou mais vezes por semana, nos últimos seis meses, foi de 65,7%. Porém, 57,9% delas foram sem preservativos ou usando-os em menos da metade das vezes.

Com referência aos parceiros, estes foram, na maioria das vezes, uma única pessoa; 75% relataram com o mesmo e único parceiro nos últimos seis meses e 84,9% no último mês. Uma baixa proporção de UDI relatou ter trocado sexo por drogas nos dois períodos (8,7% e 5,5%, respetivamente) (Tabela VI-3).

Tabela VI - 4

Das relações sexuais dos entrevistados homens que têm sexo com homens (HSH).

Características	Últimos 6 meses		Último mês	
	N	%	N	%
Relações sexuais				
Sim	13	17,8	9	64,3
Não	60	82,2	5	35
Total	73[1]	100,0	14	100,0
Freqüência de relações sexuais				
³ 3 vezes por semana	5	38,5	-	-
< 3 vezes por semana	8	61,5	-	-
Total	13[2]	100,0	-	-
Número de parceiros				
Diferentes na maioria ou todas vezes	8	61,5	4	44,4
Maioria ou sempre o mesmo	5	38,5	5	55,6
Total	13[2]	100,0	9[3]	100,0
Uso de preservativos				
Menos da metade ou nenhuma vez	5	35,7	3	33,3
Maioria ou todas as vezes	9	64,3	6	66,4
Total	14	100,0	9[4]	100,0
Relações Sexuais para obter drogas				
Sim	7	50	4	44,4
Não	7	50	5	55,6
Total	**14**	**100,0**	**9[4]**	**100,0**

1, 2, 3, 4 Sem informação respectivamente: 2 (2,7%); 1 (7,1%);4 (30,7), 4 (28,6%)

Dos homens que relataram sexo com homens (n=75), nos últimos seis meses, foi notado uma menor freqüência de três ou mais vezes por semana (38,5%), maior proporção de relação sexual com pessoas diferentes (61,5%) e menor proporção de nunca (menos da metade das vezes) ter usado preservativo (35,7%), quando comparada com as atividades heterossexuais. No entanto, a utilização de sexo para obter drogas foi maior (50% e 44,4%) para, respectivamente, os últimos seis meses e último mês.

I - As Entrevistas **II - Perfil Socioeconômico-Demográfico** **III - Uso de Drogas**

IV - Seringas e Agulhas **V - Características de Vida** **VI - Comportamento Sexual**

Capítulo 5

II - Uso de Drogas

Porto Alegre e Itajaí se destacam pelo uso precoce de drogas injetáveis (entre 3 a 10 anos). Sorocaba se destaca pela maior proporção do uso (52,5%), entre 11 a 15 anos, e São José do Rio Preto para a faixa etária de 16 a 20 anos (71,1%). O fato é que, independente do PRD, a maioria já iniciou o uso de droga injetável aos 20 anos (Tabela II-1).

Tabela II - 1

Idade do primeiro uso de drogas injetáveis dos entrevistados, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)[1]										
3-10	2	4,1	3	2,2	-	-	-	-	-	-
11-15	15	30,6	52	38	8	17,8	4	25,0	20	52,6
16-20	17	34,7	56	40,9	32	71,1	9	56,3	15	39,5
21-25	9	18,4	18	13,1	5	11,1	1	6,3	2	5,3
26-30	2	4,1	6	4,4	-	-	1	6,3	-	-
31-35	3	6,1	1	0,7	-	-	1	6,3	-	-
36-40	1	2,0	1	0,7	-	-	-	-	-	-

1 Sem informação: 2 (0,7%)

Quanto à droga injetada pela 1ª vez, a cocaína esteve presente em todos os PRD. O restante, em menor proporção, foi representado por uma variedade de drogas, como listado na Tabela II-2.

Quanto ao uso, nos últimos seis meses e último mês, somente as diversidades mais evidentes serão apontadas (Tabelas II-3, II-3a, II-4, II-4a). Em Porto Alegre, o relato do uso de crack foi proporcionalmente menor (22,8% e 16,2%), assim como a cocaína cheirada em Itajaí (42% e 28%). Itajaí também se destaca pela ausência do relato do uso de heroína em qualquer via, enquanto Sorocaba (apesar de uma amostra pequena) se destaca pelo maior

relato de qualquer forma de consumo de heroína (13,2% para a combinação heroína e cocaína injetadas). Variável, também, foi o uso de outras drogas em diferentes combinações e vias de uso. Foram elas: mistura de maconha com cocaína: "macaquinho", mistura de maconha com crack ou haxixe, solventes: cola, éter, loló, haxixe, chá de lírio, êxtase, anfetaminas: rebite, tabaco com crack: "pitilho", LSD, cogumelo, colírios ciclopégios, e alguns medicamentos citados pelo nome comercial, tais como coprovegil, perventin, tonopan, optalidon, artane, diazepan e dolantina.

Tabela II - 2

A primeira droga injetada pelos entrevistados, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Droga[1] (PRD)	N	%
Cocaína (SP, SJRP, POA, IT, SO)	209	73,6
Catoviti (POA, IT, SO)	20	7,0
Pervitin (SP, POA, IT, SO)	16	5,6
Provenil (SJRP)	11	3,9
Algafan (SP, SJRP, POA, IT)	8	2,8
Anfetamina (IT)	3	1,1
Almosterona (POA, SO)	2	0,7
Iodex (IT)	2	0,7
Heroína (SJRP)	1	0,4
Reativan (SO)	1	0,4
Hipofagin (SP)	1	0,4
Reativan com efortil (POA)	1	0,4
Whisky (SP)	1	0,4
Dexocil/dexacil (POA)	1	0,4
Disbutal (IT)	1	0,4
Cogumelo (SP)	1	0,4
Glucoenergan (SJRP, IT)	2	0,8
Cocaína com glucoenerergan (SJRP)	1	0,4
Artane (POA)	1	0,4
Remédio (SP)	1	0,4
Total	**284**	**100,0**

1 Sem informação: 3 (1,0%) IT: Itajaí, POA: Porto Alegre; SJRP: São José do Rio Preto; SP: São Paulo; SO: Sorocaba

Tabela II - 3

Uso de drogas pelos entrevistados, nos últimos seis meses, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Droga	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Maconha[1]										
Sim	39	78,0	119	86,9	34	75,6	13	81,3	35	92
Não	11	22,0	18	13,1	11	24,4	3	18,7	3	7,9
Crack[2]										
Sim	42	84,0	31	22,8	38	84,4	15	93,8	31	82
Não	8	16,0	105	77,2	7	15,6	1	6,3	7	18
Cocaína cheirada[1]										
Sim	21	42,0	109	79,6	30	66,7	10	62,5	32	84
Não	29	58,0	28	20,4	15	33,3	6	37,5	6	16
Cocaína injetável[1]										
Sim	46	92,0	102	74,5	28	62,2	16	100,0	30	79
Não	4	8,0	35	25,5	17	37,8	-	-	8	21
Cocaína e heroína injetável[1]										
Sim	-		3	2,2	4	8,9	1	6,3	5	13
Não	50	100,0	134	97,8	41	91,1	15	93,7	33	87
Heroína cheirada[1]										
Sim	-		3	2,2	3	6,7	1	6,3	5	13
Não	50	100,0	134	97,8	42	93,3	15	93,8	33	87
Heroína fumada[1]										
Sim	-		1	0,7	2	4,4	-		4	11
Não	50	100,0	136	99,3	43	95,6	16	100,0	34	90
Heroína injetável[1]										
Sim	-		2	1,5	3	6,7	1	6,3	4	11
Não	50	100,0	135	98,5	42	93,3	15	93,8	34	90

1 Sem informação: 1 (0,3%)

2 Sem informação: 2 (0,7%)

Tabela II - 3a

Uso de drogas pelos entrevistados, no último mês, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Droga	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Maconha[1]										
Sim	33	66,0	110	80,3	32	72,7	12	75,0		92,1
Não	17	34,0	27	19,7	12	27,3	4	25,0	3	7,9
Crack[2]										
Sim	36	72,0	22	16,2	32	72,7	14	87,5		73,7
Não	14	28,0	114	83,8	12	27,3	2	12,5		26,3
Cocaína cheirada[2]										
Sim	14	28,0	94	69,1	19	43,2	9	56,3		60,5
Não	36	72,0	42	30,9	25	56,8	7	43,8		39,5
Cocaína injetável[1]										
Sim	24	48,0	80	58,4	19	43,2	10	62,5		68,4
Não	26	52,0	57	41,6	25	56,8	6	37,5		31,6
Cocaína e heroína injetável[1]										
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,2
Não	50	100,0	137	100,0	44	100,0	16	100,0		86,8
Heroína cheirada[1]										
Sim	0	0,0	2	1,5	1	2,3	0	0,0	2	5,3
Não	50	100,0	135	98,5	43	97,7	16	100,0		94,7
Heroína fumada[1]										
Sim	0	0	1	0,7	0	0	0	0	1	2,6
Não	50	100	136	99,3	44	100	16	100		97,4
Heroína injetável[1]										
Sim	0	0	2	1,5	0	0	0	0	2	5,3

Sim	0	0	2	1,5	0	0	0	0	2	5,3
Não	50	100	135	98,5	44	100	16	100		94,7

* Somente para os participantes que relataram uso de drogas nos últimos seis meses

1 Sem informação: 2 (0,7%)
2 Sem informação: 3 (1,0%)

Tabela II - 4a

Uso de drogas pelos entrevistados, no último mês, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Droga	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Anfetamina oral[1]										
Sim	1	2,0	2	1,5	4	9,1	5	31,3	4	10,5
Não	49	98,0	135	98,5	40	90,9	11	68,7	34	89,5
Anfetamina injetável[1]										
Sim	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	6,3	1	2,6
Não	50	50,0	136	99,3	44	100,0	15	93,7	37	97,4
Tranqüilizante oral[1]										
Sim	2	4,0	6	4,4	8	18,2	5	31,3	7	18,4
Não	48	96,0	131	95,6	36	81,8	11	68,7	31	81,6
Tranqüilizante injetável[1]										
Sim	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	2	5,3
Não	50	50,0	136	99,3	44	100,0	16	100,0	36	94,7
Outras drogas[2]										
Sim	6	12,0	27	19,7	5	11,4	7	43,7	5	13,1
Não	44	88,0	110	80,3	39	88,6	9	56,3	33	86,9
Bebida alcoólica[1]										
Sim	37	74,0	117	85,4	40	90,9	15	93,8	35	92,1

Sim	37	74,0	117	85,4	40	90,9	15	93,8	35	92,1
Não	13	26,0	20	14,6	4	9,1	1	6,2	3	7,9

1 Sem informação: 2 (0,7%)
2 Outras drogas: tabaco, mistura de maconha com cocaína ("macaquinho") ou crack ou haxixe, solventes (cola, éter, loló), haxixe, chá de lírio, tabaco com crack ("pitilho"), cogumelo, tonopan, artane, café, "farmácia" (pinga, conhaque, vermute, agrião). Sem informação: 3 (1,0%)

Foram variados os ambientes usados pelos UDI para se injetarem, nos últimos seis meses, e no último mês. O que chama a atenção, no entanto, é a alta proporção de locais fechados e de alguma maneira associados às relações sociais dos UDI (própria casa ou casa de suas relações), independente do PRD. Relevante foram os locais abertos (mato, terreno, campo de futebol, pedreira, cemitério e linha de trem) em Itajaí e Porto Alegre, tanto nos últimos seis meses quanto no último mês (Tabelas II-5 e II-6).

Tabela II - 5

Local utilizado pelos entrevistados para injetar drogas, nos últimos seis meses, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Locais[1,2]	Itajaí (n=75)		Porto Alegre (n=129)		São José do Rio Preto (n=20)		São Paulo (n=26)		Sorocaba (n=46)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Casa do UDI e suas relações (pais, amigos)	28	37,3	86	66,7	9	45,0	10	38,5	29	63,0
Local público (rua, praça, mercado de peixe)	11	14,7	13	10,1	3	15,0	8	30,8	4	8,7
Locais abandonados (casa em construção ou abandonada, brete)	13	17,3	6	4,6	3	15,0	0	0,0	9	19,6
Locais abertos (mato, terreno, campo futebol, pedreira, cemitério, linha do trem)	18	24,0	22	17,1	2	10,0	5	19,2	4	8,7
Hóteis, móteis, bares e casas de prostituição	5	6,7	2	1,5	3	15,0	3	11,5	0	0,0

1 Cada entrevistado tinha a opção de citar até dois locais diferentes 2 Percentual foi calculado baseado no número total de respostas (296)

Como mencionado anteriormente, estes agrupamentos são arbitrários e objetivam distribuir as freqüências de uma maneira mais equilibrada. No entanto, ao se agrupar, na Tabela II-5, as categorias local público, local abandonado e local aberto, pôde-se observar que em Itajaí, esta categoria contribuiu com 56% dos locais, em Porto Alegre com cerca de 32%, em São José do Rio Preto com 40%, em São Paulo com 50% e em Sorocaba com 37%.

Reagrupadas, estas categorias apresentam percentual variável de 32 a 56%, de acordo com os PRD.
O mesmo acontece com a distribuição quanto ao local utilizado para injetar drogas no último mês (Tabela II-6).

Tabela II - 6

Local utilizado para injetar drogas pelos entrevistados, no último mês, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Locais[1,2]	Itajaí (n=35)		Porto Alegre (n=95)		São José do Rio Preto (n=12)		São Paulo (n=16)		Sorocaba (n=34)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Casa do UDI e suas relações (pais, amigos)	14	40,0	66	69,5	4	33,3	9	56,2	24	70,6
Local público (rua, praça, mercado de peixe)	7	20,0	7	7,4	5	41,7	5	31,2	4	11,8
Locais abandonados (casa em construção ou abandonada, brete)	4	11,4	5	5,3	2	16,7	0	0,0	5	14,7
Locais abertos (mato, terreno, campo futebol, pedreira, cemitério, linha do trem)	9	25,7	15	15,8	0	0,0	2	12,5	1	7,1
Hóteis, móteis, bares, casas de prostituição, trabalho	1	2,9	2	2,1	1	8,3	1	6,2	0	0,0

1 Cada entrevistado tinha a opção de citar até dois locais diferentes
2 Percentual foi calculado baseado no número total de respostas (193)

Tabela II - 7

Dia da semana preferido pelos entrevistados para o uso de drogas injetáveis, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Dia da Semana	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Segunda[1]	18	38,3	21	20,8	4	15,4	1	6,7	7	21,9
Terça[1]	18	38,3	20	19,8	3	11,5	1	6,7	4	12,5
Quarta[1]	18	38,3	21	20,8	4	15,4	5	33,3	5	15,6
Quinta[1]	19	40,4	21	20,8	4	15,4	2	13,3	8	25,0
Sexta[1]	31	66,0	64	63,4	20	76,9	13	86,7		71,9
Sábado[1]	29	61,7	58	57,4	17	65,4	8	53,3		75,0
Domingo[1]	24	51,1	37	36,6	10	38,5	3	20,0		43,8
Outra[2]	14	31,8	24	17,5	2	4,5	3	18,7	3	7,9

1 Sem informação: 66 (23,0%)
2 Informação não atribuível: 241 (84,0%)

Com relação aos dias da semana escolhidos pelos UDI para se injetarem, é relevante notar que 6a feira, Sábado e Domingo são os dias preferidos por todos os UDI. Itajaí destaca-se pelo grande percentual dos outros dias da semana e São Paulo, pela 4a feira, apesar de uma amostra pequena e provavelmente pouco representativa. Para todos os PRD, a última droga mais freqüentemente injetada foi a cocaína (Tabela II-8).

Tabela II - 8

Última droga usada por via injetável pelos entrevistados, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Droga[1]	N	%
Cocaína (IT, POA, SJRP, SP, SO)	225	78,4
Heroína (POA, SO)	2	0,7
Heroína/ Cocaína (SO)	1	0,3
Remédio (SP)	1	0,3
Whisky (SP)	1	0,3
Glucoenergan (SO)	1	0,3
Pervertin (POA)	1	0,3

1 Sem informação: 55 (19,2%) IT: Itajaí, POA: Porto Alegre; SJRP: São José do Rio Preto; SP: São Paulo; SO: Sorocaba

---

I - Perfil Socioeconômico-Demográfico **II - Uso de Drogas** **III - Seringas e Agulhas**

IV - Características de Vida **V - Comportamento Sexual**

Capítulo 5

III - Seringas e Agulhas

Com relação às variadas formas de se obter seringas/agulhas, a categorização por PRD (Tabela III-1) mostra que cerca de um terço dos UDI de Itajaí, Porto Alegre e Sorocaba conseguiram com amigos e/ou conhecidos, um percentual relevante (53 a 82%) comprou em farmácias e um percentual bem variado obteve pelos redutores e/ou agentes de saúde (de 34% em Itajaí a 94% em Sorocaba). Serviços de saúde foram representados, exceção feita para Porto Alegre (26%), por um baixo percentual como uma forma de obter seringas, nos últimos seis meses.

A interpretação destes percentuais pode estar diretamente correlacionada com o tempo de permanência no PRD, à medida que, como ocorreu em Porto Alegre, onde foi feito o processo de captura e recaptura, foi constatado que a própria pesquisa poderia estar contribuindo para um maior acesso a novos potenciais clientes aos PRD.

Tabela III - 1

Formas de obtenção de seringas e agulhas, nos últimos seis meses, pelos entrevistados segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Dia da Semana	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%
Ganhou de amigos/conhecidos[1]										
Sim	15	31,9	31	30,1	4	12,5	2	13,3	11	32,4
Não	32	68,1	72	69,9	28	87,5	13	86,7	23	67,6
Comprou em farmácias[2]										
Sim	38	80,9	84	81,6	17	53,1	11	68,8	22	64,7
Não	9	19,1	19	18,4	15	46,9	5	31,2	12	35,3
Ganhou em serviços de saúde[3]										
Sim	4	8,5	27	26,2	3	9,7	1	6,7	3	9,1
Não	43	91,5	76	73,8	28	90,3	14	93,3	30	90,9
Ganhou redutores do PRD[4]										
Sim	16	34,0	61	59,2	24	75,0	13	81,3	32	94,1
Não	31	66,0	42	40,8	8	25,0	3	18,7	2	5,9

1 Sem informação: 56 (19,51%)
2 Sem informação: 55 (19,2%)
3 Sem informação: 58 (20,2%)
4 Sem informação: 61 (21,2%)

Considerando os locais usados para o descarte das agulhas e/ou seringas após seu uso, é relevante notar que, independente do PRD, percentual importante de resposta, continuou sendo em locais como lixo, bueiro ou vaso sanitário. Em São Paulo, cerca de um terço das repostas foram do descarte nas casas, cujo destino não foi acessado. São José do Rio Preto e São Paulo, em contraste com Sorocaba, apresentaram os menores percentuais de descarte feito com os redutores, agentes ou diretamente no descartex.

Pode ser observado, ao se agrupar as categorias local público, abandonado e abertos que o descarte das seringas e/ou agulhas ainda é feito de maneira precária, independente do local, tanto nos últimos seis meses quanto para o último mês (Tabelas III-2 e III-3).

Tabela III - 2

Locais usados para o descarte das seringas e agulhas, nos últimos seis meses, pelos entrevistados, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Locais[1]	Itajaí (n=70)		Porto Alegre (n=141)		São José do Rio Preto (n=19)		São Paulo (n=24)		Sorocaba (n=49)	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Casa do UDI e suas relações (pais, amigos)	3	4,3	13	9,2	0	0,0	9	37,4	1	2,0
Local público (rua, praça, mercado de peixe)	10	14,3	7	5,0	1	5,3	4	16,7	2	4,1
Locais abandonados (casa em construção ou abandonada, boate)	12	17,1	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Locais abertos (mato, terreno, campo futebol, pedreira, cemitério, linha do trem)	8	11,4	12	8,5	4	21,0	2	8,3	14	28,6
Lixo, bueiro, vaso sanitário, esgoto	24	34,3	68	48,2	12	63,1	7	29,2	17	34,7
PRD (redutor, agente mascarador, descartex)	4	5,7	17	12,1	0	0,0	1	4,2	12	24,5
Enterra	5	7,2	6	4,2	1	5,3	1	4,2	1	2,0
Outros (queima, quebra/agulha sacola)	4	5,7	17	12,1	1	5,3	0	0,0	2	4,1

1 Cada entrevistado tinha a opção de citar até dois locais diferentes
2 Percentual foi calculado no número total de respostas (303)

Tabela III - 3

Locais usados para o descarte de seringas e agulhas, no último mês, pelos entrevistados, segundo os Projetos de Redução de Danos (PRD).

Locais[1]	Itajaí (n=39)		Porto Alegre (n=104)		São José do Rio Preto (n=12)		São Paulo (n=15)		Sorocaba (n=36)	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Casa do UDI e suas relações (pais, amigos)	0	0,0	11	10,6	0	0,0	6	40,0	2	5,5
Local público (rua, praça, mercado de peixe)	7	17,9	6	5,8	2	16,7	1	6,7	2	5,5
Locais abandonados (casa em construção ou abandonada, boate)	6	15,4	2	1,9	1	8,3	0	0,0	0	0,0
Locais abertos (mato, terreno, campo futebol, pedreira, cemitério, linha do trem)	7	17,9	8	7,7	1	8,3	2	13,3	7	19,4
Lixo, bueiro, vaso sanitário, esgoto	6	15,4	49	47,1	7	58,3	5	33,3	7	19,4
PRD (redutor, agente mascarador, descartex)	4	10,2	12	11,5	1	8,3	0	0,0	13	36,1
Enterra	4	10,2	6	5,8	0	0,0	1	6,7	1	2,7
Outros (queima, quebra/agulha, sacola)	5	12,8	10	9,6	0	0,0	0	0,0	4	11,1

1 Cada entrevistado tinha a opção de citar até dois locais diferentes
2 Percentual foi calculado no número total de respostas (206)

Para as informações "na vida" (Tabela III-4), é relevante o alto percentual do dar e receber seringas e/ou agulhas em Itajaí (60 e 68%, respectivamente), seguidos por São José do Rio Preto (49 e 56%), São Paulo (37,5 e 31%) e os mais baixos percentuais em Porto Alegre

(28 e 26%) e Sorocaba (26 e 21%). No entanto, quando se examina estas informações nos últimos seis meses e no último mês, os dados não apresentam a mesma tendência, apesar de Itajaí continuar comproporções menores, mas ainda assim elevadas. Destaca-se, para este período, Porto Alegre (nos últimos seis meses e principalmente no último mês) e São José do Rio Preto (principalmente último mês). Sorocaba também modifica o padrão, aumentando proporcionalmente nos dois períodos (Tabelas III-5 e III-6).

Para o uso de substâncias na limpeza das agulhas e/ou seringas, os percentuais são elevados para todos os PRD, exceção feita para São José do Rio Preto, nos últimos seis meses, e São Paulo, no último mês (Tabelas III-4, III-5 e III-6). O que, infelizmente, não foi contemplado nesta pesquisa (nem na quantitativa nem na qualitativa) foi qual a razão de se limpar a seringa: para reutilizar, para compartilhar ou para entregar ao redutor? Todas são perguntas que devem ser repensadas em outro momento.

Uma análise estatística e epidemiológica mais detalhada das informações acima está sendo realizada, objetivando melhorar o entendimento destes resultados iniciais, considerando, principalmente, a distribuição pouco homogênea de certas características dos UDI por PRD. O ajuste estatístico pelos modelos multivariados, entre outras análises, contribuirá, pelo menos em parte, para se levar em consideração esta heterogeneidade.

Como pode ser visto na Tabela III-7, o tempo de uso dos serviços dos PRD foi bastante variado e com intervalos largos. A mediana, para todos os PRD, foi de apenas dois meses, variando desde nenhum mês (ou seja, 50% dos UDI estavam sendo acessados no mês da entrevista), em Itajaí, a um mês, em Porto Alegre, três meses, em São José do Rio Preto e em Sorocaba, e sete meses, em São Paulo.

Tabela III - 4

Formas de compartilhamento, uso de substâncias para limpeza de agulhas e seringas e uso dos serviços do PRD, na vida, categorizados por PRD.

Locais	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Deu agulhas/seringas usadas para alguém usar[1]										
Sim	34	68,0	38	27,9	22	48,9	6	37,5	10	26,3
Não	16	32,0	98	72,1	23	51,1	10	62,5	28	73,7
Recebeu agulhas/seringas usadas[1]										
Sim	30	60,0	35	25,7	25	55,6	5	31,3	8	21,1
Não	20	40,0	101	74,3	20	44,4	11	68,7	30	78,9
Limpou agulhas/seringas com alguma substância[2]										
Sim	38	76,0	90	66,7	32	71,1	11	68,8	25	65,8
Não	12	24,0	45	33,3	13	28,9	5	31,2	13	34,2
Uso dos serviços do PRD										
Sim	18	36,0	65	55,6	33	73,3	14	87,5	35	92,1
Não	32	64,0	52	44,4	12	26,7	2	12,5	3	7,9

1 Sem informação: 2 (0,7%)
2 Sem informação: 3 (1,0%)

Tabela III - 5

Formas de compartilhamento, uso de substâncias para limpeza de agulhas e seringas e uso dos serviços do PRD, nos últimos seis meses, categorizados por PRD.

Locais	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Deu agulhas/seringas usadas para alguém usar[1]										
Sim	14	43,8	19	54,3	3	16,7	1	16,7	4	44,4
Não	18	56,3	16	45,7	15	83,3	5	83,3	5	55,6
Recebeu agulhas/seringas usadas[2]										
Sim	13	46,4	12	36,4	4	19,0	2	40,0	3	42,9
Não	15	53,6	21	63,6	17	81,0	3	60,0	4	57,1
Limpou agulhas/seringas com alguma substância[3]										
Sim	27	75,0	60	75,0	10	40,0	6	54,5	15	65,2
Não	9	25,0	20	25,0	15	60,0	5	45,5	8	34,8

1, 2, 3 Informação não atribuível: 187 (65,1%); 193(67,2%); 112 (39,0%)

Tabela III - 6

Formas de compartilhamento, uso de substâncias para limpeza de agulhas e seringas e uso dos serviços do PRD, no último mês, categorizados por PRD.

Locais	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Deu agulhas/seringas usadas para alguém usar[1]										
Sim	5	35,7	13	68,4	2	66,7	0	0,0	3	75,0
Não	9	64,3	6	31,6	1	33,3	1	100,0	1	25,0
Recebeu agulhas/seringas usadas[2]										
Sim	6	46,2	10	83,3	4	100,0	0	0,0	2	66,7
Não	7	53,8	2	16,7	0	0,0	2	100,0	1	33,3
Limpou agulhas/seringas com alguma substância[3]										
Sim	15	55,6	49	81,7	5	50,0	2	33,3	13	86,7
Não	12	44,4	11	18,3	5	50,0	4	66,7	2	13,3

1, 2, 3 Informação não atribuível: 246 (85,7%); 253 (88,1%); 169 (58,9%)

Tabela III - 7

Tempo de uso dos serviços categorizados por PRD.

PRD (entrevistas)[1]	Tempo de uso do PRD (meses)	
	Média ± DP	Mediana
Itajaí (n=50)	2,4 ± 5,1	0,0
Porto Alegre (n=117)	3,6 ± 5,8	1,0
São José do Rio Preto (n=45)	6,2 ± 10,1	3,0
São Paulo-APTA (n=16)	8,4 ± 7,4	7,0
Sorocaba (n=38)	4,7 ± 4,8	3,0
Total (n=266)	**4,3 ± 6,7**	**2,0**

1Considerando todos que responderam sim e não (para os que disseram não foi dado o valor zero)

Tabela III - 8

Substâncias usadas para limpar agulhas/seringas na vida por PRD.

Substância (PRD)[1]	N	%
Água limpa (IT, POA, SJRP, SP, SO)	136	70,8
Álcool (IT, POA, SJRP, SP, SO)	44	22,9
Hipodorito, água sanitária, doro (POA, SJRP, SP)	7	3,6
Outras (água enxurrada, vinagre, azeite, querosene) (IT, POA, SJRP, SO)	5	2,6

1 IT: Itajaí, POA: Porto Alegre; SJRP: São José do Rio Preto; SP: São Paulo; SO: Sorocaba

Quanto às substâncias usadas para a desinfecção das seringas e/ou agulhas, o que parece relevante (apesar de um número absoluto pequeno), em Sorocaba, é a ausência de relatos de hipoclorito e suas várias formas (Tabela III-8).

Capítulo 5

IV - Características de Vida

Com relação às condições de vida dos UDI, no último ano, Porto Alegre e Sorocaba destacam-se com um percentual relativamente menor de desemprego. Alguns UDI relataram ter recebido algum tipo de ajuda ou assistência social, ter ficado sem lugar para morar e ter procurado algum tratamento de saúde, incluindo tratamento anti-drogas. Apesar de números absolutos bastante menores, para esta última característica, São Paulo também apresentou percentuais menores. O percentual de tratamento de drogas para aqueles que procuraram não foi muito diferente entre os PRD. É interessante salientar que estas informações devem ser analisadas sob a ótica dos percentuais de infecções, tais como HIV e outras, que serão ainda apresentadas neste relatório (Tabela IV-1).

Hábito de fumar foi uma prática constante em todos os UDI de todos PRD.

Tabela IV - 1

Condições de vida e saúde dos entrevistados, no último ano, por PRD.

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Ficou desempregado[1]										
Sim	47	94,0	103	75,7	40	88,9	13	81,3	30	78,9
Não	3	6,0	33	24,3	5	11,1	3	18,7	8	21,1
Recebeu ajuda/assistência social[2]										
Sim	10	20,0	20	14,6	14	31,1	4	25,0	6	15,8
Não	40	80,0	117	85,4	31	68,9	12	75,0	32	84,2
Ficou sem lugar para morar[1]										
Sim	22	44,0	23	16,9	15	33,3	11	68,8	10	26,3
Não	28	56,0	113	83,1	30	66,7	5	31,2	28	73,7
Procurou tratamento de sáude[2]										
Sim	28	56,0	45	32,8	25	55,6	7	43,8	15	39,5
Não	22	44,0	92	67,2	20	44,4	9	56,3	23	60,5
Chegou a tratar de saúde[3]										
Sim	27	100,0	36	81,8	18	78,3	6	85,7	13	92,9
Não	0	0,0	8	18,2	5	21,7	1	14,3	1	7,1
Tabagismo[4]										
Sim	42	85,7	109	80,7	39	86,7	15	93,8	35	92,1
Não	7	14,3	26	19,3	6	13,3	1	6,2	3	7,9
Tratamento de drogas[1]										
Sim	17	34,7	26	19,0	17	37,8	3	18,8	3	7,9
Não	32	65,3	111	81,0	28	62,2	13	81,2	35	92,1
Chegou a tratar das drogas[5]										
Sim	15	88,2	20	80,0	15	88,2	2	66,7	2	66,7
Não	2	11,8	5	20,0	2	11,8	1	33,3	1	33,3

1 Sem informação: 2 (0,7%)
2 Sem informação: 1 (0,3%)
3 Sem informação: 172 (59,9%)
4 Sem informação: 4 (1,3%)
5 Sem informação: 3 (1,0%)

Tabela IV - 2

Detenções e condenações dos entrevistados na vida, por PRD.

Formas	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Detenção, inclusive menor[1]										
Sim	42	85,7	84	61,3	38	86,4	12	75,0	23	60,5
Não	7	14,3	53	38,7	6	13,6	4	25,0	15	39,5
Número de vezes foi detido[2]										
1 vez	8	19,5	17	20,2	11	31,4	1	8,3	11	47,8
2– 3 vezes	13	31,7	24	28,6	10	28,6	3	25,0	5	21,7
4– 9 vezes	9	22,0	21	25,0	9	25,7	0	0,0	5	21,7
>10 vezes	11	26,8	22	26,2	5	14,3	11	26,8	2	8,7
Condenação[1]										
Sim	25	51,0	43	31,4	22	50,0	5	31,3	15	39,5
Não	24	49,0	94	68,6	22	50,0	11	68,7	23	60,5

1 Sem informação: 3 (1,0 %)
2 Sem informação: 92 (32,0%)

Apesar da grande variabilidade dos relatos sobre detenções e condenações, de uma maneira geral, nota-se uma alta prevalência destas ocorrências em todos os PRD. É importante salientar que deve ser considerado, por PRD, o efeito idade dos UDI como uma possível variável intercalando nestas freqüências. Sorocaba pode ser utilizada como possível exemplo, à medida que é o PRD com a maior proporção de UDI mais jovens e também com uma alta proporção de detenção uma vez na vida, em torno de 48% (Tabelas IV-2 a IV-4).

Como na análise global, os motivos das condenações foram direta ou indiretamente ligadas às drogas (Tabela IV-5), independente do PRD.

Tabela IV - 3

Detenções e condenações dos entrevistados, nos últimos seis meses, por PRD.

Formas	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Detenção, inclusive menor[1]										
Sim	14	33,3	28	36,8	20	52,6	7	58,3	4	17,4
Não	28	66,7	48	63,2	18	47,4	5	41,7	19	82,6
Número de vezes que foi detido[2]										
1 vez	8	19,5	10	37,0	11	31,4	2	33,3	2	50,0
2– 3 vezes	3	21,4	6	22,2	5	26,3	3	50,0	1	25,0
4– 9 vezes	2	14,3	8	29,6	0	0,0	1	16,7	1	25,0
>10 vezes	1	7,1	3	11,1	3	15,8	0	0,0	0	0,0

1 Sem informação: 96 (33,4%) 2 Informação não-atribuível: 217 (75,6%)

Tabela IV - 4

Detenções e condenações dos entrevistados, no último mês, por PRD.

Formas	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Detenção, inclusive menor[1]										
Sim	9	64,3	13	46,4	8	40,0	2	28,6	3	75,0
Não	5	35,7	15	53,6	12	60,0	5	71,4	1	25,0
Número de vezes que foi detido[2]										
1 vez	7	87,5	7	53,8	4	50,0	1	100,0	2	66,7
2– 3 vezes	1	12,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
4– 9 vezes	0	0,0	5	38,5	1	12,5	0	0,0	1	33,3
>10 vezes	0	0,0	1	7,7	2	25,0	0	0,0	0	0,0

1 Sem informação: 214 (74,6 %)
2 Sem informação: 253 (88,1%)

Tabela IV - 5

Motivos das condenações dos entrevistados por PRD.

Formas[1]	Itajaí (n=50)		Porto Alegre(n=137)		São José do Rio Preto (n=46)		São Paulo (n=16)		Sorocaba (n=38)	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Drogas (uso, porte, tráfico)	6	12,0	6	4,4	5	10,9	5	31,2	6	15,8
Furto, roubo, assalto arrombamento	16	32,0	28	20,4	14	30,4	0	0,0	5	13,1
Homicídio, tentativa	1	2,0	4	2,9	1	2,2	0	0,0	0	0,0
Outros (condenação a revelia, briga, estelionato, sem habilitação)	2	4,0	2	1,4	1	2,2	0	0,0	3	7,9

1 Informação não-atribuível: 182 (63,4 %)

I - Perfil Socioeconômico-Demográfico **II - Uso de Drogas** **III - Seringas e Agulhas**

IV - Características de Vida **V - Comportamento Sexual**

Capítulo 5

V - Comportamento Sexual

Apesar de 100% dos UDI terem relatado te tido relações sexuais alguma vez na vida, é interessante notar que, nos últimos seis meses, cerca de 5 a 25% negaram esta atividade. Para aqueles que relataram relações sexuais, nos últimos seis meses, com exceção de São Paulo, mais de 50% deles descreveram uma freqüência de três ou mais vezes por semana, destacando-se Porto Alegre (76%) (Tabela V - 1).

Tabela V - 1

Das relações sexuais dos entrevistados com o sexo oposto, nos últimos seis meses, por PRD.

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Relações sexuais[2]										
Sim	43	87,8	127	92,7	33	75,0	14	87,5	36	94,7
Não	6	12,2	10	7,3	11	25,0	2	12,5	2	5,3
Freqüência de relações sexuais[1]										
≥ 3 vezes por semana	22	52,4	96	76,2	23	69,7	6	42,9	18	50,0
≤ 3 vezes por semana	20	47,6	30	23,8	10	30,3	8	57,1	18	50,0
Parceiros [2]										
Diferentes na maioria ou	18	41,9	22	17,5	8	24,2	4	28,6	11	30,6
todas as vezes										
Maioria ou sempre mesmo	25	58,1	104	82,5	25	75,8	10	71,4	25	69,4
Uso de preservativos[3]										
Menos da metade ou	23	53,5	77	60,6	19	59,4	6	42,9	21	58,3
Nenhuma vez										
Maioria ou todas as vezes	20	46,5	50	39,4	13	40,6	8	57,1	15	41,7
DST *[1]										
Sim	4	8,2	17	12,6	7	15,5	3	18,7	6	15,8
Não	45	91,8	118	87,4	38	84,5	13	81,3	32	84,2
Relações sexuais por drogas[4]										
Sim	5	11,6	7	5,5	7	21,2	2	14,3	1	2,9
Não	38	88,4	120	94,5	26	78,8	12	85,7	34	97,1

* Doença sexualmente transmissível
1 Sem informação: 36 (12,5 %)
2 Sem informação: 3 (1,0%)
3 Sem informação: 35 (12,2%)
4 Sem informação: 37 (12,9%)

Quanto aos parceiros, 17,5 a 42% dos UDI relataram parceiros diferentes na maioria ou em todas as vezes, sendo os extremos Porto Alegre e Itajaí, respectivamente. Associado à importante atividade sexual, em todos os PRD, o uso de preservativo, em menos da metade das vezes a nenhuma, foi de 43 a 60%. A prevalência de DST, avaliado pelo relato da presença de feridas e/ou corrimentos, variou de 8 a 19%, nos últimos seis meses. A troca de sexo por drogas variou de 3 a 21%, sendo o último de São José do Rio Preto (Tabela V-1). Os dados referentes ao ultimo mês se mostram semelhantes aos seis meses (Tabela V-2). Vale lembrar que, em São José do Rio Preto, foi detectado, comparativamente, o maior percentual de mulheres UDI.

Tabela V - 2

Das relações sexuais dos entrevistados com o sexo oposto, no último mês, por PRD.

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relações sexuais[1]										
Sim	33	77	118	92,9	30	88,2	10	71,4	27	75,0
Não	10	23	9	7,1	4	11,8	4	28,6	9	25,0
Parceiros[2]										
Diferentes na maioria ou todas as vezes	7	21	15	12,7	7	23,3	1	10,0	3	11,1
Maioria ou sempre mesmo	26	79	103	87,3	23	76,7	9	90,0	24	88,9
Uso de preservativos[3]										
Menos da metade ou nenhuma vez	19	58	67	57,3	15	51,7	4	40,0	12	44,4
Maioria ou todas as vezes	14	42	50	42,7	14	48,3	6	60,0	15	55,6
Relações sexuais por drogas[4]										
Sim	2	6,1	7	5,9	3	10	0	0	0	0
Não	31	94	111	94,1	27	90	10	100,0	26	100,0

* Doença sexualmente transmissível
1 Sem informação: 33 (11,5%)
2 Sem informação: 69 (24,0 %)
3 Sem informação: 71(24,7%)
4 Sem informação: 70 (24,4%)

Dentre os UDI do sexo masculino que relataram relações sexuais, na vida, com outro homem (n=75), cerca de 7 a 33% relataram este tipo de atividade sexual, nos últimos seis meses. Devido aos números absolutos bastante reduzidos, e independente se seis ou último mês, destaque será dado para São José do Rio Preto, onde a freqüência desta atividade é maior, os parceiros não são os mesmos, porém, o uso de preservativos é freqüentemente relatado. É interessante notar que, onde estas relações ocorrem, é alto o percentual da troca sexo por droga (Tabelas V-3 e V-4).

Tabela V - 3

Das relações sexuais dos entrevistados do sexo masculino que têm sexo com homens (HSH), nos últimos seis meses, por PRD.

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Relações sexuais[1]										
Sim	2	8,0	1	6,7	7	31,8	1	33,3	2	25,0
Não	23	92,0	14	93,3	15	62,8	2	66,7	6	75,0
Freqüência de relações sexuais[1]										
≥ 3 vezes por semana	0	0,0	1	100,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0
≤ 3 vezes por semana	2	100,0	0	0,0	3	42,9	1	100,0	2	100,0
Parceiros[1]										
Diferentes na maioria ou todas as vezes	2	66,7	1	100,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0
Maioria ou sempre mesmo	1	33,3	0	0,0	1	16,7	1	100,0	2	100,0
Uso de preservativos[2]										
Menos da metade ou nenhuma vez	3	100,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	50,0
Maioria ou todas as vezes	0	0,0	1	100,0	6	85,7	1	100,0	1	50,0
Relações sexuais por drogas[2]										
Sim	2	66,7	0	0,0	4	57,1	0	0,0	1	50,0
Não	1	33,3	1	100,0	3	42,9	1	100,0	1	50,0

* Doença sexualmente transmissível
1Sem informação: 274 (95,5%)
2 Sem informação: 273 (95,1%)

Tabela V - 4

Das relações sexuais dos entrevistados do sexo masculino que têm sexo com homens (HSH), no último mês, por PRD.

Características	Itajaí		Porto Alegre		São José do Rio Preto		São Paulo		Sorocaba	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Relações sexuais[1]										
Sim	1	33,3	1	100,0	5	71,4	0	0,0	2	100,0
Não	2	66,7	0	0,0	2	28,6	1	100,0	0	0,0
Parceiros[2]										
Diferentes na maioria ou todas as vezes	0	0,0	1	100,0	3	60,0	-	-	0	0,0
Maioria ou sempre mesmo	1	100,0	0	0,0	2	40,0	-	-	2	100,0
Uso de preservativos[2]										
Menos da metade ou nenhuma vez	1	100,0	0	0,0	1	20,0	-	-	1	50,0
Maioria ou todas as vezes	0	0,0	1	100,0	4	80,0	-	-	1	50,0
Relações sexuais por drogas[2]										
Sim	1	100,0	0	0,0	2	40,0	-	-	1	50,0
Não	0	0,0	1	100,0	3	60,0	-	-	1	50,0

* Doença sexualmente transmissível
1 Sem informação: 273 (95,1%)
2 Sem informação: 278 (96,9%)

I - Perfil Socioeconômico-Demográfico **II - Uso de Drogas** **III - Seringas e Agulhas**

IV - Características de Vida **V - Comportamento Sexual**

Capítulo 6

II - Prevalência do HIV-1/2 e do HTLVI/II: Variáveis Associadas ao Comportamento Sexual

A distribuição proporcional é bastante semelhante tanto para o HIV-1/2 quanto para o HTLV-I/II com relação à freqüência das relações sexuais com o sexo oposto, com os parceiros e relacionada ao uso de preservativos. Para a troca de sexo por drogas, os dados indicam discreta tendência de maior proporção de indivíduos HIV-1/2 e HTLV-I/II soropositivos, no entanto, os valores absolutos são pequenos, limitando a análise (Tabela II-1).

Tabela II - 1

Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLV-I/II de acordo com as relações sexuais do entrevistado com o sexo oposto nos últimos seis meses.

Características	HIV-I/II		HTLV-I/II		
	Positivo n=127 (%)	Negativo n=121 (%)	Positivo N=42 (%)	Negativo n=164 (%)	Indeterminado n=43 (%)
Relações sexuais					
≥ 3 vezes por semana	78 (61,9)	84 (69,4)	28 (66,7)	109 (66,5)	27 (62,8)
< 3 vezes por semana	48 (38,1)	37 (30,6)	14 (33,3)	55 (33,5)	16 (37,2)
Parceiros[1]					
Diferentes todas ou maioria	37 (29,1)	25 (20,7)	6 (14,3)	46 (27,9)	11 (25,6)
Maioria ou sempre o mesmo	90 (70,9)	96 (79,3)	36 (85,7)	119 (72,1)	32 (74,4)
Uso de preservativos					
Nenhuma ou menos da metade	71 (55,9)	73 (60,8)	25 (59,5)	93 (56,4)	28 (65,1)
Maioria ou todas as vezes	56 (44,1)	47 (39,2)	17 (40,5)	72 (43,6)	15 (34,9)
Relações sexuais por drogas					
Sim	13 (10,3)	8 (6,6)	5 (11,9)	15 (9,1)	1 (2,3)
Não	113 (89,7)	113 (93,4)	37 (88,1)	150 (90,9)	42 (97,7)

Tabela II - 2

Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLV-I/II de acordo com as relações sexuais dos entrevistados do sexo masculino que têm sexo com homens (HSH) na vida.

Características	HIV-I/II				HTLV-I/II					
	Positivo n=123 (%)		Negativo n=103 (%)		Positivo n=42 (%)		Negativo n=148 (%)		Indeterminado n=40 (%)	
Relações sexuais										
Sim	54	(43,9)	20	(19,4)	17	(40,5)	45	(30,4)	12	(30,0)
Não	69	(56,1)	83	(80,6)	25	(59,5)	103	(69,6)	28	(70,0)

Para as relações sexuais de homens com homens, a soroprevalência do HIV-1/2 encontrada foi cerca de duas vezes para aqueles que relataram esta prática na vida (Tabelas II-2 e II-3). Para o HTLV-I/II, esta tendência não ocorre, sendo a soroprevalência do HTLV independente da presença do relato de relações sexuais de homens com homens,

na vida, ou nos últimos seis meses (Tabelas II-2 e II-3).

Tabela II - 3

Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLV-I/II de acordo com as relações sexuais dos entrevistados do sexo masculino que têm sexo com homens (HSH) nos últimos seis meses.

Características	HIV-I/II				HTLV-I/II					
	Positivo n=53 (%)		Negativo n=19 (%)		Positivo N=16 (%)		Negativo n=44 (%)		Indeterminado n=12 (%)	
Relações sexuais										
Sim	12	(22,6)	1	(5,3)	3	(18,8)	7	(15,9)	3	(25,0)
Não	41	(77,4)	18	(94,7)	13	(81,3)	37	(84,1)	9	(75,0)

Tabela II - 4

Soroprevalência do HIV-1/2 e HTLV-I/II de acordo com as relações sexuais dos entrevistados do sexo masculino que têm sexo com homens (HSH) no último mês.

Características	HIV-I/II			HTLV-I/II		
	Positivo n=13 (%)	Negativo n=1 (%)	Positivo n=3 (%)	Negativo n=7 (%)	Indeterminado n=4 (%)	
Freqüência das relações sexuais[1]						
³ 3 vezes por semana	4 (33,3)	1 (100,0)	2 (66,7)	2 (28,6)	1 (33,3)	
< 3 vezes por semana	8 (66,7)	-	1 (33,3)	5 (71,4)	2 (66,7)	
Parceiros[1]						
Diferentes todas ou maioria	7 (58,3)	1 (20,7)	2 (66,7)	4 (66,7)	2 (50,0)	
Maioria ou sempre o mesmo	5 (41,7)	-	1 (33,3)	2 (33,3)	2 (50,0)	
Uso de preservativos						
Nenhuma ou menos da metade	5 (38,5)	-	1 (33,3)	2 (28,6)	2 (50,0)	
Maioria ou todas as vezes	8 (61,5)	1 (100,0)	2 (66,7)	5 (71,4)	2 (50,0)	
Relações sexuais por drogas						
Sim	7 (53,8)	-	1 (33,3)	4 (57,1)	2 (50,0)	
Não	6 (46,2)	1 (100,0)	2 (66,7)	3 (42,9)	2 (50,0)	

1 Sem informação: 1 participante

Considerando os UDI do sexo masculino que relataram relações sexuais com outros homens (n=14), apesar da importante limitação numérica, parece não existir grandes diferenças entre as características selecionadas e a soropositividade para o HIV-1/2 e HTLV- I/II (Tabela II-4).

I - Prevalência do HIV, HTLV: Variáveis Selecionadas

II - Prevalência do HIV, HTLV: Variáveis Associadas ao Comportamento Sexual

Capítulo 7

II - Metodologia

A metodologia de base deste trabalho foi a análise qualitativa, ancorando-se nos referenciais da antropologia médica. Algumas questões foram balizas da interpretação: a) a organização pelos sujeitos de seu entorno e o potencial explicativo sobre os fatos que constituem o ambiente físico e social (ALVES & RABELO, 1995; HERZLICH, 1991; SEVALHO, 1993; SPINK, 1994); b) o distanciamento e a reapropriação do saber popular em relação ao saber científico (PAUL, 1955); c) a presença de uma cultura própria e seus modelos de pensamento em cada contexto social (CARRARA, 1994).

A análise qualitativa busca apreender em profundidade os significados e as relações sociais que conformam a prática dos atores sociais, numa perspectiva dialética que focaliza indivíduo e sociedade, estruturas e sujeitos (HAGUETE, 1987, CHIZZOTI, 1995). Essa metodologia representa uma colaboração potencial para as ações desenvolvidas na área da prevenção da aids e das DST, porque favorece a análise dos significados e dos valores socialmente construídos e de valores presentes na prática dos usuários. Auxilia, assim, a compreensão do imaginário que alicerça tais práticas e comportamentos e, portanto, subsidia estratégias e ações mais sensíveis a tais expectativas.

Este estudo possui, contudo, um caráter ainda exploratório (dada a escassez de estudos qualitativos brasileiros sobre o universo dos UDI), buscando mapear, descritivamente, as principais recorrências, a fim de elaborar futuras hipóteses.

Os limites da análise referem-se ao próprio desenho da metodologia qualitativa e da própria prática científica das ciências sociais. Por exemplo: a) elege um determinado escopo teórico como marco orientador, o que conduz às análises que valorizam mais determinados aspectos da realidade em detrimento de outros (limites teóricos); b) impossibilita uma generalização direta ao universo macro, sendo necessárias mediações e comparações; c) atribui uma demarcada relevância aos processos interpretativos na relação pesquisador/ sujeitos pesquisados, o que exige um processo contínuo de vigilância epistemológica, com o objetivo de se evitar vieses; d) torna inadequada a predição do comportamento futuro da realidade estudada a partir da simples análise de variáveis, uma vez que diz respeito à ação histórica dos sujeitos, permitindo, tão somente, a avaliação de prováveis cenários de permanência e/ou transformação/mudança destas relações (DESLAURIERS, 1987; PATTON, 1988).

1. Sujeitos envolvidos

O universo desta pesquisa compreendeu os usuários de drogas injetáveis atendidos pelos seguintes projetos, localizados nos respectivos estados: PRD Porto Alegre; PRD Itajaí; PRD Apta - São Paulo; PRD São José do Rio Preto; PRD Sorocaba, integrantes da

amostra do estudo epidemiológico do Projeto AjUDE-Brasil.

A análise qualitativa ancora sua escolha de universo amostral segundo critérios distintos aos da metodologia quantitativa (critério de representatividade estatística). A amostragem qualitativa "privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador deseja conhecer, portanto sua escolha é proposital e não aleatória. Ainda, tal amostragem busca incluir um número suficiente de depoimentos com o objetivo principal de garantir certa reincidência das informações e perspectivas, viabilizando o exercício interpretativo. Contudo, não ignora as informações ímpares "cujo potencial explicativo deve ser levado em conta" (MINAYO, 1992). Finalmente, entende que o conjunto de informantes a ser escolhido deve contemplar uma diversidade representativa das experiências do grupo analisado, possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças. Segundo a tradição compreensivista das Ciências Sociais, a fala dos sujeitos entrevistados é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores bem comodas suas vivências particulares, numa dinâmica onde o macro e o micro convergem e interagem (BOURDIEU, 1972). Não é, portanto, o critério numérico que determina a pertinência da escolha amostral na pesquisa qualitativa (MINAYO, 1992).

Buscando contemplar a diversidade existente no grupo de UDI, foram entrevistados cerca de 4 usuários vinculados a cada Projeto. As idades dos usuários entrevistados variaram de 18 a 45 anos. O tempo de uso de injetável entre estes indivíduos variou de 2 a 30 anos. Dos entrevistados, 11 eram homens e 9 mulheres. Para cada sujeito foram aplicadas duas sessões de entrevistas (1ª e 2ª fase), totalizando 40 entrevistas.

2. Técnicas e Instrumentos

Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, aplicada aos usuários atendidos pelos PRD. A partir de treinamento com coordenadores e técnicos dos PRD envolvidos na pesquisa, o instrumento foi ajustado, incorporando as sugestões dos participantes, chegando a sua versão final. Foi também elaborado um guia de aplicação das entrevistas para a padronização de procedimentos. Os técnicos e/ou redutores foram devidamente treinados para aplicar o roteiro. Os UDI já conheciam anteriormente os entrevistadores (seja por serem clientes do PRD, seja por conviverem na mesma rede de sociabilidade), o que facilitou o desenrolar do trabalho, evitando assim muitos percalços da "entrada em campo".

Os entrevistados foram identificados simplesmente pelo sexo e cidades de origem. Assim, teremos as seguintes identificações: Apta - São Paulo (SP), Sorocaba (SÓ), São José do Rio Preto (SJ), Porto Alegre (POA), Itajaí (IT). Assim, "SÓ masculino" designa uma entrevista feita em Sorocaba com um usuário do sexo masculino.

A pesquisa obedeceu às orientações da Resolução 196/96 e às normativas éticas da Declaração de Helsinki, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº ETIC 056/98).

3. Análise

Todas as entrevistas foram transcritas por profissional contratado e revisadas pelo pesquisador responsável para se evitar lacunas ou leituras equivocadas dos depoimentos.

Para a análise qualitativa, as entrevistas foram organizadas e classificadas segundo eixos temáticos definidos nos instrumentos. Todo o material discursivo foi codificado e trabalhado segundo a valorização dos núcleos de sentido, seguindo as técnicas de abordagem compreensivista descritas por BARDIN (1979) e MINAYO (1992). Durante este processo de análise, as etapas de "leitura flutuante"; definição de unidades de registro e recorte; definição de núcleos de sentido; identificação das categorias empíricas; elaboração de hipóteses inferenciais e análise interpretativa compuseram o processo de trabalho.

Ao final da análise, o relatório parcial foi apresentado às equipes dos PRD e aos indivíduos que realizaram as entrevistas. Este momento foi extremamente rico, pois possibilitou a incorporação de comentários, críticas e sugestões dos indivíduos que estão refletindo teórica e praticamente a questão do UDI, contribuindo para que os "pares competentes" discutissem a análise. Tal exercício, sem dúvida, permitiu retificar algumas interpretações como confirmar outras, favorecendo para que a interpretação qualitativa adquirisse maior validade. Na situação específica desta pesquisa, os critérios de validade aplicados foram os de fiabilidade (independência das análises meramente ideológica dos autores) e constância interna (independência dos dados em relação à acidentalidade, ocasionalidade ou momento especial vivido pelo grupo analisado). (CHIZZOTTI, 1991).

I - Introdução **II - Metodologia** **III - Resultados** **IV - Referências Bibliográficas**

Capítulo 7

III - Resultados

Os resultados do estudo qualitativo serão divididos em duas partes. A primeira parte discorrerá sobre as redes, percepções e prática de uso; a segunda parte abordará a percepção de risco dos usuários de droga injetável.

As Redes, Percepções e Práticas de Uso

1. Início do Uso: a entrada na "rede"

Os contatos de amizade com os grupos de relacionamento, as redes de interação social na adolescência e juventude constituem um dos principais caminhos para o uso de drogas lícitas e ilícitas.

Os indivíduos entrevistados chegaram ao universo da drogadição, geralmente, entre 12 e 19 anos de idade.

A drogadição funciona muitas vezes como um rito de passagem entre o relacionamento familiar e grupal: "Foi assim, na porta dos bailes, discotecas. Com as amigas"(POA feminino).

O grupo influencia a tomada de atitude, criando um vínculo de reconhecimento entre os que se drogam. Há uma relação de prestígio e de aproximação a figuras carismáticas. A drogadição é um processo em que os indivíduos adentram aos poucos, apreendendo o jogo das relações sociais presentes: os códigos, os signos, as práticas e os papéis que são desempenhados. Há uma sabedoria inicial que é motivo de atenção e de atração: a curiosidade sobre o processo de experimentação de novas drogas. Isto está também associado a um nível ou status dentro do grupo, sendo um saber emblemático para o UDI.

> "(...) eu arrumei com uns caras. Para saber como era. E acabei viciando. Dava rolé, o cara ia usar e eu ia junto para ver como que era. E experimentei, gostei, aí viciei na droga e estou viciado até hoje". (SO, masculino) "Era amigo meu. Uns caras amigos, uns camaradas. Tudo de grupo ali mesmo". (SO, masculino)

> "Um colega meu me chamou para usar droga; na época eu só fumava maconha e cheirava cocaína. Aí chegou ele e fiquei. Na época eu não sabia o que era isso. Nunca tinha tomado. Aí ele pôs na seringa, tomou; pôs para mim, eu tomei e acostumei". (SJ, masculino) "Eu comecei a usar baque quando eu comecei a andar com um pessoal que usava, com um cara. Daí os caras usavam

na minha frente e eu tive vontade de usar o barato. Daí fui, usei e gostei dela. Até hoje eu uso". (SO, masculino)

Há uma exploração, passo a passo, de um padrão de "uso mais leve" até um "uso mais pesado" (no sentido de menor ou maior risco quanto ao efeito físico, exposição pública, dano corporal e prisão). A idéia que os relatos passam é a de uma exploração dos limites e efeitos das diferentes drogas. A curiosidade por experimentar novas drogas e saber seus efeitos faz parte dessa experiência. É a seqüência que pode começar com álcool e terminar na cocaína injetada, podendo passar pelas anfetaminas, cola, maconha, cocaína aspirada e haxixe. E mesmo passar da cocaína injetada à heroína e ao crack. Este risco gradual é parte da iniciação. Os relatos pontuam esta escalada de risco e de drogadição:

"Mais ou menos uns dez, onze anos. Aí eu tinha curiosidade de conhecer como era cola (..) A gente usava essa cola, esse negócio aí eu sabia, fiquei sabendo, dessa droga(...) Eu comecei com onze para doze anos, doze anos, mais ou menos, eu comecei a fumar maconha com minha irmã". (SP masculino)
"Comecei a cheirar quando tinha meus quinze anos". (SP masculino)
"Aí é que eu comecei a usar droga. Injetável, que com a maconha eu já era acostumado, já fumava há bastantetempo, desde os 12 anos. Tomava umas anfetaminas". (SJ masculino)
"Comecei a fumar maconha com 16 anos. Daí fumava maconha. Parei de fumar maconha e daí comecei a experimentar, a cheirar. No começo eu cheirava até maizena... Eu cheguei a parar no hospital, daí os médicos puseram uma pinça dentro do meu nariz (...) E fui, me aprofundei na cocaína para cheirar, cheirei bastante. Aí uma colega minha fomos tomar um picolé, um baque. Aí um cara estava tomando um pancadão". (IT feminino)

Este universo de "entrada na drogadição" é rico em signos de prazer, de coragem, de desafios e de situações novas para novos investimentos pessoais, de descoberta de si e dos grupos. A vinculação se estabelece nessa trajetória de uso e de aprendizado.

"Então eu já cheguei para ele para dizer que cheirar, para mim, já não estava fazendo efeito. Eu já fui. Daí ele aplicou a primeira. Não deu nada. Só que ele meteu água de batata. Não deu nada. Aí em outro dia eu mesmo - eu não deixei ninguém aplicar! - Eu mesmo fazia o garrote com a camisa - como eu fiz aqui ó -, chegou a inchar (...) Eu mesmo que fazia o garrote e eu mesmo dava". (IT feminino)

A entrada no circuito dos UDI pode ocorrer através de:

a) pessoa próxima, íntima ou familiar que inicia o indivíduo no circuito da droga injetável:

"(...) falei logo: oh mano: se tirar do meu eu quero, manda ver (obs: ele é médico). Ele entrou no banheiro, tinha um armário lotado de barato, grinfa, água, tudo. Aí eu estava cheirando". (SP masculino)
" Todos os meus maridos eram usuários. Todos gostavam de tomar baque. Então a gente... uma coisa puxa a outra". (SJ feminino)
"(...) primeiro começamos na maconha, saía em grupo de amigos, saía para

dançar em discoteca e usava aquilo também, ficava feliz. Depois começamos a beber, foi passando esses meses. Um dia eu cheguei em casa, meu irmão já usava, mas eu não sabia... Cheguei chapada de álcool, aí ele assim: O baque é bom, passa a bebedeira na hora, tu vai se ligar e tal. Aí eu disse: vou dar uma experimentada. Eu já estava bêbada mesmo (...) Depois daquela primeira, eu com dinheiro no bolso, vamos comprar mais ...". (IT feminino)

b) acontecimento trágico que "desconcerta" o padrão de comportamento rotineiro do indivíduo, fazendo-o dar um salto qualitativo na escala de risco para uso de drogas.

"eu tomei, eu comecei a tomar porque quando eu comecei a saber que estava com aids, com HIV, o vírus HIV, eu tomei uma dose excessiva e acabei tendo uma convulsão, mas depois eu comecei a gostar". (SP masculino) "Aconteceu um monte de coisas na vida da gente, a gente não consegue encarar a realidade e a gente parte para as drogas: - É, foi logo depois que meu pai faleceu". (IT, masculino)

c) diminuição do prazer no uso de drogas habitualmente usadas:

"Eu comecei a cheirar e aquilo foi indo. Chega uma hora que o cheiro já não satisfaz mais, aí eu experimentei, queria ver qual era, numa loucura maior e experimentei uma vez. E fui mais uma vez e danou-se". (IT masculino)

d) brigas, crises ou violência familiar, num contexto mais ou menos traumático:

"Eu estava muito sozinho. A questão é essa. Meu pai faleceu, minha mãe queria viajar. Eu tinha 13 anos, fazia o que queria, não precisava pedir para ninguém e era sótelefonar para minha irmã e dizer que estava sem grana e ela mandava a grana. E dali foi indo... Fui definhando. Quando vi já estava tomando uma coisa". (IT masculino)
"Eu comecei a usar droga injetável através de amigos meus. Eu estava numa situação muito difícil. Meu padrasto era muito ruim para mim. Ele me batia muito, me espancava, não me dava as coisas para comer. E quando minha mãe chegava eu tinha medo de falar para ela que ele me espancava e não me dava de comer. Daí eu comecei a sair para a rua; já não me importava mais com nada, e nessa hora foi que eu entrei na vida errada e comecei a tomar o baque". (SO feminino)

e) necessidade de vinculação com o grupo de referência na área de moradia, ou com afinidades culturais/comportamentais, visando compartilhar objetivos, obter apoio psicológico e/ou busca de satisfação emocional:

"Porque é para se sentir legal. Porque é coisa de jovem, cada um comenta um papo diferente. Um chega e diz assim: Ah, tu vai viajar legal. Ah, porque é massa. Daí tu chega lá, conversa com o cara. Aí tu está usando, tu vai arrumar mais amizade com os loucos lá ". (IT feminino)

2. Convivência com outros UDI: as redes de uso

A drogadição introduz ritmos bio-psicológicos e sociais que constituem inserção diferenciada dos UDI no universo de suas vivências cotidianas e no contexto em que produzem e reproduzem seus corpos e suas idéias. Os UDI entrevistados pareciam viver sob uma outra agenda de compromissos, outra rotina, outro condicionamento.

Esse processo de ruptura pode deslocar o UDI para as fronteiras do isolamento, contribuindo para a auto-crítica, para a baixa-estima e a decadência física. Esta angustiante trajetória de saída, de fuga, situa condicões de convivência grupal, reafirmando valores identitários:

> "Eu, para falar para você, tenho parentes que eu sinto mais apoio no povo da rua, porque eles me aceitam como eu sou (...) A gente tem vontade de conversar, porque adroga, ela passa o efeito. Você não tem dinheiro para comprar mais. Vem a depressão, você tem que ter um amigo (...) ". (SJ, masculino)

A drogadição, aos poucos, torna necessária a grupalidade, é impossível o isolamento:

> " (...) porque você tem a mesma necessidade que eles têm, então isso era relativo, acaba sendo uma mesma pessoa que eles, e você acaba trocando idéias e você acaba aprendendo talvez alguma coisa com eles (...). (SP masculino)
> "(...) é estranho um pouco ... mas são as únicas pessoas que combinam com a gente, porque se você vai pedir para uma pessoa que não toma, que não usa nada, fica meio esquisito (...)". (SP masculino)

O tempo de uso de drogas leva os UDI a rupturas progressivas com a família, com as redes de amigos, com o trabalho e os estudos, com a "vida comum". Os relatos de bem-estar são mais freqüentes nos momentos iniciais e, com a progressão do processo, são substituídos pelos de depressão, de tristeza, de medo e pela "angústia de uma vida sem rumo". Aos poucos, os UDI rompem com certos valores sociais, passando a fazer parte de uma realidade que engloba violência, roubo, individualismo, traições e desprezo pela própria vida e a dos outros:

> "O que é que deixa a desejar? Você ir atrás dos caras, roubar os caras, bater nos outros assim à toa (...) Cagoetar as fitas dos caras, cagoetar para a polícia, assim, essas coisas." (SJ, masculino)
> "Como é o teu dia? É um inferno na vida. É a mesma coisa de estar vivendo dentro de um inferno. É uma coisa que tu não tem volta. Tu custa a sair dela, da volta (...) como é o grupo? Fazem muito barulho, incomodam; de vez em quando tem que dar umas porradas neles (...)." (POA masculino)

A visão sobre o grupo vai se desencantando de acordo com os problemas de convivência intra e extra-grupo que decorrem da atividade de drogadição:

> "É, de chupinho. Ninguém queria fazer nada. Tu acreditas que quantas vezes eu chegava em casa com dinheiro, nem buscar eles queriam. Só ficavam me incomodando". (IT feminino)

O tempo também traz a desagregação física do grupo, com a morte de alguns membros e a certeza de um risco iminente, ampliado e diverso, que circula em suas vidas, em conjunto com comportamentos e práticas cotidianamente exercidos e executados:

> " Porque a gente está procurando a droga é a morte da gente. Não é à toa que a gente está procurando a saúde da gente. É o mesmo grupo; quando a gente está, os caras comentam: isso é a nossa morte. A gente podia parar com isso (..) Tem muitos que vão até morrer. Eu já perdi muitos parceiros". (SJ masculino)
> "(...) hoje em dia tem vários presos, uns se recuperaram e outros que os pais tinham mais dinheiro, colocaram em clínicas particulares (...)". (SO feminino)

A amizade e as atitudes conciliatórias e de desapego variam de acordo com a carência de droga, de material para injetar e da fissura do momento. O vínculo pessoal, familiar ou conjugal depende desse estado e estágio de drogadição. Os fatos passam a se direcionar ao ato de drogar-se, à possibilidade de injetar cada vez mais. O universo de expectativas, a duração do tempo e a localização espacial ganham a referência da possibilidade de injetar mais uma vez. O percurso dos UDI é o da droga, o dia dos UDI é sua vinculação à sessão de uso da droga. Esse é o referencial que os sustenta antes, durante e depois da atividade da drogadição:

> "Quem anda mesmo, é tipo um grupinho; sou eu mais... que anda junto é o grupo que usa. Mas se de repente aparece mais um cara e não tem seringa para ele, ele toma com a gente ali, se for conhecido. Lógico. Aí fica na nossa lá, trocando "lero" (conversa) com todo mundo lá. Aí de repente se droga, começa a trocar idéia e vai sempre" (SO masculino).
> "O papo da gente é esse: "esse cara está com uma farinha boa, nossa, aquela dali é melhor. É diferente". Esse tipo de coisa e tal " (SJ masculino).

Quando retornam ao "mundo normal", desvinculam-se momentaneamente com o grupo, mas dificilmente rompem com a necessidade e prazeres apreendidos e incorporados, com o bem-estar do uso de injetáveis, mesmo cientes dos problemas que estão circunscritos a esta prática e a este tipo de vida:

> " (...) Vamos dizer assim: a pessoa está querendo sair, e faz dois dias que eu não uso, vamos supor assim. Aí chega um amigo teu (...) Aí tu começa, aí depois se fissura, tu já vai à luta (...)". (IT feminino)
> " (...) é muito ruim sair. É difícil. Sair é difícil (...)." (IT masculino)

3. Uso de injetável e escolha de parceiros

Partindo do pressuposto que a percepção e administração de riscos não se faz individualmente, mas é mediada por várias formas de interação social e grupal (RHODES,1997), as relações de parceria sexual e afetiva também são um locus fundamental para compreensão das várias instâncias de negociação dos riscos. Cabe ressalvar, conforme observação de uma profissional do PRD, a existência de distinção entre "ato sexual e uso de drogas" e "sexualidade e uso de drogas". Como afirma, apoiada em experiência de campo, "em muitos casos a droga veio antes da atividade sexual, portanto a sua vida sexual foi pautada pelo uso".

A associação entre uso de drogas injetáveis e perda de desejo sexual foi recorrente em diversas entrevistas. Muitos inclusive dizem que sua "noiva" seria a cocaína, que o "marido" seria o "aparelho".

> "Eu vou falar a verdade, quando eu uso assim, eu nem penso em transar". (SO masculino)
> "(...) tomar baque e transar é embaçado... Eu acho impossível". (SP masculino)
> "Ela tira mesmo, porque a pessoa só fica pensando na droga (...) não sente, corta, não tem vontade de fazer nada(...)". (SP masculino)

Apesar de alguns depoimentos serem mais contundentes, outros ressalvam que esta perda de desejo/impotência ocorreria em seguida ao consumo da dose. Após passado o efeito, depois de recuperadas as energias, o desejo se restabeleceria.

> "Naquela hora ninguém quer saber nada não. Só depois de dormir e coisa, tomar um banho, daí dorme, come e pá, vai ver qual é." (IT feminino)

Outros entrevistados afirmam que haveria uma diferença marcante na relação sexual com quem é UDI. Esta se refere a uma grande "demora" em atingir o orgasmo. Este seria um dos fatores importantes de influência na escolha de um parceiro.

> " Só que se você estiver muito louco de droga eu aconselho não transar com ninguém. Porque é mais difícil. Mas tem gente que consegue. (...) Eu consigo também, mas só que demora muito prá você, o esperma da pessoa...Demora muito. Então eu não gosto de ficar abusando da pessoa. Judia muito também da pessoa". (SJ masculino)
> "O drogado depois do uso da droga, ele demora mais para sentir prazer no sexo. A pessoa leva até duas horas, três horas na cama para chegar ao prazer total. Dá trabalho." (SJ feminino)

Assim, para uns, essa "demora" influenciaria na escolha de parceiros, optando por aqueles que também fossem UDI, pois entenderiam melhor tal situação. Outros, ao contrário, buscariam parceiros não UDI ou UDI que "tomassem menos" que eles.

> "(...)Por isso vem a escolha do drogado sair com o drogado. Porque se você nunca usou droga, vai se acostumando com o seu parceiro aquele papai e mamãe rapidinho. Se ficar duas horas em cima de você vai te cansar, vai te enjoar.(..)Então os drogados, já usou junto, já está, tem paciência, "vamos tomar banho". (SJ feminino)

Transar sob influência de drogas foi considerado, pela maioria, como situação propiciadora para não usar o preservativo. Uma vez que sob o efeito da droga, medidas preventivas seriam, via de regra, esquecidas.

> "Na hora que você está drogado, você não pensa em nada disso daí. Tendo camisinha ou não tendo, você está ali tendo a sua relação. Você não pensa em nada nessa hora". (SO feminino)

> "Na hora que você usa o baque, você fica na neurose, você fica louco, faz bosta. E na hora que você está sem o baque, você pensa mais no que está fazendo. Presta atenção, vai com calma (...)". (SO masculino)

Por outro lado, quase todos os entrevistados relatam ter muito receio de uma eventual gravidez. Tal receio é explicado pela condição de soropositividade do entrevistado, ausência de condições financeiras e, sobretudo, pela associação entre uso de drogas e "problemas com o bebê" (malformação do feto, "fraqueza", "nascer um bebê já dependente de drogas").

A cumplicidade em partilhar experiências e enfrentar os mesmos problemas e preconceitos é vista como elemento importante para a escolha de um namorado(a) também UDI ou pelo menos usuário de drogas.

> "Você vai querer alguém que jogue no seu time, né. Não vai querer jogar com alguém contra (...) Você já curte uma pessoa e se ela usa droga contigo...Isso aí é 99,9% (...)" (Sj masculino)

Se o relacionamento entre parceiros usuários de drogas é preferido pois há maior cumplicidade, muitos relatos afirmam que o homem busca "proteger" a mulher do uso de injetável, permitindo somente o uso inalado, o que é visto, inclusive como "prova de afeto". A "curiosidade", o desejo de partilhar experiências ou mesmo a troca de parceiros favorecem que estas mulheres iniciem o uso do injetável.

> "Se o meu parceiro usar injetável, é claro que vai influenciar, que vai chegar a um ponto que eu vou dizer - ' pô, eu estou vivendo contigo, estou namorando contigo, então eu vou fazer também" (IT feminino)

O relacionamento pode entrar em conflito quando um dos parceiros diminui a sua quantidade de uso, demonstrando, assim, interesses outros além daqueles diretamente relacionados ao consumo de drogas, o que pode constitui em ameaça ao vínculo entre ambos:

> " Bom eu acho que quando a pessoa começa a usar drogas ela se sente um pouco feia, entende? Por fora e por dentro (...) Porque se sente um pouco desvalorizada, se auto-desvaloriza (...)o usuário de drogas é bem ciumento, por quê? (...) a mulher ela usou um pouco ... passou um batom, se arrumou um pouquinho e se ele tiver um pouco largado ele vai sentir ciúmes (...) por isso que tem sempre muita briga (...) Um colega meu brigava direto com a parceira dele, por quê? Porque ele usava droga bastante e ela não usava muito, ela era bonita e ele era um cara de presença mas só que ele foi ficando um pouco defasado, um pouco fora do comportamento que ela cobrava dele (...)" (SP masculino)

Estudo de RHODES E QUIRK (1998) analisa a contribuição do relacionamento entre casais (ambos UDI e UDI com não UDI) para o gerenciamento dos riscos. Segundo os autores, manter um relacionamento contínuo é uma forma de administrar riscos. A droga pode também constituir um risco para o relacionamento (quando um dos parceiros altera seu padrão de consumo, como foi visto em nosso estudo) ou ser um elemento estabilizador

(quando ambos atribuemprioridade ao uso de drogas conformando um "estilo de vida"). Os autores concluem que o modelo de "escolha individual" para reduzir riscos e adotar estilos de vida saudáveis é ineficaz, na realidade os indivíduos teriam uma multiplicidade de riscos para administrar dentro do contexto de suas relações cotidianas. Sugerem que as estratégias de prevenção devam contemplar as dinâmicas do casal como campo de negociação e administração de risco.

4. Uso individual /Uso em grupo: a flexibilidade das redes

As estratégias de uso de droga injetável se definem sob duas trajetórias diferentes, porém não excludentes: o uso solitário e o uso em grupo. Não existe necessariamente uma evolução do uso individual para o uso em grupo ou vice-versa, pois são os acontecimentos que irrompem, de forma singular, na vida de cada indivíduo que definem a forma da utilização da droga injetável. A passagem, de uma trajetória a outra, depende de fatores como conjugalidade, relação familiar, relação de amizades, estado psíquico e corporal, situação de trabalho e de renda, acesso à informação e acesso a redes de usuários de drogas. O grupo conforma as ações individuais de acordo com a rotina de drogadição, com a visibilidade social que circunscreve interna e externamente os que dele participam. São compartilhados e redistribuídos estigmas, preconceitos, prestígio, hierarquias e riscos. A situação de uso de drogas injetáveis comporta o risco da overdose, que pode ser atenuada pela presença e ação dos membros mais experientes, condicionando a sensação de apoio e bem-estar, até os conflitos e problemas devidos à compra e repartição da droga e à própria sessão do uso com seus riscos associados. Ao mesmo tempo, é a possibilidade de companhia e comunicação, como também de conflitos e perturbações.

A forma da participação na sessão de uso pode variar desde situações de uso individual, uso grupal, até situações intermediárias. O indivíduo se desloca, segundo momentos de sua biografia, entre o grupo, algum parceiro fixo e o recolhimento solitário. Mas é, outrossim, a incorporação de emblemas ("marginalidade", "violência", "desgraça", "destruição de si e da família") e a convivência com os referenciais da loucura (a "piração"), do delito (o roubo, o tráfico), da doença e da morte (a depressão, a aids, a overdose) e do isolamento social (internação, tratamento e estigmatização).

O usuário pode até não compartilhar a seringa, mas partilhar a compra da droga e preparo da solução. Pode não compartilhar a seringa, mas sim os riscos da overdose. Em outros casos, o uso de injetáveis é totalmente individualizado, da aquisição até a "doideira", mas no espaço da casa, em isolamento ou com a presença (mesmo que distante, ou alheia) de familiares, ou da presença (próxima) do cônjuge ou parceiro.

O contato com os emblemas e problemas da drogadição interferem na forma como o uso se dá. Alguns consideram necessário um lugar apropriado para se aplicarem, sem a pressão e a pressa do grupo, mas também fora da visibilidade dos familiares, dos vizinhos e da polícia (o "terreno", o "mocó", a casa de um amigo). Outros precisam de companhia para enfrentar a viagem da droga, de quem saiba administrar a dose, a diluição, a mistura, a aplicação na veia e os problemas de uma overdose. Mesmo que tenham de conviver com as "paranóias" dos outros UDI, as disputas em momentos de escassez e os riscos de estar "drogado" no meio de "drogados". Em suma, as motivações para o uso em grupo são variadas, podendo este ou aquele fator ser mais valorizado pelo UDI:

• Relação de privacidade: o grupo tem geralmente algum membro que possui local próprio para a aplicação, onde podem ser realizadas com sucesso as etapas da aplicação, sem interrupção ou presença de estranhos, sem serem surpreendidos ou detidos.

• Relação de segurança: é o controle da overdose. Outros podem socorrer alguém em situação de perigo. Ocorre também a troca, a conversa, a comunicação. "Sintonia" que supera momentos de isolamento e de depressão quando sozinhos.

• Garantia de sucesso: em grupo, a possibilidade de faltar algum item do equipamento é menor, assim como existe gente mais experiente para "aplicar bem".

• Aprendizado: é no grupo que se aprende sobre a drogadição, como processo técnico e social.

• Diálogo: O uso de drogas implica, geralmente, a necessidade de se conversar com alguém para evitar o desespero, a angústia da "piração".

As principais motivações para o uso individual poderiam ser destacadas, pontualmente, da seguinte maneira:

• Reações psicológicas: em grupo, indivíduos que sofrem de efeitos persecutórios podem ter esse quadro acentuado, necessitando de se isolar, quando usando injetáveis

• Conflitos: no grupo existem divergências pessoais, litígios, comportamentos exacerbados pela "piração", pela "doideira". Brigas durante as sessões são comuns, justificadas pela falta de material, pelo uso incorreto dos equipamentos, pela desconfiança quanto à quantidade de droga que cada um pode usar e quanto cada um usou.

• Insegurança: a possibilidade de ser infectado por doenças é maior no uso de injetáveis em grupo. Alguns indivíduos preferem não compartilhar e, se injetam junto com o grupo, têm preocupação em não se separar do próprio material ou que alguém substitua as seringas boas por defeituosas ou usadas.

5. Percepção de uso

A percepção de uso dos UDI gira em torno de uma dinâmica complexa entre prazeres e temores que pode ser retratada pelos seguintes aspectos:

a) Loucura. A "loucura" é um movente para a imaginação e para o corpo, situando a alegria de estar drogado.

> "Que dá uma loucura legal. Só isso também. Só que passa rápido". (SO masculino)
> "Tem hora que eu acho legal dele é que às vezes dá uns castelinhos (ficar imaginando) mais melhor. Aí eu fico mais à pampa. Tem dia que eu fico mais sossegado... Mas tem outros dias que eu uso o barato e dá essa loucura... Fico desesperado". (SO masculino)
> " Sei lá. Nem pensa na hora. Você fica louco, flutua. Fica bem louco e tal.

Neurose nervosa. Começa a dar risada. Diz que vê dragão." (SO masculino)
"É, gosto de estar alucinada mesmo. Eu esqueço do resto. Gosto da alucinação e o bom mesmo é que o meu organismo se sente bem". (IT feminino)

b) Se desligar. Trata da mudança de perspectiva, de ausência de problemas, da possibilidade de desligar-se:

"O bom é que você, sei lá, apaga assim... como é que eu posso te dizer? Você se desabafa na droga, entendeu? (...) Já vira uma outra pessoa. As coisas ruins que estavam na sua cabeça, a sua cabeça já passa e vai ficando numa boa, até mais contente". (SO feminino)
"A pessoa, às vezes, vai usar droga por causa dos fatos que a gente tem na vida da pessoa, aí é que a pessoa entra na droga. Para tentar esquecer aquilo. Para sair aquilo da cabeça da pessoa". (IT feminino)

c) Medo de pegar doenças. Temor em torno das doenças associadas ao uso de drogas injetáveis, como aids, outras doenças infecciosas e doenças cardíacas:

"Quando eu paro para pensar, é uma coisa que a gente está destruindo a vida. É um risco de tomar overdose, de pegar aids, como eu peguei. Ou é um problema de coração como eu peguei que é infecção de válvula". (SJ masculino)
" (Aids) é uma doença que é muito grave, é terrível. Tem pessoas que chegam a se suicidar, a se matar." (IT masculino)
" E o ruim é que ela (a droga) acaba com a gente (...) Tem amigos meus que pegaram doença já, compartilhando a mesma seringa. Não só seringa, como tendo relações sexuais sem a camisinha." (SO feminino)
"Tomar dá infecção; tem risco de aids, de sífilis...". (IT feminino)

d) Paranóia e de depressão. Diz respeito aos efeitos de caráter persecutório e depressivos após o uso de injetável.

"Porque a viagem dos loucos é essa, ter medo dos outros. Ter medo totalmente. Medo que vão te pegar, te derrubar e sei lá". (IT feminino)

e) Fissura. Relata as alterações corporais prejudiciais, como dores pela ausência de substâncias no corpo:

"Na hora dava um embrulho no estômago; eu comia e vomitava tudo. A primeira coisa é que mexe com o organismo da pessoa". (IT masculino)

f) Medo da overdose. Refere-se aos perigos da overdose e da morte por ela:

"Mas tem aquele que não tem. Aquele que toma um atrás do outro. Até chegar dar overdose. Que o coração não agüenta... já me deu overdose uma vez (...)". (IT feminino)

g) Dependência. Aponta o próprio ato de injetar como ato físico desagradável e o "vício" que acompanha a drogadição.

> "Antes de tomar já estava tão fissurada que já sentia aquela tremedeira, já sentia como se tivesse usado". (IT feminino)

h) Do preconceito.

> "Dá para ver na cara das pessoas, ficam olhando para a tua cara. Parece que é palhaço, sei lá, ou coisa parecida assim. Você olha na cara da pessoa e você sabe o que ela está mais ou menos imaginando de você". (SO masculino)
> " Tu fica sujo na praça, tu pede dinheiro emprestado, todo mundo fala mal de ti: olha, aquele cara é drogado; aquela maconheira". (IT feminino)

6. Sessão de uso/preparo

As etapas que se sucedem no uso de injetáveis contêm a problemática da preparação/ administração da droga injetável e também a preparação/participação dos sujeitos no sentido psicológico, ético ecorporal. Cada etapa do uso é acompanhada de necessidades e preocupações para os UDI. Precisam obter a droga, as seringas, a água e os acessórios (filtros, potinhos para diluição), assim como estabelecer determinadas estratégias de atuação com os outros UDI, para o sucesso da utilização da droga injetável. A drogadição é tanto um processo técnico quanto relacional.

O período que antecede a aplicação propriamente dita pode ser visto como angustiante para muitos UDI. Este período é carregado de expectativas, implicando alterações corporais, psíquicas e comportamentais. Os UDI podem usar outras drogas como preparação para o evento da injetabilidade (um redutor mencionou que denominam esta necessidade como a de "destravar"). Mas esta etapa também exige um nível de racionalidade, pois demandam determinados métodos de identificação da pureza da cocaína, de sua diluição, de sua distribuição e de sua aplicação:

> "(...) na hora, a fissura é tanta que a pessoa fica um pouco trêmula, entendeu, fica um pouco trêmula e perde um pouco a noção como é que é realmente e o que faz na hora(...). (SP masculino)

Os relatos dos UDI revelam, ao citarem esses antecedentes técnicos e preocupações, o grau de risco em que estão inseridos e a percepção que têm da situação como um todo:

> " Que equipamento a gente levava para tomar baque? É o hipoclorito e a água destilada... Eu pego a minha seringa e tal, pegava a água destilada, desinfeto ela, e o hipoclorito e a cocaína. Vou e uso. Eu fico à vontade". (SO masculino)

Um dos problemas mais citados é a recusa atual de usarem água imprópria como água de vala, de vaso sanitário, água de poça, água de bica. Entretanto, alguns relatos também citam a água da torneira como apropriada, assim como a água destilada. A água "suja" é apontada como causadora de doenças, problemas de saúde. Outros dizem que na pressa,

na pressão de utilizarem a droga, usam qualquer água para fazer a mistura.

O improviso é uma característica marcante na preparação do material. Na falta de copinhos de diluição, tampinhas, as mais variadas, são utilizadas e, na falta de algodão para filtrar a solução, os filtros de cigarro são usados. Quando não têm seringas pequenas, usam as grandes. Se estão sujas, limpam as seringas com álcool ou material desinfectante ou usam mesmo as sujas ou descartadas por outros.

> "Arruma uma tampinha na hora, joga uma água. Na hora arruma um pedaço da camisa, arruma um pedaço de cigarro ou pega um pedaço do cigarro do amigo que tem o filtrinho para coisar". (IT feminino)
> "Usava soro fisiológico... Depois já era água da torneira. Aí ia numa partezinha daquela, pegava um pedacinho de algodão, mexia com o cabo ao contrário da grinfa (seringa). Mexia e botava um pedacinho de algodão e puxava. Depois ia, já era na torneira direto. Puxava água na grinfa ali; não tinha mais soro, não tinha mais nada. Era filtro de cigarro mesmo. Acabava o algodão e ia esse filtro de cigarro mesmo". (IT feminino)

Quanto às seringas, os UDI procuram se suprir de seringas novas, mas não descartam a hipótese de reaproveitar seringas usadas:

> " O problema é só esse mesmo. Porque se eu tivesse, eu tendo guardada... Porque também andar com uma seringa suja de sangue e na hora que tiver que usar baque, ter que usar aquela seringa... tem também o caso de chegar e jogar água. Mas já quer na hora, na hora, na hora. Então se eu tivesse... Tem gente que anda com 4, 5, 6, 7. Um monte já guardadinha. Agora, daí quando não tem. O que eu faço? Eu faço isso. Pago 70 centavos num arpão (seringa de 3 ml) e jogo fora". (IT feminino)

A compra de seringas nas farmácias é problemática, porque são UDI e ficam visíveis ao adquirir freqüentemente material para as sessões de uso. Contudo, alguns relatam conseguir, apesar dos obstáculos:

> "O equipamento.. eu sempre a disputei nas farmácias lá perto de casa... tinha uma farmácia lá que me servia até água... a gente ouve dizer que farmácia é um embaraço para vender seringa (...)". (SP masculino)

Preferem as seringas menores (1cc) porque não machucam, não deixam marca, são boas para medir, para dosar; e aquelas que podem trocar a agulha.

A posse da droga estimula o UDI a injetar o mais rápido possível, apressadamente, na "fissura". Injetam várias vezes, aproveitando o momento em que estão dadas as condições para "ficar doido", até à satisfação.

> "A gente vai na boca, pega cocaína, vai num local adequado que não tem nada, pega um pouquinho de água com uma tampinha, pega uma colher, põe no copo, põe na água, dilui na seringa e aplica. Dá uma euforia, o coração começa disparar. Aí depois passa, depois que você toma o primeiro pico, aí passa". (SJ masculino)

Quando muitos se aplicam pode existir a figura do aplicador (ou "enfermeiro") que aplica na maioria. Se estão muitos drogados ("baqueados", "chapadões") ,alguém aplica nestes. Nas sessões de tomar baque, injetam cinco, seis ou mais vezes. Quando a droga termina, saem para pegar mais e voltam a tomar "baque" se não se satisfizeram com as doses iniciais.

Existe uma grande preocupação dos UDI com a troca de seringas, como um procedimento de segurança, uma rotina na atividade de drogadição. A seringa ("grinfa", "gringa", "aparelho", "arpão") funciona como um emblema de referência aos cuidados com o sangue contaminado de outros UDI, com diversos relatos de doenças que seriam transmitidas no ato de compartilhar seringas (e sangue). Os UDI associam o compartilhamento com o problema de pegar doenças através do sangue, ou da sujeira do ambiente em que estão se aplicando. O universo do sangue, da visibilidade do sangue na seringa, funciona como um sinal do acontecimento "drogar-se". Nos relatos, o discurso da evitação do uso de seringas "sujas" aponta para prováveis mudanças no ideário de grupo:

> "Quando perguntados se compartilhavam: "Não, não. Negativo. É que ninguém é culpado; tá todo mundo na banca ali. Ninguém é otário de pegar a seringa do outro ali. Pode ter tudo e o camarada mata. Cada um tem a sua mente. E cada um pega e usa a sua". (SO masculino)

Um outro aspecto, e não menos importante, é o uso de outras drogas como álcool, anfetaminas, nicotina, maconha, cocaína (aspirada), crack, seja antes, durante ou depois da sessão de uso. Os motivos são os mais variados, desde a necessidade de estimulação para o uso de cocaína injetável, potencialização do efeito do "baque" ou mesmo para amenizar ou prolongar os efeitos ("o pancadão"):

> "Quarta-feira eu peguei um, eu e a K. pegamos um, a gente saiu do terreno era seis horas da manhã. Eu e ela, com um papel só de pedra". (SP feminino)
> "Ia pegar água, catar a seringa (...). Primeiro tem que cheirar umas três, quatro primeiro e tomar". (SO masculino) "Tomava o álcool e ia usar, baixava mais. Aí baixava mais. Dava uns dois, três goles ali e já tomava" (IT masculino).

A entrada em cena do kit tem facilitado o uso de injetáveis, principalmente pela circulação de seringas entre os UDI, isto é, aumento da provisão individual de seringas e a maior possibilidade de uso não-compartilhado:

> "(...) antes eu não dava importância para nada! Antes, tanto faz como tanto fez. A gente até compartilhava a mesma seringa. Mas hoje em dia não. Hoje em dia, já é mais diferente, tem a seringa grátis, que são distribuídas para a gente. Antes era legal e era gostoso, mas hoje em dia é melhor". (SO feminino)
> "Na minha maneira de usar antigamente eu não me cuidava. Agora já é diferente, a gente tem condições de se cuidar". (POA masculino)

Em termos práticos, o kit supre essa necessidade de limpeza e de segurança quanto ao processo de injetabilidade. Quando perguntados se reutilizavam a seringa:

> "Ah, sei lá, passa um álcool, lava, cada um dá um talento. É isso. Aí cada um um dá um talento na seringa dele e já era (...). E porque agora nem precisa. Agora tem seringa aí. Isso era antes. Agora tem as seringas novas aí. Mas antes de ter as seringas, fazia isso ". (SO masculino)

O kit também tem possibilitado a menor exposição social do UDI, evitando que ele necessite comprar, com muita freqüência, em farmácias. Um dado interessante é que a maior quantidade de seringas por indivíduo veio de encontro à situação da espera pela passagem da droga injetável UDI por UDI (a "roda", a fila de "doidões"), quando havia comparti-lhamento, o que gerava a angustiante espera devido à "fissura". Isto tem deslocado, também, o momento da aplicação, no qual cada um pode aplicar-se, agilizando a "doideira" ou sensação com a droga.

Entretanto, isto não significa que as condições de existência desses grupos ou associações de UDI tenham desaparecido. As estratégias ainda obedecem às questões da necessidade de invisibilidade do grupo e comando dos mais experientes e/ou mais antigos.

> "Quando a gente está em grupo, tem sempre um cara que vem e aplica para você. Você coloca o braço, ele vem e aplica. Os caras vão fazendo isso aí. Quem já tomou aplica no cara". (SO masculino)

7. O crack e o injetável

Embora não fosse objetivo desta pesquisa analisar as percepções e experiências dos UDI com o uso do crack, este tema surgiu espontaneamente de forma tão intensa que seria impossível ignorá-lo. O crescimento do uso do crack entre jovens e adultos tem sido fartamente noticiado, despontando como uma droga que "veio para ficar". As observações dos profissionais que trabalham com redução de danos também apontam para um grande crescimento do uso entre os UDI, insinuando até mesmo uma eventual substituição do injetável pelo crack. Os depoimentos analisados a seguir, oferecem algumas pistas para esta intricada relação entre usuários de injetável e o uso do crack.

Os motivos mais insistentemente apontados falam da relação entre "baixa de qualidade" da cocaína a ser injetada, o preço da droga ea busca de drogas "mais fortes". A reclamação da baixa qualidade da cocaína, que viria quase sempre "batizada" (misturada a vários outros materiais como maisena, talco, pó de pedra, entre outros), geraria uma necessidade não-saciada. A busca de uma droga substituta, capaz de garantir os efeitos perdidos nas "misturas", seria, então, uma procura natural. Para agravar, a relação entre preço maior e perda de qualidade da cocaína levaria à opção de um produto "mais forte" e mais "barato". Contudo, estes UDI ressaltaram que caso houvesse uma elevação da qualidade da cocaína oferecida, o crack seria preterido. Curioso perceber que em muitos depoimentos, o entrevistador se autodenominava como "tomador", contudo, os "crackeiros" ou "casqueiros" eram designação dada a outros indivíduos, nenhum entrevistado designou a si por este nome.

> "(...) Mas vale mais do que usar, do que pegar uma branca, um pó, um pó que não vale nada (...) Para tomar é tudo batizada, é um batismo só. Não tem 10% de pureza para tomar (...) Bota maizena no pó da vovó, tem uma musiquinha". (IT feminino)

Outra análise feita pelos UDI foi a comparação entre ambas as drogas. O crack é percebido como mais perigoso ao organismo do que o injetável, seja por "atacar os pulmões", seja por "tirar o apetite", seja por provocar "depressão". Também seria responsável por um padrão de uso mais intenso, pois a "instiga" (necessidade e dependência) seria muito maior que a do injetável.

> "(...) o crack é uma fissura maior (....) o crack você fumou e você quer fumar mais e mais e consecutivamente uma atrás da outra. O injetável não, você toma uma, depois de meia hora é que você vai querer tomar outra." (SP masculino) "(...) o crack mata mais rápido". (IT masculino)
> "(...) quando eu uso o crack (...) os meus dentes acaba mais, apodreceram rápido demais, o baque injetável não
> (...) o injetável não, você consegue consegue comer, consegue desempenhar melhor o lado nutricional (...) o crack não, ataca muita depressão...". (SP masculino)

Em contrapartida, o crack ofereceria vantagens sobre o injetável por demandar um "equipamento" de drogadição de obtenção mais fácil, o que além de facilitar o uso, evitaria as situações de "flagrante" em portar seringas e agulhas.

Outro fator positivo seria o de possibilitar um uso "mais higiênico" que o injetável. Esta noção de droga ou uso mais "limpo" é, contudo, contraditória, pois outros depoimentos associam o crack e seus "equipamentos de uso" (cinzas, cachimbos, latas) como "sujos", como "suja" é a fumaça que vai "direto para o pulmão". Ao contrário, a cocaína injetada, diluída apenas em água destilada e aplicada com uma seringa (o que invoca a assepsia médica), teria mais "pureza".

> "(...) é mais higiênico, que não tem aquela nojeira de ficar se furando, se sangrando (...) Por isso é que o pessoal está se posicionando mais pro lado do crack. Vai comprar a pedra porque é mais fácil, mais barato, tem mais fácil acesso e não precisa de ficar se furando, sangrando. É mais social". (SJ masculino)
> "(...) agora a cocaína é mais limpa. Ela é só ela, ela e só ela e água entendeu, ela é injetada só ela pura. (SP masculino)

Um dos depoimentos apontou o crack como uma forma de evitar a aids, mas esta vantagem, segundo ele, seria só para os homens porque as mulheres estariam se prostituindo para conseguir o dinheiro para comprar a droga e, novamente, estariam sob risco de contrair o HIV.

Percepção de Risco dos UDI

> "A eternidade não existe. Não existe nada eterno. Só em história de quadrinhos. Eterno só a cidade de He-Man e She-Ra. Cidade de Etérnia". (IT feminino)

8. A percepção sociocultural de risco

O conceito de risco distingue as fronteiras entre demarcações da epidemiologia e das experiências culturais de indivíduos e de grupos. Estudo de CONNORS (1992) discute, por exemplo, como determinadas práticas, reconhecidas pelo conhecimento científico, como de alto-risco para contrair HIV, podem ser interpretadas culturalmente como capazes de reduzir outros riscos. Em seu estudo, compartilhar

seringas era entendido pelos usuários de drogas injetáveis como capaz de reduzir os riscos de ser preso por portar seringas, de estar sozinho e sofrer uma overdose e até mesmo de ser rejeitado pelos parceiros.

Discutir a percepção de risco dos usuários de drogas injetáveis é trazer à tona um campo complexo de interpretações que articula e mistura tanto suas vivências cotidianas como os discursos dirigidos a este grupo. Por um lado, os riscos que expressam suas vivências são relatos ricos e recheados de exemplos vivenciados; por outro lado, os riscos identificados pela incorporação de determinado discursos (especialmente das "falas de saúde") revelam imprecisões de informação e incertezas sobre seu conteúdo.

As muitas campanhas de prevenção à transmissão do HIV/aids, pelo uso de injetáveis, conformam um discurso que é reinterpretado e assimilado pelos UDI, na sua representação de riscos. Contudo, tais informações e orientações são, muitas das vezes, reproduzidas com lacunas e imprecisões.

a) Pegar uma doença. "Pegar uma doença" foi um risco freqüentemente citado pelo grupo. Há que se ressalvar a ocorrência inevitável de uma interação entre entrevistado e entrevistador (alguém identificado como de um projeto de saúde, especialmente de prevenção às DST/aids), o que sempre proporciona uma certa influência no que "deve ser respondido" ou pelo menos citado (BECKER, 1993).

Se a aids foi citada facilmente, as outras doenças transmissíveis pelo sangue constituíram uma incógnita, causando muita insegurança na sua identificação. Alguns relatos arriscaram nominar estas prováveis doenças, evidenciando uma confusão entre outros mecanismos de transmissão e contágio. Outros depoimentos se apegaram a uma explicitação vaga, do tipo "várias doenças do sangue". Em apenas um depoimento foi citada a hepatite como doença possível de ser transmitida pelo uso compartilhado de seringas.

> "Se usar com uma pessoa que tem problema de pulmão pode pegar". (POA2 F)
> "É a aids. E muitas coisas que pode nem ser aids, pode até ser um sangue ruim, como pode ter diabete, que é transmissível. Muitas outras coisas aí que vem através do sangue que a gente nem sabe". (POA masculino)
> "Sei lá... pegar uma doença fácil...e no caso de não ter outra seringa na mão vai pegar a seringa de uma outra pessoa e pegar uma bactéria ruim". (SP masculino) "Principalmente a aids e outras doenças que também pega no sangue". (SO masculino29)

Muito presente neste imaginário do "pegar doenças" é o perigo que constitui o uso de águas reconhecidas como impróprias para a diluição da droga. A "água contaminada" possui uma visibilidade e concretude que afeta o UDI numa dimensão mais imediata que a "abstração" do universo microscópico das "bactérias" e dos "vírus". A utilização de águas

de torneiras, rios, poças e até esgotos foram citadas como perigos iminentes para a saúde do usuário.

> "(...)Riscos que corre? Todos né. Puta, eu sei lá, é aquela coisa, desde pegar várias doenças né, aids, sífilis (...) que vamos supor que você pegue água contaminada da torneira de casa(..) eu já vi muitas pegar água até de bueiro...". (SP masculino)
> "Os riscos? É quase que total. A água contaminada... (Eu) usava água mineral. Quando não tinha água mineral era torneiral mesmo". (IT masculino)

Num sentido mais amplo, ligado ao imaginário da "fraqueza corporal" ocasionada pelo uso de injetáveis (ou mediada pelas suas " conseqüências", como falta de apetite, não dormir bem, etc) tornaria os usuários debilitados e sujeitos a "pegarem doenças".

> "A droga mata, né. Porque dá um monte de doença junta, fraqueza." (SJ feminino)
> "Prejudica muito a saúde também. Dá falta de apetite. Você usa hoje aí, fica o dia todo já sem comer. Não come, a saúde só vai prejudicando". (SO masculino)

b) Overdose. O segundo núcleo de sentido, organizado a partir das recorrências interpretativas, foi o "risco da overdose". Em todos os depoimentos que identificaram tal risco, ele foi diretamente associado à qualidade e à pureza da droga, e não à uma suposta quantidade excessiva ou falta de controle em seu uso. O perigo de overdose seria decorrente de uma súbita elevação do padrão de pureza/qualidade da cocaína. A droga consumida possui um determinado padrão de impureza ("batizada") que é reconhecido e manejado pelo usuário, configurando uma quantidade considerada certa a ser consumida e capaz de ser eficiente para dar a "viagem". O perigo estaria em utilizar, por desconhecimento, a mesma medida para uma remessa de droga mais "pura", o que seria uma quantidade excessiva. Este debate revela o conhecimento adquirido pelos usuários mais experientes na medição e no controle da quantidade ingerida e, em contrapartida, na falta de controle sobre a qualidade da droga consumida, fator de difícil manejo, uma vez que depende da lógica de mercado do narcotráfico.

> "(...) é de tomar uma overdose, só. E se não tiver ninguém para te socorrer ali na hora? Isso aí é ruim da pessoa usar sozinha. Tem muitos que aqui já chegam bem misturadas. Mas se tu pegar uma que já vem quase pura?" (POA feminino)
> " (...) porque cocaína mesmo tu não encontra mais. Encontra, mas se for na Bolívia, se chegar lá direto. Ou então a droga que chega aqui no país que passa por várias mãos....Tu nunca consegue pegar um produto puro né. Agora se tu pegar um produto puro, a chance de tu morrer é de 80%."(IT masculino)

c) Riscos da violência. O terceiro núcleo de sentido se remete aos "riscos da violência", seja de policiais seja entre usuários. Nestes relatos, ricos de exemplos e de experiências já vividas, fica patente a cotidiana violência sofrida por estes usuários. Como diz uma entrevistada "a droga é contra a sociedade e a sociedade é contra a droga", evidenciando as metáforas sociais de "guerra contra as drogas" e os mecanismos repressivos

violentamente empregados.

A agressão policial foi constantemente citada nas entrevistas. Contudo, em alguns dos relatos masculinos, evidenciou-se uma possibilidade de negociar o "flagrante" mediante propinas. A disputa pela distribuição da dose, a prioridade na fila de uso ou mesmo devido aos efeitos persecutórios são fatores que podem gerar agressões de extrema gravidade entre os usuários.

> " (...) de repente estar tomando baque e aparece a polícia. Pensa que está armado, chega atirando(...)". (SO masculino) "Eles (policiais) barbarizam com os rapazes, eles barbarizam dando porrada" (...) Riscos de ganhar um tiro ou de ganhar uma lombada (...) levei uma porrada na cabeça, levei ponto (...) corre o risco de vida (...) tu vem de madrugada comprar um negocinho ali, tem um, dois ou três com a faca na mão. Por causa de um real eles te encostam a faca no teu pescoço." (IT feminino)
> "(...) Risco também é você estar numa quebrada e pintar uns policiais e te matar (...) Tem se você está muito louco ali, às vezes você perde a noção. Já aconteceu isso comigo, de eu achar que o cara estava querendo tomar mais do que eu e eu que tinha colocado mais dinheiro para comprar para tomar o baque e ele pegar e engatilhar o revólver e dar um tiro em mim. Eu levei um tiro e fiquei internada , em coma durante cinco dias(...)". (SO feminino)
> "A polícia é vendida. Esse mês que passou, em março, eu fui pego também. Eu não subornei eles, eu tinha 50 reais na carteira, eles ficaram com os meus 50 reais e não me levaram preso. Então (...) como eu tinha dinheiro eles me liberaram". (IT masculino)

8.1 A administração dos riscos

Uma vez perguntados se estes riscos poderiam ser reduzidos pelo próprio usuário, a absoluta maioria formulou alguma estratégia deenfrentamento destes riscos. Naturalmente, não significa que tais estratégias de redução de risco sejam efetivamente praticadas ou mesmo eficazes. Das estratégias apontadas, algumas eram mais fantasiosas, outras apenas reproduziam alguma informação "politicamente correta" e havia aquelas especialmente voltadas para o risco da violência, que realmente pareciam ser manejadas cotidianamente pelo usuário. Como qualquer indivíduo numa determinada relação social, o UDI traça racionalmente (e culturalmente) escolhas, saídas, estratégias e táticas de sobrevivência pessoal e cultural.

Ao apontar como reduzir os riscos de "pegar doenças" quase todos os relatos centraram-se no tema "não compartilhar seringas", evidenciando o domínio dos conteúdos das campanhas de prevenção às DST/aids. As táticas preventivas eram desde "cada um usar a sua seringa" até estratégias as mais elaboradas como queimar as seringas usadas para, duplamente, evitar "flagrantes" e afastar a tentação de reutilizá-las.

> "Aí o certo é que nem agora: dá o baque, coloca na caixa e já era. (...) Cada um que usa tomar cuidado. Se está em grupo, fazer isso aí. Cada um guarde a sua, depois queima". (SO masculino)

Reduzir os riscos de uma overdose é visto pelo grupo como muito difícil, uma vez que não

é possível saber a variação da qualidade da droga. Alguns depoimentos chegaram a frisar, apenas indiretamente, a importância de não se injetar sozinho, pois o parceiro poderia prestar socorro numa situação de overdose. Alguns acham que este risco é pequeno, pois devido a uma lógica de mercado é improvável que os traficantes deixem de "batizar" a droga, pois seus lucros diminuiriam. Um dos depoimento chegou a frisar que o usuário mais antigo precisa estabelecer um vínculo com o traficante para estar, minimamente, informado sobre a qualidade e os tipos de misturas feitas na droga. A relação usuários/traficantes revelou-se sempre ambígua, perpassada pela desconfiança (dada a iminente ameaça de violência) e pela necessidade de um vínculo de confiança. As interações complexas entre usuários, traficantes e policiais demarcam contínuos arranjos e rearranjos de cumplicidade e desconfiança entre estes grupos.

> "Hoje em dia todo traficante é viciado. (...) Então ele usa, usa, usa e para recuperar o dinheirinho dele, então ele mistura lá qualquer coisa lá (...) a gente sabe que a gente tomou droga...e eles 'essa menina não é boa para tomar não... Eles estão cientes da realidade". (SJ masculino)

Os riscos da violência poderiam ser diminuídos, segundo os relatos, por alguns "comportamentos de evitação": evitar chamar atenção na comunidade sobre sua prática de drogadição, não ofendendo a moral pública (o que poderia acarretar em denúncias à polícia); evitar locais visíveis, movimentados ou públicos, resguar dando-se de possíveis batidas policiais; e saber distinguir até onde confiar e como evitar a convivência com o traficante.

> "Tu não vai ficar exposta. Você está ali, no meio das crianças e de todo mundo. Onde passam assim, senhora de idade, senhor... Já que eu tomo esta porcaria, então... Se eu reservar.(...) Então eu vou me esconder. Porque se eu estou na frente de uma casa de família, alguém levanta e vai chamar os homem". (IT feminino)
> "Tem o risco do usuário ser agredido se ele quiser dar uma de gostoso, ele sair com uma pessoa que é traficante pensando que vai ganhar muito lucro. Aí sim ele pode levar porrada e não levar lucro". (IT feminino)

Percebeu-se, assim como em outros estudos (CONNORS, 1992), uma avaliação hierarquizada dos riscos que um usuário de droga injetável correria. A ordem de prioridades é, ao mesmo tempo, singular, pois evidencia o que pode afetar (ou já afetou) concretamente este indivíduo, e também é grupal (conjunto de riscos já vividos ou identificados como potenciais). Por outro lado, também revela um quadro de relevâncias destes usuários, que valoriza mais determinados riscos em relação a outros.

A lógica de estabelecer uma hierarquia não correspondeu, necessariamente, a uma gradação entre maior ou menor risco em si. Por exemplo, em alguns relatos, um risco que oferecia maior gravidade poderia ser visto como menor, talvez mediado por um cálculo de maior ou menor probabilidade de sua ocorrência.

> "Pode apanhar toda hora (...) Os outros riscos é tu morrer. Morrer tomando uma dose". (POA masculino)
> "(Após relatar que se jogou de um carro em movimento para fugir de um traficante, tendo que ficar um bom tempo agachada atrás de um muro).

> Entrevistador : E tu ainda diz que não tinha risco? Mas isso aí é coisinha assim". (IT feminino)

As "doenças" encabeçaram a lista de riscos, especialmente a "aids", as "outras doenças" e as "doenças do pulmão" (pneumonia e tuberculose), evidenciando, talvez, uma vivência com as doenças oportunistas para quem já convive com a aids

Há que se ressalvar que embora imperasse uma lógica hierárquica de riscos esta não substituiu por completo uma "visão complexa", capaz de apontar os muitos riscos relacionados ao consumo de drogas injetáveis em nossa sociedade, como sintetizou o entrevistados (IT masculino):

> "(Riscos?) Ih, mas são inúmeros. Tanto com a tua saúde quanto socialmente (...) Esses riscos biológicos e sociais..."

9. A percepção de risco para contrair HIV

Porque o caminho da gente é outro.
O caminho da gente é o caminho do coração.
É na veia direto.
Não tem intermediário. (SJ masculino)

A condição de usuário de drogas injetáveis demarca uma percepção que valorizou, em quase todos os depoimentos, o compartilhamento de seringas como o principal risco para contrair o vírus HIV. Tal valorização obviamente não se daria com a mesma ênfase entre outros grupos (não-usuários de injetáveis), mesmo entre aqueles com reconhecida vulnerabilidade. Os riscos de transmissão sexual foram também citados na maioria dos relatos. Este grupo também demonstrou um conhecimento mais específico dos modos de transmissão. Apenas um depoimento apresentou uma identificação ambígua ("sexo e drogas"), na sua maioria, os riscos eram devidamente adjetivados, como compartilhar seringas contaminadas, transar sem preservativo.

A transmissão pela "seringa contaminada" (via sangüínea) é considerada mais "rápida" que a transmissão sexual, pois o vírus "entraria direto" em contato com o sangue:

> "E na seringa também, que já vai direto na hora. Às vezes, no sexo, até na transa, na hora não chega a se contaminar de uma vez só. Na seringa não tem como escapar porque vai direto ali. Vai direto no teu sangue e não tem como escapar". (POA feminimo)

A própria experiência pessoal de contágio pode funcionar como exemplo a ser citado, criando uma certa hierarquia como o "mais arriscado" (tenha sido a transmissão por compartilhamento ou por prática sexual sem preservativo). A transmissão sexual foi percebida como "igualmente arriscada", quando o parceiro sexual foi o elo de transmissão, comparada ao compartilhamento de seringas.

> "É arrumando a seringas dos amigos. É o mais arriscado. Transar também, sem proteção". (POA feminino)

Entre os entrevistados não foi mencionada a preocupação com uma nova contaminação pelo HIV. Aqueles usuários, já portadores, acreditam que, para si, o cuidado seria inútil e os benefícios em adotar práticas preventivas seriam, somente, para seus parceiros. O risco de um portador contaminar, conscientemente, seus parceiros foi citado com bastante regularidade, povoando o imaginário e as vivências deste grupo.

> "Que eu já tenho o troço, eu sei que tenho, então eu não me preocupo mais em pegar, mas em passar para as pessoas". (POA masculino)
> "Você sabe que eu não gosto de fazer esse tipo de coisa, então você tem que ter bastante consciência para você não levar alguém, porque se deixar eles vão embora. Eles confiam em você". (SJ masculino)
> "Eu fiz um acordo com meu tio uma vez, ele também tem HIV, e perguntei para ele se o que ele faria se ele soubesse que estava contaminado. Não é que o bicho tevea cara de pau de me falar que saía contaminando todo mundo? Tem gente que faz isso". (IT masculino)
> "(...) nessa rodinha tinha um cara que tinha e não contou para ninguém, aí todos os amigos dele pegaram, aids...morreu todos". (SP feminino)

O preconceito, o medo de discriminação e até mesmo uma opção individual levam aqueles usuários, que se sabem portadores do HIV, a não divulgarem tal informação entre seus eventuais parceiros sexuais.

> "(...) que a pessoa não vai sair com você e falar que tem aids. Eu mesmo, quando eu vou sair com as pessoas eu não vou falar que tenho aids, porque eu sou discriminado por uma mulher ou até um homossexual. Então tem que usar a camisinha". (SJ masculino)

Uma vez perguntados se existiria alguma prática sexual mais arriscada para contrair o vírus HIV, apenas dois relatos afirmaram que uma vez sem preservativos qualquer prática sexual poderia oferecer riscos. Em contrapartida, pode-se perceber uma intensa associação da prática anal a um perigo maior dentre quaisquer outros. O ânus constitui um tabu e a prática anal é mesmo considerada "não-natural" ou uma "anormalidade". Esse discurso há muito povoa o imaginário sexual brasileiro (Parker, 1993) e é reproduzido até por profissionais de saúde. O ânus é visto como "canal" impróprio, onde se confundem as "entradas" e "saídas" dos fluxos corporais. A confusão destas fronteiras e as "funções" seriam ameaças de caos. Ele ainda estaria associado às impurezas e à "sujeira", ambiente propício à multiplicação de males.

> "Que a médica de Ribeirão Preto (...) ela dizia que com o sexo anal corre até o risco de morrer mais depressa. Porque o sexo anal sangra. Toda vez. Pode até ser o travesti. Que é mais apertado, então sangra (...)". (SJ feminino)
> "Sexo anal eu acho que é o mais arriscado (...) Porque o preservativo não tem sustância...ele pode estourar e o lado anal...ele pode romper mais fácil e agora o sexo normal não tanto né...
> P. Anal não é normal?
> Não o anal não é... não é tão... (risos) não é tão normal sabia? O anal ele é uma forma que ele é um pouco mais canibal..."(SP masculi"O anal é pior. É uma coisa nojenta. Eu acho que não é uma coisa tão limpa. (...) Todo vírus, ele cresce mais onde tem impureza. Ele se acrescenta mais onde tem

impureza. Ele desenvolve mais ". (IT feminino)

Outros depoimentos apontaram as dúvidas sobre o nível de risco que a saliva e o sexo oral poderiam representar. Reconhecem uma certa lacuna deste tipo de informação e acreditam que caso represente risco, as campanhas estariam se omitindo quanto ao assunto.

Um outro núcleo enfatizou não o tipo de prática sexual, mas "as condições do encontro amoroso" como potenciais riscos. Encontros apressados, em lugares públicos, sujeitos a interrupções inviabilizariam maiores cuidados preventivos.

10. A percepção sobre prevenção

Com a preocupação de apreender a percepção dos UDI sobre a prevenção do HIV/aids e evitar a mera reprodução de informações, optamos por adotar a estratégia de pedir aos entrevistados a pensar um conselho que dariam a um amigo para ele se prevenir do HIV.

O acervo dos depoimentos apontou, principalmente, uma preocupação em adotar "condutas preventivas" do tipo "fazer isso, não fazer aquilo" e também com desenvolver "posturas de precaução" (sobretudo não se deixar levar pela aparência do parceiro, escolher bem o parceiro).

Usar o preservativo foi um "conselho" referido pela quase totalidade dos relatos. Haveria também que se tomar algumas "precauções", sobretudo numa atitude defensiva contra as mulheres, pois elas usariam de recursos de sedução e beleza, desviando ou enfraquecendo a intenção de adotar uma postura preventiva. Foram imagens invocadas com freqüência nos relatos, as mulheres "pérfidas", que sabendo de sua condição de soropositividade, estariam disseminando o vírus, ou "menininhas" inconseqüentes que fariam o mesmo de forma inconsciente. Se por um lado, o grupo entrevistado era em sua maioria de homens, o que naturalmente nos relatos heterossexuais o foco seria o "perigo" do parceiro do sexo oposto nos relatos femininos também se observou semelhante perspectiva.

> " Às vezes você vê uma mulher muito linda aparentemente, mas por dentro ela tem aids.(...) Quem tem não vai falar". (SJ feminino)
> "Não sairia por aí namorando todo mundo. Comendo tudo que é menininha por aí (...) porque pensa que a menininha tem 16 anos e recém começou a dar e não pode transmitir alguma coisa para ti". (IT feminino)

Assim, "ter a parceira certa" (POA masculino) como a opção para não contrair o HIV ou pelo menos não se "deixar levar" pela aparência complementam o sentido atribuído à fala normativa de "usar sempre o preservativo".

Como era de se esperar, os "conselhos" relacionados às informações contidas em orientações e campanhas voltadas ao não-compartilhamento de seringas foram freqüentes em quase todos os relatos (associando-se à recomendação do uso do preservativo). Contudo, ao contrário do "usar camisinha", percebeu-se, neste contexto, uma carga maior de ambigüidade. "Usar seringa limpa" não quer dizer, necessariamente, não compartilhá-la posteriormente e nem mesmo saber desinfetá-la adequadamente.

"Se não conseguir usar sozinho, ou que lave bem o parelho com clorofila, que eles explicam, ou que compre e que use sozinho". (POA feminino)
"Não pegar seringa suja de ninguém" ou "ter a sua seringa" também pode contemplar que o UDI não use a de ninguém, mas alguém use a dele, como se evidenciou em outro trecho de uma entrevista:
"Eu procuro não emprestar as minhas agulhas, não deixar ninguém pegar, mas não adianta. Eles vêem. Quando falta aparelho, vêem onde eu guardo e vão lá e pegam. Tomam e botam no mesmo lugar". (POA masculino)

Uma das usuárias deu o "conselho" de estocar uma grande quantidade de seringas, evitando assim, num momento de escassez de seringa e de necessidade de uso, o recurso de usar compartilhadamente a seringa. A prática de estocagem de seringas pelos UDI foi relatada em várias entrevistas.

Essa prática também é relatada em estudo de POWER e colaboradores (1996) como uma forma dos UDI em lidar com riscos. Este trabalho cita vários estudos que comprovam que os UDI desenvolvem estratégias para evitar os riscos associados com o uso injetável: fazer estoques de seringas, escondê-las de outros UDI, reutilizar a seringa um número limitado de vezes, personalizar as seringas, selecionar os parceiros com quem vai compartilhar. Tais estudos revelam uma prática que busca, dentro dos limites e fronteiras da interpretação destes indivíduos, reduzir danos e administrar riscos.

Poucos relatos foram precisos quanto ao não-compartilhamento, como o de SO masculino que diz "falaria para ele não compartilhar a seringa. Quando usar: usou e jogou fora".

Foi recorrente o "conselho" diferenciado ao amigo usuário de injetável e ao amigo não-usuário. Se o amigo não fosse UDI, a preocupação era a de evitar a própria prática injetável, como ressaltam IT masculino ("não caia nessa de aplicar porque é terrível") e SP masculino ("não tomar baque, aliás quem toma baque já dançou"). Esta visão incorpora uma noção dos riscos que o UDI enfrenta. Todas as discriminações, as conseqüências orgânicas da dependência fazem com que SO masculino, de apenas 18 anos fizesse o seguinte relato: "ah, por tudo que eu já passei e vivi, falaria para ele (...) se ele está começando assim a droga, falaria para ele parar, se conseguisse".

Num segundo momento, o entrevistador, numa estratégia de provocação, perguntava ao entrevistado qual dos "conselhos" dados ele considerava o mais difícil de cumprir. A grande maioria apontou o uso do preservativo como o "conselho" mais difícil de ser cumprido, seja porque "diminui o prazer", seja pelo "efeito da droga" que diminui o discernimento do indivíduo.

"Por causa do prazer que dá. Vai estar ali com a mulher ali naquela hora, ele não tem o preservativo, vai estar meio chapadão. Aí nem pensa de usar e vai e não usa". (SO masculino)
"Puta meu...elas incomodam...apertam, tira um pouco o tesão no começo, fica ruim de acostumar (...)." (SP masculino)
"O pessoal não acostumou ainda, não gosta. Que não tem prazer nenhum com a camisinha". (SJ masculino)
"Não, a camisinha para alguns é uma tortura. Meus parceiros não gostam de camisinha". (SJ feminino)

Se o uso limpo/não-compartilhado de seringas não foi citado como o "conselho" mais difícil de ser cumprido ele, então, seria facilmente cumprido? Nada possibilita tal afirmação. O que se observou é que tal recomendação é de fato cumprida pelos UDI, mas "quando dá", ou seja, de forma não sistemática, sendo influenciada por diversos fatores, conforme será discutido no próximo item.

11. Não compartilhar: o dilema entre a razão e a fissura

A discussão sobre a pretensa superioridade da racionalidade diante de quaisquer outras motivações constitue a base da teoria epidemiológica de risco que vem a ser o sustentáculo da prevenção. Como discute CASTIEL (1996), a epidemiologia faz uma clara adesão à teoria de escolha racional, ou seja, diante de vários cursos de ação, o indivíduo tomaria aquele que lhe traria mais vantagens. Nesta perspectiva, a grosso modo, o doente seria alguém que não administrou bem os riscos existentes.

> "O conhecimento, ou melhor, a consciência do risco é vista como elemento crucial em qualquer política dirigida à aids. Pois, vale repetir, em tese: uma vez conhecendo as formas de transmissão do HIV, trata-se de uma questão de controle racional evitar ser atingido pelo vírus. A adesão a este ideário serve, além do mais, para distinguir os indivíduos considerados responsáveis dos não-responsáveis". (CRAWFORD, apud CASTIEL, 1996)

Diante dessa perspectiva racionalista, ter informações e adotar comportamentos "adequados" para seu próprio benefício seria um contínuo, sem quaisquer interferências plausíveis.

Pode-se perceber que os UDI entrevistados detêm uma apreensão cognitiva da informação sobre o não-compartilhamento. Quase todos apontaram o não- compartilhamento (em suas distintas interpretações e ambigüidades) como medida importante de prevenção. Alguns depoimentos são enfáticos, inclusive, em dizer que hoje o nível de informação disponível é tanto que "só usa quem quer", pois se está ciente dos riscos. Contudo, no acervo dos depoimentos, fica

patente que são muitos os fatores que contribuem para a existência de uma lacuna entre a escolha racional e as necessidades, desejos e demandas individuais e do grupo.

O principal núcleo de atribuição de sentido a esse hiato entre informação/adoção de comportamento preventivo foi o campo de vivências que podem ser traduzidas semanticamente por "fissura". O termo "fissura" foi constantemente citado por todos os depoimentos, constituindo também uma categoria central de explicação desta temática. A "fissura" seria a necessidade extrema e urgente em injetar-se. Esta necessidade diz de uma real dependência orgânica à droga (o sujeito fica "instigado"). Assim, como define a palavra (que em latim significa fenda ou racha), a apreensão racional sobre quaisquer informações é cindida. De um lado a compreensão proveniente das informações dos riscos, de outro a necessidade suprema, a compulsão em injetar-se. Numa situação de escassez de seringas, as velhas, usadas, sujas e enferrujadas são usadas.

> "É muito difícil para uma pessoa. Porque na hora, ali na loucura, ali você não quer nem saber se tem ou se o cara não tem (HIV). Está instigado para tomar

> um pico ali, vai pegar a seringa do cara. Isso não tem como evitar(...)". (SJ masculino)
> "Porque às vezes a pessoa está muito fissurada e não tem agulha. Então tu quer tomar de qualquer jeito, tu está indignado com qualquer coisa e tu tem que tomar aquela dose para te acalmar. E não tem agulha, tu vai ser obrigado a pegar aquela agulha. A pessoa se sente na obrigação. Não é que é obrigado, a pessoa se sente na obrigação, entendeu. E acaba pegando". (POA masculino)

Enunciar a "fissura" também constitui uma "fala de afirmação" de um ethos de um grupo: estar na fissura, sair para arrumar a droga, obter dinheiro para comprar ou inteirar a dose, procurar os parceiros, procurar as seringas, descobrir local apropriado, preparar a dose e tomá-la. Este é um ciclo de atividade que consome boa parte do tempo do UDI e de seu grupo de uso.

A "solidariedade ante à 'fissura'" seria outro elemento significativo nestas interações. Há um forte sentido de reciprocidade diante desta situação vivida cotidianamente pelos UDI. Não ter os "aparelhos" para aplicar a dose é um sofrimento compartilhado por todos e não ajudar o parceiro nesta situação (seja dando-lhe uma seringa nova ou usada) é visto pelo grupo como atitude egoísta. Reconhecer a "fissura" do outro hoje é ter provavelmente a sua "fissura" reconhecida amanhã, reforçando os laços de reciprocidade em dar-receber-retribuir. Não se trata, necessariamente, de uma atitude altruísta, mas de regra de convivência.

• " (Risco para contrair o HIV?)

• Emprestando para os outros ou pegar dos outros emprestada. Ela contamina. Nessa parte a pessoa tem que aprender a ser ruim.

• (Aprender a ser ruim?)

• É dizer 'essa é minha escova de dente, eu não posso te emprestar'. Essa é a real.

• (O que é ser ruim?)

• Ser ruim é aprender a dizer não.

• (Você é ruim?)

• Não eu sou boa. Mas às vezes eu sou ruim. Só se eu gostar muito, aí eu sou mole. Se eu gostar muito da pessoa, aí eu amoleço". (SJ feminino)

A "segunda dose" também foi demarcada, por alguns depoimentos, como um marco depois do qual (da terceira dose em diante) o discernimento se esvaneceria e a "doideira" incapacitaria adotar regras de não-compartilhamento.

Cabe ressalvar que o que se denomina de "compartilhar" pode envolver, na vivência dos UDI, múltiplas possibilidades entre o dar, receber, emprestar e retribuir seringas, agulhas,

materiais de diluição e a dose da droga. Alguém que empreste ou dê algum destes itens pode não se perceber como "compartilhando" pois é o "outro' que compartilhou. Cabe indagar se existiria aí, uma visão que associasse posturas "passivas", "ativas" ou "interativas" como determinantes do auto-reconhecimento das práticas de compartilhamento.

Quais fatores então, poderiam ser favoráveis ao não-compartilhar os equipamentos de injeção?

Como estudo de POWER e colaboradores (1996) mostrou, o fato dos UDI não acatarem as regras enunciadas pelas campanhas e orientações para a de prevenção, não quer dizer que não disponham e exercitem múltiplas e variadas estratégias de lidar com os riscos.

SCHILLER (1994) alerta que as pesquisas iniciais sobre compartilhamento enfatizavam os aspectos simbólicos de confiança nos parceiros, reafirmando os vínculos do grupo. Atualmente, os estudos enfocam, sobretudo, o papel das contingências práticas do uso (a ilegalidade de portar seringas, a escassez e o custo das seringas) como elementos fundamentais para se analisar o compartilhamento. Portanto, a farta disponibilidade e a gratuidade do material (seringas e agulhas principalmente) são vistos como elementos que podem, fortemente, propiciar o não-compartilhamento. A dificuldade em obter tais equipamentos foi constantemente demarcada no conjunto das nossas entrevistas. Muitos funcionários de farmácias, por discriminação aos UDI, se recusam a vender as seringas e agulhas, alegando que o material está em falta ou simplesmente negando sua venda. Outra questão relacionada à obtenção deste material é a lógica do investimento dos recursos disponíveis. Como a possibilidade de obter dinheiro para comprar a dose se torna inversamente proporcional à intensidade e constância de uso, uma vez obtido o dinheiro ele será, invariavelmente, gasto na dose. O material para a injeção deverá, então, ser "descolado", ou seja, obtido por outros meios (achado, emprestado, reutilizado).

Alguns usuários apontam que a única "saída" seria usar sozinho, sem quaisquer acompanhantes.

> "Se eles estão com vontade de tomar ali, não vai adiantar falar, que ele vai... Então é por isso que eu sempre gosto de usar sozinho. E aí eu não tenho esse problema. Também eu não quero usar a de ninguém e que ninguém use a minha, entendeu?" (SO masculino)

A distribuição gratuita e farta de kits, seringas e agulhas pelo Projeto de Redução de Danos é apontada de forma quase unânime como uma contribuição muito grande para o não-compartilhamento.

O reforço do conteúdo informativo sobre prevenção também foi apontado como elemento coadjuvante necessário à mudança de comportamento. Informação dada no "momento certo", ou seja, quando o UDI "estiver de cara" (sem estar sob o efeito da droga). Contudo, como percebeu-se insistentemente nas entrelinhas, a informação deve estar acompanhada de um vínculo afetivo entre "aconselhador" e UDI. A informação deve ser percebida como uma prova de que alguém "se importa" com ele como pessoa e não como mero repasse de preceitos normativos.

> "Conversando, dialogando bastante. Diálogo bastante diálogo. Bastante incentivo, bastante amor. Aí sim..." (IT masculino)

Cada usuário usar sua própria seringa, sem compartilhá-la, é visto, inclusive, como situação ideal. Além de "evitar doenças", possibilitaria, sobretudo, uma maior agilidade na sessão de uso, dispensando ficar esperando "chegar sua vez", garantindo que todos teriam acesso à droga.

> "Aí pegar, cada um dá o seu e pronto. Ninguém precisa ficar compartilhando para pegar aids. "Passa aí, toma a seringa". É tipo uma roleta que não dá certo. Não, cada um tem que ter a sua e tal. Ali se não tiver, sai na correria e arruma". (SO masculino)
> "(...) a seringa, cada um gosta da sua. Tem gente que não ligar para emprestar. Mas a maioria gosta (de ter a sua seringa). E ainda tem o problema de esperar, estar na pilha, esperando a vez. E se um toma e depois chega a polícia? Então cada um tendo a sua, vai cada um pro seu lado. O bom de cada um ter a sua ferramenta é isso". (SJ feminino)

12. Percepção sobre o estado de saúde

Eu tive a sífilis. Eu tive a sífilis, tive a hepatite.
Agora estou só com o vírus do HIV.
Que a sífilis e a hepatite eu cortei. Os médicos curaram (POA1)

"Estou bem". Por detrás da resposta enunciada automaticamente, uma série de ressalvas eram anunciadas. Quase todos os relatos que responderam "estar bem" complementavam com um ameaçador "até agora" ou "por enquanto". A vulnerabilidade do estado de saúde é percebida constantemente e um eventual adoecimento é visto como iminente pelos entrevistados. Segundo estes, a droga seria o principal motivo para a "fraqueza" do corpo e da "perda da saúde". Importante observar a eliminação de algumas mediações do tipo: uso de drogas, uso compartilhado, transmissão de doenças e abalo no estado de saúde. Tais medições são suprimidas e a droga é reificada como a única responsável pela "perda de saúde". É vista como um contra-senso à saúde por definição, um mal a priori, ou em menor escala, porque contribui para "perda de apetite", o que "enfraquece" o organismo.

> "(...) A atual (saúde) está boa. Claro que quem usa droga não tem a saúde muito boa não. Tá legal ainda. Para mim está boa. Para quem usa droga injetável, toma baque, já era." (SO masculino)
> "(...) Apesar que eu estou usando um pouquinho de droga ainda, mas está dez a minha saúde. Eu já perdi um pouco da saúde, já perdi um pulmão através do crack e da cocaína. Já tive pneumonias que eu quase morri. Foi por Deus mesmo que eu me salvei". (SJ masculino)

Aqueles usuários que afirmaram claramente que sua saúde estava ruim, eram todos cientes de serem portadores do HIV. Reclamavam, sobretudo, dos muitos efeitos colaterais dos medicamentos. Alguns alegaram, inclusive, ter abandonado o tratamento por este motivo.

> "Estou me sentindo péssimo. Estou me sentindo cansado, sem ânimo, sem

> vontade para fazer nada (...) Tenho o AZT, tenho o Videx, tem uma porrada. E não tomo porque me faz mal (...) Ela (a médica) falou que se eu não acostumasse para eu contar a ela...". (IT masculino)
> "É o AZT que eu comecei a tomar, só que eu passo escova e cai todo o meu cabelo, aí eu fico dois dias sem tomar, nervosa, eu tomo noutro dia... eu não sei se a febre é reação dos remédios (...) eu acho que essa febre deve ser de nervoso". (SP feminino)

Outro entrave para tomar a medicação seria a idéia de que é incompatível o uso dos medicamentos e a droga. Diante da "escolha" forçada, o medicamento é interrompido ou usado em dias alternados ao consumo de drogas.

Dentre os entrevistados portadores do HIV, a maioria indica a "boa alimentação" como um dos fatores importantes para se manter uma saúde melhor. Este discurso reforça a importância da disciplina quanto aos horários e ao tipo de alimentação. Foram ricos os relatos sobre os alimentos considerados fundamentais. Curioso foi uma recorrente associação ao uso de "leite". Além de repor energias, o leite seria capaz de cortar um pouco os efeitos orgânicos da droga, numa associação de bebida que corta o "veneno". Outra associação feita para melhorar o estado de saúde foi o de parar ou diminuir o uso de drogas.

13. Reduzir danos?

Se por um lado, o conceito de "risco" teve uma identificação mais imediata para os UDI e, conseqüentemente, a noção de "redução de risco", por outro lado, "redução de danos" representa um conceito ainda vago para muitos dos entrevistados (ainda que possam ser entendidos pelos profissionais dos PRD como sinônimos). Incorporam as noções veiculadas pelo PRD, associando-as às suas próprias noções de "danos" e de "reduzir danos".

A idéia mais recorrente foi a de reduzir a quantidade de droga a ser consumida. Se a droga é o "dano" maior, logo reduzi-lo é consumir menos. Valores como temperança e comedimento são ressaltados de forma mais idealizada ("não exagerar" no uso, deter controle sobre a quantidade e intensidade de uso). Alguns entrevistados mais radicais acharam que RD é "parar" com as drogas ou pelo menos com o uso injetável, optando por outra droga.

> "Usar de bom tamanho, saber usar ela. Saber na hora, ter cabeça de dizer não. (...) Tu gosta de café? Se tomar 30 cafezinhos por dia, já vai ser demais. Vai ter que reduzir. Você reduz o dano do café. "Pô, eu vou ver se eu consigo tomar só 28". (IT feminino)
> "(...) é parar. É todo mundo falar: 'vamos parar de tomar injetável e vamos passar a usar crack. Mas sem a droga ninguém vive". (SJ feminino)

Alguns incorporam a idéia de diminuir o consumo a uma fala moral (reduzir comportamentos anti-sociais) ou associaram-na a uma idéia frouxa de prevenção às doenças.

> "(...) É moral, é a pessoa diminuir de roubar. Diminuir tudo. Redução de

danos... (...) Cigarro, maconha, cachaça, tudo. (...) Porque é danos à saúde. E essa pessoa que está usando sabe que faz mal, mas ela gosta.
"(...) Os danos são sérios (...) Psicologicamente. E a saúde da pessoa. A saúde da pessoa assim totalmente.

• E para reduzir os danos? Principalmente ligados ao usuário de droga injetável?

• É difícil. Tratar dessa coisa hoje em dia, tem muito viciado...Clínica para eles nada disso tem adiantado. A pessoa fica uma ano, dois... De cem tira dois, três...É uma viagem sem volta. (...) Não tem volta. Só Deus". (IT masculino)

Em um único depoimento foi associada a noção de "redução de danos" a uma forma mais "segura" e "regrada" na forma de se obter prazer (seja no drogar-se, seja no prazer sexual), como exemplificou o entrevistado, "uma loucura equipada".

"(...) Então eu estou muito loucão. Então tá bem: a sua vida vale mais que a sua loucura. Então você leva seus preservativos, usa...você faz o que você quiser (...) É igual trânsito. Você passa do jeito que você quiser, mas tem permitido uma velocidade, tem que passar a marcha, depois você pode fazer tudo o que você...mas você tem que obedecer um limite de velocidade ... Vamos curtir essa loucura, mas vamos curtir equipado". (SJ masculino)

Redução de danos também foi associada à "campanha" de saúde (Projeto de Redução de Danos), que busca "informar" sobre a aids e outras doenças para que o UDI "se cuide". Alguns depoimentos ressaltaram algumas mudanças potenciais após o início desta "campanha", tais como não precisar mais comprar nem compartilhar seringas, o que é identificado como reduzir danos.

"(....) é uma campanha para reduzir os riscos das pessoas que se drogam por drogas injetáveis. (...) A redução de danos está aí para ajudar. É uma boa, é uma boa porque eu já recebi a manutenção, eu achei excelente. Não precisei comprar, não precisei compartilhar com ninguém". (SO feminino)

Foi recorrente a idéia que a ampla divulgação desta "campanha" dará uma grande "contribuição para as próximas gerações de UDI". Por um lado, aponta a preocupação com a afirmação de uma nova consciência de uso, reafirmando o valor do "uso seguro", por outro revela a idéia que estas idéias e ações das "campanhas" de prevenção já chegaram "tarde", uma vez que a maioria dos UDI já estaria com o HIV/aids.

"(...) Porque o cara que já está, ele não está nem aí. O cara que já está contaminado, que sabe que está contaminado... Tinha que estar entrando nessa o cara que começa a tomar cocaína hoje, nunca tomou na vida dele. Aí ele sabe dos problemas, da aids. É claro que vai ser útil para ele.Mas pro cara que já está nessa, prá ele tanto faz e tanto fez(...)". (IT masculino)
"(...) Eu acho que redução de danos foi a melhor coisa que o governo, o Estado fez isso aí. Lançou. Mas eu acho que ele chegou tarde demais. (...) Mas pode equilibrar um pouco do que já tem". (POA masculino)

I - Introdução II - Metodologia III - Resultados IV - Referências Bibliográficas

Capítulo 7

IV - Referências Bibliográficas

AGAR, M., 1973. Ripping and Running: a formal ethnography of na urban heroin addicts. New York: Seminar Press.

ALVES P. C. & RABELO, M. C.,1995. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: Saúde e comunicação. Áurea M. Da Rocha Pitta (org). São Paulo/Rio. Hucitet/Abrasco.

BARDIN, L., 1979. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BARNES, J. A. "Redes sociais e processo político". In: Antropologia das Sociedades Contemporâneas. São Paulo: Global, 159-194, 1987.

BASTOS, F.I. (1993). "Os riscos e a singularidade". In: Drogas: Uma Visão Contemporânea. Rio de Janeiro: Imago, 184-194.

_____(1996). Ruínas e Reconstrução: Aids e Drogas Injetáveis na Cena Contemporânea. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

BECKER, H., 1993. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo. Hucitec.

BLOOR, M. et al., 1993. "HIV- related risk practices among Glasgow male prostitutes: reframing concepts of risk behavior". Medical Anthropology Quartely. 7(2): 152-169.

BOURDIEU, P, 1972. Ésquisse d´une théorie de la pratique. Paris. Librairie Droz.

CARRARA, S., 1994. Entre Cientistas e Bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: Saúde e doença; um olhar antropolóqico. Paulo César Alves & Maria Çecília de Souza Minayo (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ1 33-45.

CASTIEL, L.D., 1996. Móleculas, Moléstias e Metáforas: o senso dos humores. São Paulo: Unimarco.

CHIZZOTTI, A , 1995. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo. Cortez.

CONNORS, M. M., 1992. "Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: implications for Aids prevention". Soc. Sci. Med., 34 (6): 591-601.

DESLAURIERS, J.P (Org.)., 1987. Les Méthodes de la Recherche Qualitative. Québec:

Presses de l'Université du Quebec.

FELDMAN-BIANCO, B. (Org.), 1987. Introdução. In: Antropologia das Sociedades Contemporâneas. São Paulo: Global, 7-45.

HAGUETTE, T. M. F. 1987. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo. Cortez.

HAYES, M. V., 1992. "On the epistemology of risk: language, logic and social science". Soc. Sci.Med, 35(4): 401-407..

HERZLICH, C., 1991. "A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. ln A representação na saúde coletiva. Physis. 1(2): 23-26.

KLOVDAHL, A . S., 1985. "Social networks and the spread of infectious diseases: the Aids example". Soc. Sci. Med., 21: 1203- 1216. McCOY, C.B., et al., 1997. "Injection drug users' practices and attitudes toward intervention and potencial for reducing the transmission of HIV. Medical Anthropology. 18: 35-60.

MINAYO, M. C. .S, 1992. O Desafio do Conhecimento. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.

NEAIGUS, A. , et. Al., 1994. "Relevance of drug injectors' social and risk networks for understanding and preventing HIV infection". Soc. Sci. Med., 38 (1): 67-78.

PAUL, D. B., 1955. Health, Culture and Communitv: case studíes of public reactions to health programmes. New York: Russel Sage Fundations.

PARKER, R. G. 1993. Corpos, Prazeres e Paixões. São Paulo: Editora Best Seller.

PATTON, M.Q. 1988. How to Use Qualitative Methods in Evaluation. London: Sage Publications

POWER,R; JONES, S.; KEARNS, G.; WARD, J., 1996. "An ethnography of risk management amongst ilicit drug injectors and implications for development of community-based interventions". Sociology of Health & Illness, 18(1): 86-106.

RHODES, T, 1997. "Risk theory in epidemic times: Sex, grugs and the social organisation of 'risk behavior' ". Sociology of Health & Illness., 19(2): 208-227.

RHODES, T. & QUIRK, A., 1998. "Drug Users' sexual realtionships and the social organisation of risk: the sexual relationship as a site of risk management. Soc. Sci. Med., 46 (2): 157-169.

SCHILLER, N.G. et al., 1994. "Risky business: the cultural constructions of Aids risk groups". Soc. Sci. Med. , 38(10): 1337-1346.

SEVALHO, G. 1993. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e

Doença. Cadernos de Saúde Pública. 9 (3): 349-363.

SPINK, M. J.., 1994. "Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais". In: Textos em representações sociais. Pedrinho A. Guareschi & Sandra Jovchelovitch (orgs). Petrópolis. Vozes.

WEBER, M., 1992. Metodologia das Ciências Sociais. São Paulo: Cortez.

I - Introdução **II - Metodologia** **III - Resultados** **IV - Referências Bibliográficas**

Capítulo 8

II - Da Operacionalização do Projeto

A sensibilização dos PRD para a necessidade do conhecimento de seus clientes, os UDI, desde os aspectos demográficos até sua forma de usar drogas, obter, compartilhar e descartar seringas, passando pelas condições de vida e saúde, além de seu comportamento sexual, possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa.

Toda a metodologia proposta neste projeto veio de encontro à constatação de que os registros das atividades desenvolvidas pelos PRD se mostravam precárias, com ausência de informações essenciais tais como o número de UDI atendidos e o conhecimento do perfil sociodemográfico de seus clientes. Assim, a necessidade de uma caracterização de sua população e suas ações, trabalhando com a informação e não com a intuição, além de fornecer subsídios sistemáticos para avaliar ou planejar o trabalho, contribuiu sobremaneira para o sucesso deste projeto.

Toda a coleta sistematizada da informação, precedida por treinamentos gerais e específicos, associados à criação de um sistema de fluxo contínuo de revisão sistemática, registro, validação e digitação dupla permitiu criar um banco de informações bastante adequado, além de possuir as entrevistas gravadas e transcritas em seu acervo.

Com relação ao estudo epidemiológico, as entrevistas duraram o tempo esperado (cerca de 30 minutos). O preenchimento dos questionários apresentou variações, mas com exceção de algumas variáveis foi adequado.

Como evidenciado pelos horários das entrevistas, este tipo de estudo de campo apresenta características peculiares, ressaltando o trabalho noturno, entrevistas realizadas em locais às vezes pouco privados e muitas vezes adversos como na rua, no chão, cemitério ou a luz de velas, e em ambientes às vezes hostis.

Com relação às recusas, a ausência deste fato sugere uma situação peculiar. Estes participantes devem representar os potenciais clientes dos PRD, e nunca os UDI, em um determinado local. Portanto, todas as possíveis inferências do estudo devem estar referenciadas a este fato.

Recomenda-se, portanto, a continuidade de projetos de pesquisa como este, com estudos transversais realizados de maneira sistemática, fornecendo painéis de informação coletados ao longo do tempo, no sentido de se criar um sistema de monitoriamento epidemiológico do perfil sociodemográfico, do consumo de drogas, da forma de utilização dos serviços dos PRD, além das DST/HIV e das infecções transmitidas pelo sangue em

populações vulneráveis a estes agravos.

Considerando toda a metodologia científica desenvolvida e, fundamentalmente, absorvida pelos PRD durante este estudo, recomenda-se a padronização do registro das atividades desenvolvidas para todos os PRD.

O estímulo e o treinamento dos técnicos para que registrem, de forma sistemática, suas ações, são fundamentais. A capacitação para estas atividades pode ser conseguida por cursos e/ou treinamentos específicos fornecidos por profissionais com formação em Epidemiologia, em parcerias com as Universidades, Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde.

É fundamental que a CN-DST/AIDS padronize os formulários de registro, contemplando informações necessárias para se construir um sistema de informações sobre redução de danos no País.

I - Dos Objetivos Propostos pelo Projeto **II - Da Operacionalização do Projeto**

III - Das Estratégias de Redução de Danos **IV - Considerações Finais**

Capítulo 8

III - Das Estratégias de Redução de Danos

Considerando a necessidade de estudos no sentido de monitorizar os padrões e tendências do uso de drogas injetáveis, segundo diferentes níveis de agregação e em intervalos regulares, permitindo estimar prováveis aumentos ou decréscimos desta população e detectar mudanças relevantes nos seus comportamentos, os estudos epidemiológicos muito têm a contribuir para orientar as estratégias de intervenção e alocação ótima de recursos.

Evidências recentes demonstram que, devido à exposição parenteral e sexual aos diferentes patógenos, as infecções nesta população ocorrem precocemente, demandando intervenções prontas e abrangentes, quanto aos UDI em atividade, e esforços no sentido de minimizar a transição para a via injetável e o oferecimento de alternativas de tratamento clínico e para o abuso de drogas.

Recomenda-se:

1. Nova discussão conceitual sobre Redução de Danos, possibilitando a ampliação das clássicas ações conhecidas para um universo mais abrangente e, portanto, mais próximo da realidade dos UDI. Esta redefinição, em tese, facilitará a saída do isolamento das próprias ações de redução, para universos maiores, possibilitando aprofundar as interfaces já estabelecidascom algumas instituições, como a Universidade, mas também abranger outros setores como a saúde mental, a justiça, a assistência social, os direitos humanos, entre outros.

2. Uma capacitação continuada de todos os elementos que compõem um PRD, a partir da sensibilização da necessidade de estudos periódicos epidemiológicos.

3. A padronização de critérios mínimos dos procedimentos e da informação coletada vinculados ao financiamento dos Projetos de Redução de Danos.

4. O estímulo às pesquisas na área epidemiológica, sobremaneira para propostas de intervenção acompanhadas de uma avaliação sistemática.

5. O estímulo às parcerias institucionais, com destaque às instituições de pesquisa.

6. A concentração de esforços no sentido de manter os PRD existentes e apoiar os emergentes.

A criação de uma "postura" de redução de danos, com certeza, facilitará o longo caminho na luta que se tem a travar contra o HIV/AIDS, HTLV e hepatites B e C neste grupo tão vulnerável e de importante participação nestas várias epidemias.

I - Dos Objetivos Propostos pelo Projeto **II - Da Operacionalização do Projeto**

III - Das Estratégias de Redução de Danos **IV - Considerações Finais**

Capítulo 8

IV - Considerações Finais

A análise preliminar empreendida neste relatório aponta não só na direção de inúmeras possibilidades de utilização de metodologias analíticas mais sofisticadas, considerando a riqueza do banco de informação disponível, mas também para outros estudos desenhados para responder várias questões já aqui levantadas.

Esses resultados serão de suma importância para a definição e adoção de medidas de saúde pública específicas para esta população.

Anexo 2

Estudo Epidemiológico Fase 2

Consentimento

Livre e Esclarecido

Entrevista

Manual de Instrução

PROJETO AjUDE-Brasil Coordenação Nacional DST/AIDS e Faculdade de Medicina - UFMG

ENTREVISTA PARA OS FREQÜENTADORES DOS PRDs

I-1. Etiqueta:

I-2. Data: ____/ _____/ _____ Horas: ___:___ h

I-3. PRD/Cidade:_____ _____ [ ][ ]

I-4. Iniciais do nome completo do entrevistador: _____

I-5. Local da entrevista:

Sede do PRD..... 1
Local público (rua)..... 2
Casa do redutor..... 3
Casa do UDI..... 4
Outro _____ 5 [ ]

I-6. Local ou área de atuação do PRD: _____ [ ]

I-7. O entrevistado aceitou participar?

Sim.....1 Vá para a questão I-9
Não.....2 Vá para a questão I-8

I-8. Qual o motivo 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

I-9. Qual o sexo do(a) entrevistado(a)? (Preencha sem perguntar)

Sexo feminino..... 1

Sexo masculino..... 2
Não sabe dizer..... 3

I-10. Qual a idade aproximada do(a) entrevistado(a)? (Preencha sem perguntar)

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 sabe..... 0

I-11. Qual a opção que descreve melhor a cor de pele do(a) entrevistado(a)?

Branca..... 1 Mulato..... 2
Preta..... 3 Amarelo..... 4
Outra: 5 [ ] Não respondeu..... 9

II-1. Qual é o dia, mês e ano de seu nascimento? ____/____/___/

II-2 Qual cidade e estado que você nasceu?

Cidade_____ [ ]
Estado_____ [ ]

II-3. Qual é sua idade?_____ anos

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

_____ 1 [ ]
Não tem..... 2
Não respondeu..... 9

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

Emprego com salário mensal..... 1
Trabalhos temporários com salário..... 2
Faz bicos.....3
Qual?_____ [ ]
Outra:_____ 4 [ ]
Não respondeu..... 9

II-6. Você sabe ler?

Sim..... 1
Não..... 2
Não respondeu..... 9

II-7. Até que série você estuda ou estudou?

Sim..... 1 ____ série ____ grau [ ]
Não estudou..... 2
Outros_____ 3 Qual?_____ [ ]

II-8. Qual seu município de residência? [ ]

II-9. Há quanto tempo mora neste município? [ ]

II-10. Em que bairro você mora? [ ]

II-11. Qual o seu estado civil?

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

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

Não sabe.....00
Não se aplica.....88

II-12. Quantos irmãos e irmãs vivos você tem? ____ ____

II-13. Quais são as duas primeiras letras de seu primeiro nome?____ ____

II-14. Quais são as duas primeiras letras do seu segundo nome?____ ____

II-15. Quais são as duas primeiras letras de seu último nome? ____ ____

II-16. Quais são as duas primeiras letras do primeiro nome de sua MÃE?____ ____

II-17. Quais são as duas primeiras letras do último nome de sua MÃE? ____ ____

II-18. Quais são as duas primeiras letras do primeiro nome de seu PAI? ____ ____

II-19. Quais são as duas primeiras letras do último nome de seu PAI? ____ ____

II-20. Qual seu(a) artista preferido(a)? _____ [ ]

II-21. Você já respondeu a este questionário?

Sim..... 1
Quando?_____ [ ]
Não..... 2
Não respondeu..... 9

III-1. Quantos anos você tinha quando injetou drogas pela primeira vez? ____ ____

anos III-2. Que droga você injetou pela primeira vez? _____[ ]

Entrevistador: Para as questões abaixo, para cada droga pergunte A; se sim, pergunte B usando os códigos abaixos:

Mês: 1 a 3 vezes por

mês..... 1
Semana: 1 vez por semana..... 2
2 a 4 vezes por semana..... 3
5 a 6 vezes por semana..... 4

Dia:

Todos os dias, 1 vez por dia..... 5
Todos os dias, 2 a 3 vezes por dia..... 6
Todos os dias, mais de 3 vezes por dia..... 7
Outra (Especificar no local)..... 8
Não se aplica..... 88
Não respondeu..... 99
Não sabe..... 00

IV-AGORA VOU PERGUNTAR SE NOS ÚLTIMOS 6 MESES (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) VOCÊ ...

	A: Usou....			B:Quantas vezes (por dia, Semana ou mês) você usou?
IV-3. Maconha?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-4. Crack?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-5. Cocaína cheirada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	____
IV-6. Cocaína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	____
IV-7. Cocaína e heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	____
IV-8. Heroína cheirada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-9. Heroína fumada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-10. Heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-11. Anfetamina oral?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-12. Anfetamina injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-13. Tranquilizante oral?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	____
IV-14. Tranquilizante injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	____
IV-15. Bebidas alcoólicas (circule qual): Pinga, rum, uísque, vinho, cerveja? Outra: [ ] Se sim , quantos copos de cada vez?___ Copos (1 garrafa=4 copos)	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	____
IV-16. Outra droga? Via:	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	___
IV-17. Outra droga? Via:	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu	____

IV-18. Nos últimos 6 meses (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses), na maioria das vezes, onde você se injetou? Cite pelo menos dois locais (Exemplos: lugar onde mora, rua, casa abandonada, local específico para injetar, etc...)

_____ [ ]
_____ [ ]

IV-19. Juntando todos os meses, nos últimos 6 meses, quantos meses no total você se injetou?
_____ meses

IV-20. Nos últimos 6 meses, quais os dias da semana que você prefere se injetar (se necessário, marque com X)?

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado	Domingo
1. Sim							
2. Não							
3. Outra _____ [ ]							
8. Não se aplica _____							
9. Não respondeu _____							

V- NOS ÚLTIMOS 6 MESES (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) COMO VOCÊ TEM CONSEGUIDO AGULHAS E SERINGAS PARA SE INJETAR?

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu
V-1. Ganhou de amigos ou conhecidos?	1	2	8	9
V-2. Comprou em farmácias ou outras casas comerciais?	1	2	8	9
V-3. Ganhou em hospitais ou centros de saúde?	1	2	8	9
V-4. Ganhou de agentes/redutores do projeto?	1	2	8	9
V-5. Conseguiu de outras formas? Qual? _____ [ ]	1	2	8	9

V-6. Nos últimos 6 meses (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) onde 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, MESMO QUE UMA VEZ, VOCÊ JÁ ...

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu
V-7. Deu agulhas/seringas que você usou para outra pessoa usar				
Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9
No último mês?	1	2	8	9
V-8. Recebeu e usou agulhas/seringas usadas por outra pessoa				
Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9
No último mês?	1	2	8	9
V-9. Limpou suas agulhas/seringas com alguma substância?				
Alguma vez em sua vida?				
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9
No último mês?	1	2	8	9
Se sim, qual(is)?_____	1	2	8	9
V-10. Usou os serviços deste PRD?				
Se sim, há quanto tempo?____dias___meses	1	2	8	9

VI- AGORA VOU PERGUNTAR SE NO ÚLTIMO MÊS (Entrevistador: diga o mês equivalente ao período anterior a 1 mês) VOCÊ USOU...

VI-16. No último mês (Entrevistador: diga o mês equivalente ao períodoanterior a 1 mês), na maioria das vezes, onde você se injetou? Cite pelo menos dois locais (Exemplos: lugar onde mora, rua, casa abandonada, local específico para injetar, etc...)

A: Usou....			
VI-1. Maconha?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-2.Crack?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-3.Cocaína cheirada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-4.Cocaína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-5.Cocaína e heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-6.Heroína cheirada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-7.Heroína fumada?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-8.Heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-9Anfetamina oral?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-10.Anfetamina injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-11.Tranquilizante oral?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-12.Tranquilizante injetável?	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-13.Bebidas alcoólicas (circule qual): Pinga, rum, uísque, vinho, cerveja? Outra: _____ Sem sim, quantos copos de cada vez? _____ Copos(1 garrafa = 4 copos)	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-14.Outra droga? _____ Via: _____	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu
VI-15. Outra droga? _____ Via: _____	1. Sim	2. Não	9.Não respondeu

_____ [ ]
_____ [ ]

VI-17. Juntando todos os dias, no último mês, quantos dias totais você se injetou? ____ ____ dias

VI-18. Qual foi a última droga que você injetou?_____ [ ]

VI-19. No último mês (Entrevistador: diga o mês equivalente ao período anterior a 1 mês) onde você deixou suas seringas e agulhas usadas? Cite pelo menos dois locais (Exemplo: rua, lixo, local onde se injeta, com o redutor, etc...) _____ [ ]

VII- AGORA VOU PERGUNTAR DE ALGUMAS CONDIÇÕES DE SUA VIDA NO ÚLTIMO ANO (Entrevistador: diga o mês equivalente aoperíodo anterior a 12 meses) VOCÊ....

	Sim	Não	Não respondeu
VII-1. Ficou desempregado por algum período?	1	2	9
VII-2. Tem recebido alguma ajuda ou assistência social?	1	2	9
VII-3. Ficou sem local para morar? Se sim, onde ficou morando?_____ [ ]	1	2	9
VII-4. Procurou formas de algum tratamento de saúde?	1	2	9
Se sim, chegou a se tratar?	1	2	9
Qual tratamento?_____ [ ]			
Onde foi? _____ [ ]			
VII-5. Tem fumado cigarros?	1	2	9
Se sim: quantos cigarros por dia?____ cigarros/dia			
VII-6. Com relação ao teste do HIV:			
Não pensou em fazer?	1	2	9
Pensou em fazer, mas não fez?	1	2	9
Pensou em fazer e fez?	1	2	9
Fez e procurou resultado?	1	2	9
Fez e não procurou o resultado?	1	2	9
VII-7. Procurou formas de tratamento de drogas?	1	2	9
Se sim, você chegou a se tratar?	1	2	9
Onde foi?_____ [ ]			
Quantas vezes_____ _____ _____ [ ]			
Por quanto tempo? _____ meses [ ]			

VOCÊ JÁ ...

	Sim	Não	Não respondeu
VII-8. Foi detido ou preso pela polícia, induindo detenção quando menor? Alguma vez em sua vida? Se sim: quantas vezes?	1	2	9
Nos últimos 6 meses? Se sim: quantas vezes? _____	1	2	9
No último mês? Se sim: quantas vezes? _____	1	2	9
VII-9. Cumpriu pena ou foi condenado? Se sim, você poderia dizer por que? _____ Por quanto tempo?_____ meses	1	2	9

VIII- AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL

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

(Entrevistador: relação sexual deve ser entendida como uma relação em que há penetração vaginal ou anal).

Sim.....1
Não.....2
Se NÃO, encerrar e ir para IX-1
Não respondeu....9
Não sabe 0
Se NÃO SABE, encerrar e ir para IX-1

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

Não sabe..... 00
Não se aplica..... 88
Não respondeu..... 99

VIII-2. Quantos anos você tinha em sua primeira relação sexual? _____ anos

VIII-3. Quantos anos você tinha em sua última relação sexual? _____ anos

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

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

Nos últimos 6 meses (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) você teve alguma doença ou sintoma de doença transmitida através de relações sexuais tais como:

	Sim	Não	Não respondeu
VIII-4. Feriados nos órgãos sexuais, tipo sífilis, herpes, condiloma ou crista de galo, cancro mole ou cavalo e bubão?	1	2	9
VIII-5.Corrimentos nos órgãos sexuais (uretrais ou vaginais) tipo gonorréia, blenorragia, tricomoníase?	1	2	9

VIII-6. Nos últimos 6 meses, (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) você teve relação sexual com pessoas do sexo oposto (Entrevistador: para homens perguntar com mulheres, para mulheres perguntar com homens)?

Sim.....1
Não.....2 Se NÃO:HOMEM ir para VIII-15;
MULHER ir para IX-1
Não respondeu...9 Se NÃO:HOMEM ir para VIII-15;
MULHER ir para IX-1

VIII-7. Pensando em todas as vezes que você teve relações sexuais nos últimos 6 meses você diria que elas foram....

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

VIII-8. Falando das pessoas que você teve relações sexuais nestes últimos 6 meses, elas foram:

Somente uma pessoa..... 1
A maioria das vezes foi a mesma pessoa..... 2
A maioria das vezes foi com pessoas diferentes.... 3
Todas as vezes foram com pessoas diferentes..... 4
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9
Não sabe..... 0

VIII-9. Nos últimos 6 meses, durante as relações sexuais que você teve, você usou preservativos:

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

VIII-10. 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

AGORA GOSTARIA DE SABER ALGUMAS COISAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL
NO ÚLTIMO MÊS.

VIII-11. No último mês, (Entrevistador: diga o mês equivalente ao período anterior a 1 mês) você teve relação sexual com pessoas do sexo oposto (Entrevistador: para homens perguntar com mulheres, para mulheres perguntar com homens)?

Sim.....1
Não.....2 Se NÃO: HOMEM ir para VIII-15;
MULHER ir para IX-1
Não respondeu.....9 Se NÃO: HOMEM ir para VIII-15;
MULHER ir para IX-1

VIII-12. Falando das pessoas que você teve relações sexuais neste último mês, elas foram:

Somente uma pessoa..... 1
A maioria das vezes foi a mesma pessoa..... 2
A maioria das vezes foi com pessoas diferentes.... 3
Todas as vezes foram com pessoas diferentes..... 4
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9
Não sabe..... 0

VIII-13. No último mês, durante as relações sexuais que você teve, você usou preservativos:

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

VIII-14. No último mês, 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

Entrevistador: Esta pergunta só devem ser feitas para homens. Para mulheres vá para IX - 1

VIII-15. Alguma vez na vida, você teve relações sexuais com outro homem?

Sim..... 1
Não..... 2 Se NÃO, ir para IX-1 Não respondeu.... 9 Se NÃO RESPONDEU, ir para IX-1

VIII-16. Quantos anos você tinha em sua primeira relação sexual com outro homem?_____ anos

VIII-17. Quantos anos você tinha em sua última relação sexual com outro homem? _____ anos

AGORA GOSTARIA DE SABER ALGUMAS COISAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL NOS ÚLTIMOS 6 MESES
(Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses).

VIII-18. Nos últimos 6 meses, quantas vezes que você teve relações sexuais com outros homens?

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

VIII-19. Falando dos homens que você teve relações sexuais nestes últimos 6 meses, eles foram:

Somente um 1
A maioria das vezes foi somente um..... 2
A maioria das vezes foi com homens diferentes.... 3
Todas as vezes foram com homens diferentes..... 4
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9
Não sabe..... 0

VIII-20. Durante as relações sexuais que você teve com outros homens você usou preservativos?

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
Não sabe..... 0

VIII-21. Nos últimos 6 meses, você teve relações sexuais com outros homens para obter drogas (sexo em troca de drogas ou dinheiro para comprar drogas)?

Sim..... 1 Não..... 2
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9

FALANDO AGORA DE SUAS RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS NO ÚLTIMO MÊS (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 1 mês).

VIII-22. Você teve relação sexual no último mês com outros homens?

Sim..... 1
Não..... 2 Se NÃO ir para IX-1
Não respondeu..... 9 Se NÃO RESPONDEU, ir para IX-1

VIII-23. Falando dos homens que você teve relações sexuais neste último mês, eles foram:

Somente um 1
A maioria das vezes foi somente um..... 2
A maioria das vezes foi com homens diferentes... 3
Todas as vezes foram com homens diferentes..... 4
Não se aplica..... 8

Não respondeu..... 9
Não sabe..... 0

VIII-24. Durante as relações sexuais que você teve com outros homens você usou preservativos?

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
Não sabe..... 0

VIII-25. No últimos mês, você teve relações sexuais com outros homens para obter drogas (sexo em troca de drogas ou dinheiro para comprar droga)?

Sim..... 1 Não..... 2
Não se aplica..... 8
Não respondeu..... 9

IX-1. Entrevistador: a entrevista termina aqui, ANTES PORÉM:

1. AGRADEÇA AO ENTREVISTADO PELA PARTICIPAÇÃO;
2. VERIFIQUE SE A COLETA DE SANGUE FOI FEITA ADEQUADAMENTE;
3. ENTREGUE O TÍQUETE ALIMENTAÇÃO
4. CONTINUE PREENCHENDO O RESTANTE DO QUESTIONÁRIO

Horas:___:___ h

IX-2. Em sua opinião, o candidato foi entrevistado antes?

Sim..... 1 Não..... 2
Não estou certo..... 3

IX-3. O sangue do entrevistado foi coletado?

Sim, as duas cartelas..... 1
Sim, uma cartela..... 2 Por quê?_____ [ ]
Não..... 3 Por quê? _____ [ ]

IX-4. Foi dado ao entrevistado o tíquete alimentação referente à entrevista e coleta de sangue?

Sim..... 1
Não..... 2 Por quê?_____ [ ]

IX-5. Gostaria de fazer algum comentário ou sugestão?

_____ [ ]
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Consentimento Livre e Esclarecido Para Participar da Fase 2 do Projeto:

Estudo Quantitativo

Você está convidado(a) para participar, voluntariamente, do Projeto AjUDE-Brasil. Leia ou ouça atentamente as informações a seguir antes de dar o seu consentimento.

O Projeto AjUDE-Brasil tem como objetivo conhecer atitudes, hábitos e costumes dos freqüentadores dos PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS (PRD).

Caso você participe deste estudo, não haverá problema algum institucional ou legal, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Ministério da Saúde.

Ao concordar em participar você deverá:

1. Responder a uma entrevista ANÔNIMA E CONFIDENCIAL com perguntas sobre sua vida pessoal, comportamentos e problemas de saúde.

2. Receber, ao final da entrevista, uma compensação de R$ 5,00 em forma de tíquete alimentação, decorrentes do seu tempo e suas despesas com transporte.

A entrevista deve durar em torno de 10 minutos. Sua identificação será mantida como informação confidencial. Por se tratar de uma entrevista sigilosa e anônima que, em NENHUM moment você será identificado, as informações aqui obtidas não terão a possibilidade de qualquer identificação pessoal.

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

Em caso de dúvida, você poderá se comunicar com a Dra. Waleska T. Caiaffa, coordenadora deste projeto, na Faculdade de Medicina da UFMG, na Av. Alfredo Balena, 190, 10° andar, Belo Horizonte, Minas Gerais no telefone (031) 239-7263, ou também com a pessoa responsável pela coordenação deste PRD em sua cidade. Você também pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias, assim como recorrer a seu médico ou agente de saúde para maiores informações se assim entender.

Sua participação é totalmente voluntária e você poderá recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Independente de sua participação, você contará com o apoio deste PRD, no sentido de obter orientação quanto à solicitação e encaminhamento para qualquer atenção médica ou laboratorial.

Sua autorização neste consentimento livre e esclarecido se dará unicamente com sua rubrica, não sendo necessário seu nome.

Eu.....(rubrica) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi as informações relativas a este estudo e que recebi instruções de que após rubricá-lo eu o dobrarei e colocarei em envelope que será lacrado na presença do redutor, que assinará atrás para garantir a confidencialidade.

Local:

Data: ___/___/___

Nome do entrevistador

_____

Assinatura do entrevistador

_____

Coordenação Nacional DST e Aids e Faculdade de Medicina -

Considerações Para o Treinamento da Captura e Recaptura em Porto Alegre

Método de Amostragem de Populações Apropriado para a Estimação do Tamanho Populacional: Método de Captura e Recaptura

Neste método considera-se que há uma população constituída de N elementos, N desconhecido. O objetivo é estimare N através de resultados obtidos nas amostras desta população.

Em um primeiro estágio, é selecionada uma amostra aleatória sem reposição de tamanho n desta população. Cada um dos elementos observados na amostra é então marcado (captura). Depois de observados, todos os n elementos marcados são devolvidos à população.

Num próximo estágio, uma segunda amostra aleatória de tamanho m (m maior ou igual a n) é selecionada desta mesma população. Observa-se então, o número de elementos desta segunda amostra que foram marcados na primeira amostra (recaptura) e o número de elementos novos, isto é, o número de elementos que pertencem à segunda amostra, mas não foram capturados na primeira amostra.

Estas informações a respeito de quantos elementos foram recapturados na segunda amostra (vamos chamar este número de s) e quantos foram novos, são utilizadas na estimação de N. Existem vários estimadores propostos. O mais simples deles é definido como :

N(estimado) = (n m) / s

É fácil de ser observado que este estimador é uma função que cresce em valor conforme o número de elementos novos na segunda amostra cresce. Portanto, quanto maior o número de recapturados, menor é o valor estimado para N.

Exemplos:

1. O exemplo mais simples para entender-se a idéia proposta neste procedimento de estimação é o seguinte :

Suponha que se deseje estimar o número de animais de uma determinada espécie de uma região específica. Suponha que uma amostra constituída de n = 300 destes animais seja obtida desta população (através de colocação de armadilhas, por exemplo). Todos os 300 animais são marcados e devolvidos à região. Um mês depois nova amostragem é conduzida neste mesmo lugar. Suponha que a segunda amostra seja constituída de m=200 animais da espécie que está sendo estudada e que o número de recapturados seja s = 62. Neste caso, uma estimativa para o número total N de animais desta espécie da região seria:

N(estimado) = 200 (300) / 62 = 967,74

ou seja, o tamanho populacional N seria, aproximadamente, de 968 animais.

É possível avaliar-se a precisão deste estimador pelo cálculo de seu desvio padrão, também.

Caso Específico da Estimação do Número de UDI em Porto Alegre

Um procedimento amostral que poderá ser utilizado especificamente para estimar-se o número total de UDI em Porto Alegre é o seguinte:

1° estágio

No primeiro período de coleta de dados, compreendido entre 1° de abril de 1998 até o dia 1° de maio, faz-se a coleta de dados relacionada com a captura de elementos. Nesta fase, os indivíduos deverão preencher um questionário (se quiserem!) e passarão pelo exame de sangue (se quiserem!).

O questionário será abrangente, uma vez que servirá também como coleta de dados para traçar o perfil dos usuários de drogas injetáveis. Entretanto, para efeito da estimação do tamanho da população, as seguintes questões deverão ser consideradas :

Informações sobre o Indivíduo

Q1. Data de Nascimento
Q2. Idade
Q3. Local de Nascimento
Q4. Sexo
Q5. As 2 primeiras iniciais do primeiro nome do indívíduo
Q6. As 2 primeiras iniciais do sobrenome do indivíduo
Q7. As 2 primeiras iniciais do nome do meio do indivíduo (caso tenha nome do meio).
Q8. Número de irmãos
Q9. Ocupação
Q10. Idade de início do uso de droga injetável e tipo de droga usada

Informações sobre a família

Mãe e Pai
Q10 As 2 primeiras iniciais do primeiro nome da mãe e do pai
Q11 As 2 primeiras iniciais do sobrenome da mãe e do pai.

Preferências

Q12 Artista predileto do entrevistado

Data de preenchimento do questionário

2° estágio

No segundo período de coleta de dados (período pós-dia do trabalho até a data final programada, isto é, 1ª semana de junho), far-se-á a coleta relacionada com a fase de recaptura. A troca de seringas permitirá que sejam observados os indivíduos que estão retornando ao sistema e que já preencheram o questinário e aqueles novos que não participaram do primeiro estágio de coleta de dados.

Neste estágio, todos os indivíduos que procuram espontaneamente o serviço relacionado com a troca de seringas deverão responder às seguintes questões:

0-1. Você já respondeu a este questionário? (Identifica-se como questionário geral aquele utilizado no 1° estágio de coleta de dados, ou seja, aquele questinário maior contendo as questões propostas e mais as outras relacionadas com o perfil do usuário.

0-2. Você respondeu este questionário antes do dia do trabalho, isto é dia primeiro de maio?

Observações :

(i) Os indivíduos que responderem sim à questão 0-1 serão considerados como os recapturados. Ou seja, eles já entraram na pesquisa pelo menos uma vez, antes ou depois de 1° de maio. Neste caso, vá para a questão 0-2 e prossiga de acordo com as instruções, ou seja, a entrevista deverá se encerrar logo depois e o indivíduo recapturado receberá um tíquete alimentação no valor de R$ 5,00. **Atenção: isto só poderá ocorrer UMA VEZ. Se este mesmo indivíduo retornar em um terceiro momento ele NÃO entrará na pesquisa, independente se ele foi capturado (ou novo) na 1ª ou 2ª fase do projeto.**

(ii) Os indivíduos que responderem não à questão 0-1 serão considerados os indivíduos novos (ou seja aqueles não capturados no primeiro estágio da coleta e capturado no segundo estágio). Neste caso, vá para a questão 0-2 e prossiga de acordo com as instruções, ou seja, a entrevista deverá continuar até o fim. O indivíduo capturado (ou novo) receberá dois tíquetes alimentação no valor de R$ 5,00. **Atenção: este indivíduo poderá voltar mais UMA VEZ, quando ele será recapturado. Se este mesmo indivíduo retornar em um terceiro momento ele NÃO entrará na pesquisa!**

O MELHOR PROCEDIMENTO PARA ESTA FASE É CONTINUAR AGENDANDO OS NOVOS E ENTREVISTAR OS ANTIGOS APENAS UMA VEZ MAIS NO MOMENTO DA TROCA DE SERINGA SEM, PORÉM, AGENDÁ-LOS. DEIXAR QUE ESTE PROCEDIMENTO OCORRA DE MANEIRA ALEATÓRIA.

(iii) As outras funcionam apenas como identificadores adicionais que podem ser utilizados no caso de dúvidas quando na análise final dos resultados em relação aos recapturados.

iv) Neste procedimento, a análise de recaptura deverá ser feita de acordo com a verificação da consistência das respostas às questões Q1 a Q17 (do questionário do 1° estágio) antes e depois do dia 1° de maio.

(v) É importante que a data de preenchimento do questionário não seja esquecida, tanto no primeiro estágio de coleta quanto no segundo.

(vi) Pode-se pensar em questões adicionais para identificação do indivíduo, tais como: Qual é seu artista preferido, ou filme preferido, ou música preferida etc. É importante que a equipe pense se este tipo de questão serviria para o tipo de população que será avaliada.

(vii) O preechimento do questionário geral e a coleta de sangue está ocorrendo apenas no primeiro estágio da coleta de dados.

viii) Como existe uma retribuição financeira pelo preenchimento do questionário, pode ser que um mesmo indivíduo retorne ao sistema mais de uma vez apenas para ganhar a retribuição várias vezes. Neste caso, um mesmo indivíduo responderia o questinário várias vezes na primeira fase de coleta de dados. Para diminuir este efeito, seria importante obter uma informação adicional sobre o entrevistado, sob o ponto de vista de quem vai executar a coleta de dados. Pode-se ter um formulário a parte no qual o entrevistador colocará as informações relativas à:

No 1° estágio da coleta de dados:

Se em sua opinião aquele indivíduo já tinha preenchido o questionário. No 2° estágio de coleta de dados:

1. Se o indivíduo já havia preenchido o questionário geral antes do dia primeiro de maio.

2. Se o indivíduo já havia feito troca de seringas depois do dia primeiro de maio.

Algumas dúvidas podem persistir tais como:

Período de Coleta de Dados: em geral, a coleta foi dividida em dois estágios arbitrariamente, levando-se em consideração o tempo programado para a execução da pesquisa como um todo. Outros períodos podem ser considerados como viáveis.

Questões de Identificação para a Captura e Recaptura: Acreditamos que as questões que estão relacionadas apenas com a iniciais do nome e sobrenome dos indivíduos não sejam suficientes para uma identificação mais correta de seu retorno ao sistema no 2° estágio da coleta de dados, devido a própria estrutura de colocação de nomes de pessoas utilizada pelos brasileiros de um modo geral. Uma outra possibilidade seria considerarmos as 3 últimas letras de cada nome e sobrenome para melhor diferenciar.

Número de Questões utilizadas para Identificação: O número de questões pode ser considerado alto para a identificação dos indivíduos, se considerarmos uma população que não esteja muito disposta a ser questionada. Sugestões de redimensionamento poderão ser consideradas.

A estimação Apropriada do Número de Usuários: Vários estimadores estão propostos na literatura. No momento apropriado, far-se-á uma análise técnica sobre qual(is) será(ão) a(s) melhor(es) opção(ões) para tratar este problema específico.

Anexo 1 **Anexo 2** **Anexo 3** **Anexo 4** **Anexo5**

Anexo 3

Estudo Qualitativo

Consentimento

Livre e Esclarecido

Entrevista

Manual de Instrução

Consentimento Livre e Esclarecido para Participar do Projeto: Estudo Qualitativo

Você esta convidado(a) para participar, voluntariamente, de uma entrevista. Leia ou ouça atentamente as informações a seguir antes de dar o seu consentimento.

Este módulo da pesquisa tem como objetivo principal conhecer sua opinião sobre saúde, riscos para a saúde e drogadição. Caso você participe do nosso estudo, não haverá nenhum problema institucional, legal ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Ministério da Saúde.

A sua participação nesta análise é voluntária. E mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para interromper a entrevista a qualquer momento, inclusive de ouvir as gravações e solicitar que seja apagado o que foi falado por você. Você também terá o direito de apresentar o seu ponto de vista na entrevista.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da entrevista, assim como a qualquer momento durante a discussão.

Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade ou de outro participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa.

Sua autorização neste consentimento livre e informado dar-se-á unicamente com sua rubrica, não sendo necessário seu nome ou assinatura.

Eu.....(rubrica) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela equipe da pesquisa.

Local:_____

Data: ___ ___/ ___ ___/ ___ ___

_____

Nome do entrevistador

_____

Assinatura do entrevistador

ROTEIRO DE ENTREVISTA QUALITATIVA

PRD: _____
Cidade: _____
Data:___/ ___/ ___
Iniciais do(a) entrevistador(a):___ ____ ____ ____
Idade do(a) entrevistado (a): _____ anos
Sexo do(a) entrevistado(a): ( )masculino ( )feminino
Tempo que usa droga injetável: _____ anos

Primeira fase da entrevista:

1. Conte-me como você começou a usar droga injetável.

2. Você usa droga injetável sozinho ou em grupo? Qual é a diferença de usar sozinho e em grupo?

3. Como é conviver com outras pessoas que usam droga injetável (O que é chato e o que é bom?) Você pode falar como é o grupo?

4. Quando você está para usar droga injetável, o que "rola"? Conte sobre a sessão de uso, quais os equipamentos utilizados e como você os usa.

5. Na sua opinião, o que você considera bom/legal e o que considera ruim em usar droga injetável?

SEGUNDA FASE DA ENTREVISTA:

1. Quais os riscos que uma pessoa que usa droga injetável corre? Como você reduziria isto?

2. Como é o seu estado atual de saúde?

3. De tudo o que você tem escutado, lido e visto, o que você considera realmente arriscado para contrair HIV/aids?

4. Se você tivesse que aconselhar um amigo para ele se proteger da aids, o que você recomendaria a ele?

5. Dessas recomendações, o que você acha difícil de cumprir? Por quê?

6. Alguma prática sexual é mais arriscada para o HIV/aids?

7. Como o uso de drogas pode influenciar a escolha de parceiros e a forma de transar?

8. Como o uso de drogas pode influenciar a sua preocupação com a gravidez, doenças sexuais e uso de camisinha?

9. O que pode influenciar uma pessoa a não mais compartilhar seringas?

10. O que você entende por redução de danos?

GUIA DE APLICAÇÃO DA ENTREVISTA

1.Quem entrevistar

É fundamental que o entrevistado esteja realmente disponível para participar das entrevistas, uma vez que cada usuário será entrevistado duas vezes.

Sugere-se que os entrevistados representem a diversidade existente no grupo atendido pelo PRD (por exemplo: homens, mulheres, hetero, bissexual, transexual, homo, faixas etárias diferentes, estratos socioeconômicos distintos).

2. A situação da entrevista

Entende-se que o entrevistado deva aceitar, de livre e espontânea vontade, participar da entrevista, sem quaisquer constrangimentos; e que deva ser informado que a entrevista será mantida no anonimato.

Sugere-se que o ambiente tenha um mínimo de privacidade, possibilitando a concentração e a garantia de que não haja interrupções.

Recomenda-se que tanto o entrevistador quanto o entrevistado tenha disponibilidade de tempo para a realização da entrevista. Trata-se de conversa profunda, a qual e não pode ser realizada apressadamente.

3. Como entrevistar

Promover uma conversa inicial, explicando:

• os motivos da escolha daquele entrevistado;

• os objetivos da pesquisa;

• a garantia de anonimato e não identificação;

• a importância do relato do entrevistado, afirmando que a sua experiência é fundamental

para a pesquisa.

Observa-se que o roteiro é apenas um guia da conversa a dois. A forma de se perguntar tem de ser adaptada a cada entrevistado e à situação da entrevista. O roteiro não tem de ser necessariamente cumprido à risca. O mais importante é a garantia das respostas aos conteúdos necessários para a pesquisa e não a forma como se pergunta. Assim, recomenda-se que sejam garantidas as respostas aos seguintes conteúdos básicos:

• rede do usuário;

• prevenção de HIV/aids;

• percepção de risco;

• o que facilita e dificulta a mudança de comportamento

Recomenda-se que as entrevistas sejam gravadas, desde que o entrevistado permita. Deve-se informar ao entrevistado que será possível, caso ele solicite, ouvir a gravação e até mesmo apagar trechos com os quais ele não concorde.

Caso o usuário não permita a gravação, o entrevistador deverá registrar por escrito, detalhadamente, as respostas. Pede-se que este registro seja o mais fiel possível.

Sugere-se que o entrevistador tenha memorizado o roteiro da entrevista a fim de não quebrar o ritmo da conversa com a checagem de cada pergunta. O roteiro pode estar à mão para checagem eventual e deve ser adaptado (sugestão acima).

Cada entrevista deverá ser acompanhada de pequeno relatório (escrito ou gravado), destacando as condições da entrevista (aceitação, local, dificuldades etc).

4. A dinâmica da entrevista

Com o intuito de não realizar uma entrevista demasiada cansativa para o UDI, propõe-se que cada encontro seja realizado em duas etapas. A primeira enfatiza a percepção da drogadição e a rede de uso. A segunda fase investiga as questões relativas à prevenção, percepção de risco e perspectivas de mudança de comportamento. Assim, cada entrevistado passará por duas sessões. Sugere-se que sejam marcados dois dias ou um encontro na parte da manhã e outro à tarde, a fim de possibilitar o descanso necessário entre a primeira e a segunda fase da entrevista.

Cada uma destas fases da entrevista deve ser bem aprofundada e para tal o entrevistador deve incentivar que o entrevistado detalhe e discorra sobre cada pergunta.

5. O número de entrevistas

Cada PRD deverá entrevistar 4 usuários. Desta maneira teremos duas sessões de entrevista, totalizando oito sessões, em cada PRD.

6. Da gratificação, planilha de controle e envio das entrevistas

Ao final de cada entrevista, o entrevistador e seu Coordenador de PRD devem conferir todo o material a ser enviado. Deve constar em cada envelope individual identificado na etiqueta: a entrevista devidamente conferida, as duas fitas cassetes e o termo de consentimento. Ao enviar as quatro entrevistas, a planilha específica deve ser enviada e deve ser anotado o número de tíquetes alimentação usados para cada UDI. Propõe-se um tíquete por cada parte da entrevista. O material deve ser enviado para:

Profa. Suely Ferreira Deslandes
Rua: Teixeira de Pinho, 169 - Piedade
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20 751-410
Fone/fax: (021) 591-6058

Anexo 1 **Anexo 2** **Anexo 3** **Anexo 4** **Anexo5**

Anexo 4

Roteiro para Coleta de Sangue

Coleta de Sangue em Papel de Filtro

Material Necessário

1. Papel de filtro em envelope.

2. Lancetas estéreis.

3. Algodão com álcool comum.

4. Sacos plásticos (individuais) para o papel de filtro.

5. Caneta esferográfica.

6. Frasco plástico com hipoclorito de sódio para descarte de estiletes.

Normas de Biossegurança para a Coleta de Sangue

1. Usar luvas.

2. Descartar lancetas no hipoclorito após uso.

3. Em caso de acidente na pele, lavar o local com água abundante e aplicar hipoclorito 1%.

4. Não usar agulhas.

Conduta para a Coleta de Sangue

1. Identificar o papel de filtro com caneta esferográfica.

2. Fazer assepsia com álcool comum no dedo médio da mão.

3. Penetrar firmemente toda a ponta da lanceta no dedo médio e fazer uma pequena rotaçãopara a direita e para a esquerda.

4. Deixar formar uma grande gota.

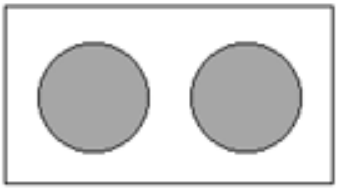
5. Preencher completamente todos os cinco círculos com sangue, usando dois papéis por paciente.

6. O sangue deve penetrar toda a espessura do papel e ser visto no verso.

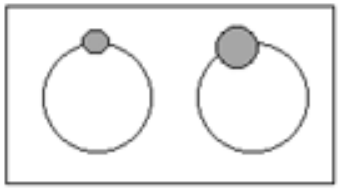
7. Havendo pouco sangue, faça a "ordenha" do dedo.

8. Secar em temperatura ambiente por 2 a 4 horas.

Coleta correta:



Coleta incorreta:



NORMAS DE BIOSSEGURANÇA

VEDAS (Índia): "Pela manhã banhar-se, limpar os dentes, pingar colírio nos olhos, perfumar-se, mudar a roupa e adorar os deuses."

1. Definições:

Artigos críticos: esterilizar

Não críticos: desinfetar

Degermação: Remoção ou redução de bactérias de pele por limpeza mecânica e/ou agentes químicos.

2. Normas Gerais:

• Usar sempre luvas. w Usar jaleco ou roupa protetora.

• Descartar adequadamente o material contaminado (em hipoclorito de sódio a 0,5% por pelo menos 5').

• Não reencapar a lanceta.

• Não deixar a lanceta encostar em lugar nenhum antes ou depois de usada.

• Somente tirar as luvas após descarte da lanceta e término da manipulação do papel de filtro.

• Lavar as mão em etanol a 25% após retirada das luvas.

• Evitar fumar ou se alimentar durante o trabalho.

3. Diluição:

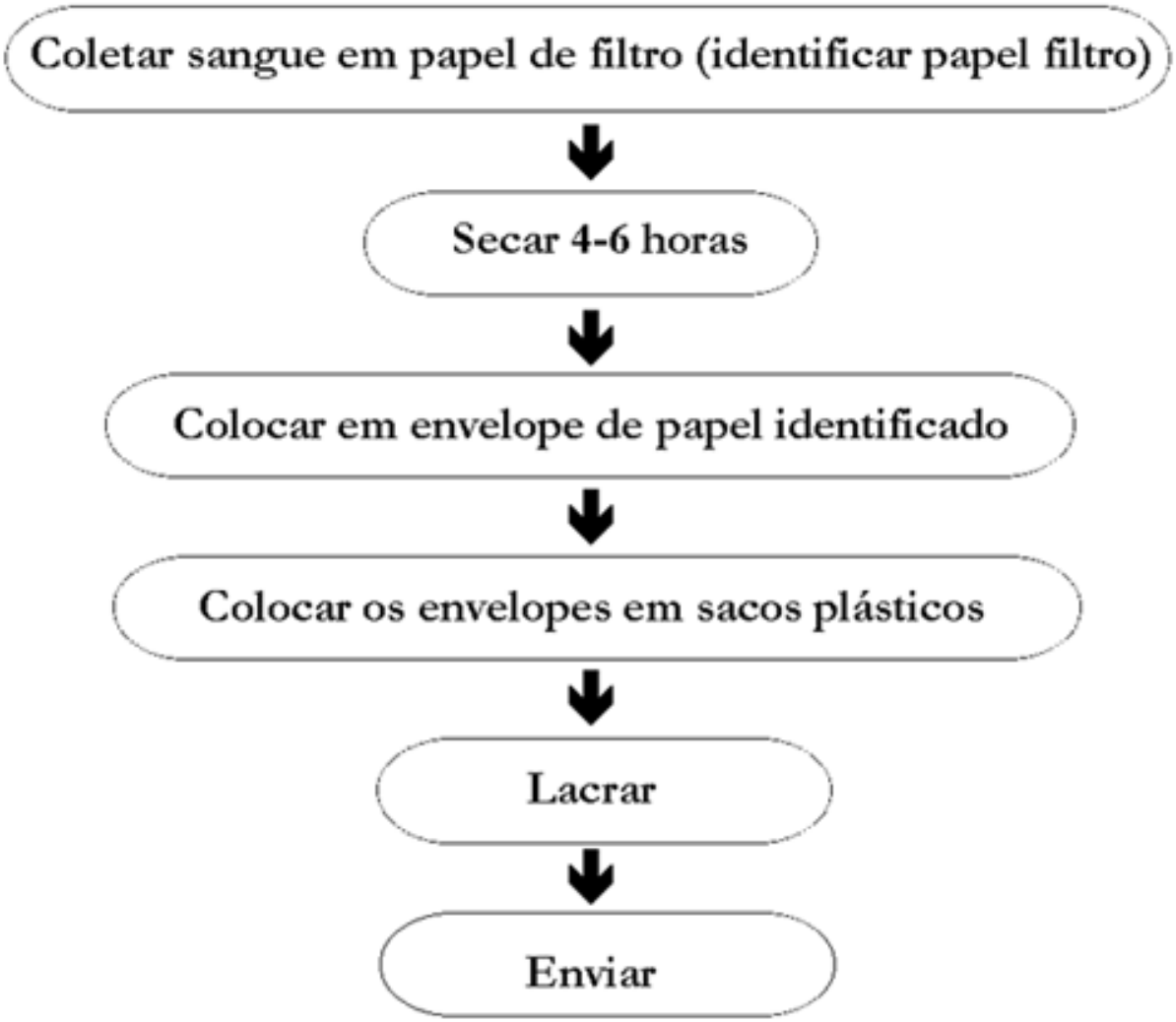
• Hipoclorito comercial - 10% 1:20 (50 ml em 950 ml de água).

Água sanitária - 2 - 5,25% 1:10 (100 ml em 900 ml de água).

Preparar sempre fresco, é instável.

• Glutareldeído - 2% (Lidex, Glutacide, Glutarex).

4 - Fluxograma



Método de Amostragem Apropriado para Estimar Tamanho Populacional

• Profa. Sueli Aparecida Mingoti

MÉTODO DE CAPTURA E RECAPTURA

Neste método considera-se que há uma população constituída de N elementos, sendo este N

desconhecido. O objetivo é estimar o N através dos resultados obtidos nas amostras desta população.

Em um primeiro estágio, é selecionada uma amostra aleatória da população, de tamanho n e sem reposição. Cada um dos elementos observados na amostra é então marcado (captura). Depois de observados, todos os n elementos marcados são devolvidos à população.

Num próximo estágio, uma segunda amostra aleatória de tamanho m (maior ou igual a n) é selecionada desta mesma população. Observa-se, então, o número de elementos desta segunda amostra que foram marcados na primeira amostra (recaptura) e o número de elementos novos, isto é, o número de elementos que pertencem a segunda amostra, mas não foram capturados na primeira amostra.

Estas informações a respeito de quantos elementos foram recapturados na segunda amostra (vamos chamar este número de s) e os novos, são utilizadas na estimação do N populacional. Existem vários estimadores propostos. O mais simples deles é definido como:

N(estimado) = (m x n) / s

É fácil de ser observado que este estimador cresce à medida que o número de elementos novos na segunda amostra (m) cresce. Portanto, quanto maior o número de recapturados (s) menor é a estimativa do N.

Exemplo:

Um dos exemplos mais simples para entender a idéia proposta neste procedimento de estimação é o seguinte:

Suponha que deseje estimar o número de animais de uma determinada espécie em uma região. Suponha que uma amostra de n=300 destes animais seja obtida desta população (pela colocação de armadilhas). Todos os 300 animais são marcados e devolvidos à região. Um mês depois, nova amostragem é conduzida neste mesmo lugar. Suponha que a segunda amostra seja de m=200 animais e que o número de recapturados seja s=62. Neste caso uma estimativa para o número total N de animais desta espécie da região seria:

N(estimado) = 200 (300) / 62 = 967,74

Logo, o tamanho populacional N seria, aproximadamente, de 968 animais.

A precisão deste estimador pode ser avaliada pelo cálculo do desvio padrão.

Este tipo de procedimento amostral pode ser utilizado em várias situações. Para colocá-lo em prática é necessário apenas ter um mecanismo de identificação dos elementos da primeira amostra que também estão presentes na segunda amostra.

Caso Específico da Estimação do Número de UDI em Porto Alegre

Um procedimento amostral que poderá ser utilizado especificamente para estimar-se o número total de UDI em Porto Alegre é o seguinte:

1º estágio

No primeiro período de coleta de dados, compreendido entre 5 de janeiro e 22 de fevereiro de 1998 (domingo de carnaval, a discutir), faz-se a coleta de dados relacionada com a captura de elementos. Nesta fase, os indivíduos deverão preencher um questionário (se quiserem!), e passarão pelo exame de sangue (se quiserem!).

O questionário será abrangente, uma vez que servirá, também, como coleta de dados para traçar o perfil dos usuários de drogas injetáveis. Entretanto, para efeito da estimação do tamanho da população, as seguintes questões deverão ser consideradas:

Informações Sobre o Indivíduo

Q4 - Data de Nascimento.
Q5 - Idade.
Q6 - Local de Nascimento.
Q7 - Sexo.
Q8 - As 3 primeiras iniciais do primeiro nome do indívíduo
Q9 - As 3 primeiras iniciais do último nome do indivíduo
Q10 - As 3 primeiras iniciais do nome do meio do indivíduo (caso tenha nome do meio).
Q11 - Número de irmãos.
Q12 - Profissão.
Q13 - Concordou em fazer o exame de sangue ? Sim ou não ?

Informações Sobre a Família

Mãe:

Q14 - As 3 primeiras iniciais do primeiro nome da mãe.
Q15 - As 3 primeiras iniciais do último nome da mãe.

Pai:

Q16 - As 3 primeiras iniciais do primeiro nome do pai
Q17 - As 3 primeiras iniciais do último nome do pai.

Data de Preenchimento do Questionário

2º estágio

No segundo período de coleta de dados (período pós-carnaval até a data final programada), será realizada a coleta referente à fase de recaptura. A troca de seringas permitirá que sejam observados os indivíduos que estão retornando ao sistema e que já preencheram o questinário e aqueles novos que não participaram do primeiro estágio de coleta de dados.

Neste estágio, todos os indivíduos que procuram o serviço relacionado com a troca de seringas deverão responder as seguintes questões:

Q1. Você já preencheu o questinário geral? (Identifica-se como questionário geral aquele utilizado no 1º estágio de coleta de dados, ou seja, aquele questinário maior contendo tanto as questões propostas quanto as relacionadas com o perfil do usuário).

Caso a resposta seja sim, o indivíduo terá de responder à questão Q2,
caso contrário, vai para Q3.:

Q2. Você respondeu este questionário antes do Carnaval?

Q3. Você já fez o exame de sangue relacionado com esta pesquisa?

Em todos os casos, os indivíduos responderão a todas as questões Q4 a Q17 (que são as mesmas 15 questões propostas no 1º estágio de coleta de dados).

Data de Preenchimento deste Questionário Observações

1 - Os indivíduos que responderem não à questão Q1(Você respondeu este questionário antes do Carnaval?), serão considerados os indivíduos novos (ou seja, aqueles não capturados no primeiro estágio da coleta).

2 - Os indivíduos que responderem sim à questão Q1, serão considerados como os recapturados.

3 - As questões Q2 e Q3 funcionam apenas como identificadores adicionais que podem ser utilizados no caso de dúvidas quando na análise final dos resultados em relação aos recapturados.

4 - Neste procedimento, a análise de recaptura deverá ser feita de acordo com a verificação da consistência das respostas às questões Q1 a Q17 (do questionário do 1º estágio), antes e depois do Carnaval.

5 - É importante que a data de preenchimento do questinário não seja esquecida, tanto no primeiro estágio de coleta quanto no segundo.

6 - Pode-se pensar em questões adicionais para identificação do indivíduo, tais como: Qual é seu artista preferido, ou filme preferido, ou música preferida, etc. É importante que a equipe pense se este tipo de questão serviria para o tipo de população que será avaliada.

7 - O preechimento do questionário geral, e a coleta de sangue está ocorrendo apenas no primeiro estágio da coleta de dados.

8 - Como existe uma retribuição financeira pelo preenchimento do questinário, pode ser que um mesmo indivíduo retorne mais de uma vez para receber a retribuição. Neste caso, um mesmo indivíduo responderia ao questinário várias vezes na primeira fase de coleta de dados. Para diminuir este efeito, seria importante obter informação adicional sobre o entrevistado, sob o ponto de vista de quem vai executar a coleta de dados. Pode-se ter um formulário à parte no qual o entrevistador colocará algumas informações, tais como:

- No 1º estágio da coleta de dados:

Se em sua opinião aquele indivíduo já tinha preenchido o questinário.

- No 2º estágio de coleta de dados:

Se o indivíduo já havia preenchido o questionário geral antes do carnaval.

Se o indivíduo já havia feito troca de seringas depois do carnaval.

Algumas dúvidas podem persistir, tais como:

- Período de Coleta de Dados: em geral, a coleta foi dividida em dois estágios arbitrariamente, levando-se em consideração o tempo programado para a execução da pesquisa como um todo. Outros períodos também podem ser considerados como viáveis.

- Questões de Identificação para a Captura e Recaptura: Acreditamos que as questões que estão relacionadas apenas com a iniciais do nome e último nome dos indivíduos não sejam suficientes para uma identificação mais correta de seu retorno ao sistema no 2º estágio da coleta de dados, devido a própria estrutura de colocação de nomes utilizada pelos brasileiros, de um modo geral. Uma outra possibilidade seria considerarmos as 3 últimas letras de cada nome e o último nome, para melhor diferenciar.

- Número de Questões Utilizadas para Identificação: O número 17 pode ser considerado alto para a identificação dos indivíduos, se considerarmos uma população que não esteja muito disposta a ser questionada. Sugestões de redimensionamento poderão ser consideradas.

- A estimação Apropriada do Número de Usuários: Vários estimadores estão propostos na literatura. No momento apropriado, se fará uma análise técnica sobre qual(is) será(ão) a (s) melhor(es) opção(ões) para tratar este problema específico.

Anexo 1 **Anexo 2** **Anexo 3** **Anexo 4** **Anexo5**

Anexo 5

Lista de Códigos das Variáveis Abertas

NUM	CÓDIGO	OUTLOCENTR
1	0	Não Sabe
2	888	Não se Aplica
3	999	Não Respondeu
4	1	Na Besta
5	2	Na Casa da Mãe do UDI
6	3	Na Casa de Amigos
7	4	Em Casa
8	5	Na Casa de Outro UDI
9	6	No Bar
10	7	Na Casa do Agente Morador
11	8	Na Rua
12	9	Numa Casa Abandonada
13	10	No Brete (Local onde se injeta)
14	11	No Cemitério
15	12	No Posto de Saúde
16	13	Secretaria Esporte Municipal
17	14	CTA
Num	**Código**	**Atuaprd**
1	0	Não Sabe
2	888	Não se Aplica

3	999	Não Respondeu
4	1	Beco do Sorriso
5	2	Vila Vargas
6	3	Bairro Santo Antônio
7	4	Nova Sorocaba
8	5	Vitória Régia
9	6	Vitória Régia II
10	7	Campo da Tuca
11	8	Zona do Meretrício
12	9	Eldorado
13	10	Vale do Sol
14	11	Brejo Alegre/Favela
15	12	Maceno
16	13	São Jorge
17	14	Solo Sagrado
18	15	João Paulo II
19	16	Centro
20	17	Penha - Zona Leste
21	18	Bixiga
22	19	São Paulo
23	20	Santa Cecília
24	21	Restinga
25	22	Bom Jesus 2
6	23	Fazenda
27	24	Matadouro
28	25	Cordeiros

29	26	Porto
30	27	Pró-morar III
31	28	Vila Angélica
32	29	São Manoel
33	30	Jardim Oliveira
34	31	Vila Progresso
35	32	Vila Fiori
36	33	Vila da Miséria
37	34	Morro da Cruz
38	35	Teresópolis

Num	**Código**	**Outmotnpar**
1	0	Não Sabe
2	888	Não se Aplica
3	999	Não Respondeu Num Código Outcor
1	0	Não Sabe
2	888	Não se Aplica
3	999	Não Respondeu
4	1	Pardo
5	2	Morena

Num	**Código**	**Cidadnasc**
1	0	Não Sabe
2	888	Não se Aplica
3	999	Não Respondeu
4	1	Porto Alegre
5	2	Cachoeira do Sul
6	3	Santa Maria

7	4	Querêncio do Norte
8	5	Bandeirantes
9	6	Joaquim Távora
10	7	Silvestre
11	8	Cambará
12	9	Sorocaba
13	10	Populina
14	11	Campo Grande
15	12	Peaberu
16	13	Mirassol
17	14	São Paulo
18	15	São José do Rio Preto
19	16	1º de Maio
20	17	Oswaldo Cruz
21	18	Três Lagoas
22	19	Santo André
23	20	Ubarana
24	21	Santa Clara do Oeste
25	22	Ipatinga
26	23	Olímpia
27	24	Jales
28	25	Engenheiro Schimit
29	26	Sapucaia
30	27	Jacarezinho
31	28	São Caetano do Sul
32	29	Itapeva

33	30	Pinhalão
34	31	Abre Campo
35	32	Itararé
36	33	Mogi das Cruzes
37	34	Barretos
38	35	Bento Gonçalves
39	36	Santana do Livramento
40	37	São Luiz Gonzaga
41	38	Lins
42	39	Bauru
4	3 4	0 Itaí-avaré
44	41	Passo Fundo
45	42	Palmeira das Missões
46	43	Rio Grande
47	44	Blumenau
48	45	Osasco
49	46	Pelotas
50	47	Santiago
51	48	Guaíbe
52	49	Ijuí
53	50	Imbituba
54	51	Itajaí
55	52	Arapongas
56	53	Lavras do Sul
57	54	Maravilha
58	55	Barra Velha

59	56	Santo Angelo
60	57	Rio do Sul
61	58	Rio Negrinho
62	59	São Leopoldo
63	60	Joinville
64	61	Natal
65	62	Indaial
66	63	Prédio Cruz
67	64	Viamão
68	65	Paraguaçu
69	66	Carapiciúba
70	67	Florianópolis
71	68	Criciúma
72	69	Rio Pardo
73	70	Itapetininga
74	71	Porto Feliz
75	72	Cajuru
76	73	Miraluz
77	74	Cedral
78	75	Cardoso
79	76	Santa Adélia
80	77	Ribeirão Do Pinhal
81	78	Guanambi
82	79	Rolândia
83	80	Nova Fátima
84	81	Santa Amélia

85	82	Cariquainha
86	83	Sete Barras
87	84	Penha
88	85	Ibirama
89	86	Dois Lageado
90	87	Piçarro
91	88	Balneário Camburiú
92	89	Curitiba
93	90	Santa Rosa
94	91	Canoas
95	92	Camacá
96	93	Laguna
97	94	Guarulhos
98	95	Erechim

Num	**Código**	**Estadnasc**
1	0	Não Sabe
2	888	Não se Aplica
3	999	Não Respondeu
4	1	Rs
5	2	Pr
6	3	Pb
7	4	Sp
8	5	Ms
9	6	Mg
10	7	Sc
11	8	Rn

12	9	Ba

NUM	CÓDIGO	OUTOCUPAC
1	0	Não Sabe
2	888	Não se Aplica
3	999	Não Respondeu
4	1	Usuário de Drogas
5	2	Doméstica
6	3	Desempregado
7	4	Pedreiro
8	5	Biscateiro
9	6	Entregador Jornal
10	7	Serviços Gerais (limpeza)
11	8	Vendedor
12	9	Encostado INSS
13	10	Gari
14	11	Autônomo
15	12	Auxiliar Almoxarifado
16	13	Funileiro
17	14	Coletor de Lixo
18	15	Conferente
19	16	Azulejista
20	17	Profissional de Sexo
21	18	Pintor
22	19	Aponsetado
23	20	Roubo
24	21	Faxina

25	22	Servente
26	23	Camelô
27	24	Trabalho
28	25	Municipário
29	26	Diarista
30	27	Engraxate
31	28	Catador de Papelão
32	29	Ajudante do "Povo da Rua"
33	30	Conserto de Armas de Fogo
34	31	Farol
35	32	Artesanato
36	33	Vendedor de Livros
37	34	Cuida da Saúde
38	35	Ajuda o Pai
39	36	Serigrafia
40	37	Pesquisa de Opinião
41	38	Músico
42	39	Instalador de Telefone
43	40	Mecânico
44	41	Chapa-informante Caminhoneiro
45	42	Office-boy
46	43	Redutor de Danos
47	44	Fotógrafo
48	45	Limpador de Peixe
49	46	Funcionário Público
50	47	Estudante

51	48	Garçon
52	49	Carga-descarga
53	50	Laminador
54	51	Desenho
55	52	Roubo/Estelionato/Pedir Esmola
56	53	Dona de Casa/do Lar
57	54	Carpinteiro
58	55	Padeiro
59	56	Ajudante Geral e Armador
60	57	Tráfico de Drogas
61	58	Embarcado
62	59	Preso
63	60	Pescador
64	61	Eletrônica
65	62	Vigia
66	63	Garagista
67	64	Marreteiro
68	65	Cobrança
69	66	Contato Publicitário
Num	**Código**	**Fontrend2b**
1	0	Não Sabe
2	888	Não se Aplica
3	999	Não Respondeu
4	1	Faxina
5	2	Capina
6	3	Biscate

7	4	Pedreiro
8	5	Vendas
9	6	Numiclagem de Lixo
10	7	Servente
11	8	Carga-descarga
12	9	Prostituição
13	10	Pintura
14	11	Avião(vender drogas) Tráfico
15	12	Ajudante Geral
16	13	Autônomo
17	14	Serviços Gerais
18	15	Camelô
19	16	Diarista
20	17	Catador de Papelão
21	18	Redutor de Danos
22	19	Vigilante
23	20	Vendedor Ambulante
24	21	Carroça (Carroceiro)
25	22	Serigrafia
26	23	Ens.tocar Guitarra e P. esmola
27	24	Carreto
28	25	Antenista
29	26	Jardineiro
30	27	Mecânico
31	28	Chapa-informante Caminhoneiro
32	29	Pede esmola
	30	

33		Artesanato
34	31	Flanelinha
35	32	Cerâmica
36	33	Furto/Estelionato
37	34	Carpinteiro
38	35	Padeiro
39	36	Armador
40	37	Jornaleiro
41	38	Roubo/Assalto

Num	**Código**	**Fontrend2o**
1	0	Não Sabe
2	888	Não se Aplica
3	999	Não Respondeu
4	1	Não faz Nada
5	2	Encostado INSS
6	3	Sustentado pelo Tio
7	4	Mordendo (peq.furtos/Roubo)
8	5	Aposentado
9	6	Ajuda do Pai
10	7	Vende seus Pertences
11	8	Internado
12	9	Auxílio Desemprego
13	10	Aposentadoria da Mãe
14	11	Autônomo
15	12	Ajuda da Família
16	13	Tráfico
17	14	

18	15	Prostituição
19	16	Pede no Farol
20	17	Artesanato
21	18	Ajuda do Irmão
22	19	Do Marido
23	20	Comissionado
24	21	Empreitada
25	22	Aluguel
26	23	Vendedor de Peixe
27	24	Pedir esmola
28	25	Ajuda de Amigos
29	26	Pensionista
30	27	Faxina
31	28	Micro Empresário
32	29	Trabalha com Obras
33	30	Roubo/Assalto
34	31	Estudante
35	32	Flanelinha
36	33	Dona de Casa
37	34	Cozinheiro
Num	**Código**	Laranja
		Estudo2sg
1	0	
2	88	Não Sabe
3	99	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	.

6	3	.
7	4	.
8	5	.
9	6	.
10	7	.
11	8	.
12	9	.
13	10	.
14	11	.
Num	**Código**	.
1	0	**Estudo 20**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
Num	**Código**	3° GrauCompleto
1	0	**Municresid**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	Em Trânsito
6	3	Porto Alegre
7	4	Sorocaba
8	5	São José do Rio Preto
9	6	Brasília
10	7	Birigui
11	8	Candeias do Jomari

12	9	São Paulo
13	10	Ribeirão das Neves
14	11	Itajaí
Num	**Código**	Balneário Camboriú
1	0	**Bairromora**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	Nonai
6	3	Alto Teresopólis
7	4	Morro da Tuca
8	5	Partenon
9	6	São José
10	7	Vila Vargas
11	8	Nova Sorocaba
12	9	Vitória Régia
13	10	Vitória Régia II
14	11	Santo Antônio
15	12	Guara 1
16	13	Parque Industrial
17	14	Marajó
18	15	Solo Sagrado
19	16	Vale do Sol
20	17	Jardim Paraíso
21	18	Zona Meretrício
22	19	Eldorado

23	20	Centro
24	21	Jaguaré
25	22	Brejo Alegre
26	23	Jardim Paulista/Maceno
27	24	São Jorge
28	25	João Paulo II
29	26	Guaíba I
30	27	Santa Cecília
31	28	Brás
32	29	São Mateus
33	30	Ermelindo Matarazzo
34	31	Itaim Paulista
35	32	B.vista
36	33	V.toninho
37	34	Parque Andreinx
38	35	Vila Buarque
39	36	Tatuapé
40	37	Teresópolis
41	38	Restinga Velha
42	39	Mapa
43	40	Fazenda
44	41	Atílio Silvano
45	42	Bom Jesus
46	43	Alameda
47	44	Vila Angélica
48	45	Barro Vermelho

49	46	Nossa Senhora das Graças
50	47	Cordeiros
51	48	São João
52	49	Espinheiros
53	50	São Vicente
54	51	Vila Gomes
55	52	Pró-morar III
56	53	Alto Itavuvu
57	54	Maria Lúcia
58	55	São Manoel
59	56	Jardim Oliveira
60	57	Boa Esperança
61	58	Boa Vista
62	59	Vila Progresso
63	60	Vila Santana
64	61	Vila Carol
65	62	Hungarês
66	63	Vila Fiori
67	64	Maria Cristina
68	65	Costa Cavalcante
69	66	Vila da Miséria
70	67	Bairro das Nações
71	68	Parque Santa Amélia
72	69	Morro da Cruz
73	70	Bom Retiro
Num	**Código**	Cristal

1	0 N	**Artista**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	Schwarzenegger
6	3	Negritude Júnior
7	4	Não tem
8	5	Xuxa
9	6	Fernanda Torres
10	7	Chico Anísio
11	8	Rui Chapéu
12	9	Roberto Carlos
13	10	Vera Fisher
14	11	Madona
15	12	Tony Ramos
16	13	Lima Duarte
17	14	Claudinho e Buchecha
18	15	Gugu Liberato
19	16	Netinho
20	17	Maria Paula
21	18	Tim Maia
22	19	Os Racionais (Racionais Mc)
23	20	Steven Seagal
24	21	Sharon Stone
25	22	Miguel Falabella
26	23	Maurício Mattar

27	24	Malu Mader
28	25	Débora Miranda
29	26	Maitê Proença
30	27	Paul Maccartney
31	28	Glória Menezes
32	29	Leonardo Vieira
33	30	Jean Claude Vandamme
34	31	Fábio Júnior
35	32	Paulo Coelho
36	33	Sandy e Júnior
37	34	Angélica
38	35	Amado Batista
39	36	João Paulo e Daniel
40	37	Nelson Gonçalves
41	38	Todas Mulheres Bonitas
42	39	Sepultura
43	40	Mattos Nascimento
44	41	Daniela Mercury
45	42	Michael Jackson
46	43	Maradona
47	44	Zezé Di Camargo e Luciano
48	45	Zeca Pagodinho
49	46	Ney Matogrosso
50	47	Pelé
51	48	José Wilker
52	49	Renato Russo

53	50	Raul Seixas
54	51	Marcelinho Carioca
55	52	Fábio Assunção
56	53	Rita Lee
57	54	Luíza Brunet
58	55	Side Vicious
59	56	Elvis Presley
60	57	Bruce Willis
61	58	Fred Mercury (queen)
62	59	Gildo de Freitas
63	60	Regina Duarte
64	61	Michael Douglas
65	62	Guilherme Arantes
66	63	Faustão
67	64	Roberto Bataglin
68	65	Charles Chaplin
69	66	Kurt Cobain
70	67	Brooke Shields
71	68	Beto Guedes
72	69	Carlos Augusto Gutierre
73	70	Chacrinha
74	71	Sandra Sá
75	72	Roberta Miranda
76	73	Mick Jagger
77	74	Bruna Lombardi
78	75	Jesus

79	76	Tina Tuner
80	77	Gabriel Pensador
81	78	Gal Costa
82	79	Simone
83	80	Betinho
84	81	Silvester Stalone
85	82	Eduardo Moscovis
86	83	Shakira
87	84	Cazuza
88	85	Chitãozinho e Xororó
89	86	Carla Perez
90	87	Elba Ramalho
91	88	Skank
92	89	Zico
93	90	Zé Ramalho
94	91	Mel Gibson
95	92	Pink Floid
96	93	Norton Nascimento
97	94	Luciano Szafir
98	95	Jack Nilchson
99	96	Tarcísio Meira
100	97	Os Trapalhões
101	98	Exaltasamba
102	99	Cindy Lauper
103	100	Grupo Molejo
104	101	Denilson (jogador Futebol)

105	102	John Lennon
106	103	Bruce Lee
107	104	Zezé Di Camargo
108	105	Ronaldinho (Jogador de Futebol)
109	106	Romário(jogador de Futebol)
110	107	Rivaldo(jogador de Futebol)
111	108	Lúcia Veríssimo
112	109	Glória Pires
113	110	Paulo Ubiratan
114	111	Dra.vilma
115	112	Charles Brow
116	113	Edmundo (Jogador de Futebol)
117	114	Leonardo Di Caprio
118	115	Metálica (Conj.rock)
119	116	Antônio Fagundes
120	117	Claudia Raia
121	118	Leandro e Leonardo
122	119	Martinho da Vila
123	120	Chaves
124	121	Roupa Nova
125	122	Cindy Crawford
126	123	Mozart
127	124	Erick Clapton
128	125	Caetano Veloso
129	126	Sandra Bréa
130	127	Edson Celulari

131	128	Alcione
132	129	Sheila (Morena do Tchan)
133	130	Isadora Ribeiro
134	131	Sílvio Santos
135	132	Jyme Pagge
136	133	Alexandre Frota
137	134	Tiririca
138	135	Só Pra Contrariar
139	136	Sidney Magal
140	137	Teixeirinha
141	138	Simony
Num	**Código**	Demi Moore
1	0	**Drinj1vez**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	Catoviti
6	3	Cocaína
7	4	Provegil
8	5	Heroína
9	6	Perventin
1	0	Reativan
11	8	7 Hipofagin
12	9	Algafan Composto
13	10	Reativan com Enfortil
14	11	Remédio-não Lembra Qual

15	12	Whisky
16	13	Dexocil/Dexasil
17	14	Almosterona
18	15	Iodex
19	16	Anfetaminas
20	17	Lucomergan
21	18	Disbuital
22	19	Cogumelo
23	20	Glucoenergan
24	21	Cocaína com Glucoenergan
Num	**Código**	Artame
1	0	**Ovmac6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não ce Aplica
4	19	Não Respondeu
5	2 3	Vezes nos Últimos 6 Meses
6	3 2	Vezes nos Últimos 6 Meses
7	4 1	Vezes no Período 6 Meses
Num	**Código**	Vez nos Últimos 6 Meses
1	0	**Ovcrac6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	Usou 1 só Vez
6	3	3 Vezes nos Últimos 6Meses
Num	**Código**	2 Vezes nos 6 Meses

1	0	**Ovcoch6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	1 vez em Seis Meses
6	3	3 vezes nos Últimos 6 Meses
7	4	2 vezes nos Últimos 6 Meses
Num	**Código**	4 vezes nos 6 Meses
1	0	**Ovcoinj6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	1 vez em Seis Meses
6	3	2 vezes nos Últimos 6 Meses
7	4	2 Meses nos Últimos 6 Meses
8	5	4 vezes nos Últimos 6 Meses
9	6	3 vezes nos Últimos 6 Meses
Num	**Código**	5 vezes nos Últimos 6 Meses
1	0	**Ovchinj6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1 1	Não Respondeu
5	2	Vez em Seis Meses
6	3	3 A 4 vezes nos Ult.6 Meses
Num	**Código**	2 vezes nos Últimos 6 Meses
1	0	**Ovhch6**

2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
Num	**Código**	15 dias nos Últimos 6 Meses
1	0	**Ovhfum6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
Num	**Código**	Não Respondeu
1	0	**Ovhinj6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	1 vez nos Últimos 6 Meses
6	3	1 vez nos Últimos 6 Meses
Num	**Código**	2 vezes nos 6 Meses
1	0	**Ovanfora6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não Se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	1 vez nos Últimos 6 Meses
Num	**Código**	4 vezes nos 6 Meses
1	0	**Ovanfinj6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
Num	**Código**	Não Respondeu
1	0	**Ovtrora6**
2		

	888	Não Sabe
3		
	999	Não se Aplica
4		
	1	Não Respondeu
5		
	2	30 dias nos Últimos 6 Meses
6		
	3	3 vezes nos 6 Meses
7		
	4	7 dias nos 6 Meses
Num		
	Código	15 vias nos 6 Meses
1		
	0	**Ovtrinj6**
2		
	888	Não Sabe
3		
	999	Não se Aplica
Num		
	Código	Não Respondeu
1		
	0	**Ovbebida6**
2		
	888	Não Sabe
3		
	999	Não se Aplica
4		
	1	Não Respondeu
Num		
	Código	5 vezes nos Últimos 6 Meses
1		
	0	**Outbebida6**
2		
	888	Não Sabe
3		
	999	Não se Aplica
4		
	1	Não Respondeu
5		
	2	Conhaque
6		
	3	Não
7		
	4	Rabo de Galo (Groselha+Pinga)
8		
	5	Batida Pinga
9		
	6	Vodka, Gim
10		
	7	Martini
11		

12	8	Catuaba
	9	Vermute
NUM	**CÓDIGO**	Licor
1	0	**OUTDR6**
2	888	Não Sabe
3	999	Não se Aplica
4	1	Não Respondeu
5	2	Cigarro
6	3	Macaquinho (Cocaína+Maconha)
7	4	Loló "Cheirinho"
8	5	Sal de Anfetaminas
9	6	Crack+Maconha(free base)
10	7	Cola de Sapateiro
11	8	Haxixe
12	9	Chá de Lírio
13	10	Cogumelo
14	11	Êxtasy
15	12	Rebite
16	13	Colírio (Eciglopéxio)
17	14	Diazepan C\ Café e Pinga
18	15	Perventin
19	16	Pitilho (Cigarro+Crack)
20	17	LSD
21	18	Provegil
22	19	Maconha+Haxixe
23	20	Tonopan
24		

25	21	Optalidon
26	22	Artane
27	23	Comprimido
28	24	Éter
29	25	Ácido
30	26	Dolantina
31	27	Mistura com Crack (Latinha)
Num	28	Jurubeba
1	**Código**	Solvente
2	0	**Ovoutdr6**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	1 vez nos Últimos Meses
Num	3	3 vezes em 6 Meses
1	**Código**	10 vezes nos Últimos 6 Meses
2	0	**Ondinj6**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Sua Casa
7	3	Casa UDI
8	4	Rua
9	5	Quebrada (Local onde se injeta)
10	6	Casa em Construção
11	7	Casa do Amigos

12	8	Dentro do Banheiro
13	9	Lugar onde mora
14	1	No meio do Mato
15	11	0 Na Praça
16	12	Casa dos Pais
17	13	Onde der, até no Motel
18	14	Na Linha de Trem
19	15	No Terreno
20	16	Pensão
21	17	Hotel
22	18	Pátio Abandonado
23	19	Casa Abandonada
24	20	Campo de Futebol
25	21	Brete
26	22	No Trabalho
27	23	Pedreira
28	24	Motel/Zon.meretrício/Rodoviária)
29	25	No Rio
30	26	Mercado de Peixe
31	27	Banheiro dos Bares
Num	28	Cemitério
1	**Código**	Motel
2	0	**Outdiainj6**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu

6	2	Não tem Preferência
7	3	Nos Feriados
8	4	É Indiferente
9	5	Quando Tem
Num	6	Qdo.cheirar não Causa Efeito
1	**Código**	5° Dia útil do Mês
2	0	**Outfconsag**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Pegou Lixo
7	3	Pediu a um Sr. Seringa Cavalo
8	4	Com a Irmã que é Enfermeira
9	5	Com Amigos
1	6	Com Amigo do Redutor
Num	0	Achada na Rua
1	**Código**	7 Marido Diabético
2	0	**Ondsagu6**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Lixo
7	3	Com Redutor
8	4	Descartex (cx.coletora)
9	5	Rio
10	6	No Bueiro (amarrado Saco Lixo)

11	7	No Mato
12	8	No Banco da Praça
13	9	Casa do Agente Morador
14	10	Queimava
15	11	Enterrou
16	12	Corrégo
17	13	Guardou p/Trocar no PRD
18	14	No Terreno
19	15	Guarda em Casa
20	16	Na Rua
21	17	Vaso Sanitário
22	18	Casa da "Tia"- Cx.amarela
23	19	Quebra a Agulha
24	20	Casa de Amigos
25	21	No Esgoto
26	22	Quebra Agulha/Queima
27	23	Valão (Arroio)
28	24	Debaixo do Porão
29	25	Buraco do Banheiro
30	26	Lixo/Queimava
31	27	Devolve p/Quem lhe Dá
32	28	Em Sacolas
33	29	Brete (Local onde se injeta)
34	30	Na Construção
35	31	Quebra a Agulha e Enterra
36	32	Quebra Agulha e Põe no Lixo

Num	33	Mercado de Peixe
1	**Código**	No Campo
2	0	**Substlimp**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Água Destilada
7	3	Água Pura
8	4	Álcool
9	5	Água Fervendo
10	6	Água de Torneira
11	7	Água da Pena
12	8	Hipoclorito de Sódio
13	9	Água Enxurrada
14	10	Água Fria
15	11	Água da Fonte
16	12	Água Fervida e Sal
17	13	Água Encanada
18	14	Água com Álcool
19	15	Água Sanitária
20	16	Querosene
21	17	Cloro
Num	18	Vinagre
1	**Código**	Água e Azeite
2	1	**Outbebida**
3	888	0 Não Sabe

4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Conhaque
7	3	Não
8	4	Batida Pinga
9	5	Vodka
10	6	Martini
11	7	Cacau
12	8	Catuaba
13	9	Vermute
Num	10	Pinga com Groselha
1	**Código**	Champagne
2	1 0	**Outdr**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Loló
7	3	Macaquinho
8	4	Crack+Maconha (free Base)
9	5	Cigarro
10	6	Haxixe
11	7	Cogumelo
12	8	Chá de Lírio
13	10	Pitilho
14	11	Maconha+Haxixe
15	12	Optalidon

16	13	Tonopan
17	14	Artane
18	15	Café
19	16	Farmácia (IP+Conh+Verm+Agrião)
20	17	Cola
21	18	Éter
Num	19	Mistura Com Crack (latinha)
1	**Código**	Solvente
2	1 0	**Ondinj**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Em Casa
7	3	Na Rua
8	4	Quebrada (na lagoa)
9	5	Casa de Amigos
10	6	Praça
11	7	Local onde Mora
12	8	Banheiro de Casa
13	9	No Terreno
14	10	Mato
15	11	Pátio
16	12	Casa Abandonada
17	13	Juater - onde tem carnaval públ.
18	14	Hotel
19	15	Brete

20	16	No Trabalho
21	17	Mercado de Peixe
22	18	Banheiro de Bares
23	19	Cemitério
Num	20	Na Praia
1	**Código**	Construção
2	0	**Drinjulvez**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Cocaína
7	3	Heroína
8	4	Remédio - não lembra qual
9	5	Whisky
10	6	Glucoenergan
Num	7	Heroína/Cocaína
1	**Código**	Perventin
2	1	**Ondsagu**
3	888	0 Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Com Redutor
7	3	Descartex
8	4	Lixo
9	5	No Rio
10	6	Praça

11	7	Na Casa do Agente Morador
12	8	Queimava
13	9	Jogou Fora na Descarga
14	10	Mato
15	11	Com Amigo do Redutor
16	12	Guardou p/Troca no PRD
17	13	No Terreno
18	14	Na Rua
19	15	Casa/Apto de Amigos
20	16	Enterrou
21	17	Na Casa da "Tia"- cx.amarela
22	18	Quebra a Agulha
23	19	Porão
24	20	Esgoto
25	21	Bueiro
26	22	Em Qualquer Lugar
27	23	Arroio
28	24	Devolveu P/Quem lhe deu
29	25	"Tocou Fora" No Beco
30	26	Guarda em Casa
31	27	Brete(local onde se injeta)
32	28	Quebrou e Queimou
33	29	Linha de Trem
Num	30	Mercado de Peixe
1	**Código**	Construção
2	0	**Ondfmorand**

3	888	Não Sabe
4	999	Nãose Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Casa da Mãe
7	3	Rua
8	4	Mato
9	5	Casa de Amigos
10	6	Debaixo da Ponte
11	7	Barraco (favela)
12	8	Ferro Velho
13	9	Albergue
14	10	Com Tio
15	11	Por Aí
16	12	Lugar Invadido
17	13	Hotel
18	14	Com Irmãos
19	15	Casa da Cunhada
20	16	Com o Namorado
21	17	Concessionária Abandonada
22	18	Casa Abandonada
23	19	Mocó(local onde se injeta)
Num	20	Casa de Parentes
1	**Qualtratsa**	Cemitério
2	0	**Não Sabe**
3	888	Não se Aplica
4	999	Não Respondeu

5	1	Bezetacil (injeção)
6	2	Problema Pulmão
7	3	Desintoxicação
8	4	Anti-HIV/AIDS
9	5	Tratar "Ferradas na Cabeça"
10	6	Estourando Veia na Cabeça
11	7	Tratamento de Drogas
12	8	Tratamento Dentário
13	9	AIDS
14	1	0 Problema no Pé
15	11	Triagem
16	12	Úlcera (gastrite)
17	13	Ferimento à Faca
18	14	Cirurgia
19	15	Pneumonia
20	16	Sífilis
21	17	Alcoolismo
22	18	Preventivo Ginecológico
23	19	Engessar o Pé
24	20	Ferimento com Vidro
25	21	Fonoaudiologia
26	22	Infecção
27	23	Febre
28	24	Furúnculos
29	25	Dor Ouvido/Dor de Cabeça
30	26	Tuberculose

31	27	Micose
32	28	Água no Pulmão
33	29	Tomar Soro
34	30	Estômago/Sinusite
35	31	Adot-tratamento Domiciliar
36	32	Garganta
37	33	Ferimento a Bala
38	34	Sinusite
39	35	Falta de Ar e Pegar Remédio
40	36	Depressão
41	37	Hepatite
42	38	Tratamento Psicológico
43	39	Lesões Corporais
44	40	Apendicite
45	41	Câncer de Pele
46	42	Manchas no Rosto
47	43	Bercamolite
48	44	Otorrino/Psicológico/Infecção
49	45	Uso Abusivo de Drogas
50	46	Dor de Cabeça
51	47	Psiquiátrico
52	48	Derrame Pleural
53	49	Tétano
54	50	Pressão Alta
55	51	Gripe
56	52	Diabete

57	53	Inflamação no Corpo
58	54	Doenças Transmissíveis
59	55	Dente/Alcoolismo
60	56	Rins
Num	57	Gonorréia
1	**Código**	AIDS
2	0	**Ondetratsa**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Posto Médico
7	3	Hospital das Clínicas
8	4	São Pedro
9	5	Posto de Saúde
10	6	Posto Atendimento--v.angélica
11	7	Pronto Socorro de Campinas
12	8	Udum-brasília
13	9	Casa da Misericórdia
14	10	São José do Rio Preto
15	11	Conselho Tutelar Mirassol
16	12	Hospital de Base
17	13	Solo Sagrado
18	14	Hospital Emílio Ribas
19	15	Santa Casa
20	16	Postão do Cruzeiro
21	17	Posto da Tuca

22	18	Centro de Saúde
23	19	Ribeirão Preto
24	20	Hospital Público
25	21	Sanatório
26	22	Hospital Parque Belém
27	23	Casa de Numuperação - Diadema
28	24	Dentista Particular
29	25	Pam3 - Postão
30	26	CTA - C. de List.anônima/COAS
31	27	Alvorada Três Coroas
32	28	Espírita
33	29	Codim
34	30	Pró-vida
35	31	Hospital Imbituba
36	32	Hospital Blumenau
37	33	Uniclínica
38	34	Hospital Santa Isabel
39	35	Hospital Porto Alegre
40	36	Pronto Atendimento Ipanema
41	37	Hospital Marieta
42	38	Hospital Regional
43	39	SAE (serv. atendimento especial)
44	40	Hospital Psiquiátrico
45	41	Unimed/Centro Médico
46	42	Ulbra
47	43	Farmácia

48	44	Hosp.clínicas Porto Alegre
Num	45	Particular/SUS/Passo Fundo
1	**Código**	Posto de Saúde Imaruí
2	0	**Ondtratdr**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Hospital Espírita
7	3	Centro Vila
8	4	Posto de Saúde
9	5	IDUM - Brasília
10	6	Casa de Numuperação Mirassol
11	7	Casa de Numuperação - Uberlândia
12	8	Casa de Numuperação Frutal(MG)
13	9	Casa de Num.votuporanga(SP)
14	10	Betel - SJRP
15	11	Casa de Num. Claraval (MG)
16	12	Lar de Jaci
17	13	Postão do Cruzeiro
18	14	Sanatório - Partenon
19	15	Centro Vito
20	16	Casa de Numuperação - Diadema
21	17	Casa de Num. R.Preto e Taipas
22	18	Casa de Numeração São Pedro
23	19	Casa de Numeração Imbituba
24	20	Casa de Numeração Monte Sião

25	21	Casa de Numeração PRÓ-VIDA
26	22	Hospital Blumenau
27	23	Cedequin
28	24	Casa de Numuperação Raquel
29	25	Casa Numuperação Taquaritinga
30	26	Hospital Psiquiátrico
31	27	Desafio Jovem
32	28	Esquadrão Vida
33	29	Hosp. Clínicas Porto Alegre
34	30	Santa Casa
Num	31	Casa Numuperação Itapema
1	**Código**	Ulbra
2	0	**Motpenacon**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	Homicídio
7	3	Furto
8	4	Roubo
9	5	Assalto a Mão Armada
10	6	Tráfico de Drogas
11	7	Tentativa de Homicídio
12	8	Uso de Drogas
13	9	Assalto a Banco
14	10	Condenação Revelia
15	11	Tráfico e Porte de Drogas

16	12	Porte de Drogas
17	13	Numeperação/Assal./Porte/F./Tra
18	14	Furto/Tráfico de Drogas
19	15	Tentativa de Homicídio/Roubo
20	16	Furto e Arrombamento
21	17	Form. Quad./Corrup. menor/Assal.
22	18	Brigas
23	19	Sem Habilitação
4	20	Estelionato
25	21	Estelionato/Roubo e Furto 2
26	22	Tóxico e Porte de Arma
27	23	Porte Drogas/Furto/Assalto
28	24	Furto/Assalto a Mão Armada
29	25	Assalto/Homicídio e Estelion.
Num	26	Assalto e Formação de Quadril.
1	**Código**	Arrombamento
2	0	**Motcol1c**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
5	1	Não Respondeu
6	2	UDI Nervoso
Num	3	UDI não Deixou Furar outro Dedo
1	**Código**	UDI Desmaiou
2	0	**Motncolc**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica

5	1	Não Respondeu
Num	2	Segunda Fase
1	**Código**	UDI Passou Mal
2	0	**Motntiqali**
3	888	Não Sabe
4	999	Não se Aplica
	1	Não Respondeu
		Não foi Possível Coleta de Mat.

Anexo 1 **Anexo 2** **Anexo 3** **Anexo 4** **Anexo 5**