

**Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva  
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva**

**Maria Izabel Gomes dos Santos**

**Pesquisa Formativa para a implantação do estudo  
sorológico e sócio-comportamental entre usuários de  
drogas na cidade do Recife**

**RECIFE**

**2010**

**MARIA IZABEL GOMES DOS SANTOS**

**Pesquisa Formativa para a implantação do estudo sorológico e sócio-comportamental  
entre usuários de drogas na cidade do Recife**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Naide Teodósio Valois Santos

**Recife  
2010**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S237p Santos, Maria Izabel Gomes dos.  
Pesquisa Formativa para a implantação do estudo sorológico e sócio comportamental entre usuários de drogas na cidade do Recife / Maria Izabel Gomes dos Santos. — Recife: M. I. G. Santos, 2010.  
53 f.: il

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos, Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Naide Teodósio Valois Santos.

1. Usuário de drogas. 2. Pesquisa comportamental - métodos. 3. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 4. Infecções por HIV – prevenção & controle. 5. Doenças sexualmente transmissíveis. 6. Condições sociais. II. Título.

---

CDU 614.2

**MARIA IZABEL GOMES DOS SANTOS**

**Pesquisa Formativa para a implantação do estudo sorológico e sócio-comportamental  
entre usuários de drogas na cidade do Recife**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Orientadora: \_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos –  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Examinadora: \_\_\_\_\_  
Ms. Alethéia Soares Sampaio  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

*A Deus pelo dom da vida, que me deu coragem e luz, em todos os momentos, para vencer os obstáculos e realizar todas as conquistas em minha vida.*

*A meus pais, Anilzio e Liberata, pelo carinho, amor e sabedoria com os quais me conduziram pela vida.*

*A Fábio, meu cúmplice, amado companheiro, sempre presente pelo amor, apoio e a clareza em compreender as dificuldades e renuncia para elaboração deste trabalho.*

*A meus queridos e amados filhos: Augusto César e Letícia pela compreensão da minha ausência. Contribuíram com apoio e carinho.*

*A todos os meus queridos, amados irmãos, cunhados e familiares que sempre estiveram torcendo por mim e compreenderam a minha ausência.*

*A Lucinha amiga e companheira de todas as horas, pelo apoio incondicional aos meus filhos.*

## AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Ana Lúcia Ribeiro, pelo apoio, compreensão, incentivo e contribuições relevantes na construção deste trabalho. Meu carinho, amizade e admiração. Muito obrigada!

À Profª Mestra Náide Teodósio Valois Santos pela oportunidade da utilização dos dados da Pesquisa Formativa da Pesquisa Comportamental e de Soroprevalência de HIV e Sífilis com usuários de drogas no Recife e pela contribuição significativa na orientação deste Trabalho.

À Profª Drª Ana Maria de Brito, pela oportunidade de participar da pesquisa “Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e Profissionais do sexo (PS)”. E à equipe que fez parte dessas Pesquisas.

À Profª Drª Paulette por todo o apoio, pelas escutas e incentivos nos momentos difíceis no período da Residência. Meu carinho, amizade e admiração.

Aos professores do NESC pela contribuição significativa e a todos os funcionários da Secretaria Acadêmica e da Biblioteca pela atenção dispensada.

À Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco, pela bolsa que possibilitou o estudo.

À Equipe do Serviço social e à chefia Ana Carolina pelo apoio e a oportunidade de organizar o meu horário de trabalho para realização da Residência.

Às gerências Renata, Michelle, Paulo e Geovana e aos profissionais do CAPSAD pelo apoio e compreensão para realização da Residência.

À turma da residência, 2007, pela solidariedade e a leveza do bem viver, especialmente João Guedes e Nanci pela amizade, incentivo, apoio e carinho que foram essenciais para construção deste trabalho.

Ao querido amigo Eduardo pela paciência, compreensão, amizade e o apoio imediato ao conserto do meu computador. Muito Obrigada!

SANTOS, Maria Izabel Gomes. Pesquisa Formativa para a implantação do estudo sorológico e sócio-comportamental entre usuários de drogas na cidade do Recife. 2010. Monografia (Residência Multiprofissional em saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

Para melhor compreensão da complexa dinâmica da AIDS entre usuário de drogas (UD), o Ministério da Saúde do Brasil (MS) estará financiando o projeto de pesquisa intitulado “*Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas, em 10 municípios brasileiros.*” Essa iniciativa tem por objetivo estabelecer uma linha de base para o monitoramento da epidemia de HIV/AIDS nesse subgrupo populacional e possibilitar a elaboração de estratégias preventivas mais adequada para essa população reconhecidamente de maior vulnerabilidade para o HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Para aplicar esse estudo à realidade dos UD de Recife, uma *Pesquisa Formativa* foi realizada com informantes-chave – UD e profissionais de saúde que assistem essa população –, utilizando a metodologia de grupos focais (dois grupos com UD e um grupo com os profissionais de saúde). O presente estudo teve por objetivo descrever os resultados dessa *Pesquisa Formativa* para a estruturação do trabalho de campo do estudo sócio-comportamental e sorológico acima mencionado. Com a finalidade de conhecer o perfil dos participantes uma entrevista semi-estruturada foi realizada antes de iniciar o grupo focal. Os resultados da *Pesquisa Formativa* demonstraram que esta foi decisória para definir a logística, para conhecer a infra-estrutura e organização do processo de trabalho no local onde se pretende realizar a pesquisa do MS e para que as equipes que irão participar do estudo se conhecessem e fossem capacitadas, padronizando os procedimentos e a forma de receber e conduzir adequadamente os participantes. Demonstrou ainda o melhor local para o estudo, os dias e horários de atendimento, levantando também as características das possíveis “sementes” para início da cadeia de recrutamento, à escolha dos materiais educativos e as formas de ressarcimentos por participação e recrutamento.

**Palavras-chaves:** Usuários de drogas; Conhecimentos, Atitudes e Prática em saúde; Infecções por HIV; Doenças Sexualmente Transmissíveis.

SANTOS, Maria Izabel Gomes. Formative Research for the deployment of serological survey and socio-behavioral drug users in Recife. 2010. Monograph (Multidisciplinary Residency in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## ABSTRACT

To better understand the complex dynamics of AIDS among drug users (DU), the Ministry of Health (MOH) of Brazil will be funding a research project entitled "*Rates of HIV infection, Syphilis and inventory of knowledge, attitudes and practices related to the risk of sexually transmitted diseases among drug users in 10 Brazilian cities.*" This initiative aims to establish a baseline for monitoring the epidemic of HIV/AIDS in that population subgroup and enable the development of preventive strategies more appropriate for that population knowing to be of greater vulnerability to HIV and other Sexually Transmitted Infections. To apply this study to the reality of UD in Recife, a *Formative Research* was conducted with key informants – UD and health professionals who assist that population – by using the methodology of focus groups (two groups with UD and one group of health professionals). The present study aimed to describe the results of that *Formative Research* for structuring the research field of the serologic and behavior study above mentioned. In order to know the profile of the participants a semi-structured questionnaire were conducted before the focus groups. The results of this *Formative Research* showed that it was operative to set the logistics, in order to meet the infrastructure and organization of the work process on the site where it is intended to carry out the MOH research, for the teams who will participate in this study know each other and for them to be trained, in order to standardizing procedures and the way of receiving and adequately deal with the participants. It also demonstrated the best place for the study, the days and hours of service, establishing also the characteristics of the possible "seeds" to start a chain of recruitment, the selection of educational materials and the forms of claims for participation and recruitment.

Keywords: Drug Users; Health Knowledge, Attitudes, Practice; HIV Infections; Sexually Transmitted Diseases

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>15</b>
<b>3 PERGUNTA CONDUTORA</b>	<b>16</b>
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Geral</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Específicos</b>	<b>17</b>
<b>5 RERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>18</b>
<b>5.1 Sífilis e HIV/AIDS entre usuários de drogas</b>	<b>18</b>
<b>5.2 Respondent Driven Sampling ( RDS) método de amostragem para estudar populações de difícil acesso, Como os usuários de drogas (UD)</b>	<b>20</b>
<b>5.3 Pesquisa Formativa</b>	<b>23</b>
<b>6 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS</b>	<b>25</b>
<b>6.1 Desenho do Estudo</b>	<b>25</b>
<b>6.2 Área e Período do Estudo.</b>	<b>26</b>
<b>6.3 População do Estudo</b>	<b>26</b>
<b>6.4 Coleta e Fontes de dados</b>	<b>26</b>
<b>6.5 Plano de Análise</b>	<b>27</b>
<b>6.6 Aspectos éticos</b>	<b>28</b>
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>28</b>
<b>7.1 Perfil sociodemográfico dos participantes</b>	<b>28</b>
<b>7.2 Percepções e opiniões de usuários de álcool e outras drogas e de profissionais de saúde que atendem essa População, no Recife</b>	<b>29</b>
7.2.1 Percepções e opiniões quanto aos elementos contextuais e organizativos dos serviços de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Recife	<b>30</b>
7.2.2 Uso de drogas no Recife	<b>32</b>
7.2.3 Procedimentos da pesquisa sorológica e sócio-comportamental	<b>36</b>
7.2.3.1 <i>Local para realização do estudo</i>	<b>37</b>
7.2.3.2 <i>Dias e horários para funcionamento do estudo</i>	<b>38</b>
7.2.3.3 <i>Tipo e valor de incentivo financeiro na pesquisa</i>	<b>38</b>
7.2.3.4 <i>Realização dos Testes Rápidos para a Sífilis e o HIV</i>	<b>39</b>
<b>8 CONCLUSÕES</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>42</b>

<b>ANEXOS</b>	<b>46</b>
ANEXO A - Roteiro para grupo focal com profissionais de saúde /ONG	<b>47</b>
ANEXO B - Roteiro para grupo focal / entrevista com usuários de drogas (UD)	<b>48</b>
ANEXO C - Roteiro do questionário “Perfil sócio-demográfico dos participantes da Pesquisa Formativa com Profissionais de saúde/ ONG	<b>49</b>
ANEXO D - Roteiro do questionário “Perfil sócio-demográfico dos participantes da Pesquisa Formativa com usuários de drogas	<b>50</b>
ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP	<b>51</b>
ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes do grupo focal Profissionais de Saúde	<b>52</b>
ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes do grupo focal Usuários de Drogas	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A epidemia de AIDS<sup>1</sup> continua sendo um desafio para a saúde global. Desde o início da epidemia em 1981, 27 milhões de pessoas morreram de AIDS no mundo e cerca de 33 milhões de pessoas estão vivendo com o HIV<sup>2</sup>. A cada dia, surgem 7.400 novas infecções por HIV, das quais 96% estão em países de baixa e média renda, sendo metade mulheres e 45% jovens da faixa etária de 15 a 24 anos.

No início da epidemia os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) tiveram um papel chave na propagação do HIV e de outras infecções transmitidas pelo sangue, em todo o mundo. Estima-se que, no mundo, existam aproximadamente 15,9 milhões de usuários de drogas injetáveis, dos quais aproximadamente três milhões estariam infectados com o HIV (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

A epidemia brasileira de AIDS atinge as diversas classes sociais, revelando-se como uma epidemia de múltiplas dimensões, que vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas. O fenômeno da *heterossexualização* significa o aumento da transmissão do HIV por contato heterossexual, implicando no crescimento substancial de casos em mulheres, conhecido como o fenômeno da *feminização* da epidemia. O fenômeno de *pauperização* tem sido caracterizado pelo aumento da proporção de casos de AIDS em indivíduos sócio-economicamente desfavorecidos, com baixa escolaridade. O fenômeno da *interiorização* representa a difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte. Contudo, o Brasil tem mantido sua posição entre os países de epidemia concentrada<sup>3</sup> (BRITO et al., 2001; BRASIL, 2010).

No Brasil, estima-se que atualmente 630 mil pessoas vivam com a infecção pelo HIV, e a forma de transmissão predominante é a via heterossexual. Essa via de transmissão foi responsável por 96,9% dos casos no sexo feminino. Chama-se atenção a análise da razão por sexo em jovens de 13 a 19 anos. A inversão apresenta-se desde 1998, com oito casos em meninos para cada dez casos em meninas. Entre os homens, a via de transmissão heterossexual se coloca também como a principal, tendo sido responsável por 45,1% dos casos. Entre homens que fazem sexo com homens (HSH), ocorre uma tendência de estabilização na proporção de casos, em média 28% a partir de 2000. Contudo, na faixa etária

---

<sup>1</sup> Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

<sup>2</sup> Vírus da imunodeficiência humana (HIV).

<sup>3</sup> Epidemia concentrada é aquela na qual o número de casos, novos ou antigos, é maior que 5% em populações sob maior risco de exposição ao HIV (populações mais vulneráveis) e menor que 5% na população geral.

de 13 a 24 anos desse segmento, observa-se um aumento na proporção de casos de AIDS. A transmissão pelo uso de drogas injetáveis apresentou uma acentuada redução tanto em homens quanto em mulheres. Nos homens caiu de 22,6%, em 1997, para 7,4%, em 2007. Nas mulheres, a queda foi de 10,2%, em 1997, para 2,6%, em 2007 (BRASIL, 2009).

Apesar do fenômeno de heterossexualização, Adimora et al. (2006) afirmou que no Brasil são considerados como subgrupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV: os usuários de drogas injetáveis (UDI); os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e as mulheres profissionais do sexo (PS), os quais são considerados pessoas chave na disseminação do vírus tanto entre os grupos com maior vulnerabilidade quanto na população geral.

As práticas sexuais inseguras e o compartilhamento de drogas injetáveis são reconhecidos como importantes determinantes da infecção pelo HIV, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2006). Miranda e Zago (2006), em pesquisa realizada em Vitória-ES sobre a prevalência de infecção pelo HIV e sífilis em sistema correcional para adolescentes, verificaram 4,9% para o HIV e 7,8% para a sífilis. Estudo realizado em Recife, no ano de 1996, em 339 pacientes infectados pelo HIV, observou que 5% usavam drogas injetáveis. Nesse grupo foi constatada, ainda, associação significativa entre infecção pelo HIV e sífilis, e entre o uso de drogas injetáveis e práticas sexuais inseguras (RODRIGUES; ABATH, 2000).

Contudo, apesar da importância desses grupos mais vulneráveis na disseminação da epidemia de AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis, os mesmos têm pequena magnitude em termos populacionais e são considerados como populações de difícil acesso. Por essa razão se faz necessário técnicas de amostragem especificamente desenhadas para obtenção de informações nesses grupos populacionais. Sendo assim, as estratégias de vigilância convencionais que se baseiam em técnicas probabilísticas de amostragem simples e estratificada<sup>4</sup>, não são efetivas para o estudo de populações de difícil acesso, especialmente aquelas com comportamentos marginalizados pela maior parte da população, como os profissionais do sexo, os homens que fazem sexo com homens e os usuários de drogas injetáveis (SEMAAN et al., 2002; MAGNANI et al., 2005). Para tais populações são empregadas técnicas de amostragem não probabilística que são modelos de aproximação do princípio da aleatoriedade. Essa estratégia é utilizada quando não é garantido o total acaso da

---

<sup>4</sup> As técnicas probabilísticas de amostragem simples e estratificada significam que a probabilidade de uma pessoa ser selecionada para compor a amostra é igual para todos de cada universo populacional. As inferências obtidas da análise dos dados produzidos por esta técnica podem ser esperadas como sendo muito próximas ao que acontece na realidade, diminuindo assim, a ocorrência de vieses.

participação dos indivíduos de interesse na composição da amostra. Entretanto, pretende-se acessar uma amostra que seja o mais próximo possível da representatividade da população alvo. Essas técnicas, especialmente úteis no estudo das populações ditas “escondidas, ocultas ou marginalizadas”, são: Targeted Sampling (TS); Stratified Sampling (SS); Time-Space Sampling (TSS) e Respondent-Driven Sampling (RDS), dentre outras (SEMAAN et al., 2002; MAGNANI et al., 2005).

A Pesquisa denominada “*Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*”<sup>5</sup>, financiada pelo Ministério da Saúde, as Nações Unidas e o Banco Internacional de Desenvolvimento, indica mais um esforço para acessar e melhor conhecer a prevalência do HIV, da sífilis e a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras IST entre usuários de drogas, de modo a estabelecer uma “linha de base” de monitoramento da epidemia do HIV/AIDS nesse subgrupo populacional. Escolheu-se utilizar para essa Pesquisa a metodologia de amostragem “Respondent-Driven Sampling” (RDS).

O estudo com usuários de drogas no município de Recife foi desenvolvido pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT - Fiocruz Rio de Janeiro), em parceria com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM - Fiocruz Pernambuco).

Antes, porém, de iniciar a coleta de dados do referido Projeto de Pesquisa, em cada município, foi realizada uma *Pesquisa Formativa*, com a finalidade de obter informações relevantes para a estruturação do campo e implantação do estudo. O presente estudo discorrerá sobre a *Pesquisa Formativa* para estruturação do campo da pesquisa sócio-comportamental e de soroprevalência de HIV e sífilis entre usuários de drogas do Recife. Esta *Pesquisa Formativa* foi realizada com pessoas-chave da população de usuários de drogas, profissionais de saúde e de Organizações Não Governamentais (ONG) que trabalham com essa população. Os objetivos dessa etapa foram: (i) obter informações sobre o interesse da população-alvo em participar do estudo; (ii) escolher o local para a realização da pesquisa, assim como os dias e horários de funcionamento desse local; (iii) definir os procedimentos a serem realizados: testes rápido para sífilis e para o HIV; (iv) verificar o tipo e valor financeiro para ressarcir as despesas dos sujeitos da pesquisa; (v) selecionar materiais educativos para serem distribuídos com os participantes da pesquisa; e (vi) selecionar as possíveis “sementes”

---

<sup>5</sup> Manaus, Recife, Salvador, Campo Grande, Brasília, Curitiba, Itajaí, Santos, Belo Horizonte e Rio de Janeiro (selecionados pelo Programa Nacional de DST e Aids).

(usuários de drogas, escolhidos com base em critérios pré-estabelecidos, para iniciar o processo de amostragem RDS).

## 2 JUSTIFICATIVA

Hoje, a AIDS caracteriza-se por múltiplas epidemias, acometendo diversas sub-populações, muitas consideradas de “difícil acesso” como é o caso dos usuários de drogas. Para entender a sua dinâmica é preciso conhecer o que se passa nessas “redes de indivíduos” que, em função de seu comportamento, são considerados populações vulneráveis.

Estudos como o denominado “*Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas, em 10 municípios brasileiros*” se constitui como de mais alta relevância para o entendimento da dinâmica complexa da AIDS nessa população, apontada dentre as de maior vulnerabilidade. Os resultados desse estudo possibilitarão a elaboração de estratégias preventivas mais adequadas, por levarem em consideração o comportamento e o contexto do ambiente em que estão inseridas essas pessoas. A relevância do presente estudo se apóia, também, na necessidade de observar e documentar a *Pesquisa Formativa* para estruturação do campo da pesquisa supracitada, tendo em vista a necessidade de se observar aspectos importantes para a implantação do estudo e familiarizar os pesquisadores com as barreiras e alternativas de recrutamento dos usuários de drogas para a pesquisa.

### 3 PERGUNTA CONDUTORA

Que informações<sup>6</sup> podem ser obtidas a partir da *Pesquisa Formativa*, para estruturação do trabalho de campo do estudo “*Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas, em 10 municípios brasileiros*” na cidade do Recife?

]

---

<sup>6</sup> No que se refere: ao interesse da população-alvo em participar do estudo (barreiras e alternativas de recrutamento dos usuários de drogas); ao local, dias e horários de funcionamento desse local; ao consentimento para a realização de testes rápidos para sífilis e para o HIV; ao tipo e valor financeiro para ressarcir as despesas dos sujeitos da pesquisa; aos materiais educativos para serem distribuídos com os participantes da pesquisa; e a seleção das possíveis “sementes”.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Geral

Descrever os resultados da *Pesquisa Formativa*, realizada com usuário de drogas (UD) e profissionais de saúde, para a estruturação do trabalho de campo de um estudo sócio-comportamental e sorológico entre UD da cidade do Recife.

### 4.2 Específicos

- a) Descrever o perfil sócio-demográfico, as percepções e opiniões dos participantes da *Pesquisa Formativa* quanto ao início do uso de drogas, contextos (acesso e redes sociais) para manutenção do vício e quanto à utilização de serviços para tratamento desse agravo a saúde, no Recife;
- b) Descrever aspectos abordados na *Pesquisa Formativa* úteis para a estruturação do trabalho de campo do estudo sócio-comportamental e sorológico entre UD da cidade do Recife.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Sífilis e HIV/AIDS entre usuário de drogas

Informações disponíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE AIDS, 2008), apontam que a epidemia do HIV está, globalmente, longe de ser controlada. No final de 2007, estimava-se que 33,2 milhões de pessoas viviam com o HIV e que cerca de 2,5 milhões de pessoas infectaram-se nesse mesmo ano, e ainda que 2,1 milhões morreram em decorrência da AIDS, que permanece como a principal causa de mortes na África.

Os modos de transmissão do HIV variam de acordo com a região: na África Subsaariana e no Caribe predomina a transmissão heterossexual; no Leste Europeu a transmissão por uso de drogas injetáveis; e na Ásia, tanto a transmissão por uso de drogas injetáveis como a transmissão por sexo comercial sem proteção. Na América Latina, ainda que se tenha constatado o aumento da transmissão heterossexual em alguns países, a transmissão entre homens que fazem sexo com homens tem se mantido em destaque (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2008).

De modo geral, as práticas sexuais inseguras e o compartilhamento de drogas injetáveis são reconhecidos como importantes determinantes das infecções sexualmente transmissíveis, dentre elas a sífilis e o HIV (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2008). Um estudo multicêntrico sobre prevalência de HIV, hepatite C e sífilis, realizado na Rússia, em 2006, com 1.473 usuários de drogas injetáveis, que não tinham conhecimento da sua(s) infecção (ões), evidenciou que 50% desses usuários eram positivos para o HIV; cerca de 33% estavam infectados com o vírus da hepatite C e cerca de 11% tinham sífilis. Destacase, portanto, o potencial desses UDI para a transmissão sexual do HIV (RHODES et al., 2007).

Dursin (2001), em estudo baseado nos dados da Organização Mundial de Saúde, constatou que o crescente uso de droga aumentou significativamente o número de pessoas com HIV/AIDS na Indonésia, sendo as populações de maior vulnerabilidade os adolescentes e os adultos jovens. Supõe-se que na Indonésia existiam 3,1 milhões de usuários de heroína (droga mais consumida), que 60% dos UDI compartilham seringas, que aproximadamente

15% dos UDI têm o HIV e que quase 80% dos UDI também estão infectados com os vírus da hepatite B e C.

No Brasil, existem atualmente 630 mil pessoas com o HIV. Dessas, 255 mil desconhecem que estão infectadas (BRASIL, 2010). No que se refere à categoria de exposição, observa-se na série histórica, que em homens com idade maior que 13 anos, o crescimento da epidemia acomete os heterossexuais, com estabilização entre homossexuais e bissexuais e redução entre usuários de drogas injetáveis – em 1996, dos casos registrados em homens, 29,4% foram em homo/bissexuais; 25,6% em heterossexuais; e 23,6% em UDI. Em 2006, foram 42,6% em heterossexuais; 27,6% em homo/bissexuais e 9,3% em UDI –. No entanto, em homo/bissexuais jovens, a tendência é de crescimento. Entre as mulheres, acima de 13 anos, 86,1% dos casos notificados em 1996 foram em heterossexuais e 12,6% em UDI. Em 2006, o percentual de casos em heterossexuais subiu para 95,7% e em UDI caiu para 3,5%. Destaca-se que a diminuição da prevalência em usuários de drogas injetáveis se deve a estratégia de redução de danos e ao aumento de casos em mulheres, cuja infecção é atribuída principalmente ao comportamento sexual de seus parceiros (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE AIDS, 2008).

No Brasil, vêm sendo desenvolvidas pesquisas de base populacional acerca de comportamentos sexuais e de situações com maior vulnerabilidade. Todavia, essas pesquisas, a despeito de sua imensa importância, têm capacidade limitada para acessar populações, estigmatizadas e criminalizadas, como os usuários de drogas (BASTOS et al., 2008). Os achados do inquérito, de âmbito nacional, realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas nas populações vulneráveis de homens que fazem sexo com homens (HSH) e UDI, constatam que esses grupos se relacionam com maior número de parceiros e adotam práticas sexuais não seguras.

Vários estudos apontam para a associação entre o uso de drogas e o uso inconsistente de preservativos. Miranda e Zago (2006) em estudo de prevalência da infecção pelo HIV e Sífilis, em sistema correccional para adolescentes em Vitória–ES, observaram as seguintes prevalências: 4,9% para o HIV e 7,8% para a sífilis. Os fatores de risco observados foram: 52,4% não usavam preservativos; 28,9% relataram história de DST e 50,5% usavam algum tipo de droga. Neste estudo foi vista associação estatisticamente significativa entre infecção pelo HIV, sexo inseguro e o uso de drogas injetáveis. A mesma associação foi constatada para a sífilis.

Um estudo realizado em Recife, em 1996, em pacientes infectados pelo HIV, com e sem AIDS, verificou que 73,4% estavam na faixa etária de 20 a 40 anos, sendo 75% do sexo

masculino. Os casos de infecção sem AIDS se concentravam no grupo etário de 20-29 anos, enquanto que os com AIDS tinham de 30-39 anos, apontando, portanto, que a infecção ocorreu quando estavam na faixa etária anterior. Desse universo, 3,5% usavam drogas injetáveis. A Sífilis foi a coinfeção mais freqüente, presente em 8,8% dos casos (RODRIGUES; ABATH, 2000).

Segundo o Informe Epidemiológico de 2007, em Recife, no período de 1996 a 2006, os casos de AIDS evoluíram com média de 324 casos notificados por ano. Ao comparar os anos de 1996 e 2004, verifica-se um incremento significativo de 63,8% nos coeficientes de detecção. Segundo parâmetros do Programa Nacional de DST e AIDS, esse incremento coloca-se no estrato de mais alto risco (RECIFE, 2007).

Um levantamento nacional, realizado nas 27 capitais brasileiras pela Secretaria Nacional Antidrogas e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, em 2003, sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, constatou que a tendência de aumento do consumo de crack foi progressiva. No Nordeste, destaca-se que o consumo de cocaína-crack era em torno de 1% até 1997, subindo em 2003 para 20,3% em Recife e 10,3% em Fortaleza (NOTO et al., 2003).

Segundo Chaves (2009), o *crack* causa uma maior dependência em relação às demais drogas, e isso ocorre por que, além da “fissura” induzida por fatores ambientais e emocionais, os usuários de crack desenvolvem outro tipo de “fissura”, a causada pelo próprio efeito da droga. Esse tipo de “fissura” apareceu como forte fator mantenedor dos episódios de consumo chamados de “binge”, no qual o uso é prolongado, intenso e contínuo. Estes episódios foram os maiores responsáveis pelo rebaixamento de valores do usuário, sujeitando-os a práticas não convencionais (prostituição, práticas ilícitas) para a obtenção da droga.

## **5.2 Respondent Driven Sampling (RDS): método de amostragem para estudar populações de difícil acesso, como os usuários de drogas (UD)**

A Organização Mundial da Saúde em cooperação com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS resolveram estabelecer a melhoria das metodologias dos sistemas de vigilância epidemiológica existentes, a fim de obter informações que permitam avaliar as reais tendências da infecção pelo HIV, bem como subsidiar novas atividades de prevenção e controle. Essa iniciativa se respalda nas seguintes considerações: (i) é cada vez

mais aparente, em nível mundial, a diversidade das epidemias causadas por esse vírus; (ii) o sistema de primeira geração da vigilância epidemiológica, reflete uma situação de vários anos após a infecção ter acontecido; e (iii) o intervalo de tempo entre a infecção e o aparecimento da doença tende a aumentar em virtude de diversos fatores, tais como: a introdução dos antiretrovirais, a incorporação de profilaxia e tratamento de doenças oportunistas e a facilidade de acesso aos serviços especializados pela descentralização dos mesmos. Ou seja, se do ponto de vista individual são notórios os avanços que permitem aos portadores de HIV melhor qualidade de vida, do ponto de vista da vigilância epidemiológica o fato de os indivíduos infectados pelo HIV permanecerem sem sintomas, e por isso entrarem cada vez mais tardiamente no sistema de informação, fazem com que as informações desse sistema fiquem cada vez mais distantes da real magnitude da infecção.

Dessa forma, os comportamentos de risco que servem para dar o sinal de alarme quanto à disseminação do HIV, acontece tardiamente. Daí a dificuldade de explicar, com os sistemas atuais de vigilância epidemiológica, as modificações na magnitude da infecção pelo HIV, especialmente nos países onde se dispõe de tratamento antiretrovirais; onde rotineiramente, as informações da vigilância epidemiológica não são cruzadas com as provenientes de outras fontes; e onde os recursos da vigilância muitas vezes são destinados à população geral, cujo risco de infecção é baixo, em vez de se priorizar populações sob maior risco, que no geral são priorizadas apenas em momentos específicos.

Os sistemas, criados para reforçar a vigilância epidemiológica, foram denominados "*sistemas de vigilância de segunda geração*" e têm por objetivo identificar, através de estudos transversais repetidos na população geral e em subgrupos da população, as tendências de comportamento, tais como: frequência e tipo de relações sexuais; uso do preservativo; idade na primeira relação sexual; uso de drogas injetáveis e/ou outras drogas; compartilhamento de seringas e etc. Permite ainda, monitorar as tendências da infecção pelo HIV: através da vigilância sorológica sentinela em determinados subgrupos da população; na detecção de rotina do HIV entre doadores de sangue; entre coortes de trabalhadores ou outros subgrupos da população; e em amostras biológicas obtidas por meio de pesquisas na população geral. Essa estratégia, além de identificar populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, permite melhorar o conhecimento da epidemia e elaborar planos de prevenção e assistência mais próximos da realidade.

A implementação desse sistema envolve pesquisas contínuas de novos instrumentos epidemiológicos, melhores métodos de estimativas de construção e modelagem da epidemia, e as melhores maneiras de usar os dados para o planejamento, monitoramento e avaliação.

Nessa perspectiva, muitos métodos de amostragem têm sido utilizados para identificar as práticas e os comportamentos de risco nos grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV, destacando-se dentre essas, as metodologias de amostragem bola de neve, “Respondent-Driven Sampling” e a pesquisa qualitativa. Dentre as pesquisas qualitativas está a pesquisa formativa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE, 2001; REHLE et al., 2004).

A metodologia *Respondent-Driven Sampling* (RDS), proposto por Heckathorn (1997), tem sido utilizada para estudos com populações vulneráveis de difícil acesso. O método é uma variante da amostragem em cadeia, em que os participantes subseqüentes são recrutados pelos participantes anteriores através de sua rede social (ou seja, pelos pares). No método RDS, primeiramente escolhem-se, com base em alguns critérios preestabelecidos, indivíduos da população-alvo, que serão chamados de “sementes”. A essas sementes, solicita-se que recrutem um número fixo de conhecidos do mesmo subgrupo populacional, que recrutarão outros pares, e assim por diante. A coleta de dados é realizada por meio de sucessivos ciclos de recrutamento, denominados “ondas”, até o tamanho estabelecido de a amostra ser atingido.

O método RDS utiliza-se de um sistema matemático para ponderação da amostra, no sentido de compensá-la por não ter sido elaborada de forma aleatória. Baseia-se no reconhecimento de que os pares são mais capazes do que os pesquisadores de localizar e recrutar outros membros de uma determinada população, principalmente quando essa é estigmatizada. Por esse motivo, o RDS tem demonstrado ser uma estratégia útil para o recrutamento de usuários de drogas, bem como para outras populações de difícil acesso. Por outro lado, o RDS fornece meios para avaliar a confiabilidade dos dados obtidos e também permite inferências sobre as características da população da qual a amostra é desenhada (DOUGLAS et al., 2006; ROBINSON et al., 2006).

O método RDS é capaz de produzir amostragens probabilísticas da população em estudo e reduzir diversas fontes de vieses encontradas em amostragens por cadeia ou bola-de-neve. Através da provisão de meios de seleção da amostra e da avaliação da confiabilidade dos dados obtidos, estes são ponderados e ajustados segundo os padrões de recrutamento observados durante o estudo, obedecendo às probabilidades de homofilia (recrutamento de pessoas com as mesmas características que o recrutador) e o tamanho da rede social de cada indivíduo (SALGANIK; HECKATHORN, 2004).

Vários estudos têm utilizado o método de amostragem RDS para acessar as populações de difícil acesso como usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo (PS), que estão sob maior risco de infecção pelo HIV devido à

especificidade das suas características sociais e comportamentais. Um estudo piloto, realizado em Nova York, com o objetivo de avaliar a eficácia do RDS para recrutar um grupo diversificado de usuários de drogas, relacionando-o com a infecção pelo HIV, foi iniciado com oito sementes, e em 13 semanas 618 UD (injetáveis e não injetáveis) haviam sido recrutados. Assim, esses autores comprovaram que o RDS é um método de amostragem eficaz para o recrutamento de UD (DOUGLAS et al., 2006).

Outro estudo realizado por Yeka et al. (2006), também observaram que o uso do RDS, entre os UDI, os HSH e as PS tem muitas vantagens por possibilitar a amostra necessária em um curto período de tempo, diminuindo custos e propiciando a segurança dos pesquisadores e dos entrevistados.

### **5.3 Pesquisa Formativa**

No campo das pesquisas qualitativas, a realização da *Pesquisa Formativa* é a investigação conduzida antes de desenvolver a pesquisa principal, com a finalidade de compreender o contexto em que a intervenção terá lugar, bem como conhecer aspectos específicos da problemática em questão, apreender sobre os determinantes de comportamentos e de atitudes da população alvo que possam ser percebidos pela comunidade envolvida. Além disso, permiti identificar os recursos que deverão ser disponibilizados para a viabilização do projeto de pesquisa (GITTELSOHN, 2006).

Segundo Higgins et al. (1996) a *Pesquisa Formativa* consiste em coletar dados úteis para o desenvolvimento e implementação do projeto de pesquisa. Tem as suas raízes na antropologia aplicada, sociologia, marketing social, psicologia e educação. Essa pesquisa envolve uma variedade de métodos qualitativos e quantitativos para ajudar a informar quanto ao recrutamento, bem como para definir e avaliar o perfil do público alvo, identificando os comportamentos e atitudes relevantes ao tema de interesse e o contexto em que estão inseridos.

Gittelsohn et al. (1999) evidenciaram que os comportamentos estabelecidos em populações vulneráveis estão relacionados a uma variedade de circunstâncias pessoais, cognitivas, econômicas, sociais, culturais e fatores estruturais, que são extremamente difíceis de serem mudados. Ressaltaram a importância da *Pesquisa Formativa* para compreender tais

fatores e os processos que podem ser empregados em diversos níveis: individual, interpessoal, organizacional e ambiental que subsidiará projetos de pesquisas e políticas de saúde.

Mackellar et al. (2007) em pesquisa para estimar a prevalência de infecção por HIV em homens que fazem sexo com homens, afirmaram que a *Pesquisa Formativa* foi de grande relevância, sendo essencial para discutir e definir os procedimentos do campo da pesquisa: locais de encontro; o tempo e os métodos de recrutamento; os horários para os encontros diários; os critérios de comparecimento; a logística; a segurança e o recrutamento dos participantes.

Para Rehle et al. (2004) a *Pesquisa Formativa*, através da promoção de discussões em grupo e entrevistas com informantes chaves, pode ajudar a explicar as ações ineficazes ou adequadas para subsidiarem um projeto de pesquisa antes de ser aplicado. Amy et al. (2007), ressaltaram que as atividades da *Pesquisa Formativa* contribuem para compreender melhor a comunidade envolvida e estabelecer confiança com a população alvo.

O Instituto de Saúde Pública da Universidade Estadual da Geórgia, Estados Unidos, no intuito de subsidiar um inquérito sobre dependência de uso do tabaco, utilizaram inicialmente uma *Pesquisa Formativa*. Os autores evidenciaram que esta pesquisa subsidiou a realização do inquérito, auxiliando a construção de um instrumento confiável, bem como permitindo aos investigadores a compreensão de como a dependência da nicotina se desenvolve na população que seria estudada (STERLING et al., 2009).

Foi realizada na Europa Oriental, na Sérvia e em Montenegro, entre 2004 e 2005, uma *Pesquisa Formativa* para estudar a viabilidade de ser realizado um estudo sobre a prevalência do HIV e fatores de risco associados entre profissionais do sexo, utilizando o método de amostragem RDS. Essa *Pesquisa Formativa* revelou a inviabilidade de se realizar o referido estudo, utilizando-se do RDS, tendo em vista que as PS, naqueles países, não possuem rede social, elas atuam de forma independente, oferecendo seus serviços por meio de publicidade em jornais ou diretamente ao cliente (SIMIC et al., 2006).

Nos EUA, o Instituto Nacional do Alcool e o Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas financiaram uma *Pesquisa Formativa* com o objetivo de estabelecer uma Fundação para Comunicação e Divulgação de Campanhas Educativas direcionadas à juventude rural, contra o álcool, tabaco, drogas e violência. Os principais resultados dessa pesquisa evidenciaram que as meninas e os meninos percebem de forma diferente os riscos do uso do álcool e do tabaco. Os achados indicaram ainda, que as escolas rurais estão numa posição única para liderar esses esforços e, portanto, deverão ter um papel ativo na comunidade, com

base em esforços para preparar o caminho para a mudança de comportamento dessa população alvo (KELLY et al., 2004).

## 6 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

### 6.1 Desenho do Estudo

O presente estudo foi realizado a partir de dados obtidos de uma *Pesquisa Formativa*, ou seja, de um estudo transversal de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2003) e Rehle et al. (2004) esse desenho de pesquisa contempla um conjunto de técnicas para compreender opiniões, valores e atitudes que contribuirão para avaliar a adequação das ações, procedimentos e local para determinado público, subsidiando a adequação do projeto de pesquisa antes de ser aplicado.

Essa *Pesquisa Formativa* foi realizada antes da fase de coleta de dados de um estudo nacional, proposto pelo Ministério da Saúde, em dez cidades brasileiras, sendo o Recife um desses municípios. O estudo nacional tem por finalidade estabelecer uma *linha de base* para: o monitoramento da prevalência da infecção pelo HIV e sífilis na população de usuários de drogas no país; o monitoramento de conhecimentos, atitudes e práticas de risco dessa população, a fim de subsidiar a realização de políticas de prevenção adequadas para essa população alvo.

A *Pesquisa Formativa* na cidade do Recife foi conduzida por uma pesquisadora, especificamente contratada para sua realização, e dois consultores especializados na temática do uso de drogas, e obteve o apoio da coordenação de DST/AIDS nacional e do local do estudo. Esta *Pesquisa Formativa* consistiu na realização de três grupos focais – um com profissionais de saúde (roteiro utilizado no Anexo A) e dois com usuários de drogas (roteiro utilizado no Anexo B). Participaram desta pesquisa usuários de drogas e profissionais de saúde que moram e/ou atuam nos seis Distritos Sanitários do Município de Recife. Para a construção do perfil sociodemográfico cada participante preencheu a ficha disponível no Anexo C.

## 6.2 Área e Período do Estudo

A *Pesquisa Formativa* foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento de usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), localizado no Distrito Sanitário III do Município de Recife, em Junho de 2009.

## 6.3 População do Estudo

A população alvo da *Pesquisa Formativa* foi constituída, conforme já mencionado, de dois conjuntos de informantes-chaves: profissionais de saúde e usuários de drogas. No grupo dos profissionais de saúde, participaram no total oito pessoas, quatro homens e quatro mulheres, tendo pessoas que atuam em serviços de saúde para usuários de álcool e outras drogas; pessoas que atuam no *Programa de Redução de Danos no Consumo de Álcool e Outras Drogas* da Cidade do Recife e pessoas de Organizações Não Governamentais (ONG) que trabalham na assistência aos usuários de drogas. No grupo de usuários de drogas participaram um total de 19 pessoas, sendo 14 homens e cinco mulheres. Esses usuários possuíam idade a partir dos 18 anos, residiam no Recife e foram apontados para participarem da pesquisa formativa pelos integrantes do grupo focal de profissionais de saúde supracitado, por serem reconhecidos por eles como lideranças da população alvo de interesse para a pesquisa nacional.

## 6.4 Coleta e Fontes de Dados

Foram utilizados dados secundários obtidos a partir das seguintes fontes:

- a) Ficha utilizada para a construção do perfil sociodemográfico de cada participante dos grupos focais;
- b) Transcrições das entrevistas realizadas nos grupos focais com os profissionais de saúde e com os usuários de drogas.
- c) Relatório final da Pesquisa Formativa.

## 6.5 Plano de Análise

Para a análise descritiva do perfil sociodemográfico dos participantes dos grupos focais, calculou-se a proporção de cada variável categórica. A variável contínua *idade dos UD* foi categorizada e registraram-se os valores mínimo e máximo. No que se refere à idade dos profissionais de saúde, foram registrados os valores mínimos e máximos e identificada às categorias profissionais.

Para responder aos objetivos do estudo foi tomado como base o método qualitativo de análise de conteúdo, proposto por Minayo (2000), que indica os seguintes passos: (1) ordenação dos dados coletados na pesquisa que conduzirá a teorização sobre os mesmos; (2) classificação dos dados a partir das categorias de análise, produzindo conhecimentos afirmativos, provocando questões para aprofundamento posterior; (3) construção teórica, a qual extrai os significados explícitos e implícitos, a fim de se identificar nexos, semelhanças, convergências, divergências e complementaridade.

## 6.6 Aspectos Éticos

O presente estudo foi etapa que antecede a realização da Pesquisa “*Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventários de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*”, no município de Recife. Esse estudo nacional foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em 04/06/08 (Anexo D – Protocolo 90/08, CAAE: 0114.0.031.000-00).

A *Pesquisa Formativa* atendeu aos critérios éticos previstos na Resolução 196/96, tendo sido garantido o sigilo e o anonimato das informações fornecidas pelos participantes. Todos os participantes leram e assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo E), ficando uma cópia com o participante e a outra com a coordenação da pesquisa.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para Rehle et al. (2004) a *Pesquisa Formativa*, através da promoção de discussões em grupo e entrevistas com informantes-chaves, pode evidenciar ações ineficazes ou adequadas subsidiando assim um projeto de pesquisa antes de ser aplicado. Amy et al. (2007) ressaltaram que as atividades da *Pesquisa Formativa* contribuem para compreender melhor a comunidade e estabelecer confiança com a população-alvo.

Os resultados e a discussão da atual *Pesquisa Formativa* serão apresentados segundo o plano de análise mencionado e por categoria dos participantes dos grupos focais.

### 7.1 Perfil Sociodemográfico dos Participantes

O grupo de profissionais de saúde possuía representante de cinco dos seis Distritos Sanitários do Recife, não se fazendo representado apenas o Distrito Sanitário II. Esse grupo focal foi constituído de quatro homens e quatro mulheres, com idade mínima de 30 anos e idade máxima de 54 anos. Havia quatro psicólogos, uma médica e três agentes redutores de danos.

Ocorreram dois grupos focais com usuários de drogas. A Tabela a seguir demonstra o perfil sociodemográfico desses participantes.

O primeiro grupo contou com a participação de sete homens. O mais jovem tinha 22 anos e o mais velho 44 anos. Quatro haviam completado o ensino médio, dois concluíram o ensino fundamental e um não chegou a completar esse nível de escolaridade. Apenas dois dentre esses entrevistados estavam trabalhando com vínculo formal. Quanto ao uso de drogas, constatou-se que apenas um participante referiu não as usar há mais de um ano. Dentre os que referiram usar, dois integrantes afirmaram usar álcool e cocaína, um disse que usava exclusivamente o crack e os demais eram usuários de múltiplas drogas (crack, maconha, cocaína e álcool).

O segundo grupo de usuários de drogas foi composto por doze participantes, dos quais cinco eram mulheres. Essas mulheres possuíam idade entre 20 e 36 anos. Quanto à escolaridade, duas referiram ter concluído o ensino fundamental e três o ensino médio. Em

relação aos sete homens entrevistados nesse grupo, o ensino fundamental foi mencionado por três, tendo apenas um concluído esse nível de escolaridade. Os outros quatro referiram o ensino médio havendo concluído esse nível de ensino três usuários. No que se refere à situação ocupacional, verificou-se que apenas três homens estavam incluídos nas leis trabalhistas brasileiras. Com relação ao uso das drogas, verificou-se entre as mulheres, que uma estava em abstinência do crack e da maconha há um mês; duas disseram que usavam crack e maconha e duas afirmaram que faziam uso de múltiplas drogas. Entre os homens, observou-se que dois usavam crack e maconha e os demais faziam uso de múltiplas drogas (cocaína, crack, maconha e álcool).

**Tabela 1 - Perfil sócio demográfico dos usuários de drogas participantes da Pesquisa Formativa na cidade de Recife em junho de 2009.**

Variáveis	Usuários de Drogas	
	Nº	%
<b>Idade</b>		
22 a 25 anos	06	32
26 a 30 anos	05	26
31 a 40anos	06	32
41 anos e mais	01	05
Sem Informação	01	05
<b>Escolaridade</b>		
<b>Fundamental</b>		
Incompleto	03	16
Completo	05	26
<b>Nível Médio</b>		
Incompleto	07	37
Completo	01	05
Sem Informação	03	16
<b>Vínculo Ocupacional</b>		
Informal	14	74
Formal	05	26
<b>Uso de Droga</b>		
Em abstinência	01	05
Maconha e Crack	03	16
Apenas Crack	01	05
Cocaína e Crack	01	05
Álcool e Cocaína	02	11
Múltiplas Drogas	11	58
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados na pesquisa.

## **7.2 Percepções e Opiniões de Usuários de Álcool e Outras Drogas e de Profissionais de Saúde que Atendem essa População, no Recife**

### 7.2.1 Percepções e Opiniões quanto aos Elementos Contextuais e Organizativos dos Serviços de Saúde para Usuários de Álcool e Outras Drogas no Recife

Segundo os profissionais de saúde a assistência para os usuários de álcool e outras drogas, no Recife, ocorre em serviços públicos, filantrópicos e privados.

Os serviços públicos municipais foram implementados com a participação dos profissionais de saúde e de usuários e estão disponíveis nos seis Distritos Sanitários (DS). Cada DS conta com um Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento de usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) que atua com equipe interdisciplinar (psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, professor de educação física, técnico de enfermagem e agente redutor de danos). Antes da implantação dos CAPS-AD, foi realizado um estudo sobre o perfil da região, a fim de priorizar as áreas que concentravam um maior número de usuários de drogas ilícitas, com grande aproximação com a criminalidade e as situações de violência.

Os Albergues Terapêuticos Municipais estão localizados em quatro Distritos Sanitários (DS I, DS II, DS IV e DS VI) são destinados aos casos que, para sua recuperação, requerem o afastamento de seu local de origem. Nesses Albergues os usuários recebem tratamento de acordo com o seu “Projeto Terapêutico Singular”. Dos quatro serviços dois hospedam homens adultos, um é referência para mulheres (DS II) e outro para adolescente (DS I). Tem-se ainda, uma Unidade de Desintoxicação localizada no DS I.

Há, desde 2003, a *Política de Redução de Danos* com o “Programa Mais Vida” que como estratégia norteadora possibilita a integração dos CAPS-AD com as unidades do Programa de Saúde da Família, distribuídos em todo o município, bem como com os quatros albergues terapêuticos e outras instituições de saúde que atendem usuários de álcool e outras drogas. O objetivo do programa de redução de danos na rede assistencial (especializada e de atenção básica) é a valorização da vida dos usuários de álcool e outras drogas, acolhendo-os e auxiliando-os para iniciar e dar continuidade a seu tratamento, sem que isso signifique abstinência às drogas. Ou seja, os Agentes Redutores de Danos, integrantes do “Programa Mais Vida”, tem por atribuição direcionar ações de prevenção no seu território, promovendo aproximações entre os usuários de drogas, suas famílias e os Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Entretanto, os profissionais de saúde do presente estudo pontuaram dificuldades em relação ao “Programa Mais Vida”, tendo em vista que nem todos os profissionais que lidam com usuários de drogas, compartilhem da visão

de redução de danos, argumentando que uma vez no serviço a abstinência deveria ser a meta. Essa dificuldade pode ser visualizada na citação a seguir:

Eu acho que abrir a boca no serviço público foi uma luta muito grande. Porque eu lembro como se fosse hoje: eu fui diretora [...] e aí uma auxiliar chegou pra mim, “venha cá, eu acho que a gente precisa urgente capacitar os porteiros”. Eu me arrepiei, Ah! Que massa! E é mesmo? Porque você acha que tem que capacitar os porteiros? E ela: porque os porteiros deixam os caras bêbados entrarem aqui. Mas se aqui é um centro de atenção para usuário de álcool, fumo e outras drogas e não pode entrar bêbado, como é que fica? Se pessoa chega ao serviço de ortopedia, não vai poder entrar se tiver com a perna quebrada?! Isso ainda é muito forte na rede, essa historia de “se está bêbado vai embora”, é barrado, fecha a porta, não acolhe. Então, chama logo o segurança. Isso é complicado (informação verbal)<sup>7</sup>

Além dos serviços municipais, como serviço público o Recife tem no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), um núcleo de atendimento a usuários de álcool e outras drogas, direcionado, todavia, ao atendimento exclusivo de profissionais do quadro dessa unidade hospitalar.

Dentre os serviços filantrópicos estão as Comunidades Terapêuticas (Albergues Terapêuticos não públicos) que se utilizam da abordagem religiosa e da terapia ocupacional, sem tratamento medicamentoso, com a finalidade de afastar os usuários das drogas. Alguns desses serviços contam para sua manutenção com “taxas simbólicas” oferecidas pelas famílias, os próprios usuários, e outros voluntários. Esses “pagamentos” muitas vezes são efetuados com gêneros alimentícios, de limpeza e etc. Esses albergues terapêuticos funcionam com equipe multidisciplinar mínima, representada basicamente por assistente social e psicóloga. Os usuários passam períodos de “hospedagem”, nos quais recebem “tratamento” com a finalidade de restabelecer os vínculos sociais.

De acordo com o depoimento do grupo focal de profissionais de saúde deste estudo, as pessoas que buscam atendimento nos serviços públicos acima mencionados, na sua maioria são usuários de álcool, todavia, nos últimos anos, tem-se observado um rápido crescimento da procura por parte de usuários de outras drogas, especialmente do crack. Na percepção desses profissionais os serviços mais amigáveis e acessíveis para os usuários de drogas do Recife são os da rede pública de saúde desse município, os quais foram implementados para atender aos usuários de drogas de acordo com a gravidade apresentada, oportunizando o acesso a todos que precisam do atendimento. A citação a seguir denota o que foi dito:

---

<sup>7</sup>Entrevista com o Grupo de profissionais de Saúde.

Recife tem uma estrutura mais aliviada, se a gente pensar que talvez, essa é uma rede pública, e a forma como foi se construindo, com a participação, assim mesmo que ainda pequena, dos usuários [...] talvez ela tenha mais acesso, construísse maior acesso, por não ter assim, tanto valores morais impregnados, apesar de ter gente [...] que trazem a história de vida deles e a relação que eles estabelecem com as drogas. E, ela aparece diariamente no trato com o usuário. Mas, por ser um serviço público fica um pouco mais “light” assim, diferente de outros (Informação verbal.).

Quanto ao horário de funcionamento, de uma forma geral os serviços funcionam a partir das 08h00 estendendo-se até as 21h00, tendo em vista que os usuários de drogas têm habitualmente hábitos noturnos para o consumo das drogas, entrando em vigília no período da tarde e início da noite.

O grupo focal de profissionais de saúde deste estudo apontou as seguintes ONGs que trabalham com UD no Recife: Desafio Jovem, Sara Vida, Queiroz Daniel, Renascer, Pro Jovem, Dom da Vida, Arte Vida e Casa Manoel. Algumas dessas instituições recebem financiamento e outras vivem de doações. Essas ONGs utilizando-se de palestras e atividades terapêuticas, não medicamentosas, têm suas abordagens pautadas na auto-ajuda (subsidiada geralmente por terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social) e na religião, extremamente rígidas na idéia de antidroga, ou seja, não admitem as estratégias de “redução de danos” utilizadas nos serviços municipais de Recife especializados para o atendimento dessa população.

É importante pautar que a análise de conteúdo do grupo focal de profissionais de saúde aponta que as instituições acima nominadas não se reconhecem como ONG e sim como Comunidade Terapêutica, ou Associação Terapêutica e/ou Movimentos Sociais de Ajuda a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

### 7.2.2 Uso de Drogas no Recife (início, tipo de droga, cenários, redes sociais e etc.)

No que se refere à iniciação de uso das drogas, os grupos de usuários referiram que, geralmente ocorre durante o período da infância e/ou adolescência, em decorrência da influência, incentivo, de amigos ou familiares, e/ou por curiosidade. Segundo esses informantes a falta de conhecimento acerca das possíveis implicações que o uso de drogas possa exercer sobre suas vidas, pode ter colaborado para sua iniciação. Pode-se concluir ainda, a partir do depoimento dos usuários, que as trajetórias de uso se assemelham,

iniciando-se com as drogas lícitas adentrando em seguida nas experiências com diferentes tipos de drogas. As quatro citações a seguir enriquecem o exposto.

O pai bebia também, né? Aí, a gente conviveu, desenvolvia o vício, né! Mas, eu já comecei a beber com oito anos. Eu bebia por causa do meu pai. Aí depois, assim, com, 11, 12 anos, todo mundo já bebia. Aí, depois, começou... depois da bebida, aí começou a “loló”. Aí depois da loló, aí começou a maconha, depois da maconha, veio à cocaína (Informação Verbal).<sup>8</sup>

Aconteceu, justamente,... começou numa dosezinha, depois eu entrei para um cigarro, depois eu entrei para um “diazepan, um roupinol e o andril”, depois fui para a loló, depois fui para a maconha, da maconha, se expandiu pra a cocaína, o crack (Informação Verbal).

Em relação a tudo, porque eu acredito que família envolve, tem tudo a ver com isso, porque muitas famílias têm um bar dentro de casa. Tem uma festinha em que você vê seus pais lá, tomando uma, já vai uma... já vai outra. Já teve situações, no meu caso, de estar no bar com meu pai, e eu tinha o que? Dezesesseis anos de idade. E trabalhando com ele,... o Sócio dele vê... Teu filho bebendo contigo? o filho dele tinha dezoito anos de idade e tava no bar pedindo guaraná. Aí é questão de educação (Informação Verbal).

Eu achava normal, a maconha era tão normal, quanto o cigarro e o álcool. Não tinha essa coisa assim de distinguir certo e errado (Informação Verbal).

Outra razão pontuada pelos usuários para o uso de drogas, como pode ser observado nas citações abaixo, é a determinação de sair, rapidamente, da baixa condição socioeconômica em que vivem, possibilitando-os prazer, poder e domínio sobre a comunidade. Segundo eles, a escassez de bens materiais e a impossibilidade de tê-los produzem insatisfação muito grande. O desejo de conseguir a desejada condição faz com que a busquem a qualquer preço, seja por força das armas e/ou engajando-se como consumidor e posteriormente no tráfico de drogas, conforme as citações abaixo.

É o respeito que a gente obtém pela comunidade, né? Porque é o cara quem manda (Informação Verbal).

Ele falou certo, como a gente mora num bairro... num bairro pobre e tal,... desde que a gente é adolescente a gente vê nas televisões e,... pá,... tem tipo adolescente que viaja,... o prazer dele é ter aquele carro,... Para o pobre é ter um revólver, uma droga na mão e tal,... o prazer é ter o pó do poder. Aí, por isso é que começa... aí, tem aquela visão apagada, [...] não enxerga que daí para frente aquilo ali (a droga) vai tornar as coisas muito desagradáveis pra quem consome (Informação Verbal).

A classe baixa, média baixa, principalmente a feminina, quando não tem condição de comprar a droga, ela procura qualquer método para obter dinheiro, para conseguir (a droga). [...] Ela faz por qualquer preço, e com qualquer um, não se preocupa com isso (Informação Verbal)

---

<sup>8</sup> Entrevista com usuários do Grupo I e Usuários do Grupo II

Você querer pegar uma bolsa de crack daquela de trinta e oito pedras. Se você vender trinta e oito pedras, cinquenta reais são seus (Informação Verbal 1).

No que se refere à forma de aquisição das drogas na cidade do Recife, os usuários pontuaram que há um esquema de distribuição a partir das drogas licita. Ou seja, o bar é referência para o álcool, mas os usuários sabem que vende também outras drogas. Essa informação passa de pessoa a pessoa, e há ainda pessoas no bar que pela aparência identifica esse ponto de distribuição. Há também a comercialização nas chamadas “bocas” que estão em vários lugares da cidade do Recife.

Em Recife, segundo os grupos focais de usuários, as drogas ilícitas mais consumidas seguem a seguinte ordem: o crack, a maconha, a loló, a cocaína, a cola e o ecstasy. Quanto às drogas lícitas mais consumidas estão: o álcool e o tabaco.

Os usuários informaram que há predominância de uso do crack, por ser mais acessível financeiramente e por conta da rápida dependência que produz. Em consequência, essa droga se tornou mais oferecida pelo traficante que consegue vendas mais fáceis, gerando ganhos altos em curto espaço de tempo. As citações a seguir reforçam o referido.

Toda esquina é um ponto de venda... no bairro em que eu moro... toda ladeira lá vende droga. Tem quatro, cinco, seis (pontos de venda). Fica um parado, vendendo, oferecendo (Usuário-Grupo 1).

Em cada lugar... em qualquer esquina, você vai encontrar alguém. É como se tivesse uma identificação. Você conhece o fulaninho. Você olha pra ele, você já diz assim, ih! meu irmão! aquele ali é crackeiro. Aquele dali é... não só que vende, mas usuário também (Usuário-Grupo 2).

O crack é muito mais dominador. Depois que o vício se incorporar, você entrega à alma. É o crack que está acabando com tudo. Chega a um ponto que o crack chega a enlouquecer. As pessoas enlouquecem porque é uma droga que traz um novo tipo de efeito que não tem comparação... (Usuário-Grupo 1).

Lá no bairro onde eu moro só existia a maconha, só existia uma boca, quando se abria outra era guerra, uma morria. Hoje em dia o crack é tão banal que você vai e vê que não tem nem homem vendendo, só vê as meninas, com dez anos, com os meninos no braço. (Usuário-Grupo 1)

Um levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, realizado nas 27 capitais brasileiras pela Secretaria Nacional Antidrogas e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2003), constatou que a tendência de aumento do consumo de crack foi progressiva. No Nordeste, até 1997 destaca-se

em torno de 1% o consumo de cocaína e crack, subindo em 2003 para 20,3% em Recife e 10,3% em Fortaleza (NOTO et al., 2003).

Segundo Chaves (2009), o *crack* causa uma maior dependência em relação às demais drogas. Isso ocorre, porque além da fissura induzida por fatores ambientais e emocionais, os usuários de crack desenvolvem outro tipo de fissura, a causada pelo próprio efeito da droga. Esse tipo de fissura apareceu como forte fator mantenedor dos episódios de consumo chamados de *binge*, no qual o uso é prolongado, intenso e contínuo. Estes episódios foram os maiores responsáveis pelo rebaixamento de valores do usuário, sujeitando-os a práticas não convencionais para a obtenção da droga.

Quanto aos locais onde os usuários costumam usar drogas, os informantes dos grupos de usuários mencionaram que podem ocorrer em suas residências, em vias públicas, em locais abandonados, em terreno baldio, em bares, no próprio local de venda (bocas) que disponibiliza um “quarto”, ou outro local próximo ao estabelecimento de venda da droga, para o usuário que compra mais de uma pedra de crack. A citação a seguir ilustra o enunciado.

Aí o cara lhe dá a chave e você vai pra lá, na casa do cara. O cara lhe dá uma garrafa d'água, e tem um... pequeno que fica ali do seu lado, esperando um pouquinho... e aí o menino passa e diz “e aí, quer mais?” se você não quiser, você tem que sair dali... se quiser, arrenda tudo...de cortina de banheiro à panela (Informação Verbal)

Ao serem interrogados quanto à preferência de se usar drogas, sozinhos ou em grupo, a maioria mencionou que a maconha sempre é consumida em grupo, e que o crack de preferência é de uso individual. As citações abaixo pontuam o exposto.

[...] olhe, maconha não tem isso não, fuma todo mundo. Agora o tal do crack eu prefiro fumar só e eles (apontando para outros do grupo) fumam só, com Deus (Informação Verbal).

[...] eu prefiro usar a maconha com outra pessoa, [...] não gosto de fumar sozinho, não. Sozinho, fico meio “baratinado”, aí tenho que chamar outra pessoa. [...] o crack fumo só (Informação Verbal).

Ao se indagar se existem diferenças entre as pessoas que usam crack, cocaína ou heroína, e no caso afirmativo, quais eram essas diferenças, pode-se constatar ao se analisar o conteúdo dos grupos de usuários que, embora o uso de drogas não seja exclusividade de nenhuma classe socioeconômica, há diferença na forma como cada tipo de droga se distribui, e conseqüentemente é consumida, entre grupos sociais distintos. As citações a seguir denotam o que foi dito.

Na classe média/rica é a farinha [maconha, cocaína e o ecstasy]. No caso do subúrbio que, digamos o fator financeiro conta muito, é o crack, a cola e o álcool (Usuário- Grupo 1).

Eu acho que a maconha é mais vendida entre amigos, numa classe mais, assim, média numa quantidade maior. Aí o amigo pede o quilo e distribui entre os maiores amigos, cada um pega duzentas gramas. Hoje em dia você vê... está na favela, em toda esquina, não sei se já tomou conta, mas é crack, é crack, crack, crack. Mas geralmente tem uma maconha ali, porque tem muito usuário que usa o mesclado, não é? O mesclado é maconha com o crack, todo em pó, não é? A gente bate, deixa machucado e mistura. Antigamente você comprava mais maconha, hoje em dia, você usa mais crack. (Informação Verbal).

Ao se perguntar aos entrevistados sobre quantas pessoas, que também usavam drogas (cocaína, crack, heroína), eles conheciam e quantas dessas pessoas conhecidas eles poderiam concretamente convidar para fazer parte da pesquisa proposta pelo Ministério da Saúde (MS), constatou-se que todos responderam prontamente e cada usuário revelou ser capaz de captar pelo menos três UD para participar desse estudo, possibilitando pensar que o tamanho da amostra dessa pesquisa do MS (250 UD) será atingido sem dificuldades. As falas dos participantes foram curtas, conforme o que se segue. “A rapaziada que eu conheço, por aqui, são usuários... Se eu falei ontem,... a turma já queria vim hoje. Oxe! Conseguê”. (Usuários- Grupo 1 e 2)

Os participantes usuários de drogas da presente Pesquisa Formativa referiram que aceitariam se fossem convidados para participar como *Sementes*, e que não haveria dificuldades de rapidamente convidar seus pares. Semaan et al. (2009) relataram a facilidade do método de recrutamento, por pares, em formar a rede de participantes através da entrega de convites.

### 7.2.3 Procedimentos da Pesquisa Sorológica e Sociocomportamental.

Estudo realizado por Mackellar et al. (2007) para estimar a prevalência da infecção pelo HIV em homens que fazem sexo com homens, afirma que a Pesquisa Formativa foi de grande relevância e decisória para discutir e definir os procedimentos do campo da pesquisa: locais de encontro, horários para os encontros diários, o tempo e os métodos de recrutamento dos participantes (estabelecidos em três de acordo com o calendário gerado no local de encontro), os critérios de comparecimento (elegibilidade dos participantes); a logística e a segurança.

### 7.2.3.1 Local para a Realização do Estudo

A opinião dos grupos, de usuários e de profissionais de saúde, foi que o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA) será um bom local para a realização da pesquisa, em virtude de estar localizado em uma área central para os usuários, com facilidades para o acesso de todos. Tem-se a seguir algumas falas:

*Mas aqui [o CPTRA] é um lugar central, é fácil de chegar aqui. É fácil. Fácil vir para cá; Próximo à casa da gente..Eu acho aqui é fácil chegar; . Aqui, no CPTRA, seria legal...Mas aqui (CPTRA) é um lugar central, é fácil de chegar aqui. Vai dar certo. Aqui (CPTRA) é um lugar bom. CPTRA tem uma credibilidade também (Informação Verbal)<sup>9</sup>*

Todavia, por estar o CPTRA vizinho ao hospital psiquiátrico do bairro da Tamarineira, alguns entrevistados (do grupo de profissionais e de usuários) levantaram o problema do estigma do referido hospital. Contudo, prevaleceu a opinião de que esse entendimento não afetará a participação dos UD na pesquisa.

*Não. Sei lá! Porque o CPTRA é meio sinistro..Não, espera o espírito aí! [risos] CPTRA paranóico aí;.Eu falei que é perto da Tamarineira, o cara: oxe! Eu to doido é? Quando a pessoa tiver noção da pesquisa e convidar os amigos não terão dificuldade para chegar aqui...(CPTRA) Aqui (CPTRA) o usuário receberá todo apoio para fazer o tratamento (Informação Verbal)*

Outro comentário negativo para a pesquisa ocorrer no CPTRA foi à de que essa instituição poderia figurar como sendo uma “armadilha para o tratamento compulsório”, facilitada por meio da pesquisa. Tal idéia foi recusada pela maior parte dos participantes, de todos os grupos, que ao contrário, consideraram que em sendo o CPTRA local de oferta de tratamento, e de encaminhamento a outros serviços, configuraria para muitos um atrativo a mais, para suas participações. As citações a seguir retratam o referido.

*Os serviços que oferecem tratamento são um ótimo local para quem já está em tratamento. Mas, para os que não estão, assusta, afasta, parece que é uma armadilha. Agora,... aqui (CPTRA) o acesso é fácil (Informação Verbal).*

*Essa ideia de armadilha no tratamento eu creio que não, porque, na (filosofia de CAPS) eu vou dizer que não, sim o tratamento, então, aí cada um faz o possível.No meu caso, a pessoa que eu vou indicar vai fazer o tratamento (Informação Verbal).*

<sup>9</sup> (Entrevista com o grupo de profissionais de saúde e com os Grupos de usuários de drogas I e II)

### 7.2.3.2 Dias e Horários para Funcionamento do Estudo

Como a “vida ativa dos usuários de drogas” se inicia no período da tarde, foi consenso, tanto no grupo de profissionais de saúde como de usuários, que o melhor horário para a realização da pesquisa será o horário vespertino e início da noite. Com relação aos dias foi referido que poderia ocorrer em qualquer dia da semana. *As citações a seguir ilustram o mencionado: Pode ser em qualquer dia da semana porque usuário problemático não tem dia à tarde com o pedaço da noite; No meio da tarde, e no início da noite; No meio da tarde, pode ser pedaço da noite (Informação Verbal).*

### 7.2.3.3 Tipo e Valor de Incentivo Financeiro na Pesquisa

Simic M. et al. (2006) utilizaram a metodologia de amostragem RDS, ofertando aos participantes do estudo (profissionais do sexo e usuárias de drogas injetáveis) um incentivo financeiro (*incentivo primário*) e outro incentivo (*incentivo secundário*) após o recrutamento de outros participantes elegíveis.

Na presente *Pesquisa Formativa*, apesar de alguns usuários e profissionais de saúde reconhecer que o incentivo financeiro, sob a forma de ticket (vale alimentação, e etc.), possa ser trocado por dinheiro e utilizado para a compra de drogas, outros usuários ressaltaram que esse entendimento não deve ser um impeditivo para a oferta do incentivo, visto que os participantes precisam do recurso, inclusive para participar da pesquisa. Alguns, profissionais e usuários, evidenciaram que os participantes devem ter autonomia para utilizarem o recurso recebido. O “ticket alimentação” foi proposto pela coordenação do grupo focal e alguns participantes mencionaram que poderá vir a ser um complicador. Outros, porém, comentaram que não haverá dificuldades em se trocar o ticket por dinheiro.

Eu acho que o ticket não dificulta, agora, vai dificultar o transporte deles. O ticket é complicado, vocês poderia ver pelo menos uns dois vale transporte. Dando o ticket já estar incentivando, pra pessoa fazer a pesquisa (Informação Verbal).

O ticket alimentação eu estava pensando nisso. O cara é usuário de crack, ganhar 20, são duas pedras na mão.... Ele vai comprar maconha ou crack... Ele vai comprar um alimento, um negócio pra ajudar ele... O problema é que é que uso a pessoa vai fazer do ticket. Mas, isso é uma história dele. Agora, o fato de ter o ticket refeição vai facilitar a pessoa vir para pesquisa.... Porque uma coisa é fazer a pesquisa tirando do seu bolso [...] agora, realmente, 20 reais facilita. Ele terá facilidade de trocar o ticket

por dinheiro, comida ou outra coisa... O incentivo é uma grande estratégia (Informação Verbal).

Portanto, a atual *Pesquisa Formativa* evidenciou a importância do incentivo financeiro (*incentivo primário e secundário*), tendo sido referido como essencial para garantir a participação de usuários com maiores dificuldades socioeconômica.

#### 7.2.3.4 Realização dos Testes Rápidos para a Sífilis e o HIV

A presente *Pesquisa Formativa* evidenciou a aceitação dos participantes para a realização de testes rápidos para detecção do HIV e da sífilis durante a pesquisa do MS, tendo sido ressaltado que muitos poderiam se interessar em participar por esta razão, se configurando como um segundo incentivo.

Simic M. et al. (2006) também se utilizaram de uma *Pesquisa Formativa* para estudar a viabilidade de se realizar um estudo de prevalência do HIV utilizando-se teste rápido com aconselhamento pré e pós-teste e encaminhamento das pessoas reagentes para realização de testes confirmatórios em uma clínica local.

A pesquisa proposta pelo MS em Recife utilizará dois testes de metodologia diferente, em paralelo, o que possibilitará a confirmação do diagnóstico no momento da pesquisa.

Foi favorável a opinião dos participantes quanto à realização de testes rápidos durante a pesquisa, tendo em vista a demora dos resultados do teste anti-HIV na rede pública (cerca de 20 dias a um mês), e que por essa razão, o oferecimento de testes rápidos, para o HIV e a sífilis, poderá atrair os participantes pela boa oportunidade para ter acesso a esses testes e aos resultados com rapidez. O exposto pode ser apreciado nas seguintes citações:

Você muitas vezes faz um teste e só recebe o resultado daqui a um mês, você fica preocupado! Você não sabe o que é que vai dar. E muitas vezes você nem vai buscar! Você fica “poxa, estou com medo, não vou lá buscar não!”. Eu fiz duas vezes, e duas vezes eu não fui buscar. Eu acho que é assim, quanto mais rápida essa questão, acho que é melhor (Informação Verbal)

O teste rápido é bom, é ótimo. As pessoas querem fazer sim, eu quero fazer. Eu não tenho constrangimento em fazer isso. Acho que iria atrair pessoas para pesquisa, é mais tranquilo. A pessoa vai fazer de graça, não precisa pagar nada. Então, eu acho um atrativo pra pesquisa, mas eu acho que ainda é um maior atrativo pra pesquisa, sem *dúvida* (Informação Verbal).

A maioria dos usuários participantes da atual *Pesquisa Formativa* disse já ter realizado o teste para detecção do HIV e citaram diversos serviços como locais de realização desse teste, dentre eles: a Casa de Saúde São José (centro da cidade), o serviço do Pátio de São Pedro (bairro de São José), o serviço da Avenida João e Barros (bairro de Santo Amaro) etc.

## 8 CONCLUSÕES

A presente *Pesquisa Formativa* realizada a partir de informantes-chave (profissionais de saúde e usuários de drogas) foi de suma importância para estruturação do campo e implantação da Pesquisa “*Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*”, apresentando contribuições que foram decisórias para definir a logística, para conhecer a infra-estrutura e organização do processo de trabalho no local onde se pretende realizar a pesquisa do MS e para que as equipes que irão participar do estudo se conhecessem e fossem capacitadas, padronizando os procedimentos e a forma de receber e conduzir adequadamente os participantes durante a pesquisa.

A *Pesquisa Formativa* possibilitou, ainda, o conhecimento do contexto social dos usuários de drogas da cidade do Recife, contribuindo para que o estudo supracitado seja adaptado, cultural e socialmente, à realidade dessa população-alvo, dado as suas especificidades. Foi possível, também, identificar aspectos relevantes para a participação da população alvo, tais como: o melhor local para o estudo, os dias e horários de atendimento e etc., possibilitando adequar as condições oferecidas a fim de solucionar ou minimizar possíveis dificuldades.

A *Pesquisa Formativa* possibilitou, ainda, levantar as características das possíveis “sementes” para início da cadeia de recrutamento, à escolha dos materiais educativos a serem distribuídos com os participantes e a forma de ressarcimento por participação e recrutamento.

## REFERÊNCIAS

- ADIMORA, A. A.; SCHOENBACH, V. J.; DOHERTY, I. A. HIV and African Americans in the southern United States: sexual networks and social context. Sex Transm. Dis., Chapel Hill, v.33, Suppl. 7, p. 39-45, 2006.
- AMY, L. et al. Developing an HIV Behavioral Surveillance System for Injecting Drug Users: The National HIV Behavioral Surveillance System, EUA a conceptual framework. Public Health, Atlanta, GA, v. 122, Supp.1, p.48-55, 2007.
- BASTOS, F. et al. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 109-117, 2008.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Rotina para Assistência a Adolescente Vivendo com HIV/AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Usuários de drogas no Brasil. Boletim epidemiológico - AIDS e DST, Brasília, DF, ano 4, n. 1, 27/52 semana, jul./dez. 2006.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Nº1 – Briefing\_boletim\_2009\_Versão Imprensa\_25.1.09. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério amplia acesso a recursos para convênios com estados e municípios. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/noticia/201/ministerio\\_amplia\\_acesso\\_recursos\\_para\\_convencios\\_com\\_estados\\_e\\_municipios](http://www.aids.gov.br/noticia/201/ministerio_amplia_acesso_recursos_para_convencios_com_estados_e_municipios)>. Acesso em: 12 mar. 2010.
- BRITO, A. et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Brás. Med.Trop., São Paulo, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.
- CHAVES, T. V. A fissura em usuários de crack. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.
- DOUGLAS H. et al. Respondent-Driven Sampling in a Study of Drug Users in New York City: Notes from the Field. J. urban health, v. 83, n. 1, p. 54-59, Sept., 2006.

DURSIN, By. Richel. Indonésia: Growing Drug Use Pushes up HIV/AIDS Figures.2001  
Disponível em: <http://www.hartfordhwp.com/archives/54b/089.html> Acesso em: 10 abr.2010

GITTELSOHN, J. et al. Multisite formative research for the Pathways study to prevent obesity in American Indian schoolchildren. Am.j.clin.nutr, Boston, v. 69, n.4, p. 767–772, 1999.

GITTELSOHN, J. et al. Formative Research in School and Community-Based Health Programs and Studies: "State of the Art" and the TAAG, Health educ. behav. Thousand Oaks, v. 33, n. 1, p.:25-39, 2006.

HECKATHORN, D.D. Respondent-Driven Sampling: a new approach to the study of hidden populations. Soc Probl., San Francisco, v. 44, n. 2, p. 174-99, 1997.

HIGGINS, D.L. et al. Using formative research to lay the foundation for community level HIV prevention efforts: An example from the AIDS community demonstration projects. Public health rep, Boston, v.111, Suppl. 1, p. 28–35, 1996.

KELLY, K. J. et al. Attitudes of Rural Middle-School Youth Toward Alcohol, Tobacco, Drugs, and Violence EUA.. J Comp Psychol, Washington v.25, n.3, p.19-24, 2004.

MACKELLAR, D. A. et al. Surveillance of HIV Risk and Prevention Behaviors of Men Who Have Sex with Men—A National Application of Venue-Based, Time-Space Sampling. Public Health Reports, Rockville, v. 122, Suppl. 1, p. 39-46, 2007.

MAGNANI, R. et al. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. AIDS, London, v.19, Suppl. 2, p. 67-72, 2005.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MIRANDA, A. M.; ZAGO, A. M. Prevalência de Infecção pelo HIV e Sífilis em Sistema Correcional para Adolescentes. Vitória: Centro de Referência em DST/AIDS, 2006.

NOTO, A. R. et al. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003. São Paulo: SENAD: CEBRID, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia regional de vigilância integrada de doenças. Harare, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS.. A ONU e a Resposta a ADS no Brasil, 2008. Disponível em: <<http://www.onubrasil.org.br/doc/LivretoUNAIDSCompleto.pdf>> Acesso em: 06 ago. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS.. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Constructions of Core Indicators. Geneva, 2008. Disponível em: <<http://www.onu.brasil.org.br/doc/LivretoUNAIDSCompleto.pdf>> Acesso em: 01 jul. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Laboratory guidelines for enumerating CD4 T lymphocytes in the context of HIV/AIDS. Geneva, 2008. Disponível em: <[http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications\\_BLT-SEA-HLM-392.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_BLT-SEA-HLM-392.pdf)> Acesso em: 10 jul. 2009.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS Sobre HIV/AIDS Situación. de la epidemia de SIDA. Genebra, 2008.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Gerência de Epidemiologia. Informe Epidemiológico Eletrônico HIV/AIDS, n. 17, 3 trim., 2007. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/dstais/.html> >. Acesso em: 10 jul. 2009.

REHLE, T. et al. Second-generation HIV surveillance: better data for decision-making, Genebra . Bull World Health Organ., Geneva, v. 82, n. 2, p. 121-127, Feb. 2004.

RHODES, T. et al. Effects of Sex Work on the Prevalence of Syphilis Among Injection Drug Users in 3 Russian Cities. Am. j. public health. v.97, p. 478-485, 2007.

ROBINSON. W. T. et al. Recruiting Injection Drug Users: A Three-Site Comparison of Results and Experiences with Respondent-Driven and Targeted Sampling Procedures. New York: Public Health, 2006.

RODRIGUES. E. H. G.; ABATH. F. G. C. Doenças sexualmente transmissíveis em pacientes infectados com HIV/AIDS no Estado de Pernambuco, Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. v.33, n.1, p. 47-52, 2000.

SALGANIK, M. J.; HECKATHORN, D.D. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. Sociological Methodology, San Francisco, v. 34, n. 1, p. 193-240, 2004.

SEMAAN, S.; LAUBY, J.; LIEBMAN, J. Street and network sampling in evaluation studies of HIV risk-reduction interventions. AIDS, London, v. 4, p. 213-223, 2002.

SEMAAN, S. et al. Ethical and regulatory considerations in HIV prevention studies employing respondent-driven sampling. Int. j. drug policy, London, v.20, p.14-27, 2009.

SIMIC M. et al. Exploring Barriers to 'Respondent Driven Sampling' in Sex Worker and Drug-Injecting Sex Worker Populations in Eastern Europe. Urban Health, New York, Suppl. 1, p .6-15, Nov. 2006.

STERLING, L. K.et al. Using qualitative research to inform survey development on nicotine dependence among adolescents. Tucson - USA. Addict. behav., v.34, p 616-619, 2009.

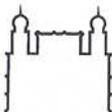
YEKA W. et al. Application of Respondent Driven Sampling to Collect Baseline Data on FSWs and MSM for HIV Risk Reduction Interventions in Two Urban Centres in Papua New Guinea,. Care, J. urban health, v. 83, Suppl. 1, p. 60-72, Nov. 2006.

## **ANEXOS**

**ANEXO A – Roteiro para grupo focal com profissionais de saúde/ONG****Recife-PE – Junho, 2009.**

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

**ANEXO B – Roteiro para grupo focal/entrevista com Usuários de Drogas (UD)**

 <p>Ministério da Saúde <b>FIOCRUZ</b> Fundação Oswaldo Cruz</p>	 <p><b>Ministério da Saúde</b> <b>Programa Nacional de</b> <b>DST/Aids</b></p>
---	--

**Recife, PE – junho de 2009**

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

**ANEXO C – Roteiro do questionário Perfil Sociodemográfico dos participantes da  
*Pesquisa Formativa* com profissionais de saúde/ONG**

Data:

Grupo:

Local da Pesquisa Formativa:

Distrito de atuação do participante:

Iniciais do nome:

Data de Nascimento:

Local de Nascimento:

Idade:

Sexo:

Raça/cor:

Outra cor:

Escolaridade:

Qual curso:

Profissão:

Ocupação:

**ANEXO D – Roteiro do questionário Perfil Sociodemográfico dos participantes da  
*Pesquisa Formativa com Usuários de Drogas (UD)***

Data:

Grupo:

Local da Pesquisa Formativa:

Bairro de residência:

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo:

Raça/cor:

Outra cor:

Escolaridade:

Qual curso:

Profissão:

Ocupação:

Usa droga:

Obs.:

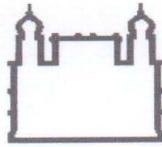
Frequência do uso:

Outras frequências:

Droga que usa:

Outras drogas:

## ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 01 de julho de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 90/08**  
**CAAE: 0114.0.031.000-0**

**Título do Projeto:** “Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Mônica Siqueira Malta

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENSP/Fiocruz

**Tipo do projeto:** Projeto individual

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 21 / 05 / 2008

**Data de apreciação:** 04 / 06 / 2008

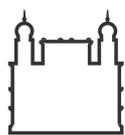
**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
PROF. SERGIO REGO  
Coordenador do Comitê de  
Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP

## ANEXO F– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes do grupo focal – Profissionais de Saúde



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevistas e Grupos Focais – Profissionais e ONG)

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

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada no Recife, entre usuários de drogas com 18 anos de idade ou mais. Os objetivos principais deste estudo são: avaliar as taxas de infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), ou vírus da Aids, e pela sífilis entre os usuários de drogas, e fatores que estão associados a estes aspectos, incluindo conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, bem como atitudes e práticas sexuais e sobre o uso de drogas. As informações colhidas poderão redirecionar as políticas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Aids, na elaboração de melhores programas, beneficiando toda a sociedade e, particularmente, alguns grupos como o de usuários de drogas.

Serão realizadas entrevistas individuais ou em grupo para ajudar os pesquisadores a determinarem como será a melhor forma de realizar esta pesquisa. Durante a entrevista, serão feitas perguntas sobre o cenário de uso de drogas no Recife, o interesse que os usuários de drogas podem ter em participar de pesquisas sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids e em convidar outras pessoas a participarem. Além disso, serão feitas perguntas sobre a viabilidade de local e horário de funcionamento do estudo. A entrevista será gravada, bem como as respostas anotadas pelo pesquisador.

**Será garantido o total sigilo de sua identificação (anonimato) e das informações que você fornecer. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. A qualquer momento podem ser solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa. Você tem o direito de deixar de responder às questões que não se sentir confortável e pode parar de participar a qualquer momento, se desejar, sem qualquer prejuízo.**

**Em caso de dúvida, você poderá procurar Profa. Ana Maria de Brito, Coordenadora da Pesquisa no Recife, nos telefones (81) 21012509 ou (81) 21012603 ou endereço eletrônico: [anabrito@cpqam.fiocruz.br](mailto:anabrito@cpqam.fiocruz.br). Pode também contatar com Profa. Mônica Malta, pesquisadora responsável pelo estudo, no telefone (21) 2598-2715.**

**Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP). Sua aprovação poderá ser verificada através do telefone (21) 2598-2863 ou do endereço Rua Leopoldo Bulhões, N°. 1480, sala 314, Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 21041-210.**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

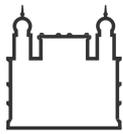
Entrevistador: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

**Polegar  
Direito  
(analfabeto)**

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (1ª Via Entrevistador; 2ª Via participante)

## ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes do grupo focal – Usuários de Drogas



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevistas e Grupos Focais – Usuários de Drogas)

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

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada no Recife, entre usuários de drogas com 18 anos de idade ou mais. Os objetivos principais deste estudo são: avaliar as taxas de infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e pela sífilis entre os usuários de drogas, e fatores que estão associados a estes aspectos, incluindo conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, bem como atitudes e práticas sexuais e sobre o uso de drogas. As informações colhidas poderão redirecionar as políticas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Aids, na elaboração de melhores programas, beneficiando toda a sociedade e, particularmente, alguns grupos como o de usuários de drogas.

Serão realizadas entrevistas individuais ou em grupo para ajudar os pesquisadores a determinarem como será a melhor forma de realizar esta pesquisa. Durante a entrevista, serão feitas perguntas sobre o cenário de uso de drogas no Recife, o interesse que os usuários de drogas podem ter em participar de pesquisas sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids e em convidar outras pessoas a participarem. Além disso, serão feitas perguntas sobre a viabilidade de local e horário de funcionamento do estudo. A entrevista será gravada, bem como as respostas anotadas pelo pesquisador.

**Será garantido o total sigilo de sua identificação (anonimato) e das informações que você fornecer. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. A qualquer momento podem ser solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa. Você tem o direito de deixar de responder às questões que não se sentir confortável e pode parar de participar a qualquer momento, se desejar, sem qualquer prejuízo.**

**Em caso de dúvida, você poderá procurar Profa. Ana Maria de Brito ou a Profa. Naide Teodósio, Coordenadoras da Pesquisa no Recife, no telefone (81) 21012603 ou endereços eletrônicos: [anabrito@cpqam.fiocruz.br](mailto:anabrito@cpqam.fiocruz.br) e [naide@cpqam.fiocruz.br](mailto:naide@cpqam.fiocruz.br). Pode também contatar com a Profa. Mônica Malta, pesquisadora responsável pelo estudo nacional, no telefone (21) 2598-2715.**

**Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP). Sua aprovação poderá ser verificada através do telefone (21) 2598-2863 ou do endereço Rua Leopoldo Bulhões, N°. 1480, sala 314, Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 21041-210.**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Polegar  
Direito

Recife, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (1ª Via Entrevistador; 2ª Via participante)

