

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Carolina Fausto de Souza Coutinho

**Agravos Infecciosos e Autoavaliação da Saúde de Usuários de Crack em Cenas Abertas de
Uso, Brasil, 2012.**

Rio de Janeiro
2017

Carolina Fausto de Souza Coutinho

**Agravos Infecciosos e Autoavaliação da Saúde em Usuários de Crack em Cenas Abertas de
Uso, Brasil, 2012**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências na Área de Epidemiologia em Saúde Pública e subárea de concentração: Epidemiologia de doenças Transmissíveis.

Orientador: Francisco Inácio P. M. Bastos
Coorientadora: Neilane Bertoni
Coorientador: Leonardo Soares Bastos

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C871a Coutinho, Carolina Fausto de Souza.
 Agravos infecciosos e autoavaliação da saúde de usuários de crack em cenas abertas de uso, Brasil, 2012 / Carolina Fausto de Souza Coutinho. -- 2017.
 171 f. ; il. color. ; graf. ; tab.

 Orientador: Francisco Inácio P. M. Bastos.
 Coorientadores: Neilane Bertoni e Leonardo Soares Bastos.
 Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

 1. Cocaína Crack. 2. Hepatite C. 3. Fatores de Risco. 4. Drogas Ilícitas. 5. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 6. Autoavaliação Diagnóstica. 7. Modelos Mistos. 8. Brasil.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2980981

Carolina Fausto de Souza Coutinho

**Agravos Infecciosos e Autoavaliação da Saúde em Usuários de Crack em Cenas Abertas de
Uso, Brasil, 2012**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências na Área de Epidemiologia em Saúde Pública e subárea de concentração: Epidemiologia de doenças Transmissíveis.

Aprovada em: 11/12/2017.

Banca Examinadora

Dr. Guilherme Loureiro Werneck
Instituto de Medicina Social, IMS/UERJ e Instituto de Estudos de Saúde Coletiva,
IESC/UFRJ

Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Junior
Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde, ICICT/Fiocruz

Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva
Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz

Dra. Lidiane da Silveira Gouvea Toledo
Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde, ICICT/Fiocruz

Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos (Orientador)
Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde, ICICT/Fiocruz

Dra. Neilane Bertoni dos Reis (Coorientadora)
Departamento de Pesquisa Populacional, INCA

Dr. Leonardo Soares Bastos (Coorientador)
Programa de Computação Científica, PROCC/Fiocruz

Rio de Janeiro
2017

À minha filha Liz, por ser
minha Luz nessa vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof Dr. Francisco Bastos, pelos ensinamentos transmitidos desde a primeira aula, ainda no Mestrado, em 2008. Pela oportunidade de convivência, trabalho e aprendizado diário, sempre com muito bom humor. Muito obrigada, Chico!

À amiga e orientadora (que chique!), Neilane Bertoni, que me levou para o “mundo das drogas”. Por ter acreditado em mim e no meu trabalho; por ter compartilhado comigo um pouco da sua caminhada profissional e pelos inúmeros ensinamentos. Foram anos intensos de trabalho (às vezes até altas horas, na sala 229 do ICICT), mas que renderam maravilhosas lembranças para a vida. Obrigada, por tudo!

Ao Leonardo Bastos, por toda a ajuda, orientação e paciência ao me ensinar estatística e Teoria Bayesiana. Pela disponibilidade de sempre em explicar as coisas mais simples.

À todos os membros da banca examinadora, Professores Guilherme, Cosme, Paulo, Lidianne e Ana Brito, por todas as excelentes contribuições.

À amiga e parceira de trabalho, Jurema, pelo constante incentivo e apoio, mesmo nos momentos de maior desespero. Por todas as ideias, revisões e correções e, principalmente, pelo carinho e paciência que teve comigo nesta reta final. Muito obrigada!

À amiga Lidianne, pela parceria no trabalho e pelo companheirismo na vida. Por embarcar junto comigo nos novos desafios profissionais, por ser meu apoio e norte quando tudo mais se tornava um furacão. Pelas conversas e conselhos, pelo ombro sempre disponível. Muito obrigada, sua amizade foi uma das melhores surpresas dos últimos anos.

À amiga Katia, pelo incentivo e carinho constante. Ao Claudio, pela disponibilidade em ajudar, pelas revisões e incentivo. Vocês são demais! Obrigada!

Aos amigos do Laboratório de Informação em Saúde (LIS), sala 229, Natalia, Raylander, Camila e Tamiris por todo o apoio e tudo mais. Obrigada!

Aos amigos do ICICT, principalmente Marizete, por toda ajuda e torcida constantes.

À Fiocruz, por ter aberto uma porta de Estágio de Iniciação Científica para mim, há 15 anos. Obrigada a todos os professores, pesquisadores, colaboradores e bolsistas com quem tive a oportunidade de conviver e aprender de 2002 até hoje.

À Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública, pelo financiamento à Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack, à qual esta tese é vinculada.

Aos meus pais e avó, Shirley, Julio e Nancy, por terem me dado a oportunidade de estudar, sempre me aconselhando e amparando. Por terem me ensinado o valor do estudo, do trabalho, da dedicação e o respeito à vida.

Ao meu marido, Rafael, por ter caminhado junto comigo nos últimos 13 anos. Que mesmo nos momentos mais adversos da vida não me deixou esmorecer e me deu suporte para seguir em frente. Pela dedicação a nossa vida, pelo incentivo (mesmo que torto às vezes) e por ter suportado meus dias mais confusos. Por ter me dado a vida em forma de LIZ, e por ter cuidado dela quando não pude estar presente. À ele, meu amor e minha eterna gratidão.

À minha filha, Liz, que veio ao mundo junto com o Doutorado, para me fazer mais forte e me mostrar que a felicidade plena existe. Por compreender a minha ausência (daqui a alguns anos?) em alguns momentos dos seus 3 anos de vida. Por recarregar minhas energias a cada abraço apertado depois de um dia inteiro distantes. À ela, minha vida.

*“Quando os ventos de mudança
sopram, umas pessoas levantam
barreiras, outras constroem moinhos de
vento”*

Erico Veríssimo

RESUMO

Introdução: O consumo de crack está frequentemente associado a vulnerabilidade social e a população usuária de drogas é bastante suscetível a diferentes agravos à saúde, principalmente de natureza infecciosa, como infecção pelo vírus HIV, pelos vírus de Hepatites B e C, além de sífilis e tuberculose. **Objetivo:** Descrever aspectos relacionados à saúde de usuários de crack, com ênfase na infecção por HIV e HCV, e auto avaliação de saúde física e o acesso a serviços de saúde e sociais, no Brasil, no período de 2011 a 2013. **Artigo 1:** Estimação dos fatores de risco para infecção por HCV, em usuários de crack, utilizando modelos de regressão que incorporam a incerteza do teste diagnóstico utilizado. **Métodos:** Incluíram-se todos os participantes com resultado positivo no teste rápido para detecção do vírus da hepatite C e, para cada sororreagente, 4 indivíduos com resultado negativo foram aleatoriamente selecionados, pareando por sexo, faixa etária e macrorregião do país. Utilizou-se modelos de regressão logística mistos hierárquicos, com e sem incorporação dos valores de sensibilidade e especificidade do teste diagnóstico. **Resultados:** As Estimativas de AOR apresentaram valores diferentes nos modelos com e sem incorporação da incerteza do teste de diagnóstico. No modelo que incorporou a incerteza, a chance de infecção pelo vírus do HCV foi de 1,81 vezes maior nos poliusuários, 8,44 vezes maior no uso de drogas injetáveis e 4,40 vezes maior nos que relatam ulcera genital. **Conclusão:** Pessoas que usam crack estão mais expostas ao risco de contrair o vírus de HCV se já fizeram uso de droga injetável alguma vez na vida; se são poliusuários e se apresentam alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) ulcerativa. A inserção de sensibilidade e especificidade do teste diagnóstico no modelo de regressão multivariado possibilitou associar fatores de risco e status de infecção em si. **Artigo 2:** Avaliar o estado físico de saúde autorreferido por usuários de crack de cenas abertas de uso de droga. **Métodos:** Estimou-se, de forma multivariada e separada por sexo, a associação entre a autoavaliação do estado de saúde com as variáveis selecionadas por meio de regressão logística multinomial. **Resultados:** Para o sexo masculino, os fatores associados a autoavaliação do estado de saúde ruim foram o poliuso de drogas (AOR = 1,57); uso de crack devido ao preço barato (AOR = 2,02); ter sintomas de tuberculose (AOR = 2,21); feridas na boca (AOR = 2,30); dificuldade de dormir (AOR = 1,64); dificuldade de concentração (AOR = 1,56) e baixa autoestima (AOR = 2,05). Já no sexo feminino, os fatores que influenciaram a autoavaliação do estado de saúde ruim foram a faixa etária de 18 a 30 anos (AOR = 2,22); o uso de crack e similares devido a problemas familiares (AOR = 2,37); baixa autoestima (AOR = 3,87) e ideias suicidas (AOR = 3,69). **Conclusão:** Os resultados sugerem que para os homens, a questão econômica tem relevância central na sua percepção de saúde. No caso das mulheres, a motivação para uso de crack por perda de trabalho e renda se apresentou como fator protetor frente a autoavaliação de saúde ruim. Diferentemente dos homens, aparentemente, problemas financeiros não influenciam a percepção de saúde das mulheres. A maior parte dos fatores que influenciaram a percepção de saúde ruim entre usuários de crack são fatores emocionais. Ressalta-se a importância de elaboração de políticas públicas de acompanhamento multidisciplinar, incluindo saúde mental e ações de apoio social. **Capítulo Número 5:** Calcular as prevalências da infecção pelo HIV e HCV e a prevalência de tuberculose em usuários de crack e descrever comportamentos de risco para as IST. **Métodos:** As proporções foram comparadas por meio do teste do qui-quadrado, considerando-se o nível de significância de 0,05. **Resultados:** A prevalência de infecção pelo HIV foi de 4,9%, a de infecção pelo vírus da Hepatite C foi de 2,63% e de tuberculose de 1,67%. **Conclusão:** Os achados evidenciam a vulnerabilidade da população de usuários de crack frente ao risco de contrair doenças infecciosas. **Capítulo Número 7:** Analisar aspectos de saúde e de acesso a serviços por usuários de crack. **Métodos:** Análise bivariada, comparando-se as proporções por meio do teste do qui-quadrado e adotando-se o nível de significância de 5%. **Resultados:** Aproximadamente 27% dos usuários de crack informaram ter acessado algum tipo de serviço de saúde nos 30 dias anteriores à entrevista, com diferenciais por sexo. A maioria (77,2%), relatou ter vontade de realizar tratamento para o uso de drogas. **Conclusão:** Usuários de crack frequentam de forma esparsa e muito aquém do desejável, serviços de saúde e sociais, o que parece fortemente associado à situação de vulnerabilidade social em que estão inseridos.

Palavras-chave: Cocaína/Crack; Hepatite C; fatores de risco; Drogas ilícitas, transtorno relacionados ao uso de substâncias, autoavaliação de saúde; modelos mistos; Brasil

ABSTRACT

Introduction: Crack use is often associated with social vulnerability and the drug users are very susceptible to different health problems, mainly of infectious diseases such as HIV infection, Hepatitis B and C viruses, Syphilis and Tuberculosis. **Aim:** Describe the aspects related to crack users, with emphasis on HIV and HCV infection, and self-assessment of physical health and access to health and social services in Brazil, from 2011 to 2013. **Article 1:** Estimation of risk factors for HCV infection in crack users using regression models with uncertainty of the diagnostic test used. **Methods:** All participants with positive results in the rapid test for the detection of hepatitis C virus were included and for each seroreagent, four subjects with negative results were randomly selected, by gender, age group and macroregion of the country. We used hierarchical mixed logistic regression models, with and without incorporation of diagnostic test sensitivity and specificity. **Results:** The AOR estimates presented different values in the models with and without incorporation of the uncertainty of the diagnostic test used. In the model that incorporated sensitivity and specificity of diagnostic test, the chance of HCV virus infection was 1.81 times higher in polydrug use, 8.44 times higher in injecting drug use and 4.40 times higher in those reporting genital ulcer. **Conclusion:** People who use crack are at high risk of contracting the HCV virus if they have been injected drug any time in their lives, if they are polydrug use and if they have ulcerative Sexually Transmitted Infections (STI). The insertion of diagnostic test sensitivity and specificity into the multivariate regression model made possible to associate risk factors to infection status itself. **Article 2:** Evaluate the self-reported physical health status of crack users in open drug use scenes. **Methods:** Analyses multivariate and segregated by sex was made to identify association between the self-reported health status and the variables selected, using multinomial logistic regression. **Results:** For males, the factors associated with poor self-reported health status were polydrug use (AOR = 1.57); use of crack due to cheap price (AOR = 2.02); Tuberculosis symptoms (AOR = 1.64); difficulty concentrating (AOR = 1.56) and low self-esteem (AOR = 2.05). For females, the factors that influenced the poor self-reported health status were the age range of 18 to 30 years (AOR = 2.22), use of crack and the like due to family problems (AOR = 2.37), low self-esteem (AOR = 3.87) and suicidal thoughts (AOR = 3.69). **Conclusion:** The results suggest that for men, the economic issue has central relevance in their perception of health. For women, the motivation to use crack by loss of work and income was presented as a protective factor against poor health self-assessment. Differently from men, apparently, financial problems do not influence the perception of women's health. Most of the factors associated with poor health perception among crack users are emotional. That is important to elaborate public policies with multidisciplinary follow-up, including actions in mental health and social support. **Chapter Number 5:** Calculate the prevalence of HIV and HCV infection and the prevalence of Tuberculosis in crack users and describe risk behaviors for STI. **Methods:** The proportions were compared by means and chi-square test, considering the level of significance of 0.05. **Results:** HIV prevalence was 4.9%, Hepatitis C virus infection was 2.63%, and Tuberculosis infection was 1.67%. **Conclusion:** The findings highlight the vulnerability of the crack users population to risk of acquire infectious diseases. **Chapter Number 7:** Analyze aspects of health and access to services by crack users. **Methods:** Bivariate analysis comparing the proportions by means and chi-square test, adopting 5% as statistically significant. **Results:** Approximately 27% of crack users reported having accessed to some type of health service in the 30 days prior the interview, with differentials by sex. The majority (77.2%) reported willingness to treat drug use. **Conclusion:** Crack users attend far below desirable health and social services, which seems strongly associated with the situation of social vulnerability in which they are inserted.

Keywords: crack cocaine; Hepatitis C; Risk factors; illicit drugs; Polydrug use, self-reported health; mixed models; Brazil

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxo de indivíduos para Coleta de Dados na Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack.....	26
Artigo 1	
Figura 1. Valores ajustados das <i>odds ratio</i> do modelo final de hepatite C, segundo a incorporação dos valores de sensibilidade e especificidade do teste rápido. Brasil, 2012.....	49
Artigo 2	
Figura 1. Efeitos dos fatores selecionados na autoavaliação do estado de saúde “satisfatória” e “ruim” entre homens. Brasil, 2012.....	84
Figura 2. Efeitos dos fatores selecionados na autoavaliação do estado de saúde satisfatória e ruim entre mulheres. Brasil, 2012.....	85

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1. Distribuição proporcional (em %) de HCV positivo e HCV negativo por faixa etária e sexo (variáveis de pareamento) em relação ao total de sujeitos sob estudo. Brasil, 2012..... 45

Tabela 2. Distribuição proporcional (em %) de indivíduos com resultado HCV positivo (sorreagente) e HCV negativo, discriminados por características socioeconômicas, uso de drogas, comportamento de risco e sintomas de DST. Brasil, 2012..... 47

Tabela 3. Valores brutos e ajustados das *odds ratio* do modelo final de hepatite C, com a incorporação de sensibilidade e especificidade do teste rápido. Brasil, 2012..... 49

Artigo 2

Tabela 1. Distribuição percentual de usuários de crack e da autoavaliação do estado de saúde por fatores sócio demográficos, segundo sexo. Brasil, 2012..... 79

Tabela 2. Distribuição percentual de usuários de crack e da autoavaliação do estado de saúde por fatores relacionados ao uso de drogas, segundo sexo. Brasil, 2012..... 80

Tabela 3. Distribuição percentual de usuários de crack em relação a autoavaliação do estado de saúde por fatores relacionados a comportamento de risco e sintomas de doenças infecciosas, segundo sexo. Brasil, 2012..... 81

Tabela 4. Distribuição percentual de usuários de crack e da autoavaliação do estado de saúde por fatores relacionados à saúde mental/emocional e uso de serviços de saúde, segundo sexo. Brasil, 2012..... 82

Sumário

1.INTRODUÇÃO	12
1.1 O Crack e as Infecções Sexualmente Transmissíveis	15
1.2 A PESQUISA NACIONAL SOBRE O USO DO CRACK	18
1.3 INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO – EIXO DE INSERÇÃO DO PRESENTE TRABALHO	20
1.3.1 Aplicação do método Time-location sampling (TLS).....	20
1.3.2.Plano Amostral	22
1.3.3 Critérios de inclusão e exclusão	23
1.3.4 Etapas do trabalho de campo.....	23
1.4 Realização de testes de diagnóstico de HIV, HCV e Tuberculose	27
2.OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo Geral.....	30
2.2 Objetivos Específicos.....	30
3. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4. RESULTADOS	31
4.1.ARTIGO 1	32
INTRODUÇÃO	33
MÉTODOS	37
RESULTADOS.....	45
DISCUSSÃO.....	49
LIMITAÇÕES.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	56
4.2 ARTIGO 2	63
INTRODUÇÃO	65
MÉTODOS	67
RESULTADOS.....	73
DISCUSSÃO.....	85
LIMITAÇÕES.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	93
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
ANEXO I	106
ANEXO II	131
ANEXO III.....	148
ANEXO IV.....	165
ANEXO V	167

1. INTRODUÇÃO

O crack é uma droga preparada a partir do cloridrato de cocaína e estabilizada com a adição de uma substância alcalina (como o bicarbonato de sódio ou amônia, por exemplo), para convertê-la em uma ‘base’. O resultado do aquecimento desta ‘base’ é uma pedra, que é consumida de maneira fumada (Hatsukami & Fischman, 1996; Stewart et al., 2014). Os primeiros registros do uso deste derivado de cocaína, definido na língua inglesa como *crack cocaine*, foram realizados nos Estados Unidos na década de 1980, apresentando forte concentração em comunidades pobres da região central de cidades das costas Leste e Oeste do país (Smart, 1991).

No Brasil, datam do início da década de 1990 os primeiros registros na literatura especializada sobre o consumo de crack no país (Dunn et al., 1996; Nappo et al., 1996; Ferri et al., 1997), crescente nos últimos anos, segundo os dados disponíveis em diversas publicações (Priuli & Moares, 2007; Malta et al., 2008; Bastos, 2012; Cruz et al., 2014; Bertoni et al., 2015). Persistem lacunas na dimensão propriamente temporal e dinâmica, uma vez que poucas localidades, como, por exemplo, São Paulo e Porto Alegre, contam com uma sucessão de estudos ao longo do período de 1990 até a presente década. Nas demais localidades, a assistemática dos achados, na perspectiva diacrônica, não permite discernir tendências ou encontrar evidências consistentes que permitam a elaboração de cenários (Martelli, 2014). Infelizmente, esta escassez de dados e a impossibilidade de esboçar tendências com efetiva base empírica não inibe o debate político, por vezes ácido, acerca da questão em médio e longo prazo.

No entanto, a despeito dos estudos científicos brasileiros sobre o consumo de crack terem se tornado mais frequentes em anos recentes, a maior parte dos estudos conduzidos no Brasil baseou-se (e, ainda hoje, se baseia) em casuísticas clínicas (Dualibi et al., 2008; Narvaez et al. 2014), ou em outros recortes (por exemplo, referentes a localidades específicas)

não representativos da população de referência, em boa medida desconhecida (Dunn & Laranjeira, 1999; Malta et al., 2010; Bertoni, et al., 2011; Moura et al., 2014) quanto à magnitude, contextos de uso, comportamentos dos usuários de drogas nas suas respectivas comunidades, como é o caso dos levantamentos de base escolar ou universitária (Carlini et al., 2010; Brasil, 2010; Horta et al., 2014). Este é também o caso dos estudos etnográficos, que, ao invés de serem lidos na sua especificidade e aprofundamento, por vezes, notável (Rui, 2015), acabam por servir de base a pretensas inferências causais, ancoradas em uma suposta base estatística, o que, expressamente, não se coaduna, seja com seus propósitos, seja com os métodos empregados.

O estudo clássico de Waldorf et al. (1991) demonstra a complexidade dos padrões de consumo de cocaína ao longo do tempo e como estes podem variar, seja de um local/contexto para o outro no que diz respeito à forma e ao padrão de consumo, além dos agravos a ele associados, seja, numa perspectiva novamente diacrônica, ao longo da trajetória dos indivíduos e grupos sociais. Apesar da relevância de estudos hoje clássicos (Courtwright et al., 2012), ainda se sabe muito pouco sobre a dinâmica de uso e as histórias de vida de usuários com diferentes padrões de uso, na riqueza da sua variabilidade psíquica, interação social com uma cena de drogas sempre dinâmica e com a sociedade mais ampla.

Alguns estudos têm evidenciado a dinâmica e a complexidade das cenas de uso de drogas atuais e sua relação com a disseminação de patógenos como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites B e C (HBV e HCV, nos seus acrônimos em língua inglesa, respectivamente) (Bastos et al., 2005; Shannon et al. 2008; Malta et al., 2010, Santos Cruz et al., 2013). Somado a este fato, alguns estudos experimentais realizados recentemente também apontam que derivados de cocaína possuem efeitos adversos diretos sobre o sistema imunológico e sobre a integridade tecidual (Magro & Wang, 2013; Napuri et al., 2013), o que pode vir a aumentar o risco de desenvolvimento de diferentes agravos, além

de alterar a história natural das infecções nos usuários deste tipo de droga específica, com progressão clínica mais intensa e/ou mais grave.

Tal questão ganha dimensão ainda mais grave e preocupante, uma vez que, via de regra, os usuários de cocaína/crack são poliusuários, especialmente do álcool e outras substâncias cujo uso é mais prevalente, e que a metabolização conjunta da cocaína e do álcool dá origem a metabólitos extremamente tóxicos, como o cocaetileno (Citaddini et al., 2015).

A literatura aponta que o consumo do crack está frequentemente associado a um contexto de vulnerabilização social, no qual a vitimização e o envolvimento dos usuários em contextos de criminalização, marginalização e violência acabam por gerar um círculo vicioso de miséria, estigma e formas graves de dependência às drogas (Dunlap et al., 2009; Singer, 2009). Um outro aspecto complementar a esse quadro adverso, é que estes usuários em situações de pobreza apresentam prevalências elevadas de diferentes agravos de saúde, principalmente de natureza infecciosa, como infecções por HIV, HBV, HCV, sífilis e tuberculose, entre diversas outras (Scheinman et al., 2007; Restrepo et al., 2007; Afonso et al., 2007; Bastos et al., 2009, Raupp & Adorno 2011; Cruz et al., 2013). Outras dimensões, não menos relevantes, como os problemas odontológicos (Woyceichoski et al., 2008) e a insegurança alimentar (Vogenthaler et al., 2011) têm sido raramente avaliados, a despeito da sua inegável relevância.

Finalmente, cabe observar aqui a relevância do diagnóstico dual em psiquiatria, com a sobreposição do uso prejudicial de substâncias e diversas desordens psiquiátricas, como depressão, ansiedade e transtornos de personalidade (Paiva et al., 2017).

Estudos realizados com amostras de conveniência, nos EUA, no início da década de 1990, já identificavam a associação entre consumo de crack e infecção pelo HIV (Chiasson et al., 1991; Edlin et al., 1994). Esta associação poderia ser decorrente da maior frequência de comportamentos sexuais de risco entre usuários de crack (Edlin et al., 1994; Bastos et al.,

2008), se comparados a usuários de outras substâncias psicoativas não estimulantes/usuários ocasionais/não usuários.

Em uma dimensão atinente às covariáveis mediais e distais, cabe assinalar que se trata de uma população marcadamente marginalizada e empobrecidas, portanto, com acesso precário a recursos sejam de prevenção (mesmos os mais simples e baratos, como a disponibilidade de preservativos), sejam de acesso ágil ao tratamento, o que contribui, inevitavelmente, para que uma determinada população apresente, em níveis ecológicos, níveis agregados elevados de carga viral. Este último fator foi evidenciado como absolutamente essencial pelos estudos ecológicos realizados no Canadá (Montaner et al., 2014).

1.1 O Crack e as Infecções Sexualmente Transmissíveis

Conforme amplamente descrito na literatura, a população usuária de drogas (UD) é bastante vulnerável às infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente à infecção pelo HIV, já que estão expostos a diferentes situações/comportamentos de risco, seja por via parenteral, quando do compartilhamento de aparatos para uso de drogas, como por via sexual, no caso do sexo ‘desprotegido’, habitualmente com múltiplos parceiros, com frações variáveis destes parceiros infectados pelos diversos patógenos transmitidos sexualmente. Não só o tipo da droga utilizada está associado com diferentes comportamentos de risco, mas, principalmente, a via de administração da droga, orientação sexual do usuário e contexto social em que está inserido (Celentano et al., 2008). De um modo geral, riscos especialmente elevados estão associados à classe das drogas “estimulantes¹”, como evidenciado em revisão recente (Tavitian-Exley et al., 2015).

Neste sentido, os usuários de drogas injetáveis merecem atenção especial, e, de forma ainda mais específica, a subpopulação dos usuários injetáveis de substâncias estimulantes,

¹ Qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento, aumentando a atividade do sistema nervoso central. São exemplos de drogas estimulantes: cocaína, anfetaminas e nicotina (Brasil, 2014)

como a cocaína e as anfetaminas, uma vez que o uso de droga por via parenteral se mostra mais eficiente na transmissão de diferentes infecções, dentre elas o HIV e HCV. O risco de transmissão parenteral do HIV “por ato” (episódio de injeção com agulha/seringa contaminada), foi estimado em 0,24% a 0,65%, em meta-análise conduzida por pesquisadores ingleses e canadenses (Baggaley et al., 2006).

Já no grupo de usuários de drogas não-injetáveis, a transmissão direta, através do comportamento sexual de risco, figura como principal modalidade de aquisição da infecção pelo HIV (Celentano et al., 2008).

Em relação ao tipo de droga, especialmente o uso de cocaína, inalada e/ou fumada (assim como outras substâncias estimulantes, com pequena relevância no contexto brasileiro, como a meta-anfetamina sob a forma “cristal”²), está associado a diferentes problemas de saúde (Sterk, 1988; Shannon et al. 2008; Santos Cruz et al. 2013), com destaque também para as ISTs, com taxas quase invariavelmente elevadas. No caso específico do uso de cocaína fumada/crack, diferentes estudos apontam para danos causados à saúde em consequência do uso, incluindo um incremento da transmissão não-parenteral do HIV e HCV (Edlin et al., 1994;; Tortu et al., 2001; McMahon & Tortu, 2003; Tortu et al., 2004).

Na década de 1990, estudos realizados em localidades tanto urbanas como rurais dos Estados Unidos, com usuários de drogas maiores de 18 anos que não haviam feito uso de droga injetável, documentaram maiores taxas de infecção por HIV e HCV neste grupo de usuários, quando comparado à população não usuária de drogas (McCoy et al., 2004; Tortu et al., 2001). De forma similar, trabalhos latino-americanos, realizados já no contexto das duas primeiras décadas do presente século, documentam taxas elevadas de infecção pelo HCV entre usuários de drogas não injetáveis, se comparados à população geral (por exemplo, Caiaffa et al., 2011), ainda que a partir de razões que permanecem contraditórias e incluiriam

² Revisão recente em: Thu Vu et al., 2015

o compartilhamento de insumos utilizados no consumo da cocaína aspirada (como canudos) e de uma eventual transmissão sexual do HCV³, patógeno/infecção que permanece fora das classificações internacionais de infecções/doenças sexualmente transmissíveis.

Em situações como as de cenas de uso do crack, a transmissão do HIV está frequentemente associada a múltiplas parcerias sexuais num curto intervalo de tempo e altas taxas de outras infecções sexualmente transmissíveis, que favorecem a transmissão do vírus (Miller et al., 2008).

Segundo o último Relatório Mundial sobre Drogas divulgado pela *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2017), o número estimado de usuários de cocaína no Mundo, em 2015, seria de 17 milhões de pessoas.

No Brasil, segundo resultado do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005), 2,9% dos entrevistados referiram *uso na vida* de cocaína, e 0,7% referiram o uso de crack para o mesmo período. Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack (Bastos & Bertoni, 2014), estima-se cerca de 370 mil pessoas fizeram uso regular de crack e/ou similares nas capitais brasileiras e distrito federal, o que corresponde a 0,81% ((IC95%: 0,76-0,86), da população de referência. Apesar de estar fortemente documentado na literatura a relação entre uso de drogas e diferentes agravos de natureza infecciosa (Kaushik et al., 2011), até o presente momento não existiam dados epidemiológicos com efetiva base populacional, tanto para o Brasil no seu conjunto, como para estratos geográficos menores do país, sobre as taxas de infecção de alguma infecção sexualmente transmissível (IST) na população de usuários de crack, tampouco sobre comportamentos, atitudes e práticas de risco associadas às mesmas. Persistem deficiências, por ora, insolúveis, referentes a taxas de incidência (casos novos), com exceção de estimativas indiretas, via algoritmos laboratoriais⁴, na ausência de grandes coortes, nos moldes das coortes

³ Comentário em Bastos, 2011

⁴ Por exemplo, Guimarães et al., 2015

internacionais, como a coorte ALIVE, com sede em Baltimore, Maryland, EUA⁵. Mas, ao menos, no que tange a taxas de prevalência, com efetiva base populacional, observa-se um progresso inegável, em termos de aprimoramento dos planos amostrais e abrangência dos achados científicos.

No sentido de preencher esta última lacuna (ou seja, dados acerca de taxas de prevalência com denominadores com efetiva base populacional), entre 2010 e 2013, o Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizou a pesquisa “Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack”, uma parceria entre FIOCRUZ, do Ministério da Saúde e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça.

1.2 A Pesquisa Nacional Sobre o Uso do Crack

Em 2010, a mídia brasileira iniciou um grande movimento de mobilização da população em torno do que se considerava uma epidemia de crack. O que chamava a atenção da sociedade como um todo eram as grandes “cracolândias”, presentes nos grandes centros urbanos (como Rio de Janeiro e São Paulo), onde um grande aglomerado de pessoas fazia uso de crack e de outras drogas, de forma intensa e à luz do dia. Nestes locais era visível as condições precárias de saúde e sociais aos quais os usuários de drogas estavam submetidos, associados muitas vezes a contextos de marginalização, prostituição e violência. Em resposta a essa emergência social e de saúde, o Governo Federal lançou, em maio de 2010, o Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras drogas⁶, no sentido de prevenir o uso e promover atenção integral ao usuário do crack, com a oferta ampliada de tratamento e perspectivas efetivas de reinserção social, além do enfrentamento ao tráfico de drogas. O Plano foi então estruturado em três eixos principais: cuidado, prevenção e autoridade. Como até

⁵ Informação exaustiva, disponível no respectivo *site*, em: <https://www.jhsph.edu/research/affiliated-programs/aids-linked-to-the-intravenous-experience/index.html>

⁶ Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, alterado pelo decreto 7.637 de 08 de dezembro de 2011.

aquele momento, não existiam informações sobre o uso de crack com representatividade para o Brasil, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, à época ainda vinculada ao Gabinete do Presidente da República, encomendou à Fiocruz a Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack. Em linhas gerais, a proposta era que a pesquisa pudesse responder a duas perguntas simples, porém essenciais: “Qual é o número de pessoas que fazem uso de crack no país?” e “Quem são essas pessoas?”. A pesquisa foi então estruturada em três eixos principais:

1. Estimar o número de usuários de crack e/ou similares e outras drogas nas 26 capitais e DF, a partir de inquérito domiciliar utilizando a metodologia *Network Scale-up* (NSUM);
2. Descrever o perfil de usuários de crack e/ou similares, os comportamentos de risco e sexuais, padrões de consumo de álcool e drogas ilícitas; a demanda por cuidados de saúde, o efetivo engajamento de usuários de crack em programas/ unidades de tratamento para o abuso de drogas e mensurar a prevalência da infecção pelo HIV e pelo vírus das hepatites C, entre usuários de crack e/ou similares da amostra proposta, a partir de um inquérito epidemiológico, que utilizou a metodologia *Time Location Sampling* (TLS), com algumas modificações frente aos manuais clássicos sobre o tema⁷, visando acessar a população usuária de crack e/ou similares nas cenas de uso de droga.
3. Explorar, em detalhe, práticas, atitudes e comportamentos de usuários de crack e/ou similares de uma subamostra, selecionados de forma não aleatória da amostra de referência, por meio da utilização de métodos qualitativos.

A pesquisa foi pioneira na aplicação de duas metodologias para coleta de dados da população de usuário de drogas: o uso do *Time Location Sampling* (TLS) no Inquérito epidemiológico, que permitiu acessar a população flutuante dos usuários de crack e /ou similares nas cenas de uso da droga, e a *Network Scale-up Method* (NSUM), no inquérito domiciliar, que possibilitou proceder às estimativas do número de usuários no país.

⁷ Hoje disponíveis na internet, também em versões em língua portuguesa: <https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/time-location-sampling-resource-guide-portuguese.pdf>

1.3 Inquérito Epidemiológico – Eixo de inserção do presente trabalho⁸

Com o intuito de descrever o perfil dos usuários de crack e/ou similares⁹ no Brasil, realizou-se um inquérito epidemiológico. A população de estudo se configurava como usuários frequentes de crack, que utilizavam a substância em cenas abertas de uso, em diferentes localidades/contextos do país. Desta forma, para desenvolver a pesquisa foi necessário lançar mão de um método específico para populações ocultas ou de difícil acesso. A opção pela metodologia TLS deu-se em função da multiplicidade de locais de estudo, da especificidade das diferentes cenas de uso e dos bons resultados obtidos através do emprego desta técnica, seja no Brasil (Gondim et al., 2009), seja no exterior (Bohl et al., 2009; Nguyen et al., 2009).

1.3.1 Aplicação do método *Time-location sampling* (TLS)¹⁰

O método TLS pode ser definido como uma amostragem por conglomerados (Stueve et al., 2001), e se inicia com o processo de elaboração de um cadastro amostral (*sampling frame*) contendo as informações acerca das unidades de amostragem, neste caso, o mapeamento das cenas de uso de drogas nos municípios selecionados na amostra.

Para mapeamento, realizou-se uma exploração inicial de cenas de uso, utilizando técnicas etnográficas nos moldes dos trabalhos desenvolvidos em New Haven e Hartford, EUA, pelos pesquisadores da Universidade de Yale, combinando observação participante, entrevista de informantes-chave e mapeamento (Singer et al., 2000; Romero-Daza et al., 2003), para elaboração de uma listagem de endereços das cenas de uso de drogas nos municípios selecionados.

⁸ Informações sobre os outros eixos da Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack podem ser obtidas no livro: Bastos & Bertoni, 2014.

⁹ Por similares, leia-se: pasta base, merla ou oxi

¹⁰ Para Maiores informações sobre aplicação do método TLS na Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack, consultar o capítulo 2 do livro (Bastos & Bertoni, 2014).

Em cada um dos municípios selecionados para o estudo, buscou-se informações junto a órgãos públicos (como Secretarias de Assistência Social, Polícia, etc.) e Organizações Não-Governamentais (ONGs) que trabalhavam a temática das drogas e/ou com a população usuária, além de informantes-chave, incluindo usuários de drogas, sobre os locais onde estavam localizadas as cenas de uso de drogas e comércio de drogas (uma vez que tais atividades podem ocorrer simultaneamente [ou não] no mesmo local), além de informações sobre dias da semana e horários em que as cenas funcionavam.

Infelizmente, a premência de tempo, aproxima essa etapa antes às metodologias de avaliação rápida, largamente utilizadas pela Organização Mundial e outros organismos internacionais (Comiskey et al., 2012), do que às etnografias clássicas, que podem se estender por anos (Bourgois, 2003), e, com isso, ultrapassar, em muito, o cronograma de realização da pesquisa como um todo, e não desta primeira etapa.

Estas informações foram necessárias para compor cada unidade amostral, que correspondeu a uma fração de espaço frequentado pelos usuários em dados períodos de tempo, uma vez que podem existir dias/horários com maior e menor fluxo de pessoas (considerando diferentes ocorrências, como, por exemplo, a chegada da polícia, de drogas, clima frio e etc.) (Friedman et al., 1999). Este conjunto de informações é descrito na metodologia como espaço-dia-hora (EDH), do inglês *venue-day-time* (VDT) (Muhib et al., 2001).

Baseado neste cadastro, procedeu-se a uma amostragem probabilística para seleção do conjunto de locais/dias/horários para realização das visitas e consequentes recrutamentos de entrevistados potenciais para a pesquisa.

É importante destacar que, com este método, não é possível obter uma amostra representativa da população de usuários de crack no seu conjunto, uma vez que o cadastro inicial não contempla usuários que fazem isso de forma isolada/em pequenos grupos dispersos

e/ou locais privados e fechados. Porém, é uma amostra probabilística da população de usuários de crack que frequentava cenas abertas de uso de drogas, que constituem uma fração expressiva desses usuários em diversos contextos (Muhib et al., 2001).

Cabe ainda observar que o estudo brasileiro contemplou uma inovação metodológica, anteriormente utilizada em um estudo brasileiro sobre beber e dirigir, com base em bares e estabelecimentos similares. Embora o sucesso da iniciativa anterior não tenha se repetido integralmente no contexto de cenas de crack, de intensa mobilidade e uma variabilidade de impossível definição *a priori* (ao contrário de um bar, onde há uma clara concentração de pessoas, definível, *a priori*, em determinados “turnos” de funcionamento e fluxos de frequência), a utilização da amostragem inversa na etapa final de seleção (De Boni et al., 2012) representa um inegável avanço com relação à delimitação de fluxos de pessoas com referência ao “cruzamento” (no sentido físico de delimitação de determinados espaços) de uma hipotética “linha imaginária”, presente nos manuais clássicos sobre TLS.

1.3.2. Plano Amostral¹¹

A pesquisa teve âmbito nacional e foi realizada nas 26 capitais, Distrito Federal, 9 Regiões Metropolitanas (RM) federais (Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo) e em uma amostra de municípios de pequeno e médio porte, denominada “Estrato do Resto do Brasil” (ERB). Desta maneira, os municípios das capitais foram incluídos com probabilidade 1 (100%) na amostra, enquanto os municípios das RM foram selecionados com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), definido com base no número de cenas mapeadas em cada município.

A amostra foi selecionada em dois ou três estágios de seleção, dependendo do estrato geográfico. Para os estratos de capitais de unidades da federação, a amostra foi selecionada

¹¹ Para maiores informações sobre o Plano amostral da Pesquisa sobre o uso do Crack, consultar capítulo 3 do livro que sintetiza os resultados do estudo (Bastos & Bertoni, 2014).

em dois estágios: (1) combinação de cena e turno (obtidos a partir do mapeamento); e (2) indivíduo usuário de drogas. Nos demais estratos, a amostra foi selecionada em três estágios: (1) município (nas RM) ou grupos de municípios (no ERB); (2) combinação de cena e turno; e (3) usuário. O número de entrevistados foi definido por meio de uma quota de tempo-espço referente às cenas de uso mapeadas em cada município.

1.3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão compreenderam:

- Ser usuário regular de crack, “regular” definido pelos critérios CODAR, estabelecidos pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), correspondendo a um uso por, pelo menos, 25 dias nos seis meses que antecedem a entrevista¹²;
- Ter mais de 18 anos;
- Apresentar o convite de participação no local de entrevista;

Os critérios de exclusão compreenderam:

- Estar sob o efeito da droga que inviabilizasse a realização da entrevista (muito agitado/sonolento/disperso – sem condições de compreender/responder);
- Apresentar, no momento da entrevista, comportamento que incompatibilize a sua participação no grupo/entrevista individual e o fornecimento de informações confiáveis,
- Ter participado anteriormente do projeto.

1.3.4 Etapas do trabalho de campo

Para coleta de dados em campo, a equipe foi composta por supervisores, observadores/recrutadores, entrevistadores e “coletadores” (a cargo da realização dos testes

¹²Detalhamento dos critérios CODAR para uso regular de crack, disponível em;
http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=853

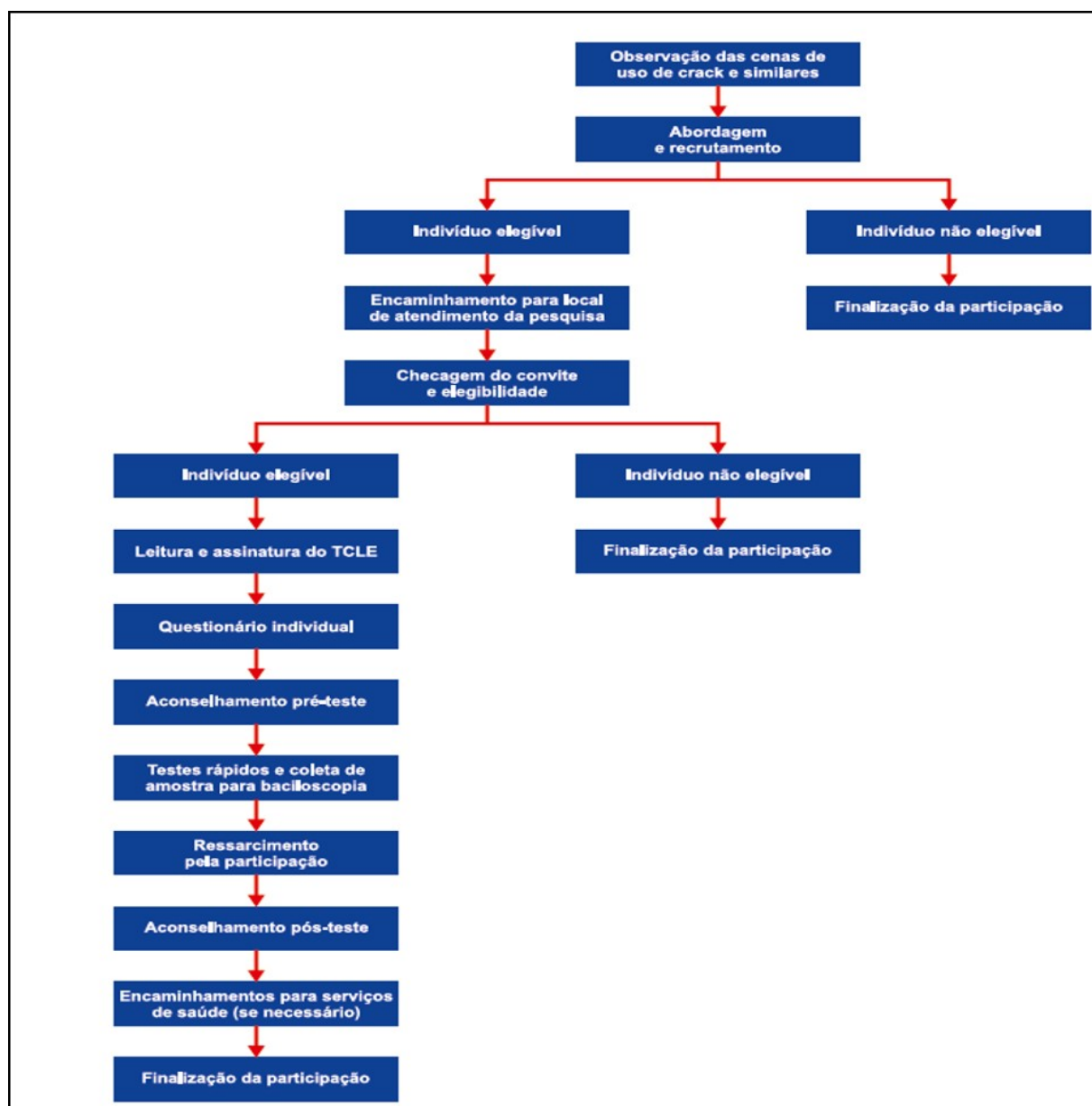
rápidos), todos identificados por crachá e camisa com logotipo da FIOCRUZ. O instrumento-guia do trabalho de campo era a Folha de Coleta, que continha informação sobre o endereço e dia da semana da cena a visitar, além do horário em que devia ser iniciado o recrutamento dos participantes.

Os observadores/recrutadores chegavam uma hora antes do horário definido na Folha de Coleta para realizar a observação do espaço e pessoas na cena, e registravam essas informações qualitativas e quantitativas no Caderno de Campo. A atividade de observação das cenas era realizada por uma dupla, não somente por questões de segurança, mas também para enriquecimento da coleta das informações qualitativas, uma vez que o preenchimento do caderno de campo era individual e desta maneira passava-se a contar com dois olhares diferentes de uma mesma cena de uso de drogas.

Após a observação, os observadores/recrutadores passavam à atividade de recrutamento. Para garantir a aleatoriedade na seleção dos usuários, definiu-se que deveriam ser abordadas as pessoas que estivessem saindo da cena de uso de drogas. Estipulou-se o recrutamento na “saída” da cena, pois essa ação poderia ser motivada por diferentes razões (retorno a casa/trabalho/escola, comprar mais droga, ir ao encontro de alguém, entre outras infinitas razões), enquanto que quando os indivíduos chegavam a cena, normalmente, tinham a mesma motivação, utilizar a drogas. Além do exposto, após atividades de mapeamento, concluiu-se que, exatamente pela motivação de usar a droga, os usuários poderiam não aderir à pesquisa, pois a abordagem para convite iria “atrapalhar” o uso da droga. Este procedimento de abordar para convocar a participar da pesquisa, a quem estivesse deixando uma dada cena, obedeceu a um procedimento de amostragem inversa, inicialmente formulada por Haldane (1945), com propósitos inteiramente distintos, e atualizada no supramencionado trabalho de De Boni et al. (2012).

Os indivíduos abordados nas cenas amostradas respondiam a um questionário de elegibilidade simplificado e, quando elegíveis, recebiam um convite para participação no estudo, juntamente com uma explicação detalhada sobre aquilo que o estudo se propunha a fazer (realização dos questionários e testes rápidos de HIV e HCV, além da coleta de escarro para realização da baciloscopia da tuberculose). Os potenciais participantes eram referidos então aos locais designados para realização da pesquisa (Serviços de Saúde, prioritariamente, ou espaços adaptados pela equipe de pesquisa, situados na própria cena). Uma vez presentes nesses locais, era checada novamente a elegibilidade do indivíduo, por meio de um Questionário de Elegibilidade, e caso esta se confirmasse, passava-se à aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, subsequentemente, às demais etapas da pesquisa (aplicação do questionário face-a-face, aconselhamento pré-teste, realização dos testes rápidos, aconselhamento pós-teste, entrega de resultados e encaminhamentos necessário e ressarcimento pela participação na pesquisa). O fluxo de participação dos voluntários abordados para pesquisa pode ser verificado na figura 1.

Figura 1. Fluxo de indivíduos para Coleta de Dados na Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack.



Fonte: ICICT, Fiocruz. Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack, 2014.

O questionário utilizado (Anexo 1) foi elaborado a partir de questionários validados e utilizados em pesquisas anteriores no Brasil e no exterior. Os itens comportamentais e sociais

tiveram por base questionário de domínio público amplamente utilizado em pesquisas desenvolvidas pela Universidade Simon Fraser, Vancouver/Canadá e pela UBC (Universidade de British Columbia), utilizado, com sucesso, em um estudo anterior, realizado em duas cidades brasileiras, Rio de Janeiro e Salvador, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade Simon Fraser e o Ministério da Saúde¹³. Com o uso deste instrumento, foram coletados dados sociodemográficos básicos, módulos referentes à saúde do indivíduo (sob diversos aspectos, compreendendo desde as infecções mais prevalentes, passando pela saúde oral, e incluindo questões atinentes à saúde mental); as práticas sexuais, o padrão de consumo de crack e de outras drogas e os comportamentos de risco relacionados a estas práticas; seus eventuais problemas com a família e com a sociedade mais ampla; sua interação com a justiça e as forças policiais, enquanto vítimas ou autores de crimes e outros atos passíveis de apenação; o seu acesso a serviços de saúde e sociais, tanto no âmbito da prevenção ou do tratamento e reabilitação, quanto da sua mobilidade e atividades cotidianas.

Os questionários foram elaborados e impressos em formato escaneável por meio da utilização de um *software* de conversão analógico-digital das informações (Teleform®), e suas informações, após verificação automática e manual, foram posteriormente transferidas para banco de dados elaborado no *software* SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*). Os demais instrumentos de coleta e registro de informações foram digitados em bancos de dados criados especificamente para este estudo, no *software* Access, sistema de gerenciamento de banco de dados da Microsoft®.

1.4 Realização de testes de diagnóstico de HIV, HCV e Tuberculose

Os entrevistados foram convidados a realizar testagem para o HIV e HCV, tendo o direito à recusa (sem que isso determinasse qualquer prejuízo com relação a seu acesso aos

¹³ A lista básica disponível de publicações referente a este estudo, está disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=bastos+fi+and+fischer+b>

meios disponibilizados pelo projeto em termos de apoio psicossocial e assistência, conforme as normas definidas pela legislação pertinente e pelos Comitês de Ética que avaliaram e aprovaram o projeto). A testagem sempre se fez acompanhar do aconselhamento pré e pós-teste e do encaminhamento para tratamento na eventualidade de detecção de alguma infecção/doença, também em conformidade com a legislação pertinente e a versão aprovada pelos Comitês de Ética envolvidos. Os encaminhamentos foram feitos no âmbito da parceria de trabalho entre a FIOCRUZ e as diferentes instituições de pesquisa envolvidas, além das unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitadas suas especificidades regionais/loais. Todos os encaminhamentos para tratamento foram efetuados a serviço(s) de saúde de referência em cada município.

Todos os casos identificados como positivos (sororreagentes e/ou com baciloscopia positiva) para os diferentes patógenos analisados foram prontamente referenciados para a rede pública de saúde, tendo como porta de entrada os serviços de atenção básica municipal, de acordo com as normas operacionais do SUS em vigor.

Para a testagem para o HIV foram utilizados os testes rápidos *Rapid Check* HIV para triagem e o teste rápido produzido por Biomanguinhos, FIOCRUZ, para confirmação, conforme manual do Ministério da Saúde (MS).

Para a testagem de hepatite C (HCV), utilizou-se o teste imuno-rápido produzido pela Wama Diagnóstica.

A utilização de testes rápidos teve como objetivo simplificar a logística do trabalho de campo; agilizar o diagnóstico e o encaminhamento aos serviços de saúde e minimizar os riscos biológicos desses procedimentos.

A testagem para tuberculose (sem finalidades diagnósticas) adotou o método de baciloscopia, sendo sua implementação negociada com cada um dos programas de controle locais.

A coleta de dados da etapa relativa ao inquérito epidemiológico foi realizada do segundo semestre de 2011 a junho de 2013, com marcante concentração no ano de 2012 e complementação, em alguns locais específicos, em 2013, o que se fez necessário pela extrema violência e dificuldade de acesso a algumas cenas, em contextos específicos (por exemplo, de confronto entre facções criminosas ou ocupação de alguns territórios, como no caso da implantação das UPPs em comunidades do Rio de Janeiro).

Em janeiro de 2012, fui convidada a compor a equipe central da pesquisa e passei a atuar como supervisora nacional, responsável pelo treinamento, monitoramento e supervisão do trabalho das 27 equipes distribuídas pelas capitais brasileiras e distrito federal. Desta forma, o presente projeto de tese surgiu durante a execução deste trabalho, com intuito de descrever aspectos relacionados a saúde de usuários de crack, com ênfase em HIV e HCV e auto avaliação de saúde física, bem como o acesso destas pessoas aos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever aspectos relacionados à saúde de usuários de crack, com ênfase na infecção por vírus associados a elevada morbimortalidade (HIV e HCV), e auto avaliação de saúde física, bem como o acesso destas pessoas a serviços de saúde e sociais, no Brasil, no período de 2011 a 2012.

2.2 Objetivos Específicos

Artigo 1- Estimar fatores de risco para HCV entre usuários de crack de cenas abertas do Brasil, no período de 2011 a 2012.

Artigo 2 - Avaliar o estado físico de saúde autorreferido por usuários de crack de cenas aberta de uso Brasileiras, no período de 2011 a 2012.

Capítulo de livro de número 5 (publicado – Anexo II)- Em que são descritos os achados referentes às prevalências da infecção pelo HIV e HCV, e a prevalência de Tuberculose (TB) e analisar comportamentos de risco para as infecções sexualmente transmissíveis.

Capítulo de livro de número 7 (Publicado – Anexo III)- Em que são descritos os achados relativos ao acesso a serviços de atenção à saúde, comportamento sexual e auto avaliação de saúde.

O presente estudo está inserido na “Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack” e analisará os dados referentes ao Brasil. Serão apresentados a seguir dois artigos científicos e dois capítulos de livro, em atendimento a cada um dos objetivos específicos propostos.

3. ASPECTOS ÉTICOS

A Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), sob o número CAAE 0073.0.031.000-11. Além disso, também foi submetida e aprovada em diferentes comitês de ética do Brasil, uma vez que o protocolo foi apreciado por diferentes CEPs municipais que solicitaram esta ação. A presente proposta de tese é parte integrante desta pesquisa nacional, no que diz respeito à análise dos resultados do inquérito epidemiológico, para Brasil.

4. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os dois artigos científicos propostos, neste caso sob a modalidade de manuscritos inéditos, a serem submetidos à publicação após sua avaliação pela banca examinadora.

Os capítulos de livro, redigidos em atenção aos objetivos específico 3 e 4 do presente estudo foram publicados no livro da Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack¹⁴. Os capítulos do livro já compunham o projeto de tese apresentado à banca de qualificação, e constam aqui sob a forma de anexos (Anexos II e III).

¹⁴ Capítulos 5 e 7.

4.1. Artigo 1

Analisando Fatores de risco para infecção por HCV entre usuários de Crack em situação de vulnerabilidade

Carolina Coutinho^{*1,2}, Leonardo Bastos³, Jurema Mota¹, Katia Costa¹, Neilane Bertoni⁴, Francisco Bastos¹

¹Instituto de Comunicação e informação Tecnológica em Saúde (Icict), Fiocruz.

²Programa de Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Fiocruz.

³Programa de Computação Científica, Fiocruz

⁴Divisão de Pesquisa Populacional, Inca

*Autor para correspondência: Fundação Oswaldo Cruz, Biblioteca de Manguinhos, sala 229.

Av. Brasil, 4365. Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21045-900. Brasil.

Email: carolina.coutinho@icict.fiocruz.br

Conflito de interesse: Não há conflitos de interesse.

Sugestão de submissão: *Drug and Alcohol Dependence* (após tradução)

Fonte de Financiamento: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/Ministério da Justiça e Segurança Pública) & Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Resumo:

Introdução: A infecção pelo vírus da Hepatite C segue sendo um problema de saúde pública em todo o mundo. Entre usuários de drogas ilícitas, observa-se um risco ampliado de contrair o vírus da hepatite C em função de seus comportamentos e hábitos de consumo de droga, principalmente no uso de drogas injetáveis. Entretanto, mesmo os que não utilizam drogas

injetáveis estão sob risco maior de contrair a infecção, se comparados à população em geral.

Objetivo: Estimar fatores de risco para infecção por HCV, em usuários de crack e/ou similares do Brasil, utilizando modelos de regressão que incorporam a sensibilidade e especificidade do teste de diagnóstico utilizado. **Métodos:** Incluíram-se todos os participantes com resultado ‘positivo’ (sororreagente) no teste rápido para detecção do vírus da hepatite C e, para cada sororreagente, 4 indivíduos com resultado ‘negativo’(não-reagente) foram aleatoriamente selecionados, pareando por sexo, faixa etária e macrorregião do país. Utilizou-se modelos de regressão logística mistos hierárquicos, com e sem incorporação dos valores de sensibilidade e especificidade do teste diagnóstico. **Resultados:** A chance de infecção pelo vírus do HCV é 1,81 vezes maior nos poliusuários, 8,44 vezes maior no uso de drogas injetáveis e 4,40 vezes maior nos que relatam ulcera genital. **Conclusão:** Pessoas que usam crack estão mais expostas ao risco de contrair o vírus de HCV se já fizeram uso de droga injetável na vida, se são poliusuários e se apresentam alguma IST ulcerativa. Métodos múltiplos que incorporam a sensibilidade e especificidade de testes diagnósticos são úteis no estudo de associação de fatores de risco e status de infecção em si.

Palavras-chave: Infecção pelo HCV; crack; uso de drogas por via não-injetável; comportamento; inquéritos populacionais

Introdução

A infecção pelo vírus da Hepatite C (HCV) continua sendo, a despeito dos inegáveis avanços no campo da terapêutica, um problema central da saúde pública em todo o mundo. Em geral, a infecção aguda é assintomática, e estima-se que 15% a 45% das pessoas infectadas eliminem espontaneamente o vírus, ao longo de 6 meses, sem que tenham realizado tratamento algum (ou seja, esta seria uma eliminação integralmente secundária à resposta

imunológica do infectado). Os demais casos, ou seja, de 55% a 85% das pessoas irão desenvolver infecção crônica por HCV, e, entre estes, estima-se um risco de cirrose hepática elevado, de 15% a 30%, transcorridos 20 anos, na ausência de intervenção terapêutica (WHO, 2017a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), cerca de 700 mil pessoas morrem por ano, em todo o mundo, por complicações decorrentes da infecção pelo vírus da hepatite C, como fibrose avançada/cirrose hepática, insuficiência hepática e carcinoma hepático.

No Brasil, segundo o último *Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais* do Ministério da Saúde (2017), os óbitos por HCV representam atualmente a principal causa de morte entre as hepatites virais, tendo sido identificados 43.314 óbitos relacionados a esta infecção, entre 2000 e 2015. Em 2016, a taxa de incidência de detecção de casos de HCV foi de 13,3 por 100 mil habitantes, variando de 94,1 casos por 100 mil habitantes em Porto Alegre/RS a 2,5 casos por 100 mil habitantes em João Pessoa/PB (Brasil, 2017).

Recentemente, o mundo experimentou um grande avanço no tratamento da infecção por HCV, com a utilização de terapia por ‘agentes antivirais diretos’ do inglês *direct antiviral agents* ou DAAs, como são conhecidos. Obviamente, a disponibilidade desses novos agentes terapêuticos não necessariamente se traduz em acesso efetivo a eles, uma vez que o custo dos novos regimes terapêuticos é elevado; mas estas questões, assim como os protocolos terapêuticos sucessivamente revisados e validados pelo Ministério da Saúde do Brasil não serão tematizados pelo presente artigo.

Combinações de duas ou mais drogas, pertencentes a diferentes classes dos DAAs atingiram taxas de *clearance*¹⁵ maiores que 90% e foram bem toleradas, sem efeitos colaterais graves. Esta nova terapia pode ser oferecida a quase todos os pacientes com HCV,

¹⁵ *Clearance* pode ser definido como o volume de plasma a partir do qual uma determinada substância pode ser totalmente depurada (eliminada) na urina em uma determinada unidade de tempo.

independente de eventuais comorbidades e mesmo da diversidade viral (fator limitante das terapias clássicas), o que revolucionou o tratamento do agravo (Spengler, 2017). No entanto, devido à sua natureza assintomática (na maioria dos casos), muitas pessoas infectadas por HCV desconhecem seu *status* sorológico. Existem também aqueles que são diagnosticados, mas não conseguem obter tratamento. Neste sentido, a disponibilidade de um diagnóstico ágil e confiável, além do alto custo e restrições ao acesso aos novos tratamentos são consideradas como principais barreiras ao controle e eliminação da doença (OMS, 2016; MS, 2017; Spengler, 2017).

A via parenteral continua sendo a modalidade central de transmissão do HCV. No caso de drogas injetáveis, a transmissão ocorre principalmente onde as ações de redução de danos são insuficientes ou inadequadas, uma vez que para transmissão parenteral é necessário o uso compartilhado de apetrechos de injeção e correlatos (como líquidos de diluição de substâncias originalmente em pós, filtros de papel, recipientes onde as preparações injetáveis são preparadas). Já em relação aos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, relaciona-se à administração de medicamentos injetáveis de forma insegura ou inapropriada. Estima-se que, globalmente, cerca de 5% das injeções não sejam aplicadas de acordo com as devidas recomendações de segurança do paciente. Como resultado desta combinação, estima-se que 1,75 milhões de novas infecções por HCV ocorreram em todo o mundo, somente no ano de 2015 (WHO, 2017b).

Pessoas que usam drogas ilícitas, em diferentes contextos, estão frequentemente submetidas a um risco ampliado com relação a diferentes agravos de natureza infecciosa, basicamente em função dos comportamentos e hábitos de consumo das diferentes substâncias, além das respectivas vias de autoadministração (Bastos et al, 2009; Macias et al, 2008; Malta et al, 2010; Bertoni et al, 2011). Em se tratando de infecção por HCV, muitos estudos descrevem prevalências elevadas, principalmente entre pessoas que usam drogas injetáveis

(UDI) (Fuller et al, 2004; Nelson et al, 2011; Keen et al, 2014), uma vez que o compartilhamento de seringas e outros apetrechos de injeção se apresenta como o principal fator de risco de transmissão da infecção. Em relação às pessoas que usam drogas não-injetáveis (UDNI), que fumam, inalam, aspiram/cheiram substâncias como heroína, cocaína e crack, por exemplo, há registros de prevalências maiores do que o verificado na população geral, sugerindo que poderia haver alguma outra forma de transmissão relevante, ainda que persistam as polêmicas sobre a viabilidade viral em canudos e outros apetrechos de auto-administração, em um contexto em que é possível que os riscos de transmissão sexual estejam subestimados/avaliados de forma pouco precisa (Howe et al, 2005; Fischer et al., 2008; Stern et al. 2008; Sheinmann et al., 2007).

Em relação ao tipo de substância, especialmente o uso de cocaína inalada e/ou fumada, está associado a diferentes problemas de saúde (Sterk, 1988; Shannon et al, 2008; Cruz et al, 2013), e diversas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a hepatite B (lembrando que a hepatite C não é, classicamente, incluída entre as ISTs) apresentam taxas mais elevadas do que a população geral (Edlin et al., 1994; Tortu et al., 2001; Tortu et al., 2004).

Neste contexto, a maioria dos estudos epidemiológicos que tratam de fatores de risco utilizam a regressão logística e outras estratégias de análise múltiplas para estimar o efeito de preditores (fatores de risco) possivelmente associados a desfechos binários de interesse (status de infecção, por exemplo). Todavia, para uma estimativa destes efeitos de forma menos enviesada, este método requer informação consistente quanto ao desfecho observado, neste caso, o *status* de infecção (Magder & Hughes, 1997).

O status de infecção é classicamente definido através do resultado de um teste de diagnóstico, que contempla parâmetros referentes à especificidade e sensibilidade diferentes, a depender do tipo do teste, forma como é conduzido (Scaloni et al., 2014) e contextos e populações em que tais testes são realizados. Desta forma, os resultados destas análises

incorporam, ainda que inadvertidamente, a validade (sensibilidade e especificidade) inerentes a estes testes, podendo agregar viés às estimativas assim obtidas (Quade et al., 1980).

Uma análise de fatores de risco que incorpore a sensibilidade e especificidade dos testes diagnósticos tende a produzir estimativas menos tendenciosas comparativamente às análises que não consideram as incertezas inerentes ao método diagnóstico utilizado (Quade et al., 1980). As vantagens inerentes à inclusão das faixas de variação da especificidade e sensibilidade de um dado teste diagnóstico em modelos de regressão múltipla já foram apontadas por outros estudos (Magser & Hugher, 1997; Van den Hout et al., 2007), trabalhos que, inclusive, disponibilizaram algoritmos e tutoriais para implementação de métodos de ajuste por outros pesquisadores.

No entanto, até o presente momento, este tipo de modelo ainda não havia sido implementado em um estudo com dados primários para estimar fatores de risco para doenças infecciosas em pessoas que usam drogas, no Brasil. Não nos foi possível localizar trabalhos análogos na literatura internacional, a despeito de não ter sido realizada uma revisão sistemática da literatura.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo estimar fatores de risco para infecção por HCV, em usuários de crack e/ou similares do Brasil, utilizando modelos de regressão que incorporam a sensibilidade e especificidade do teste de diagnóstico utilizado.

Métodos

Desenho do Estudo

O presente estudo é um caso-controle que se vale de um recorte da base de dados original da ‘Pesquisa Nacional Sobre o Uso do Crack’ (Fiocruz, 2014), inquérito de abrangência nacional, realizado em 2012, coordenado pela Fiocruz, do Ministério da Saúde, e

financiado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (Senad), do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

A Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack (PNC) foi subdividida em dois grandes componentes. O presente trabalho utilizou dados do componente ‘Inquérito Epidemiológico’, que teve como objetivo descrever o perfil sócio demográfico, comportamentos de risco para aquisição/transmissão de doenças infecciosas, padrões de consumo de drogas, demandas por serviços de saúde, dentre outros, em uma amostra probabilística de usuários de crack e similares das 26 capitais, Distrito Federal, 9 regiões metropolitanas¹⁶ e um estrato “Brasil” correspondente a municípios de médio e pequeno porte, utilizando a metodologia de amostragem *Time-Location Sampling* (TLS) (Stueve et al., 2001), frequentemente utilizada em estudos com população de difícil acesso (Karon & Wejnert, 2012; Bastos & Bertoni, 2014)¹⁷, incorporando à metodologia original um terceiro componente que recrutou usuários selecionados nas cenas de uso, em determinados dias e horários, valendo-se de procedimentos oriundos da amostragem inversa (esta modificação do procedimento de recrutamento, que difere do TLS clássico está descrita em publicação anterior (De Boni et al., 2012).

A população de pesquisa foi constituída por indivíduos brasileiros de 18 anos ou mais, que usaram crack e/ou similares pelo menos 25 dias nos seis meses anteriores a pesquisa (o que corresponde a, aproximadamente, ao uso dessa substância, ao menos, uma vez por semana)¹⁸, em cenas abertas de uso de droga (Bastos & Bertoni, 2014). O componente “Inquérito Epidemiológico” foi realizado entre 2011 e 2012 e contou com a participação de 7.381 pessoas.

¹⁶ Região metropolitana definida por lei federal; Lei Complementar Federal nº 14, de 8 de junho de 1973 e revisões subsequentes.

¹⁷ Para maiores detalhes sobre o Plano amostral da Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack, consultar os capítulos 2 e 3 do livro da Pesquisa Nacional Sobre Uso do crack, disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/livro-digital-da-pesquisa-nacional-sobre-o-usode-crack-%C3%A9-lan%C3%A7ado>

¹⁸ Usuário regular de crack segundo critérios CODAR, estabelecidos pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), disponível em: http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=853

Realização de testes de diagnóstico

Após a realização do questionário, mediante entrevista face-a-face, os entrevistados foram convidados a realizar testagem para o HIV e HCV. A testagem foi acompanhada do necessário aconselhamento pré e pós-teste e do encaminhamento para tratamento na eventualidade de detecção de alguma infecção/doença.

Para a testagem para HCV, utilizou-se o teste imuno-rápido produzido pela Wama Diagnóstica®. A coleta de amostra para realização do teste foi realizada através de punção digital, conforme recomenda a bula do teste. A utilização de testes rápidos teve como objetivo simplificar a logística do trabalho de campo; agilizar o diagnóstico e o encaminhamento aos serviços de saúde e minimizar os riscos biológicos desses procedimentos (pois realizar punção venosa em contextos complexos como as cenas de uso aberta de crack trariam inconvenientes e riscos do ponto de vista da biossegurança). Em condições de laboratório, os testes apresentam elevada sensibilidade, especificidade e adequado valor preditivo, conforme avaliações da ANVISA, disponibilizadas pela empresa que produz o kit e referendada pela agência reguladora.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), sob o número CAAE 0073.0.031.000-11.

Seleção dos participantes do presente estudo

A prevalência da infecção por HCV referente aos usuários de crack e/ou similares que utilizam a substância em cenas abertas do Brasil, evidenciada pela PNC, foi de 2,63% (IC95%: 1,69-4,07) (Bastos & Bertoni, 2014).

Considerando esta prevalência, elevada em comparação à população geral, mas relativamente baixa em uma amostra muito extensa (mais de 7000 observações) e geograficamente dispersa, optou-se por realizar uma análise pareada, que incluiu todos os

indivíduos com infecção documentada pelo teste rápido e controles selecionados de forma proposital. Todos os 129 participantes com resultado reagente no teste rápido para detecção do vírus da hepatite C foram incluídos no estudo (todos eles residentes nas capitais do país). Para cada um dos indivíduos sororreagentes (definidos para nossos propósitos como “casos”), quatro outros indivíduos com resultado negativo no teste para HCV foram aleatoriamente selecionados, embora este procedimento seja melhor definido como parcialmente aleatório, uma vez que constrangido, de forma deliberada, pelas características que orientaram o pareamento. Para efeito dos nossos propósitos, “casos” e “controles” foram pareados por sexo, faixa etária (18-30; 31-45, 46+) e macrorregião do país (idealmente, pensou-se em parear por capital, mas isso não se mostrou factível, pois os resultados se mostraram por demais esparsos em algumas capitais).

O pareamento por faixa etária foi realizado no sentido de minimizar o efeito de coorte etária ou de nascimento presente no país (assim como em diversos outros países, em todo o mundo), em consequência do início dos testes de triagem obrigatórios para HCV nos bancos de sangue e hemoderivados, realizados no Brasil de forma sistemática a partir da década de 1990 (Brasil, 2005), além da tentativa de equilibrar, grosso modo, os tempos de exposição, pois a exposição ao HCV é amiúde cumulativa e estendida no tempo.

A partir desses pressupostos e parâmetros, elaborou-se um recorte do banco original da PNC a ser analisado especificamente no presente estudo.

Desfecho de interesse observado

O desfecho observado foi definido como o resultado “positivo” (sororreagente) para o teste de detecção do vírus da hepatite C, obtido no presente estudo através do teste de diagnóstico WAMA Imuno-Rápido HCV-Kit®.

Covariáveis (Exposição)

Como potenciais fatores de risco associados à infecção pelo vírus da hepatite C com informação disponível a partir do questionário da PNC, consideraram-se, inicialmente, as informações sociodemográficas: raça/cor de pele (branca, não branca); escolaridade (até 3ª série do ensino fundamental, 4ª a 8ª série do ensino fundamental, ensino médio ou superior); natureza da moradia nos 30 dias anteriores à pesquisa (algum tipo de moradia ‘fixa’, Moradia temporária, “Na rua”, [residência em] outros locais) e ocupação principal (“trabalho formal”, “trabalho informal”, “não trabalha”).

Igualmente no tocante à de fatores de risco potencialmente associados ao uso de substâncias psicoativas, foi criada a variável “Poliuso de drogas” (uso de álcool ou tabaco ou 1 droga ilícita; uso de álcool ou tabaco ou 2 ou mais drogas ilícitas [além do crack, que constituiu critério de inclusão]). Foi considerado poliusuário de droga o indivíduo que declarou ter feito o uso de duas ou mais drogas ilícitas (o que incluiu maconha, cocaína, ecstasy ou anfetaminas), além do crack, nos 12 meses anteriores à pesquisa. Como álcool e tabaco, além de serem substâncias de venda e uso lícito, foram relatados pela imensa maioria dos voluntários do estudo (Bastos & Bertoni, 2014), a ponto de perderem qualquer caráter discriminante, em termos de particionar a amostra – pois praticamente todos os entrevistados faziam uso destas substâncias –, não foram computadas para composição da variável ‘poliuso’. Além do poliuso de drogas, o tempo de uso de crack (considerado aqui como uma variável com resposta dicotomizada até 5 anos, mais de 5 anos); uso de drogas injetáveis na vida (“sim” vs. “não”) e o compartilhamento de aparatos para uso de crack nos 30 dias anteriores à pesquisa (“sim” vs. “não”) também foram considerados e incluídos na análise bivariada.

Dentre os fatores potencialmente associados a agravos de natureza infecciosa, foram selecionadas as seguintes variáveis: resultado de HIV obtido através do teste de diagnóstico realizado no contexto da pesquisa (“reagente” vs. “não reagente”); presença de úlceras genitais nos 30 dias anteriores a pesquisa (“sim” vs. “não”); presença de verrugas genitais nos 30 dias anteriores à pesquisa, conforme relato do entrevistado (“sim” vs. “não”). Os fatores no âmbito do comportamento de risco foram: o uso de camisinha nos 30 dias anteriores à pesquisa (“não teve relação sexual ou usou camisinha em todas as relações”, “não usou camisinha pelo menos 1 vez nesse mesmo período”); se trocou sexo por droga ou dinheiro nos 30 dias anteriores à pesquisa (“sim” vs. “não”), se possui tatuagem/*piercing* (“sim” vs. “não”) e se apresentou problemas na boca/gengiva nos 30 dias anteriores à pesquisa (“sim” vs. “não”).

Em relação ao contexto inerente às cenas abertas de uso de droga, foram considerados no modelo o turno da cena em que aquela pessoa foi recrutada (“manhã/tarde” vs. “noite”) e o dia da semana (“segunda-feira a quinta-feira” vs. “sexta a domingo”).

Análise estatística

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis selecionadas como potencialmente associadas ao resultado do teste de diagnóstico para HCV e estas associações foram verificadas pelo teste qui-quadrado (variáveis categóricas). Nesta etapa foi adotada uma significância estatística menor ou igual a 25% e todas as variáveis que atenderam a este critério foram incluídas nos modelos de regressão múltiplos.

Neste estudo, o efeito múltiplo dos fatores de risco no resultado do teste de diagnóstico para HCV foi avaliado mediante utilização de modelos de regressão logística mista, hierárquico ou multinível. A existência de fatores explicativos para a infecção pelo vírus da hepatite C provenientes de diferentes níveis (individuais e contextuais) informou a

escolha desta opção de modelagem, uma vez que o termo multinível refere-se a dados estruturados de forma hierárquica.

As estruturas que compõem o modelo hierárquicos foram subdivididas em duas. A primeira estrutura hierárquica refere-se ao contexto onde está inserido o entrevistado, neste caso, ao turno e dia da semana da cena de uso de crack e/ou similares em que o indivíduo foi recrutado. A inclusão do turno e dia da semana de recrutamento do indivíduo no modelo se deu com base na hipótese de que as associações potenciais entre os fatores de risco aqui investigados e o resultado do teste rápido para hepatite C podem se apresentar de maneira diferenciada em pessoas que frequentam cenas abertas de uso de drogas em turnos e dias diferentes. A segunda estrutura hierárquica foi definida pelas variáveis sexo, faixa etária e macrorregião, combinando a dimensão individual e uma variável situada na interface entre características individuais (local de residência) e sua referência geográfica mais ampla (a macrorregião), que foram utilizadas para o pareamento entre os casos com resultado positivo (sorroreagente) os indivíduos com resultado negativo para HCV.

Os modelos mistos podem ser considerados uma extensão dos modelos lineares generalizados e cada variável possui um efeito fixo, que representa os coeficientes da regressão, e um efeito aleatório, que corresponde à heterogeneidade natural entre os indivíduos decorrente de fatores não mensurados (Breslow & Clayton, 1993; Pinheiro, 2005). Os fatores não mensurados, em geral, combinam fatores que fogem aos marcos do estudo (por exemplo, no caso do presente estudo quaisquer variações de base genética; ver: Irons et al., 2015) e que eventualmente se mostram relevantes a partir da observação empírica ou da literatura pertinente. Entretanto, alguns fatores são, por definição, de difícil ou impossível mensuração, como certos estados subjetivos ou a dinâmica das inter-relações entre pessoas e redes sociais, em diferentes momentos e contextos. A estratégia de pesquisa recente denominada “Ecological Momentary Assessment” procura dar conta de algumas dessas

limitações, mas está longe de ser consensual e isenta de críticas quanto à sua capacidade de captar dinâmicas subjetivas complexas, como na ideação suicida (Hallensleben et al., 2017).

As estimativas dos parâmetros são apresentadas, separando-se, *a priori*, os efeitos fixos dos aleatórios (Pinheiro, 2005). Desta forma, o efeito do pareamento e do turno/dia da semana em que o indivíduo foi recrutado, foram incluídos como termos aleatórios independentes.

Conforme já descrito, o desfecho observado, a infecção pelo vírus do HCV, é representado no contexto do presente estudo exclusivamente pelo resultado do teste rápido diagnóstico adotado no estudo, não tendo sido realizados testes adicionais de diagnóstico para confirmação. O resultado de um teste de diagnóstico é influenciado pela sensibilidade e especificidade do *kit* adotado, acrescido da complexidade da aplicação prática (aspectos operacionais) do mesmo em diferentes contextos e populações (Scalioni et al., 2014). Desta forma, além da modelagem logística mista multinível padrão, um segundo modelo de regressão logístico misto foi também aplicado, incorporando valores de sensibilidade e especificidade do teste de diagnóstico utilizado, com intuito de incorporar a incerteza deste teste ao modelo, reduzindo assim o viés nas estimativas geradas a partir dele. No entanto, os valores de sensibilidade e especificidade aqui adotados não provém da informação dada pelo fabricante na bula do teste utilizado. Em função da natureza complexa do trabalho de campo onde foram realizados os testes rápidos, optou-se por utilizar os valores para estes parâmetros documentados por Scalione e colaboradores (2014). No referido trabalho, os pesquisadores determinaram a performance de diferentes testes de diagnóstico para HCV utilizando diferentes amostras biológicas (soro, sangue total, fluido oral), obtidas em contextos diversos (populações de alto e baixo risco, incluindo usuários de crack). Desta forma, para o presente estudo, foram considerados os valores de 93,23% de sensibilidade e 99,07% de

especificidade, descritos no referido trabalho para o mesmo kit de diagnóstico utilizado no presente estudo, como valores sintéticos (Scalione et al., 2014).

Todos os resultados dos modelos de regressão logístico misto, com e sem incorporação dos valores de sensibilidade e especificidade, foram apresentados, estimando-se as *odds ratio* (OR), com os respectivos intervalos de confiança de 95%.

As análises foram realizadas no *software* livre R, versão 3.4.2. Para o modelo de regressão logística hierárquica com incerteza no desfecho foi criada uma função específica.

Resultados

A distribuição da população sob estudo por sexo e faixa etária está apresentada na tabela 1. O número de indivíduos com resultado positivo (sororreagente) para HCV foi de 129 e, destes 98 foram do sexo masculino e 31 do feminino. Dentre os indivíduos sorreagentes, a maioria, independente do sexo, esteve concentrada na faixa etária de 31 a 45 anos (53,5%). Entretanto observou-se, nessa amostra, um perfil etário composto por homens um pouco mais velhos uma vez que as faixas etárias mais prevalentes (31 a 45 anos e 46 e mais) concentrou 85,7% dos casos, enquanto nas mulheres as faixas etárias mais jovens são as mais prevalentes (18 a 30 anos e 31 a 45 anos) reúnem 81,7% dos casos.

Tabela 1. Distribuição proporcional (em %) de HCV positivo e HCV negativo por faixa etária e sexo (variáveis de pareamento) em relação ao total de sujeitos sob estudo. Brasil, 2012

HCV / Sexo	HCV+			HCV-		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Faixa etária	N					
18 a 30	14	7	21	56	28	84
31 a 45	51	18	69	204	72	276
46+	33	6	39	132	24	156
Total	98	31	129	392	124	516
Faixa etária	%					
18 a 30	14,3	22,6	16,3	14,3	22,6	16,3
31 a 45	52,0	58,1	53,5	52,0	58,1	53,5
46+	33,7	19,4	30,2	33,7	19,4	30,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Na tabela 2 são apresentadas as características sociodemográficas, referentes ao uso de substâncias, comportamento de risco e sintomas compatíveis com infecções sexualmente transmissíveis, entre os casos com resultado positivo para HCV e os indivíduos com resultado negativo. O poliuso de drogas foi mais frequente entre os indivíduos que apresentaram resultado positivo para HCV do que entre aqueles com resultado negativo (78,3% e 65,9% respectivamente). Cerca de 63,0% dos indivíduos com resultado positivo para HCV utilizavam crack e similares há mais de 5 anos, proporção esta mais elevada quando comparada àqueles entrevistados com resultado negativo para HCV (52,5%). Aproximadamente 40,0% dos indivíduos com resultado positivo para HCV afirmaram ter trocado sexo por droga ou dinheiro, enquanto que esta estimativa no grupo de indivíduos com resultado negativo para HCV foi de 27,5%, sendo a diferença entre estas proporções estatisticamente significativa. Pouco mais da metade (51,9%) dos indivíduos com resultado positivo para HCV afirmaram ter feito uso de drogas injetáveis alguma vez na vida, proporção significativamente mais elevada do que os 13,0%, que corresponde à estimativa referente a esta variável entre os indivíduos com resultado negativo para HCV (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição proporcional (em %) de usuários de crack com resultado HCV positivo (sorreagente) e HCV negativo, discriminados por características socioeconômicas, uso de drogas, comportamento de risco e sintomas de DST. Brasil, 2012¹⁹

Variáveis	Categorias	HCV***				p_valor*
		Positivos		Negativos		
		n	%	N	%	
Raça/cor	Branco	27	21,3	129	25,2	0,350
	Não branco	100	78,7	382	74,8	
Escolaridade	Até 3ª série	31	24,2	142	27,7	0,732
	4ª a 8ª serie	67	52,3	257	50,1	
	Médio/superior	30	23,4	114	22,2	
Moradia***	Apartamento/casa próprio ou da família	33	25,6	182	35,4	0,246
	Apartamento/casa/quart o alugado/amigos	28	21,7	98	19,1	
	Moradia temporária (hotel, abrigo, etc.)	8	6,2	20	3,9	
	Outros locais	5	3,9	14	2,7	
	Na rua (sem teto)	55	42,6	200	38,9	
Ocupação/trabalho principal	Trabalho formal	53	41,1	178	34,6	0,371
	Trabalho informal	50	38,8	216	41,9	
	Não trabalha	26	20,2	121	23,5	
Poliuso	Álcool ou Tabaco ou 1 ilícita	28	21,7	176	34,1	0,007
	Álcool ou Tabaco ou 2 ilícitas ou mais	101	78,3	340	65,9	
Tempo de uso de crack	Até 5 anos	44	37,3	225	47,5	0,047
	Mais de 5 anos	74	62,7	249	52,5	
Uso de camisinha	Não teve relação/usou todas as vezes	52	40,3	250	48,4	0,097
	Não usou pelo menos 1 vez	77	59,7	266	51,6	
Algum tipo de troca de sexo por droga ou dinheiro	Não	77	59,7	374	72,5	0,005
	Sim	52	40,3	142	27,5	
Resultado do teste para o HIV	Não	116	90,6	474	95,4	0,037
	Sim	12	9,4	23	4,6	
Compartilhamento de apetrechos para consumo de crack **	Sim	95	73,6	327	66,7	0,134
	Não	34	26,4	163	33,3	
Uso de drogas injetáveis na vida	Sim	67	51,9	67	13,0	0,000
	Não	62	48,1	449	87,0	
Úlcera Genital**	Não	123	95,3	505	97,9	0,110
	Sim	6	4,7	11	2,1	
Verruga Genital**	Não	124	96,1	507	98,3	0,137
	Sim	5	3,9	9	1,7	
Colocação de <i>piercing</i> /tatuagem	Não	48	37,8	226	45,1	0,138
	Sim	79	62,2	275	54,9	
Problemas de na boca/gengiva**	Não	75	58,1	272	54,0	0,396
	Sim	54	41,9	232	46,0	

* p-valor proveniente do teste qui-quadrado

**Nos 30 dias anteriores à entrevista

*** Considerados apenas casos válidos, não considerando valores ausentes (*missing*)

¹⁹ As tabelas das análises bivariadas com respectivos intervalos de confiança encontram-se no Anexo IV.

Na figura 1 (e tabela 3) estão apresentados os resultados dos modelos de regressão logístico misto hierárquico, com as estimativas das *odds ratio*, brutas e ajustadas, e os respectivos intervalos de 95% de confiança, para dados sem a incorporação da incerteza potencialmente associado à sensibilidade e especificidade dos testes (denominado para fins do presente estudo de “modelo tradicional”). A chance do teste HCV apresentar resultado positivo foi 72% maior (IC95%:1,05-2,82) maior nos indivíduos que relataram fazer uso de múltiplas substâncias (poliuso). A chance do indivíduo apresentar teste com resultado positivo para o HCV foi 632% maior (IC95%:4,72-11,36) mais elevado entre pessoas que relataram já ter utilizado droga por via injetável, se comparadas às que não relataram jamais ter utilizado drogas por esta via.

O modelo final de regressão logístico misto hierárquico, incorporando os valores de sensibilidade e especificidade (denominado para os propósitos do presente estudo “modelo que incorpora a incerteza”) está apresentado na figura 1 (e Tabela 3). Observou-se que as variáveis incluídas no modelo final que incorpora a incerteza foram as mesmas do modelo final padrão. No entanto, observa-se um aumento das estimativas de *odds ratio* referentes a todos os fatores de risco. Como foi incorporada a incerteza do teste para gerar a estimativa, a OR neste caso pode ser interpretada como a chance de o indivíduo apresentar a infecção para HCV.

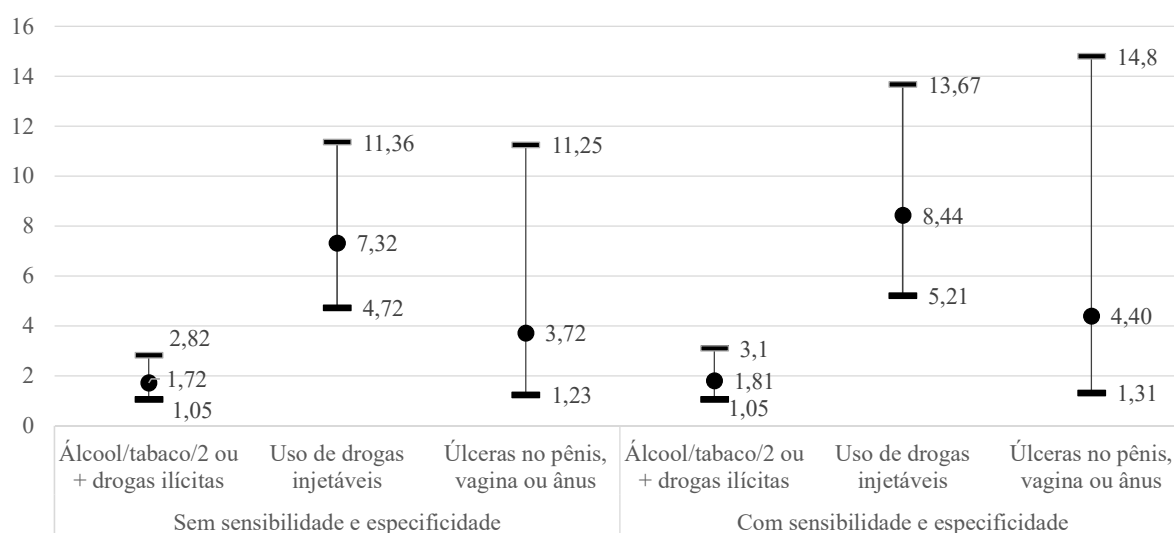
Observou-se que a chance do indivíduo estar infectado pelo vírus da hepatite C foi de 1,81 vezes maior entre os que são poliusuários, quando comparados aos indivíduos que fizeram uso exclusivo de crack e/ou similares e mais uma droga ilícita. Em se tratando de uso de drogas injetáveis, a chance de ter status sorológico positivo para HCV foi 8,44 vezes maior entre pessoas que já utilizaram esta forma de administração de substâncias na vida. Além disso, o relato de ulcera genital também se mostrou aparentemente associado ao desfecho

observado, com uma chance de infecção por HCV 4,40 vezes maior entre indivíduos que relataram este sintoma (figura 1 e tabela 3).

Tabela 3. Valores brutos e ajustados das *odds ratio* do modelo final de hepatite C, com a incorporação de sensibilidade e especificidade do teste rápido. Brasil, 2012

Parâmetros	Características	Bruta			Ajustada		
		OR	LI	LS	OR	LI	LS
Sem incorporar a variação da sensibilidade e especificidade	Álcool ou tabaco ou 2 ou + drogas ilícitas (além do crack)	1,90	1,20	3,00	1,72	1,05	2,82
	Uso de drogas injetáveis	7,30	4,73	11,21	7,32	4,72	11,36
	Úlcera Genital	2,35	0,85	6,55	3,72	1,23	11,25
Incorporando a variação da sensibilidade e especificidade	Álcool ou tabaco ou 2 ou + drogas ilícitas (além do crack)	1,90	1,20	3,00	1,81	1,05	3,1
	Uso de drogas injetáveis	7,30	4,73	11,21	8,44	5,21	13,67
	Úlcera Genital	2,35	0,85	6,55	4,40	1,31	14,8

Figura 1. Valores ajustados das *odds ratio* do modelo final de hepatite C segundo a incorporação dos valores de sensibilidade e especificidade do teste rápido. Brasil, 2012



Discussão

O modelo de regressão logística usual (modelo padrão) pressupõe implicitamente que a sensibilidade e especificidade que definem a variável resposta é de 100%, ou seja, de que não existe incerteza no resultado do desfecho observado. Corroborando o apresentado nos modelos descritos por Magder & Huges (1997), no presente estudo o modelo que incorporou a incerteza do teste de HCV apresentou estimativas de OR maiores (mais distantes de 1),

evidenciando que quando não incorporamos a incerteza ao teste, o erro de classificação não diferencial torna as estimativas enviesadas, apresentando assim coeficientes que tendem para estimativas potencialmente subestimadas.

Este tipo de erro pode dificultar a detecção de associação entre variáveis explicativas e desfecho, uma vez que quanto mais próxima do valor nulo a estimativa estiver, atribui-se a ela um menor risco. De forma complementar, os intervalos de confiança encontrados no modelo ajustado com a incorporação da incerteza são maiores do que os apresentados no modelo padrão, ou seja, como já era esperado, a incorporação da incerteza está diretamente relacionada à perda de precisão do resultado (perda de informação em prol de uma maior sintonia com os desafios presentes em situações ditas de “vida real” [“real life situations”]). Isso também significa dizer que no modelo padrão os coeficientes estimados podem apresentar precisão sobrestimada, evidenciados pelos intervalos de confiança com menores amplitudes (Magder & Huges, 1997).

Outra vantagem de replicar o modelo de regressão logística misto, inserindo a sensibilidade e especificidade do teste, é a possibilidade de estimar as associações entre os fatores de risco e o status da infecção em si, uma vez que a incerteza inerente ao resultado do teste de diagnóstico está sendo considerada no modelo.

Neste estudo, como os coeficientes de sensibilidade e especificidade adotados para o desfecho (resultado do teste de HCV) podem ainda ser considerados elevados (93,23% e 99,07%, respectivamente), não foi possível verificar mudança expressiva nas estimativas entre modelo padrão e o modelo que incorpora a incerteza, uma vez que a especificidade se manteve bem próximo de 100%. Desta forma, os fatores associados ao risco de contrair HCV pela população de estudo foram semelhantes nos dois modelos.

O uso de droga injetável na vida foi a variável mais fortemente associada ao risco de contrair HCV, corroborando achados largamente evidenciados na literatura científica

(Gyarmathy et al., 2002; Fuller et al., 2004; Nelson et al., 2011; Keen et al., 2014), que destacam a relevância e magnitude da transmissão parenteral deste patógeno.

Um estudo de coorte prospectivo realizado em três cidades espanholas, entre 2001 e 2003, acompanhou 305 pessoas, soronegativas para HCV, com idades entre 18 e 30 anos, que usavam heroína mas que nunca haviam utilizado a substância de forma injetável (mas sim sob a forma da aspiração de heroína vaporizada, habitualmente conhecida no jargão das ruas, como “chasing the dragon”; ver Cordova et al., 2014), evidenciou que a taxa de soroconversão para HCV foi 10 vezes maior entre pessoas que passaram a fazer uso de heroína injetável do que entre os que nunca haviam utilizado esta forma de administração.

No Brasil, Inciardi e colaboradores (2006) realizaram um estudo qualitativo com intuito de verificar mudanças no padrão de uso de cocaína no sul do país e observaram que pessoas migraram do uso de cocaína injetável para o uso do crack, não só pela qualidade ruim da cocaína vendida (que dificulta o seu uso injetável), mas também pela disponibilidade de crack e, talvez também pela influência das campanhas de prevenção que enfatizaram ao longo dos anos os riscos associados ao uso injetável. Portanto, no Brasil de nossos dias, verificamos a influência de um histórico de uso injetável do que a de um, cada vez mais raro, uso atual de cocaína por via injetável (ver, análise dessa dinâmica de inflexão do uso injetável em: Bastos et al., 2005).

Alguns estudos verificaram associação entre tempo de uso de crack e maior risco de aquisição do HCV (Gyarmathy et al., 2002; Quaglio et al., 2003), porém, no presente estudo, embora a análise bivariada tenha sido indicativa quanto ao papel desta variável, essa associação não se manteve no modelo final. Da mesma forma, não foi verificada associação entre o compartilhamento de aparato para uso de crack e a infecção por HCV, e nem ao menos foi identificada diferença significativa do relato deste comportamento entre os casos que apresentaram resultado positivo para HCV e os indivíduos que apresentaram resultado

negativo. Fischer e colaboradores (2008) realizaram um estudo com 51 indivíduos que usam crack em Toronto com o objetivo de identificar HCV nos apetrechos utilizados por eles para o consumo oral da droga. Os pesquisadores identificaram o HCV em um cachimbo com um tubo/haste de vidro (conectado ao local de queima, denominado forninho) empregado pelos usuários para fumar crack, e sugeriram que a transmissão de HCV por compartilhamento de aparato para uso do crack fumado é possível, porém está sujeito a modulações em função da presença/ausência de feridas na boca e do tipo de aparato/apetrecho utilizado para o consumo da droga.

No Brasil, conforme evidenciado pela PNC (Fiocruz, 2014), a maior parte dos usuários de crack recicla copos/garrafas plásticas de bebidas industrializadas para o consumo fumado da droga, diferente do que foi observado em Toronto por Fisher e colaboradores (2008), onde a maior parte dos aparatos coletados eram cachimbos e similares improvisados de metal ou vidro e estavam em boas condições. Além disso, no presente estudo, a variável problemas na boca/gengiva não se mostrou associada com a infecção por HCV, já desde a análise bivariada.

O poliuso de drogas é descrito na literatura como importante fator de incremento da transmissão do HCV, principalmente em populações específicas como homens que fazem sexo com homens e pessoas que usam drogas injetáveis (Koblin et al., 2003; Judd et al., 2005; Li, Assanangkornchai, Duo, McNeil, & Li, 2014; Chen et al., 2016). O poliuso também poderia estar associado a outras práticas de risco, como a não utilização de preservativo por ocasião das relações sexuais (Bao et al., 2012; Daskalopoulou et al., 2014).

Estudo de coorte realizado no Canadá com pessoas que injetam drogas verificou um risco aparentemente aumentado para infecção por HCV entre poliusuários, neste contexto indivíduos que utilizavam opióides em combinação com cocaína/crack. Os autores sugerem que uma possível explicação para este acréscimo no risco para HCV seriam os efeitos

estimulantes fisiológicos e psicoativos da cocaína (injetados ou fumados), que poderiam afetar processos de tomada de decisão, o que poderia também contribuir para o aumento do risco de transmissão do vírus por compartilhamento de apetrechos de injeção (Puzhko et al., 2017). Não está claro o eventual papel do uso combinado de opióides e estimulantes, uma vez que os opióides utilizados de forma exclusiva e intensa estão, por vezes, associados à disfunção sexual (Aggarwal et al., 2016), diferentemente da atividade sexual intensa, habitualmente desprotegida, dos usuários de crack, que poderia ou não estar associada à transmissão sexual do HCV. A transmissão sexual do HCV ainda é um terreno onde persistem intensas controvérsias (Ireland et al., 2017).

No presente estudo, usar crack e duas ou mais outras drogas ilícitas (além de álcool e tabaco) também se mostrou associado a um maior risco de contrair infecção por HCV (definida aqui pelos resultados dos testes, com e sem correção, como mencionado acima), sugerindo que a utilização de um número maior de substâncias exporia o indivíduo a um número maior de fatores de risco secundários ou a riscos com uma determinação mais complexa (por exemplo, modulação por diferentes substâncias psicoativas do comportamento sexual ou de padrões de uso compartilhado), uma vez que diferentes substâncias podem ser administradas por diferentes vias, e, necessariamente, têm efeitos fisiológicos e comportamentais específicos, por vezes com interação sinérgica (como no exemplo dos metabólitos secundários ao uso simultâneo da cocaína e álcool, como o cocaetileno – Pennings et al., 2002), outras vezes, conflitantes ou de alterações que desestruturam de forma dificilmente previsível o psiquismo e a percepção.

Via de regra, o sangue (contaminado ou não), pode penetrar mais facilmente o epitélio genital quando existem ulcerações ou micro lacerações. Em algumas circunstâncias, essas pequenas exposições podem ser suficientes para a infecção pelo HCV (Kane, 1999). Um estudo com 1.257 pessoas usuárias de drogas não-injetáveis e que eram pacientes de uma

clínica de tratamento de ISTs em Baltimore, em 1987, encontrou uma prevalência pontual de HCV de 9,7%, e sugeriu que o vírus poderia ser transmitido por via sexual, nestes pacientes (Tomas, et al., 1994). Outros estudos (Hershow et al., 1998; Marks et al., 2003) também apontam para a possibilidade de transmissão sexual do HCV, especialmente relevante entre pessoas usuárias de drogas não-injetáveis (uma vez que a exposição parenteral tende a confundir quaisquer outros fatores de risco; Strathdee & Sherman, 2003) portadoras de outras ISTs ulcerativas ou não ulcerativas, como herpes, gonorreia, sífilis e tricomoniase. No presente estudo também foi verificada associação entre úlcera genital e infecção por HCV na população sob estudo, o que poderia corresponder a um cofator dos riscos associados à relação sexual desprotegida.

Limitações

O presente artigo utilizou dados de um estudo transversal, ou seja, embora tenham sido identificados fatores de risco associados à infecção por HCV, não é possível estabelecer claramente a direcionalidade das associações, portanto, se valer de achados consistentes no sentido de progredir de associações estatísticas para possível associações causais, ainda que a direcionalidade das associações constitua tão-somente um elemento necessário ao estabelecimento de associações causais. O desfecho observado, a infecção pelo HCV, foi estabelecido em função do resultado de um único teste rápido e, dada a natureza do vírus e sua dinâmica no organismo do hospedeiro (por exemplo, a possibilidade de uma resposta parcial e/ou de estabelecimento gradual), recomenda-se um outro teste com metodologia diferente para confirmação de diagnóstico. Neste sentido, é possível que persistam erros de classificação, com a presença de falso-positivos e/ou falso-negativos. Porém, ao incorporar a incerteza associada ao teste de diagnóstico aos modelos subsequentes aos modelos padrão, os achados se mostram mais robustos, reforçando a consistência dos mesmos.

Como o objetivo primário da PNC era outro que não identificar fatores de risco associados ao HCV, algumas perguntas utilizaram intervalo de tempo comum a outros inquéritos epidemiológicos clássicos (“uso na vida”, “nos últimos 12 meses” e “nos 30 dias anteriores à pesquisa”), e, desta forma, algumas variáveis potencialmente associadas à infecção pelo HCV não puderam ser avaliadas de forma mais abrangente e precisa (em relação ao tempo) por esse motivo.

Sendo assim, os resultados aqui apresentados se referem a usuários de crack e/ou similares, maiores de 18 anos, que fizeram uso frequente da substância fumada em cachimbos, em cenas abertas de uso (ou seja, necessariamente excluindo diferentes populações, como a dos usuários que consomem o crack em domicílios privados, ocupações, sistema carcerário etc.), que eram residentes nas capitais brasileiras, em 2011-2012.

Considerações Finais

Neste estudo verificamos que pessoas que utilizam crack se mostram mais expostas ao risco de contrair o vírus de HCV caso já tenham feito uso de droga injetável na vida, sejam poliusuários e se apresentam alguma IST ulcerativa.

Estes achados reforçam a necessidade de investir em ações de redução de danos, como programas de troca de seringas e distribuição de preservativos e lubrificantes, que podem atuar como barreiras a disseminação do HCV e de outras infecções classicamente definidas como sexualmente transmissíveis. A infecção por HCV é, na maioria das vezes, assintomática e quando o indivíduo apresenta sintomas, normalmente, a infecção já está estabelecida e associada a graves danos à saúde, como cirrose ou câncer de fígado. Para evitar formas graves e óbitos decorrentes da infecção por HCV, além de ações de prevenção, também se fazem necessários o acesso amplo e ágil ao diagnóstico, o pronto encaminhamento aos serviços de saúde, além da garantia de tratamento adequado.

Referências

- Aggarwal N, Kherada S, Gocher S, Sohu M. A study of assessment of sexual dysfunction in male subjects with opioid dependence. *Asian J Psychiatr.* 2016; Oct;23:17-23.
- Bastos FI. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais, 2009.
- Bao YP, Liu ZM, Lian Z, Li JH, Zhang RM, Zhang CB, Hao W, Wang XY, Zhao M, Jiang HF, Yan SY, Wang QL, Qu Z, Zhang HR, Wu P, Shi J, Lu L. Prevalence and correlates of HIV and HCV infection among amphetamine-type stimulant users in 6 provinces in China. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2012; 60(4):438-46.
- Bertoni N, Singer M, Silva CFP, Clair S, Malta M, Bastos FI. Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Harm Reduction Journal* 2011; 8: 5.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 52p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim de Hepatites Virais 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68p.
- Bastos FI, Bongertz V, Teixeira SL, Morgado MG, Hacker MA. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2005 Feb;100(1):91-6.

- Breslow N. E. Clayton D. G. Approximate inference in generalized linear mixed models. *J Am Stat Assoc*, 1993; 88, 9–25.
- Chen YC, Wiberg KJ, Hsieh YH, Bansal A, Bolzan P, Guy JA, Maina EN, Cox AL, Thio CL. Favorable Socioeconomic Status and Recreational Polydrug Use Are Linked With Sexual Hepatitis C Virus Transmission Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Men Who Have Sex With Men. *Open Forum Infect Dis*. 2016; 29;3(3):ofw137.
- Cordova JP, Balan S, Romero J, Korniyenko A, Alviar CL, Paniz-Mondolfi A, Jean R. 'Chasing the dragon': new knowledge for an old practice. *Am J Ther*. 2014 Jan-Feb;21(1):52-5.
- Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, Elford J, Johnson M, Gilson R, Fisher M, Wilkins E, Anderson J, McDonnell J, Edwards S. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV*. 2014 Oct;1(1):e22-31.
- De Boni R, do Nascimento Silva PL, Bastos FI, Pechansky F, de Vasconcellos MT. Reaching the hard-to-reach: a probability sampling method for assessing prevalence of driving under the influence after drinking in alcohol outlets. *PLoS One*. 2012;7(4):e34104.
- Edlin BR; Irwin KL; Faruque S; McCoy CB; Word C; Serrano Y; et al. “Intersecting epidemics: crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults.” *N Engl J Med* 1994; 331: 1422–7.
- Fischer B1, Powis J, Firestone Cruz M, Rudzinski K, Rehm J. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2008 Jan;20(1):29-32.

- Fuller C, Ompad DC, Galea S, Wu Y, Koblin B, Vlahov D. Hepatitis C incidence—a comparison between injection and noninjection drug users in New York City. *J Urban Health*. 2004 Mar; 81(1): 20–24.
- Fischer B, Powis J, Firestone Cruz M, Rudzinski K, Rehm J. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2008; 20(1):29-32.
- Gyarmathy VA, Neaigus A, Miller M, Friedman SR, Des Jarlais DC. Risk correlates of prevalent HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among noninjecting heroin users. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002; 30(4):448-56.
- Hallensleben N, Spangenberg L, Forkmann T, Rath D, Hegerl U, Kersting A, Kallert TW, Glaesmer H. Investigating the Dynamics of Suicidal Ideation. *Crisis*. 2017 May 3:1-5.
- Hershow RC, Kalish LA, Sha B, Till M, Cohen M. Hepatitis C virus infection in Chicago women with or at risk for HIV infection: evidence for sexual transmission. *Sex Transm Dis* 1998; 25:527–32
- Hout A.; Heijden P.G.M., Gilchrist R. The logistic regression model with response variables subject to randomized response. *Comput Stat Data Anal* 51 (2007) 6060 – 6069
- Inciardi J, Surratt HL, Pechansky F, Kessler F, von Diemen L, da Silva EM, Martin SS. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 2006; 38(3):305-10.
- Ireland G, Higgins S, Goorney B, Ward C, Ahmad S, Stewart C, Simmons R, Lattimore S, Lee V. Evaluation of hepatitis C testing in men who have sex with men, and associated risk behaviours, in Manchester, UK. *Sex Transm Infect*. 2017; Sep;93(6):404-409.
- Irons DE, Iacono WG, McGue M. Tests of the effects of adolescent early alcohol exposures on adult outcomes. *Addiction*. 2015 Feb;110 (2):269-78.

- Judd, A., Hutchinson, S., Wadd, S., Hickman, M., Taylor, A., Jones, S. et al. Prevalence of, and risk factors for, hepatitis C virus infection among recent initiates to injecting in London and Glasgow: Cross sectional analysis. *Journal of Viral Hepatitis*. 2005; 12: 655–662
- Kane A, Lloyd J, Zaffran M, Simonsen L, Kane M. Transmission of hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency viruses through unsafe injections in the developing world: model-based regional estimates. *Bull World Health Organ*. 1999; 77(10):801-7.
- Karon JM, Wejnert C. Statistical Methods for the Analysis of Time–Location Sampling Data. *J Urban Health*. 2012;89(3):565-86
- Kate Shannon, Thomas Kerr, Shari Allinott, Jill Chettiar, Jean Shoveller, Mark W, Tyndall. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social Science & Medicine*. 2008;66(4):911-921.
- Keen II L, Khan M, Clifford L, Harrell P, Latimer W. Injection and Non-Injection Drug Use and Infectious Disease in Baltimore City: Differences by Race. *Addict Behav*. 2014; 39(9):1325–1328.
- Koblin BA1, Factor SH, Wu Y, Vlahov D. Hepatitis C virus infection among noninjecting drug users in New York City. *J Med Virol*. 2003; 70(3):387-90.
- Li, L., Assanangkornchai, S., Duo, L., McNeil, E., and Li, J. Risk behaviors, prevalence of HIV and hepatitis C virus infection and population size of current injection drug users in a China–Myanmar border city: Results from a respondent-driven sampling survey in 2012. *PLoS One*. 2014; 9: e106899
- Malta M, Magnanini MMF, Mello MB, Pascom ARP, Linhares Y, Bastos FI. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010; 10: 317.

- Macías J, Palacios RB, Claro E, Vargas J, Vergara S, Mira JA, Merchante N, Corzo JE, Pineda JA. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int* 2008; 28(6): 781-6.
- Magder L.S.; Hughes J.P. Logistic Regression When the Outcome Is Measured with Uncertainty. *Am J Epidemiol*, 1997;146(2):195-203.
- Marx MA1, Murugavel KG, Tarwater PM, SriKrishnan AK, Thomas DL, Solomon S, Celentano DD. Association of hepatitis C virus infection with sexual exposure in southern India. *Clin Infect Dis*. 2003; 37(4):514-20. .
- Muhib FB; Lin LS; Stueve A; Miller RL; Ford WL; Johnson WD; Smith PJ. “Community intervention trial for youth study team. A venue-based method for sampling hard-to-reach populations”. *Public Health Rep* 2001; 116 Suppl 1: 216-22.
- Nelson P, Mathers B, Cowie B, Hagan Holly, Des Jarlais D, Horyniak D, Degenhardt L. The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: Results of global systematic reviews. *Lancet*. 2011; 378(9791): 571–583.
- Pennings EJ, Leccese AP, Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*. 2002 Jul;97(7):773-83.
- Perry N, O’Connell R, Lascar M, Jones M, Johnson A, Hart G, Miners A, Geretti A, Burman W, Lampe F. Sexual behaviour, recreational drug use and hepatitis C co-infection in HIV-diagnosed men who have sex with men in the United Kingdom: results from the ASTRA study. *Lancet HIV* 2014; 1: e22–31
- Pinheiro, S.M.C. Modelo linear hierárquico: um método alternativo para análise de desempenho escolar. [Dissertação de mestrado]: Universidade federal de Pernambuco, 2005.

- Puzhko S1, Roy É2, Jutras-Aswad D3, Arteni AA4, Fortier E4, Zang G5, Bruneau J6. High hepatitis C incidence in relation to prescription opioid injection and poly-drug use: Assessing barriers to hepatitis C prevention. *Int J Drug Policy*. 2017; 47:61-68
- Quaglio G, Lugoboni F, Pajusco B, Sarti M, Talamini G, Lechi A, Mezzelani P, Des Jarlais DC.. Factors associated with hepatitis C virus infection in injection and noninjection drug users in Italy. *Clin Infect Dis*. 2003; 37(1):33-40. .
- Rebecca K Stern, Holly Hagan, Corina Lelutiu-Weinberger, Don Des Jarlais, Roberta Scheinmann, Shiela Strauss, Enrique R Pouget and Peter Flom. The HCV Synthesis Project: Scope, methodology, and preliminary results. *BMC Med Res Methodol*. 2008;14;8:62.
- Scheinmann R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, Stern R, Des Jarlais DC, Flom PL, Strauss S. Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2007; 89(1):1-12.
- Spengler U. Direct antiviral agents (DAAs) - A new age in the treatment of hepatitis C virus infection. *Pharmacol Ther*. 2017; (10) pii: S0163-7258(17)30246-2.
- Sterk, Claire. Cocaine and HIV seropositivity. *The Lancet*, 1998; 331(8593):1052-1053.
- Strathdee SA, Sherman SG. The role of sexual transmission of HIV infection among injection and non-injection drug users. *J Urban Health*. 2003 Dec;80(4 Suppl 3):iii7-14.
- Thomas DL, Cannon RO, Shapiro CN, Hook EW 3d, Alter MJ, Quinn TC. Hepatitis C, hepatitis B, and human immunodeficiency virus infections among non-intravenous drug-using patients attending clinics for sexually transmitted diseases. *J Infect Dis* 1994; 169:990-5.
- Thomas DL, Zenilman JM, Alter HJ, et al. Sexual transmission of hepatitis C virus among patients attending sexually transmitted diseases clinics in Baltimore—an analysis of 309 sex partnerships. *J Infect Dis* 1995; 171:768-75

Tortu S, Neaigus A, McMahon J & Hagen D. Hepatitis C among noninjecting drug users: a report. *Substance Use & Misuse*, 2001; 36(4).

Tortu S, McMahon J, Pouget ER & Hamid R. Sharing of Noninjection Drug-Use Implements as a Risk Factor for Hepatitis C. *Subst Use Misuse*. 2004; 39(2):211-24.

WHO Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Updated version, April 2016

WHO, 2017a. Hepatitis C. Fact Sheet. Update October 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>.

WHO, 2017b. Global Hepatitis Report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.

4.2 Artigo 2

Determinantes da autoavaliação de saúde em população usuária de crack em cenas abertas de uso, Brasil, 2012

Carolina Coutinho^{*1,2}, Jurema Mota¹, Neilane Bertoni³, Leonardo Bastos⁴, Francisco I. Bastos¹

¹Instituto de Comunicação e informação Tecnológica em Saúde, Fiocruz.

²Programa de Epidemiologia em Saúde Pública, Ensp, Fiocruz.

³Divisão de Pesquisa Populacional, Inca

³Programa de Computação Científica, Fiocruz

*Autor para correspondência: Fundação Oswaldo Cruz, Biblioteca de Manguinhos, sala 229.

Av. Brasil, 4365. Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21045-900. Brasil.

E-mail: carolina.coutinho@icict.fiocruz.br

Conflito de interesse: Não há conflitos de interesse.

Sugestão de submissão: *Addiction* (após tradução)

Fonte de Financiamento: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/Ministério da Justiça e Segurança Pública) & Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Resumo

Introdução: Diversos agravos à saúde física e mental têm sido observados na população de usuários de cocaína/crack. Os efeitos adversos associados ao uso do crack e outras drogas podem determinar o incremento de diferentes riscos e danos, como injúrias e acidentes, aquisição e/ou agravamento de diversas doenças, além da possível progressão clínica dos quadros de uso prejudicial/dependente das substâncias. Esses agravos podem estar associados

à percepção que o usuário tem sobre sua própria saúde e bem-estar, embora não seja infrequente a dissonância entre autoavaliação e sintomas e sinais objetivos em saúde. Neste sentido, um constructo (comumente utilizado como um indicador *lato sensu* em saúde) frequentemente utilizado em levantamentos epidemiológicos para mensuração da saúde é a autoavaliação do estado de saúde. **Objetivo:** Avaliar o estado físico de saúde autoreferido por usuários de crack, em cenas abertas de uso. Estimou-se, por meio de regressão logística multinomial, estratificada por sexo, a possível associação entre a autoavaliação do estado de saúde e variáveis selecionadas de questionário aplicados no contexto de um inquérito nacional. **Resultados:** Entre os entrevistados do sexo masculino, os fatores associados à autoavaliação negativa (“ruim”) do estado de saúde, que se mostraram estatisticamente significantes, foram: o poliuso (AOR=1,57; IC95% 1,09-2,25), o uso de crack devido ao preço barato da substância (AOR=2,02; IC95%1,08-3,79), sintomas compatíveis com tuberculose (AOR=2,22; IC95%1,48-3,32), feridas na boca (AOR=2,30; IC95%1,53-3,47), dificuldade de dormir (AOR=1,63; IC95%1,17-2,29), dificuldade de manter a concentração (AOR=1,56; IC95%1,11-2,2) e baixa autoestima (AOR=2,05; IC95% 1,49-2,83). Já entre entrevistadas (sexo feminino), os fatores que se mostraram associados a uma autoavaliação negativa (“ruim”) do estado de saúde foram pertencer à faixa etária de 18 a 30 anos (AOR=2,22; IC95% 1,32-3,75), o uso de crack e similares devido a problemas familiares (AOR=2,37; IC95% 1,21-4,66), baixa autoestima (AOR=3,87; IC95%2,33-6,42) e ideias suicidas (OR=3,69; IC95%2,06-6,63). **Conclusão:** A maior parte dos fatores que influenciaram a percepção de saúde ruim entre usuários de crack são fatores emocionais. Ressalta-se a importância de elaboração de políticas públicas de acompanhamento multidisciplinar, incluindo saúde mental e ações de apoio social.

Palavras-chave: Usuário de droga; Status de saúde; Crack; Autoavaliação de saúde

Introdução

Segundo o relatório mais recente publicado pelo Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC, 2017), em 2015, a estimativa global de uso de drogas ilícitas foi de 5,3% (255 milhões de usuários), e especificamente o uso de cocaína (e derivados) foi estimado em 17,1 milhões de pessoas (que fizeram uso dessa substância naquele ano).

Uma frequência elevada de diversos agravos à saúde física e mental tem sido observada na população de usuários de cocaína/crack que fazem uso prejudicial/dependente dessa substância por diferentes estudos (Bastos et al., 2005; Buchanan et al., 2006; Malta et al., 2008; Cruz et al., 2013).

A dinâmica e a complexidade das cenas de uso de droga atuais e sua relação com a transmissão de patógenos, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites B e C, tem sido evidenciado por diferentes autores (Bastos et al., 2005; Shannon et al. 2008; Malta et al., 2010, Santos Cruz et al., 2013). Recentemente, Butler e colaboradores (2017) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de identificar desfechos em saúde associados ao uso de crack e discutir os possíveis padrões de risco evidenciados. Os autores identificaram uma associação consistente entre uso de crack e infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), como também pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Alguns estudos experimentais ressaltam os efeitos adversos diretos que os derivados de cocaína (especialmente o crack, além dos produtos secundários à metabolização conjunta da cocaína e álcool, como o cocaetileno – Pirozhkov et al., 1992 [ver detalhes adicionais a seguir]) podem trazer para o sistema imunológico e sobre a integridade tecidual (Magro & Wang, 2013; Napuri et al., 2013). Este comprometimento de tecidos e do sistema imunológico estão habitualmente associados a um risco maior de desenvolver diferentes agravos, além da possibilidade de progressão clínica mais intensa e/ou mais grave.

Outro ponto a destacar é o poliuso de drogas. Os usuários de cocaína/crack, em sua grande maioria, são poliusuários (Best et al., 2001; Caulkins et al., 2013; Santos Cruz et al., 2013; Bastos & Bertoni, 2014, da Cunha et al., 2015; Toledo et al., 2017), especialmente de álcool e outras substâncias, como tabaco e maconha, cujo uso é mais prevalente, no Brasil e em diversos países ocidentais. A combinação de cocaína (e derivados) e álcool é considerada mais letal do que o uso das substâncias sozinhas, principalmente em efeitos cardíacos (Cami et al., 1998; Pennings et al., 2002).

Citadini e colaboradores (2015) demonstraram que a metabolização conjunta da cocaína e do álcool, que dá origem a metabólitos extremamente tóxicos, como o cocaetileno, por exemplo, pode gerar mais efeitos negativos no cérebro do que comparado ao uso de apenas uma das duas substâncias, além de ter efeitos mais duradouros do que a cocaína em si.

No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack (Bastos & Bertoni, 2014), revelou que o perfil da maior parte das pessoas que usa crack em cenas abertas do país é constituído por homens, jovens, pouco escolarizados, que não tem emprego/renda fixa, poliusuários e que vivem em situação de rua ou despendem boa parte do seu dia nas cenas de uso e regiões contíguas. Além disso, 4,97% (IC95%:3,75-6,56) estavam infectadas pelo HIV e 2,63% (IC95%:1,69-4,07) pelo HCV.

Apesar de, frequentemente, necessitarem de algum tipo de atendimento médico, usuários de crack, via de regra, frequentam de forma esparsa e muito abaixo do desejável, serviços de saúde e sociais (Bastos & Bertoni, 2014). Ou seja, de maneira geral, os usuários de crack estão inseridos em contexto de grave vulnerabilidade social (Tindal et al., 2010; Cruz et al., 2013; Bastos & Bertoni, 2014).

É importante ressaltar que as consequências físicas por uso de drogas, elencadas anteriormente, somadas aos potenciais efeitos psicológicos devido ao uso de substâncias e a baixa frequência a serviços de saúde se mostram de um modo geral (em que pesem

dissonâncias relevantes, discutidas mais adiante) associados à percepção que o usuário tem sobre sua própria saúde e bem-estar.

Com o propósito de contribuir para a avaliação dessas questões na sua dimensão populacional, um indicador²⁰, que tem sido frequentemente utilizado em levantamentos epidemiológicos para mensuração subjetiva da saúde é a autoavaliação do estado de saúde. Considerando-se que este indicador se mostra associado a determinadas condições mórbidas/agravs e com a mortalidade (Feng et al., 2016), com aplicações relevantes em estudos voltados para populações de difícil acesso, como é o caso de usuários de crack/similares, é fundamental a compreensão dos fatores relacionados a este indicador, principalmente no sentido de desenvolvimento de ações visando à melhoria da qualidade de vida destas pessoas e subsídio para políticas públicas com base em evidências.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar o estado físico de saúde autoreferido por usuários de crack de cenas abertas de uso de droga, no Brasil, em 2012.

Métodos

O presente estudo utiliza dados da Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack (PNC), do componente ‘inquérito epidemiológico’, conduzido entre 2011 e 2012. A pesquisa, de âmbito nacional, foi realizada nas 26 capitais, Distrito Federal, 9 Regiões Metropolitanas (RM) Federais (Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo), além de uma subamostra composta de municípios de pequeno e médio porte, denominada “Estrato do Resto do Brasil” (ERB).

²⁰ Indicador *lato sensu*, no sentido de que não, necessariamente, atende ao conjunto de pressupostos de um indicador no sentido estrito, como formulado, por exemplo, pela RIPSa [Rede Integrada de Informações para a Saúde]; ver: <http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>

*Desenho da amostra*²¹

O componente Inquérito Epidemiológico da PNC utilizou o método de amostragem *Time-Location Sampling* (TLS), clássico para inquéritos com populações de difícil acesso, para seleção de locais e períodos de realização da pesquisa.

A amostra foi selecionada em dois ou três estágios, dependendo do estrato geográfico. Para os estratos de capitais de unidades da federação, a amostra foi selecionada em dois estágios: (1) combinação de cena e turno; e (2) usuário. Nos demais estratos, a amostra foi selecionada em três estágios: (1) município (nas regiões metropolitanas ou grupos de municípios, denominados de estrato do resto do Brasil); (2) cena e turno; e (3) usuário.

Para recrutamento dos usuários nas cenas de uso, em determinados dias e horários, foram utilizados procedimentos oriundos da amostragem inversa (De Boni et al., 2012; Bastos & Bertoni, 2014), diferindo, neste aspecto, do método clássico de TLS, que habitualmente lança mão de uma compartimentalização dos espaços com base em recursos virtuais, como a definição de uma linha virtual.

A população de pesquisa foi constituída por indivíduos, com 18 anos ou mais, que usaram crack e/ou similares pelo menos 25 dias nos seis meses anteriores a pesquisa (o que corresponde a, aproximadamente, uso uma vez por semana, e corresponde aos critérios definidos pela Organização Panamericana de Saúde na sua iniciativa conhecida pelo acrônimo CODAR [disponível, por exemplo, em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=689%3A2009-encuestas-comportamiento-consumidores-drogas-alto-riesgo-codar&catid=1090%3Acodar&lang=pt), e que faziam uso da droga em cenas abertas do País (Bastos & Bertoni, 2014).

²¹ Para maiores detalhes sobre o plano amostral da Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack, consultar capítulo 2 do livro, disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>

Variáveis Seleccionadas

A variável desfecho foi a autoavaliação do estado de saúde físico, a partir da resposta à questão “*Como você classificaria seu estado de saúde física em geral nos últimos 30 dias?*”. As categorias de resposta ditas “positivas”, originais: “excelente”, “muito boa” e “boa” foram agrupadas, mantendo-se em separado as categorias “satisfatória” e “ruim” (esta última definida para os propósitos deste trabalho como uma avaliação “negativa”), recategorizando, assim, a variável original em três níveis.

Como fatores potencialmente associados à percepção do estado de saúde, foram consideradas, dentre as características sociodemográficas: faixa etária (18 a 30 anos, 31 anos ou mais); raça/cor de pele (branca, não branca); situação conjugal (solteiro, casado ou mora junto, separado ou divorciado ou viúvo); escolaridade (até 3ª série do ensino fundamental, 4ª a 8ª série do ensino fundamental, ensino médio ou superior); moradia nos 30 dias anteriores à pesquisa (algum tipo de moradia, inclusive temporária, rua ou prisão) e principal fonte de dinheiro nos 30 dias anteriores a pesquisa (“renda proveniente de assistência/benefício”, “família/parceiro/amigos”, “trabalho regular com carteira assinada”, “trabalho regular sem carteira assinada”, “trabalho por conta própria/autônomo”, “trabalho esporádico/bicos”, “preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas”, “[outra] atividade ilícita”, “esmolas”).

Os fatores elencados no âmbito do uso de drogas foram: “tempo de uso de crack” (“até 5 anos” vs. “mais de 5 anos”); número de pedras usadas ao dia (“até 5 pedras”, “6 a 10 pedras”, “mais de 10 pedras”); frequência de uso (“usa diariamente a mesma quantidade”, “usa diariamente uns dias mais uns dias menos”, “usa de vez em quando o quanto tiver, sem controle”, “usa de vez em quando e controla o uso”); motivação para uso de crack (“preço barato”, “conseguiu a droga”, “sentiu vontade ou curiosidade”, “perdas afetivas”, “problemas

familiares”, “perda de emprego ou renda”, “vida ruim”, “por pressão de amigos”); compartilhamento de aparatos (“sim” vs. “não”) e uso de drogas injetáveis (“sim” vs. “não”).

Foi ainda criada a variável “poliuso de drogas” (“álcool ou tabaco ou 1 droga ilícita”, “álcool ou tabaco ou 2 ou mais drogas ilícitas”). Para os propósitos da presente análise foi considerado poliusuário de droga o indivíduo que declarou ter feito uso de duas ou mais drogas ilícitas (o que incluiu maconha, cocaína, ecstasy ou anfetaminas), além do crack, nos 12 meses anteriores à pesquisa. Como álcool e tabaco, além de serem lícitos, foram relatados pela imensa maioria dos voluntários do estudo (Bastos & Bertoni, 2014), estas substâncias não foram computadas para composição da variável “poliuso”, pois as proporções do seu uso eram tão elevadas, a ponto de subtrair-lhe qualquer capacidade discriminante.

As variáveis que abordaram comportamento de risco e sintomas de doenças infecciosas selecionadas foram: resultado do teste para o HIV (“não reagente” vs. “reagente”); sintoma de doença sexualmente transmissível²² nos 30 dias anteriores à pesquisa (dicotomizada em “sim” vs. “não”); sintoma de tuberculose²³ nos 30 dias anteriores à pesquisa (“sim” vs. “não”); contato com alguém com tuberculose (“sim” vs. “não”), uso de camisinha nos 30 dias anteriores à pesquisa (“não teve relação ou fez uso consistente” vs. “uso inconsistente”); troca de sexo por droga ou dinheiro nos 30 dias anteriores à pesquisa (“sim” vs. “não”); sexo no último ano com alguém sabidamente portador de HIV (“sim” vs. “não”) e uso de *piercing* ou tatuagem (“sim” vs. “não”).

No contexto da saúde bucal foram selecionadas as variáveis: feridas na boca (nos 30 dias anteriores à pesquisa (“sim” vs. “não”) e problemas na boca, gengiva ou dentes nos 30 dias anteriores à pesquisa (“sim” vs. “não”), enquanto no âmbito da saúde mental/emocional, as variáveis incluídas na análise foram “No último ano, você teve: tristeza/pessimismo?”

²² A variável computa respostas referentes a corrimento uretral (somente para homens), úlceras ou feridas genitais e verrugas genitais (nos dois últimos casos, para entrevistados de ambos os sexos).

²³ A variável computa respostas que incluem febre ou sensação de febre, tosse com ou sem escarro, perda de peso e suores noturnos ou quando dorme.

(“sim” vs. “não”); “Sentimentos de culpa/punição?” (“sim” vs. “não”); “Ansiedade, impaciência ou irritabilidade?” (“sim” vs. “não”); “Dificuldade de dormir?” (“sim” vs. “não”); “Dificuldade de concentração?” (“sim” vs. “não”); “Perda do interesse sexual?” (“sim” vs. “não”); “Baixa autoestima?” (“sim” vs. “não”); “Pensou em se matar?” (“sim” vs. “não”).

Para as mulheres, foram ainda consideradas variáveis referentes à saúde reprodutiva, como: “Gravidez no momento da pesquisa” (“sim” vs. “não”); Engravidou na vida (“sim” vs. “não”); “Engravidou depois de ter iniciado o uso do crack” (“sim” vs. “não”); “Teve algum filho que nasceu vivo, com problema de saúde/má formação depois que começou a usar crack?” (“sim” vs. “não”).

As questões selecionadas sobre a utilização de serviços de saúde compreenderam: o acolhimento institucional (“sim” vs. “não”); programa para conseguir trabalho, emprego ou renda (“sim” vs. “não”); serviço que fornece alimentação gratuita (“sim” vs. “não”); posto/centro de saúde/ambulatório ou UPA (“sim” vs. “não”); internação (“sim” vs. “não”); emergência (“sim” vs. “não”); programa de troca de seringa ou redução de danos (“sim” vs. “não”); serviço de internação para tratamento de dependência química (“sim” vs. “não”) e serviço extra-hospitalar para tratamento de dependência química (“sim” vs. “não”).

Análise de dados

Optou-se pela realização de análises separadas por sexo, de modo a possibilitar a consideração de variáveis na esfera da saúde reprodutiva, que foram perguntadas somente às mulheres. Foram calculadas as frequências relativas dos fatores segundo as três categorias da autoavaliação do estado da saúde (“excelente a boa”, “satisfatória” e “ruim”) e, para o estudo de associação, utilizou-se o teste qui-quadrado de homogeneidade, considerando uma significância estatística de 5,0%.

Posteriormente, para estimar de forma múltipla a associação entre a autoavaliação do estado de saúde com as variáveis selecionadas para o estudo, foi realizada uma análise logística multinomial de hierarquizada em blocos, tomando-se a autoavaliação de “excelente a boa” como categoria de referência.

Nessa modelagem, foram de início introduzidos, diretamente, todos os fatores do bloco sócio demográfico com significância estatística menor ou igual a 20,0% no teste qui-quadrado, conservando-se no modelo múltiplo apenas aquelas com nível de significância de 5,0% no teste de Wald. Em sequência, no bloco referente ao uso de drogas empregou-se procedimento semelhante ao bloco sociodemográfico, retendo-se, assim, apenas o conjunto com significância estatística de 5,0% no teste de Wald.

A etapa seguinte foi a modelagem do bloco sobre comportamento de risco e sintomas de doenças infecciosas, introduzindo os fatores que, no teste qui-quadrado, tiveram significância de 20,0%. Conservando-se os fatores com significância de 5,0% no teste de Wald, estes foram modelados juntamente com os fatores provenientes da etapa anterior (blocos sócio demográfico e uso de drogas), retendo-se o conjunto com significância estatística de 5,0% no teste de Wald para a fase seguinte. Estes procedimentos foram repetidos sistematicamente em todos os blocos, até a obtenção dos modelos finais, mais parcimoniosos e com ajuste considerado adequado do ponto de vista estatístico, por sexo (Masculino e Feminino).

Os modelos finais foram apresentados com as estimativas das *odds ratio* brutas e ajustadas com os respectivos intervalos de 95% de confiança.

As análises foram realizadas com auxílio do *software* livre R, utilizando-se o pacote *survey*, que permite incorporar o desenho do estudo e os pesos.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), sob o número CAAE 0073.0.031.000-11.

Resultados

Entrevistados do Sexo Masculino

Conforme pode ser observado na tabela 1, pouco mais da metade da população masculina de estudo era composta por pessoas de 18 a 30 anos (56,2%), em maioria solteiros (62,4%), com ensino escolar de 4ª a 8ª série do ensino fundamental (56,4%), que passaram a maior parte das noites em algum tipo de moradia, mesmo que temporária (62,4%), e com rendimento proveniente de trabalho esporádico ou de bicos (52,2%). Aproximadamente um terço (34,2%) dos homens que referiram passar a maior parte das suas noites na rua avaliaram como ‘ruim’ o seu estado de saúde físico. Surpreende que, nesta mesma categoria, 44,0% auto avaliou sua saúde como “Excelente/Muito boa/Boa”. Uma menor proporção de usuários que autoavaliou seu estado de saúde como ‘ruim’ foi encontrada entre homens que referiram fonte de dinheiro proveniente de trabalho com carteira assinada (12,4% dos 5,0% que referiram este tipo de dinheiro) e sem carteira assinada (15,2% dos 9,5% que referiram esta fonte de dinheiro) (Tabela 1).

A grande maioria dos homens (82,0%) era poliusuário e mais da metade (53,5%) iniciou o uso há 5 anos ou menos. Os homens que relatam utilizar um número menor de drogas autoavaliaram melhor a sua saúde, 62,2% relatou que seu estado de saúde era ‘Excelente/muito bom/Bom’. Atendo-se ao número de pedras de crack usadas ao dia, observou-se que 39,6% dos homens usavam até 5 pedras, e, aparentemente, a prevalência de autoavaliação ruim aumentou também conforme o aumento do número de pedras utilizadas. O mesmo não ocorre em relação a auto avaliação ‘Excelente/muito boa/boa’, que apresenta estimativas semelhantes na categorias de ‘até 5 pedras’ e ‘de 6 a 10 pedras’, mas apresenta queda considerável quando o uso ultrapassa 10 pedras por dia (Tabela 2).

Mais da metade dos homens (56,2%) afirmou usar crack de vez em quando, mas de forma intensa (“sem controle algum”, enquanto contasse com drogas disponíveis) e esta

categoria foi a que apresentou a maior prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim (35,1%). Os homens que relataram fazer o uso do crack, todos os dias na mesma quantidade foram os que apresentaram melhor autoavaliação de saúde, 66,5% avaliaram sua saúde como ‘Excelente/Muito boa/Boa’ e apenas 14,8% avaliaram como ruim. Quase 70,0% dos homens afirmaram compartilhar aparatos (cachimbo, lata ou copo) para uso de crack, e destes, 32,4% avaliaram sua saúde como “ruim”, superior à proporção (em %) de usuários que não compartilharam apetrechos.

A tabela 3 apresenta a distribuição da autoavaliação do estado de saúde por fatores relacionados a comportamento de risco e sintomas de doenças infecciosas. Dentre os homens, observou-se que 72,1% apresentaram sintomas compatíveis com tuberculose e, destes, 34,6% auto avaliaram seu estado de saúde como ruim, valor bastante superior ao encontrado na mesma categoria entre aqueles sem sintomas da doença (16,4%). O relato de contato com pessoas portadoras de tuberculose foi referido por 11,9% dos homens, e destes, 41,2% autoavaliaram sua saúde como ruim. Pouco mais da metade (55,8%) referiu uso inconsistente de preservativo nas relações sexuais e estes autoavaliaram melhor sua saúde, quando comparado aos que referiram uso consistente ou que não tiveram relação sexual. A autoavaliação do estado de saúde ruim foi mais prevalente (35,1%) no grupo que referiu uso consistente de preservativo, enquanto que a autoavaliação de saúde ‘Excelente/Muito boa/Boa’ foi mais prevalente entre os que referiram uso inconsistente de camisinha (52,1%). No que diz respeito à saúde oral, observou-se que 20,2% dos homens referiram feridas na boca e 40,7% referiram problemas na boca/gengiva ou dentes. A autoavaliação do estado de saúde ruim foi mais prevalente nestes dois grupos, alcançando 46,9% dos homens com feridas na boca e 38,0% com problemas orais.

Conforme exposto na tabela 4, os problemas de saúde mental/emocional mais frequentemente relatados pelos homens foram a “tristeza/pessimismo” (67,2%) e a

“ansiedade/impaciência/irritabilidade” (56,7%). Observou-se, entretanto, que todos os problemas de saúde mental/emocional se mostraram associados à autoavaliação do estado de saúde. Dentre as prevalências de avaliação ruim, se destacam 46,2% (perda de interesse sexual), 43,6% (baixa autoestima) e 43,0% (pensamentos de suicídio). Dentre os serviços de saúde utilizados pelos homens, apenas o uso de emergência apresentou diferença significativa (10,2%), com uma prevalência de 40,8% na autoavaliação do estado de saúde ruim.

Na figura 1 são graficamente sumarizados resultados dos modelos de regressão logística multinomial com as estimativas das *odds ratio* ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança (95%), estratificados por sexo.

Para os entrevistados do sexo masculino, dentre os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde como “satisfatória”, o trabalho sem carteira assinada (AOR=0,45; IC95%:0,22-0,93) e o uso do crack devido ao preço barato (AOR=0,42; IC95% 0,21-0,86) se apresentaram como fatores protetores. Já a baixa autoestima (AOR = 1,56; IC95%: 1,08-2,29), dificuldade de dormir (AOR = 1,61; IC95%: 1,12-2,31), sintomas de tuberculose (AOR = 1,51; IC95%: 1,07-2,12) e o poliuso de drogas (AOR=1,82; IC95%:1,25-2,67) se mostraram associados a uma maior chance de uma autoavaliação “satisfatória”.

Analisando-se os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde como “ruim” entre os entrevistados homens (figura 1), observou-se a influência do rendimento como fator protetor para a autoavaliação: rendimento de trabalho com carteira assinada (AOR=0,22; IC95%: 0,11-0,45); rendimento de trabalho sem carteira assinada (AOR=0,30; IC95%:0,17-0,51); rendimento de trabalho como autônomo (AOR=0,51; IC95%:0,34-0,77). Os homens que fizeram poliuso de drogas tem 57% mais chance (IC95%:1,10-2,25) de se auto avaliaram com estado de saúde “ruim”. O uso de crack devido ao preço barato foi 2,02 (IC95%:1,07-3,79) vezes maior naqueles com autoavaliação da saúde “ruim”.

Observou-se, ainda nos resultados do modelo múltiplo logístico multinomial nos entrevistados do sexo masculino, que sintomas de tuberculose constituíram um fator de risco para uma autoavaliação de saúde definida como “ruim” (AOR=2,21; IC95%:1,48-3,32), assim como feridas na boca (AOR=2,30; IC95%:1,52-3,47). Dos sintomas de saúde mental/emocional, os que se mostraram associados a uma autoavaliação de saúde “ruim” foram a dificuldade de dormir (AOR =1,64; IC95%:1,16-2,29); dificuldade de concentração (AOR=1,56; IC95%:1,11-2,20) e baixa autoestima (AOR=2,05; IC95%:1,48-2,82).

Entrevistadas do Sexo Feminino

A maioria das mulheres tinham de 18 a 30 anos (59,5%), eram solteiras (54,0%), com escolaridade da 4ª a 8ª série do ensino fundamental (61,7%), e referiram passar a maior parte das suas noites em algum tipo de abrigo/moradia, mesmo que temporária (53,9%). Um terço (33,7%) informou como fonte de dinheiro trabalhos esporádicos ou bicos. Em relação à autoavaliação de saúde, apenas a questão da moradia apresentou diferenças estatisticamente significativas: entre as 46,1% das mulheres que referiram estar em situação de rua, mais da metade (52,0%), auto avaliou seu estado de saúde como ‘ruim’. Uma maior proporção de mulheres que se autoavaliaram com tendo saúde “ruim” (73,7%) foi observada entre aquelas que referiram como principal fonte “preparar droga para comércio, venda ou participar da venda ou distribuição” (Tabela 1).

Quase 41,0% declarou utilizar 10 ou mais pedras de crack por dia, e este grupo apresentou uma pior autoavaliação do estado de saúde (47,9%). Dentre as motivações para o uso de crack, destacaram-se a vontade/curiosidade quanto ao efeito (36,9%) e problemas familiares (31,4%). Entretanto, a prevalência de autoavaliação do estado de saúde “ruim” foi maior entre aquelas cuja motivação para uso da droga foram problemas familiares (61,3%) e perdas afetivas (57,9%). Curiosamente, da proporção de 1,1% que declarou a perda do

emprego/fonte de renda como motivação para o uso, aproximadamente 80% avaliou a própria saúde como ‘Excelente/Muito boa/Boa’. O compartilhamento de apetrechos foi relatado por 76,9% das mulheres, apresentando uma prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim de 44,9% (Tabela 2).

Conforme pode ser observado na tabela 3, a proporção de mulheres que referiu sintomatologia compatível com tuberculose 79,3% e destas, 47,4% se autoavaliaram com saúde ‘ruim’. Quase 15,0% das mulheres eram gestantes no momento do estudo e 90,1% afirmaram ter engravidado alguma vez na vida. Em relação à autoavaliação do estado de saúde, 61,9% das mulheres gestantes avaliaram sua saúde como “Excelente/Muito boa/Boa”, em contrapartida aos 14,4% que avaliaram como ruim. Do total de mulheres que haviam engravidado alguma vez na vida, 41,5% avaliaram seu estado de saúde como “Excelente/Muito boa/Boa”.

Na tabela 4, pode-se observar que as mulheres relataram maiores proporções de problemas de saúde mental/emocional para “tristeza/pessimismo” (82,3%) e para “ansiedade/impaciência/irritabilidade” (73,0%). Igualmente ao ocorrido para os homens, todos os problemas de saúde mental/emocional foram associados à autoavaliação do estado de saúde, com destaque para as seguintes prevalências de avaliação “ruim” da saúde: 59,6% (dificuldade de concentração), 58,2% (ideação suicida) e 57,1% (baixa autoestima). O uso de serviços relacionados à alimentação gratuita foi o único serviço (social ou de saúde) que apresentou diferença significativa em relação à autoavaliação de saúde. O uso deste tipo de serviço foi reportado por 17,6% das mulheres, cujas 56,7% autoavaliaram sua saúde como “ruim”.

Na figura 2 estão sumarizados graficamente os resultados dos modelos de regressão logística multinomial, com as estimativas das *odds ratio* ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança (95%), separados por sexo.

Para o sexo feminino (figura 2), os fatores que influenciaram a autoavaliação do estado de saúde satisfatória foram a idade (de 18 a 30 anos, AOR=2,29; IC95%:1,31-4,02) e “o uso de crack e similares por motivo de perda de emprego ou fonte de renda” (AOR =0,13; IC95%:0,02-0,70), sendo a idade um fator de risco para este tipo de autoavaliação.

Considerando-se aquelas entrevistadas que auto avaliaram sua saúde como “Ruim”, ter *piercing* e tatuagem e “a motivação do uso de crack se dar em função de perda de trabalho/renda, se apresentaram como fatores protetores” (AOR=0,53; IC95%:0,29-0,97 e OR=0,07; IC95%:0,01-0,51, respectivamente). Como fatores associados a esta classificação do estado de saúde, destacam-se a faixa etária de 18 a 30 anos (AOR=2,22; IC95%:1,32-3,75), “o uso de crack e similares devido a problemas familiares” (AOR=2,37; IC95%:1,21-4,66), a baixa autoestima (AOR=3,87; IC95%:2,33-6,42) e o pensamento suicida (OR=3,69; IC95%:2,06-6,63).

Tabela 1. Distribuição percentual dos usuários de crack e da autoavaliação do estado de saúde por fatores sócio demográficos, segundo sexo. Brasil, 2012²⁴

Variáveis/categorias	Masculino (n = 5.787)					Feminino (n=1.569)				
	Pop. %	Autoavaliação do estado de saúde				Pop. %	Autoavaliação do estado de saúde			
		Excelente a Bom	Satisf.	Ruim	p-valor		Excelente a Bom	Satisf.	Ruim	p-valor
Faixa Etária										
18 a 30 anos	56,2	52,7	20,5	26,8	0,112	59,5	49,8	13,6	36,6	0,063
31 ou +	43,8	45,1	21,9	33,0		40,5	33,5	19,8	46,7	
Raça										
Branco	20,7	54,0	16,5	29,5	0,198	21,4	51,9	12,9	35,1	0,349
Não branco	79,3	48,1	22,4	29,5		78,6	40,6	17,1	42,4	
Situação conjugal										
Separado, divorciado, viúvo	15,3	38,8	24,5	36,7	0,068	9,7	39,1	19,4	41,5	0,730
Solteiro	62,4	51,5	19,8	28,7		54,0	41,6	14,9	43,5	
Casado ou mora junto	22,3	50,6	22,5	27,0		36,3	46,4	16,9	36,7	
Escolaridade										
Ensino Médio e superior	20,0	45,4	21,9	32,7	0,144	14,5	47,3	21,8	30,8	0,474
Até 3ª série	23,5	54,1	15,5	30,4		23,9	44,3	16,3	39,3	
4ª a 8ª série do EF	56,4	48,9	23,0	28,1		61,7	41,5	14,8	43,7	
*Moradia										
Algum tipo de moradia	62,4	52,7	20,7	26,7	0,013	53,9	50,0	18,5	31,5	0,006
Rua	37,6	44,0	21,8	34,2		46,1	34,7	13,3	52,0	
*Fonte de dinheiro**										
Assistência/benefício										
Não	95,2	49,7	20,7	29,7	0,522	92,1	42,7	16,1	41,2	
Sim	4,8	43,9	29,3	26,8		7,9	46,9	16,7	36,4	0,796
Família/parceiro(a)/amigo										
Não	89,2	49,9	21,6	28,5		87,1	43,8	15,1	41,0	
Sim	10,8	45,1	16,4	38,5	0,142	12,9	38,0	23,0	39,0	0,245
Trab. com carteira assinada										
Não	95,0	48,8	20,8	30,4		98,9	43,2	16,3	40,5	
Sim	5,0	60,4	27,2	12,4	0,059	1,1	33,9	2,4	63,7	0,327
Trab. sem carteira assinada										
Não	90,5	47,4	21,6	30,9		96,4	43,7	16,4	39,9	
Sim	9,5	69,1	15,7	15,2	0,000	3,6	27,0	8,7	64,3	0,080
Conta própria/autônomo										
Não	76,7	46,7	21,6	31,7		85,3	41,9	15,5	42,5	
Sim	23,3	58,6	19,3	22,1	0,004	14,7	49,5	19,7	30,7	0,295
Trabalho esporádico/bicos										
Não	47,8	50,8	21,8	27,4		66,3	42,7	16,7	40,6	
Sim	52,2	48,1	20,5	31,4	0,482	33,7	43,7	15,1	41,1	0,939
Preparar para o comércio										
Não	94,7	48,7	21,3	30,0		89,2	45,6	17,8	36,7	
Sim	5,3	61,2	17,5	21,2	0,131	10,8	23,1	3,3	73,7	0,015
Atividade ilícita										
Não	90,1	50,4	20,8	28,9		94,3	43,5	15,4	41,1	
Sim	9,9	40,1	24,1	35,8	0,276	5,7	36,0	27,9	36,2	0,443
Pedir esmolas										
Não	88,2	50,7	20,9	28,4		83,5	43,6	15,1	41,3	
Sim	11,8	39,3	22,2	38,4	0,014	16,5	40,1	21,6	38,3	0,446

* Nos 30 dias anteriores a pesquisa

**Pergunta que possibilitava múltiplas respostas

²⁴ As tabelas das análises bivariadas com respectivos intervalos de confiança encontram-se no Anexo X.

Tabela 2. Distribuição percentual dos usuários de crack e da autoavaliação do estado de saúde por fatores relacionados ao uso de drogas, segundo sexo. Brasil, 2012.²⁵

Variável	Masculino (n = 5.787)					Feminino (n=1.569)				
	%	Autoavaliação do estado de saúde				%	Autoavaliação do estado de saúde			
		Excelente a Bom	Satisf.	Ruim	p-valor		Excelente a Bom	Satisf.	Ruim	p-valor
***Poliuso de drogas										
Álcool ou tabaco ou 1 ilícita	18,0	62,2	15,1	22,7	0,000	24,3	44,4	21,1	34,6	0,269
Álcool ou tabaco ou 2 ilícitas ou mais	82,0	46,7	22,3	31,0		75,7	42,7	14,6	42,8	
Tempo de uso de crack										
Até 5 anos	53,5	52,7	18,6	28,7	0,045	61,8	44,6	15,4	39,9	0,701
Mais de 5 anos	46,5	45,5	23,2	31,3		38,2	39,9	17,1	43,0	
Número de pedras ao dia										
Até 5	39,6	51,9	22,0	26,1	0,024	30,1	45,3	17,2	37,4	0,015
6 a 10	31,1	51,9	19,0	29,1		29,0	54,9	18,3	26,8	
10+	29,3	40,5	21,2	38,3		40,9	36,3	15,8	47,9	
Frequência de uso de crack										
Diariamente a mesma quantidade	18,2	66,5	18,7	14,8	0,000	11,2	58,5	15,0	26,5	0,501
Diariamente, uns dias mais, uns dias menos	14,3	51,1	20,1	28,8		15,6	37,3	14,6	48,0	
De vez em quando, e enquanto tiver, sem controle nenhum	56,2	42,0	22,9	35,1		56,7	40,2	17,4	42,4	
De vez em quando, controla o uso mesmo quando sai para usar	11,3	54,8	17,1	28,1		16,5	47,1	13,3	39,5	
Motivo de uso de crack**										
Preço barato										
Não	98,7	49,5	21,3	29,2	0,001	98,8	43,0	16,3	40,7	0,571
Sim	1,3	42,2	7,8	50,0		1,2	48,6	6,4	45,0	
Conseguiu a droga										
Não	84,8	48,9	21,3	29,8	0,752	84,7	42,2	16,8	41,0	0,611
Sim	15,2	51,9	20,0	28,1		15,3	47,7	12,6	39,7	
Vontade/curiosidade do efeito										
Não	47,6	48,6	21,2	30,2	0,881	63,1	39,0	13,9	47,1	0,024
Sim	52,4	50,1	21,0	28,9		36,9	49,9	20,0	30,1	
Perdas afetivas										
Não	89,3	50,1	20,3	29,6	0,284	82,3	46,1	16,8	37,1	0,039
Sim	10,7	43,5	27,5	29,1		17,7	29,1	13,0	57,9	
Problemas familiares										
Não	80,0	50,2	20,5	29,3	0,593	68,6	50,3	18,5	31,2	0,000
Sim	20,0	46,0	23,4	30,6		31,4	27,6	11,2	61,3	
Perda do emprego/fonte de renda										
Não	98,3	49,7	21,1	29,2	0,101	98,9	42,6	16,3	41,1	0,033
Sim	1,7	31,0	21,1	47,9		1,1	79,9	4,4	15,7	
Vida ruim, sem perspectivas										
Não	92,2	50,1	20,5	29,5	0,074	87,4	42,4	17,2	40,4	0,471
Sim	7,8	41,2	28,4	30,4		12,6	47,5	9,0	43,5	
Por pressão dos amigos										
Não	72,3	49,7	22,2	28,2	0,223	76,7	43,0	15,8	41,3	0,880
Sim	27,7	48,7	18,3	33,1		23,3	43,4	17,4	39,2	
*Compartilhamento aparatos										
Não	30,5	55,1	21,5	23,4	0,018	23,1	57,0	16,9	26,1	0,002
Sim	69,5	46,4	21,1	32,4		76,9	38,9	16,1	44,9	
Uso de drogas injetáveis na vida										
Não	90,1	49,0	21,6	29,5	0,656	93,2	44,4	15,4	40,2	0,290
Sim	9,9	49,2	18,2	32,6		6,8	28,6	17,9	53,5	

* Nos 30 dias anteriores a pesquisa

**Pergunta que possibilitava múltiplas respostas

***Nos 12 meses anteriores a pesquisa

²⁵ As tabelas das análises bivariadas com respectivos intervalos de confiança encontram-se no Anexo X.

Tabela 3. Distribuição percentual dos usuários de crack em relação a autoavaliação do estado de saúde por fatores relacionados a comportamento de risco e sintomas de doenças infecciosas, segundo sexo. Brasil, 2012²⁶

Variável	Masculino (n = 5.787)					Feminino (n=1.569)				
	%	Autoavaliação do estado de saúde				%	Autoavaliação do estado de saúde			
		Excelente a Bom	Satisf.	Ruim	p-valor		Excelente a Bom	Satisf.	Ruim	P-valor
HIV										
Não reagente	96,0	49,2	20,4	30,4	0,748	91,8	41,6	16,7	41,7	0,318
Reagente	4,0	44,1	17,0	38,8		8,2	42,4	7,9	49,8	
*Sintoma de DST										
Não	92,4	49,6	21,0	29,5	0,902	93,7	43,6	16,3	40,1	0,496
Sim	7,6	47,1	22,6	30,4		6,3	35,2	13,7	51,2	
*Sintoma de tuberculose										
Não	27,9	65,8	17,8	16,4	0,000	20,7	70,4	14,6	15,1	0,000
Sim	72,1	43,1	22,4	34,6		79,3	36,1	16,6	47,4	
Contato com alguém com tuberculose										
Não	88,1	50,8	21,4	27,8	0,004	81,1	44,3	16,7	38,9	0,385
Sim	11,9	40,1	18,7	41,2		18,9	37,9	13,8	48,3	
*Uso de camisinha										
Não teve relação/uso consistente	44,2	46,0	18,9	35,1	0,015	34,5	44,6	13,6	41,8	0,667
Uso inconsistente	55,8	52,1	22,9	25,1		65,5	42,3	17,4	40,3	
*Troca de sexo por droga/dinheiro										
Não	71,5	49,7	20,1	30,2	0,510	51,5	46,7	17,4	35,9	0,343
Sim	28,5	48,5	23,7	27,8		48,5	39,2	14,8	46,0	
**Sexo com alguém sabidamente portador HIV										
Não	94,9	50,8	21,5	27,7	0,243	93,3	43,7	15,8	40,6	0,740
Sim	5,1	38,3	22,1	39,6		6,7	43,4	10,8	45,8	
Piercing/tatuagem										
Não	34,7	52,0	20,0	28,0	0,489	29,1	31,9	16,1	51,9	0,085
Sim	65,3	48,0	21,7	30,2		70,9	47,8	16,1	36,1	
*Feridas na boca										
Não	79,8	53,3	21,6	25,1	0,000	73,6	46,1	17,0	36,8	0,152
Sim	20,2	33,8	19,3	46,9		26,4	35,1	13,4	51,5	
*Problemas na boca/gengiva/dentes										
Não	59,3	56,2	19,9	23,9	0,000	57,1	44,6	16,2	39,2	0,744
Sim	40,7	38,8	23,2	38,0		42,9	40,6	16,1	43,2	
Gravidez atual										
Não						82,5	45,1	14,3	40,6	0,004
Sim						14,8	61,9	23,8	14,4	
Engravidou na vida										
Não						9,9	69,4	15,5	15,1	0,015
Sim						90,1	41,5	16,0	42,5	
Engravidou pós-crack										
Não						41,9	43,6	16,6	39,8	0,939
Sim						58,1	45,0	15,5	39,5	
Nativo com problema de saúde/má formação pós-crack										
Não						90,8	44,0	16,0	40,0	0,844
Sim						9,2	48,3	15,1	36,6	

* Nos 30 dias anteriores a pesquisa

**Nos 12 meses anteriores a pesquisa

²⁶ As tabelas das análises bivariadas com respectivos intervalos de confiança encontram-se no Anexo X.

Tabela 4. Distribuição percentual dos usuários de crack e da autoavaliação do estado de saúde por fatores relacionados à saúde mental/emocional e uso de serviços de saúde, segundo sexo. Brasil, 2012²⁷

Variável	Masculino (n = 5.787)					Feminino (n=1.569)				
	%	Autoavaliação do estado de saúde				%	Autoavaliação do estado de saúde			
		Excelente a Bom	Satisf.	Ruim	p-valor		Excelente a Bom	Satisf.	Ruim	P-valor
*Tristeza/pessimismo										
Não	32,8	62,3	18,1	19,5	0,000	17,7	68,1	17,6	14,3	0,000
Sim	67,2	42,8	22,7	34,6		82,3	37,4	15,8	46,8	
*Sentimento de culpa/punição										
Não	50,2	58,1	19,0	22,9	0,000	43,2	55,8	15,7	28,4	0,000
Sim	49,8	40,1	23,4	36,5		56,8	33,1	16,4	50,5	
*Ansiedade/impaciência/irritabilidade										
Não	43,3	58,5	18,0	23,5	0,000	27,0	58,7	20,1	21,2	0,000
Sim	56,7	42,1	23,5	34,4		73,0	37,1	14,8	48,1	
*Dificuldade de dormir										
Não	58,4	58,7	19,0	22,3	0,000	51,7	56,5	17,5	26,0	0,000
Sim	41,6	35,8	24,1	40,1		48,3	28,4	14,8	56,8	
*Dificuldade de concentração										
Não	65,5	56,6	20,6	22,9	0,000	52,5	56,9	19,0	24,1	0,000
Sim	34,5	35,0	22,4	42,6		47,5	27,6	12,8	59,6	
*Perda do interesse sexual										
Não	78,4	53,8	21,2	25,0	0,000	51,5	51,7	20,8	27,6	0,000
Sim	21,6	33,0	20,8	46,2		48,5	33,9	11,4	54,7	
*Baixa autoestima										
Não	61,0	59,9	19,1	21,0	0,000	43,2	61,0	19,4	19,6	0,000
Sim	39,0	31,9	24,6	43,6		56,8	29,3	13,6	57,1	
*Pensou em se matar										
Não	70,8	55,2	20,4	24,4	0,000	46,0	58,6	20,7	20,6	0,000
Sim	29,2	33,6	23,4	43,0		54,0	29,5	12,3	58,2	
**Serviço de acolhimento institucional										
Não	88,0	49,6	20,4	29,9	0,375	84,6	42,1	18,0	39,9	0,291
Sim	12,0	45,6	26,7	27,8		15,4	49,6	7,0	43,4	
**Serviço de trabalho, emprego e renda										
Não	91,5	49,5	21,0	29,6	0,910	93,9	42,4	16,5	41,1	0,539
Sim	8,5	48,2	22,7	29,2		6,1	52,8	11,6	35,6	
**Serviço de alimentação gratuita										
Não	82,4	49,4	21,4	29,1	0,753	82,4	46,1	16,5	37,3	0,031
Sim	17,6	47,8	20,0	32,2		17,6	28,8	14,5	56,7	
**Posto/Centro/Ambulatórios/UPAs										
Não	82,5	49,8	20,3	29,9	0,301	70,0	39,5	17,1	43,4	0,195
Sim	17,5	47,2	24,9	27,9		30,0	51,2	14,1	34,7	
**Hospital (internação)										
Não	92,8	50,0	20,3	29,6	0,055	86,4	41,1	16,9	42,0	0,267
Sim	7,2	39,4	31,1	29,5		13,6	54,6	12,0	33,4	
**Emergência										
Não	89,8	50,1	21,4	28,5	0,036	83,2	41,2	17,7	41,1	0,157
Sim	10,2	38,6	20,6	40,8		16,8	51,8	9,1	39,1	

(Continua)

²⁷ As tabelas das análises bivariadas com respectivos intervalos de confiança encontram-se no Anexo X.

Tabela 4. Distribuição percentual dos usuários de crack e da autoavaliação do estado de saúde por fatores relacionados à saúde mental/emocional e uso de serviços de saúde, segundo sexo. Brasil, 2012²⁸

(Continuação)

Variável		Masculino (n = 5.787)				Feminino (n=1.569)				
	%	Autoavaliação do estado de saúde				Autoavaliação do estado de saúde				
		Excelente a Bom	Satisf	Ruim	p-valor	%	Excelente a Bom	Satisf	Ruim	p-valor
**Serviço de redução de danos										
Não	98,7	49,6	21,5	28,9	0,214	96,3	42,4	16,5	41,1	0,651
Sim	1,3	45,4	12,1	42,5		3,7	50,4	12,3	37,3	
**Internação para Dependência Química										
Não	88,7	50,3	20,7	29,0	0,452	91,0	42,7	16,0	41,4	0,782
Sim	11,3	41,9	24,4	33,7		9,0	47,1	17,9	35,0	
** Serviço Extra-hospitalar para Dependência Química										
Não	93,0	49,8	20,5	29,7	0,276	93,7	42,9	15,4	41,6	0,108
Sim	7,0	43,3	28,9	27,8		6,3	45,0	27,2	27,8	

**Nos 12 meses anteriores a pesquisa

**Nos 30 dias anteriores a pesquisa

²⁸ As tabelas das análises bivariadas com respectivos intervalos de confiança encontram-se no Anexo X.

Figura 1. Efeitos dos fatores selecionados na autoavaliação do estado de saúde “satisfatória” e “ruim” entre homens. Brasil, 2012

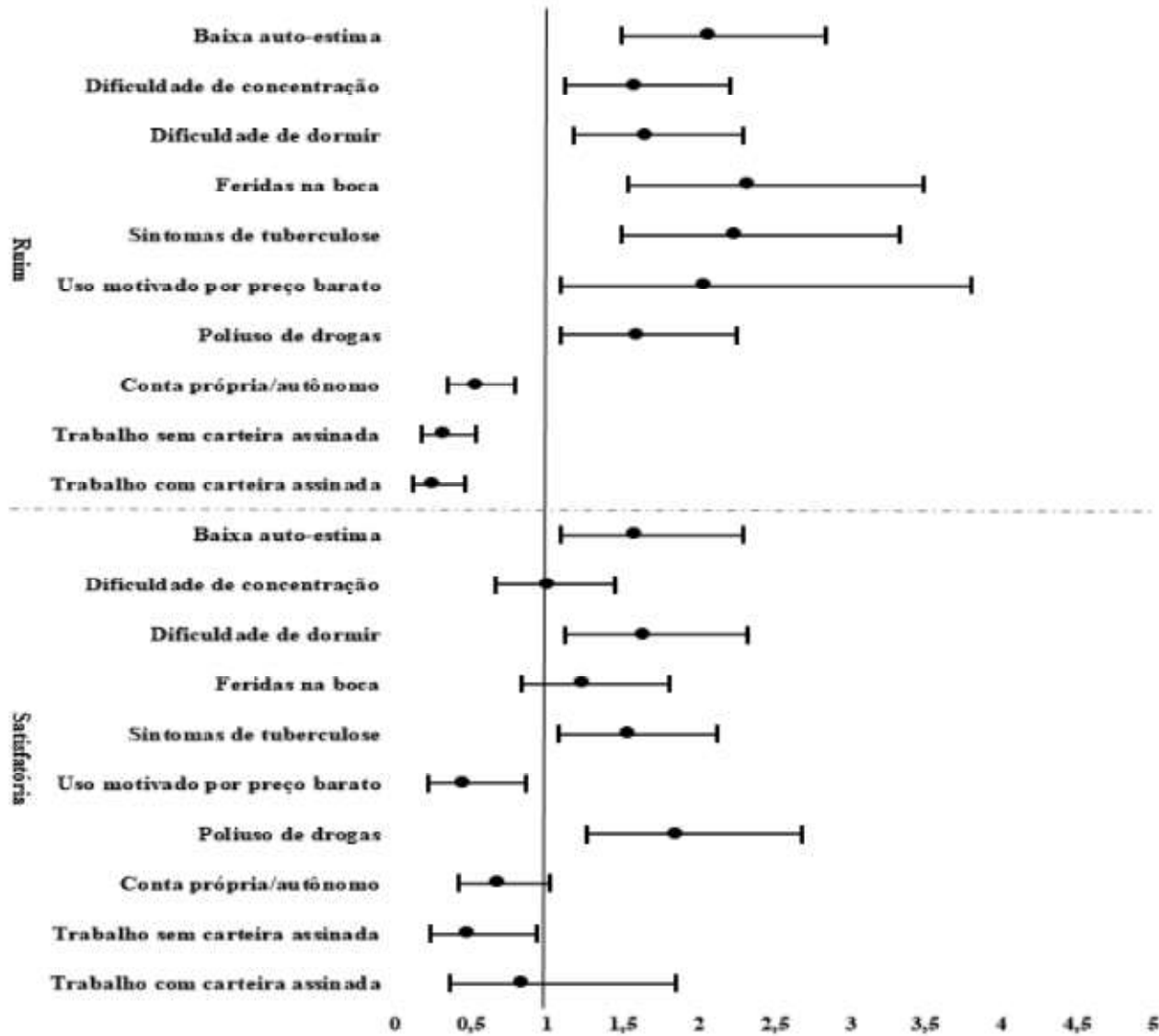
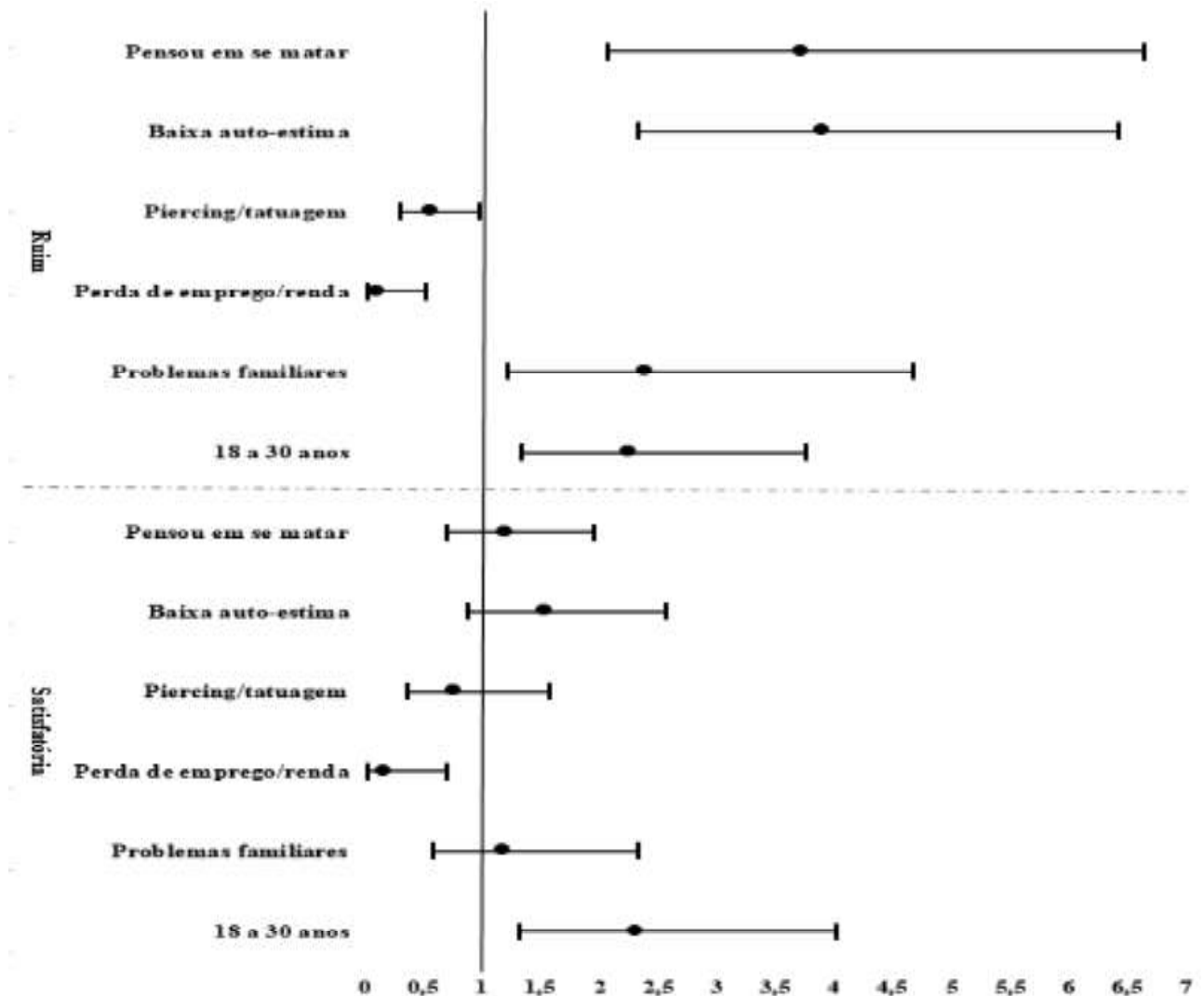


Figura 2. Efeitos dos fatores selecionados na autoavaliação do estado de saúde satisfatória e ruim entre mulheres. Brasil, 2012



Discussão

No presente estudo, a baixa autoestima, dificuldade de concentração e de dormir, presença de feridas na boca, sintomas de tuberculose, o poliuso de drogas e o fato de ter iniciado o uso do crack por se tratar de uma droga com preço barato foram fatores que se mostraram associados ao risco de uma percepção definida como “ruim” do próprio estado de saúde, entre os homens, ao passo que conta com algum tipo de rendimento, seja através de trabalho formal ou informal, ou mesmo como autônomo tende a ser um fator protetor frente à

percepção negativa da própria saúde. A presença de sintomas de tuberculose, o poliuso de drogas, a baixa autoestima e a dificuldade de dormir também foram identificados como fatores associados à auto avaliação da saúde como “satisfatória”, entre os homens.

Entre as mulheres, a faixa etária de 18 a 30 anos, o uso de crack devido a problemas familiares, a baixa auto-estima e ideações suicidas se mostraram fatores associados à autoavaliação do estado de saúde ruim, enquanto ter *piercing* ou tatuagem e o uso de crack devido à perda de emprego se mostraram como fatores protetores frente a uma avaliação definida como “ruim”. Assim como na categoria de autoavaliação de saúde ‘ruim’, a faixa etária também se apresentou como fator de risco para autoavaliação “satisfatória” entre as mulheres.

Outros estudos sobre autoavaliação de saúde com população geral evidenciaram associação entre transtornos emocionais e a percepção de saúde “ruim”, especialmente a depressão, determinando impacto na funcionalidade individual ou predisposição para o trabalho (Broadhead et al., 1990; Von Korff et al., 1992, Kessler et al., 1994).

Um estudo realizado em 1996, nos Estados Unidos, com 2.864 pessoas que estavam recebendo tratamento para HIV foi a primeira pesquisa realizada com uma amostra probabilística, representativa das pessoas adultas vivendo com HIV no país, e evidenciou associação de autoavaliação de saúde “ruim” com comorbidade psiquiátrica. Pessoas com HIV portadores de algum distúrbio emocional apresentaram pior avaliação de saúde física e mental, quando comparados aos que não apresentavam esses sintomas. Este estudo também encontrou uma associação do uso de drogas com autoavaliação de saúde “ruim”. No entanto, isso só ocorreu quando o uso de droga se apresentava de forma concomitante com alguma comorbidade emocional (Sherbourne et al., 200). Pesquisadores iniciaram um estudo coorte no Estado de Nova Iorque, em 1971, com adolescentes que cursavam a escola secundária, e tinham entre 10 e 11 anos à época. Anos mais tarde, três entrevistas de acompanhamento

foram realizadas, em 1980, 1984 e 1990, e 1.160 pessoas realizaram a última entrevista, quando já em uma faixa etária entre 34 e 35 anos. No estudo, onde a maior parte da amostra que realizou a última entrevista era composta por homens, verificou-se que o uso crônico de cocaína pode contribuir para o incremento do número de problemas de saúde. Em sentido oposto, ainda que possivelmente inserido numa situação de causalidade circular, o estado de saúde ruim também contribuiu para a continuidade do uso da cocaína.

Na Pesquisa Nacional Sobre Uso de Crack (PNC) (Bastos & Bertoni, 2014) verificou-se que, a despeito de apresentarem desfechos importantes em saúde e da frequência a serviços de saúde ser baixa (estimativas apresentadas no presente estudo, estratificadas por sexo), uma parcela significativa dos usuários de crack refere de forma positiva seu estado de saúde (43,07%). Entretanto, é preocupante a relevância do extremo oposto da autoavaliação do estado de saúde denominada “ruim”, uma vez que 40,78% destes usuários se classificou nesta categoria. Esses achados evidenciam que esta população específica, com expressivas prevalências de auto avaliação de saúde negativa e, ao mesmo tempo, positiva, apresenta uma autoavaliação da sua saúde que poderíamos definir como pouco consistente, talvez lábil, em função de uma dinâmica psíquica complexa, em parte talvez associada aos efeitos secundários ao próprio consumo intenso das substâncias, e mesmo afetada por situações de dissonância cognitiva, onde se observa uma aparente contradição entre percepções subjetivas e achados objetivos.

Estudos mais específicos e aprofundados tornam-se necessários, no sentido de melhor avaliar a complexa relação entre os fatores que impactam a percepção do estado de saúde de cada indivíduo e segmentos dessa população.

A prevalência de autoavaliação de saúde física positiva do presente estudo (PNC, 40,3%), apesar de elevada, foi inferior àquela encontrada em estudos com a população geral, também de abrangência nacional, como a Pesquisa Nacional de Saúde (Szwarcwald et al,

2015) e as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (IBGE; edições sucessivas que adquiriram um caráter contínuo em anos recentes), em que a estimativa geral de autoavaliação positiva do estado de saúde física foi de 66% e 77,3%, respectivamente.

Em contrapartida, a prevalência de auto avaliação negativa (40,78%) foi muito superior ao evidenciado no estudo da Pesquisa Nacional de Saúde (5,9%) e ao observado no âmbito do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (4,7%).

No presente estudo, os preditores do estado de saúde autorreferido foram analisados em separado, por sexo, uma vez que na publicação principal da PNC foram observados diferenciais na autoavaliação, considerada esta característica demográfica. Segundo Bastos & Bertoni (2014) a prevalência de auto avaliação de saúde positiva (“Excelente/Muito boa/Boa”), foi de 43,1% nas mulheres e 49,4% nos homens. No mesmo sentido, 40,8% das mulheres relataram estado de saúde “ruim”, enquanto que, entre os homens, esta categoria foi reportada por apenas 29,5% destes últimos. Estes achados corroboram os encontrados por Macoy & Miles (1992) para uma população de usuários de crack em Miami e também pelos achados descritos por Damacena e colaboradores (2005) para a população brasileira, que identificaram diferenças por sexo, com um pior estado de saúde auto-referido por mulheres, se comparado ao da autoavaliação por parte dos entrevistados homens.

A despeito de diferenças metodológicas, inerentes a qualquer tentativa de estabelecer comparações e contrastes entre diferentes estudos, a análise comparativa dos resultados da autoavaliação do estado de saúde dos usuários de crack com os achados referentes à população geral apontam não somente para a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a temática, como evidenciam o quão pouco se sabe sobre os mecanismos que balizam ou influenciam o bem estar e a qualidade de vida dos usuários, pessoas frequentemente inseridas em contextos de profunda vulnerabilidade social.

No presente estudo, verificou-se que, para os homens, a escassez/instabilidade do aporte de dinheiro está indelevelmente associada à autoavaliação de saúde considerada “ruim”. Ou seja, homens que contam com algum trabalho regular como fonte de renda (trabalho com ou sem carteira assinada ou autônomo) tendem a avaliar melhor a sua saúde. Tal achado, em certa medida, corrobora dados referentes à população geral do Brasil. Dachs & Santos (2006) utilizaram dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e confirmaram que os principais determinantes de autoavaliação de saúde são as (boas/más) condições econômicas. Neste sentido, a motivação para uso de crack pelo ‘preço barato’ aumentou em cerca de 2 vezes a chance do usuário auto avaliar a sua saúde como “ruim”. Estes achados podem sugerir que, aparentemente, para o homem, a questão econômica tem relevância central na sua percepção de saúde. No caso das mulheres, curiosamente, a motivação para uso de crack por perda de trabalho e renda se apresentou como fator protetor frente a uma autoavaliação de saúde definida como “ruim”. Causa talvez surpresa (merecendo, obviamente, análise aprofundada posterior) que, diferentemente dos homens, problemas financeiros (aparentemente) não estejam influenciado a percepção de saúde das mulheres.

Nos homens, o relato de sinais e sintomas como feridas na boca e sintomas associados à tuberculose, como perda de peso, tosse prolongada e suores noturnos, representaram fatores associadas à autoavaliação do estado de saúde como “ruim”, mas também satisfatória. Entre os homens, características físicas aparentes e de fácil identificação podem influenciar a percepção individual sobre o estado de saúde, diferente do encontrado entre as mulheres, onde características emocionais, como baixa autoestima, ideação suicida e problemas com a família foram os fatores mais estreitamente associados à autoavaliação ruim.

Independente do sexo, o que se percebe é que fatores psicológicos influenciam significativamente a autoavaliação do estado de saúde como “ruim”. Corroborando estes

achados, um estudo longitudinal, conduzido entre 1991 e 1993, nos Estados Unidos, analisou os preditores da autoavaliação do estado de saúde em pacientes com história de abuso de drogas, em tratamento (Friedmann et al., 2003), evidenciando uma chance 2,1 vezes maior destes pacientes apresentarem sintomas psiquiátricos quando autoavaliaram seu estado de saúde como “ruim”.

Diferentemente do encontrado para mulheres, no contexto da população geral (Dachs e Santos, 2003; Szwarcwald et al., 2015), no presente estudo, ser mais jovem também se apresentou como um preditor, aumentando em cerca de 2 vezes a chance de uma autoavaliação “ruim”. Este achado é preocupante, uma vez que vai em sentido oposto ao consenso da literatura de que a autopercepção de saúde ruim aumenta com a progressão da idade em função, dentre outros fatores, da maior frequência de doenças crônicas e eventual restrição de atividades cotidianas observadas nas faixas etárias mais avançadas. Neste sentido, a exposição ao uso de drogas em cenas abertas de uso, com suas consequências físicas e psicológicas adversas, as evidentes condições de maior vulnerabilidade social, aliada a uma compreensão mais aprofundada das mulheres quanto a seus problemas de saúde fazem com que esse segmento perceba, mais frequentemente e em idades mais precoces, os problemas de saúde, se comparados aos homens.

Populações que foram expostas a complicações de saúde e forte estresse tendem a se avaliar de forma diferente da população geral. Um estudo realizado em Los Angeles, em 2003, analisou informações sobre condição física e mental, ansiedade, depressão e fadiga de 319 sobreviventes de formas agressivas de linfoma não-Hodgkin, 2 a 5 anos após o diagnóstico. Os resultados apontaram que os mais jovens, que não são casados, não possuem seguro saúde ou experimentam maiores encargos decorrentes do adoecimento, mais frequentemente se auto avaliam como tendo uma saúde “ruim”, com modulação relevante de diferentes fatores cognitivos (Jensen et al., 2013).

O conceito de saúde é multidimensional e, segundo a Organização Mundial da Saúde, saúde pode ser definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (WHO, 1948). Com isso, a autoavaliação do estado de saúde, enquanto indicador que sintetiza, em uma única pergunta, um constructo multidimensional que abarca dimensões físicas e emocionais, torna-se uma importante ferramenta na compreensão, tanto do bem-estar dos usuários de drogas e outras substâncias quanto nos fatores que determinam, positivamente ou negativamente, seu estado de saúde. Aday (1994) já havia, à época, ressaltado a necessidade de analisar a saúde das populações vulneráveis, habitualmente afetadas por condições debilitantes ou condições que ameaçam a vida, além de serem pessoas que exigem um extenso conjunto de serviços médicos e não médicos e este conjunto impacta sobremaneira as demandas de saúde e prestação de serviços de saúde, além destas demandas não serem adequadamente atendidas.

Limitações

Dentre as limitações do presente estudo deve-se sublinhar o desenho metodológico que não permite afirmar inferências causais referentes às associações encontradas entre os fatores de risco e proteção frente à autoavaliação do estado de saúde. Além disso, há de se considerar o viés de sobrevivência seletiva, pertinente a quaisquer estudos seccionais, uma vez que indivíduos mais saudáveis tendem a sobreviver mais tempo que os menos saudáveis, que podem evoluir para óbito antes da seleção e recrutamento para o estudo e, com isso, pode-se subestimar a magnitude das reais associações ou mesmo comprometer a capacidade de evidenciá-las.

Considerações Finais

Verificou-se que a maior parte dos fatores associados a uma percepção de saúde “ruim” entre usuários de crack são fatores emocionais, ou seja, passíveis de intervenção e/ou prevenção. Desta forma, ressalta-se a importância de elaboração de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde destes usuários, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento multidisciplinar, incluindo intervenções em saúde mental e ações de apoio social.

Referências

- Bastos F. I., Bongertz V., Teixeira S. L., Morgado M. G., Hacker M. A. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2005; 100: 91-6.
- Best D, Sidwell C, Gossop M, Harris J, Strang J. Crime and Expenditure amongst Polydrug Misusers Seeking Treatment : The Connection between Prescribed Methadone and Crack Use, and Criminal Involvement. *The British Journal of Criminology*, Volume 41, Issue 1, 1 January 2001, Pages 119–126.
- Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK: Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264:2524–2528 35.
- Buchanan D, Toozé JA, Shaw S, Kinzly M, Heimer R, Singer M. Demographic, HIV risk behavior, and health status characteristics of “crack” cocaine injectors compared to other injection drug users in three New England cities. *Drug Alcohol Depend* 2006; 81(3): 221-9. Bastos et al 2005
- Cami J, Farré M, González ML, Segura J, De La Torre R (1998) Cocaine metabolism in humans after use of alcohol. Clinical and research implications. *Recent Dev Alcohol* 14:437–455
- Caulkins JP, Everingham S, Kilmer B, Midgette G. The whole is just the sum of its parts: limited polydrug use among the "big three" expensive drugs in the United States. *Curr Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2):91-7.
- Chen K, Scheier LM, Kandel DB. Effects of chronic cocaine use on physical health: a prospective study in a general population sample. *Drug Alcohol Depend.* 1996 Dec 2;43(1-2):23-37.

- Cittadini F, De Giovanni N, Alcalde M, Partemi S, Carbone A, Campuzano O, Brugada R, Oliva A. Genetic and toxicologic investigation of Sudden Cardiac Death in a patient with Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy (ARVC) under cocaine and alcohol effects. *Int J Legal Med.* 2015 Jan;129(1):89-96.
- Dachs, JNW & Santos, AR, (2006). Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 887-894.
- da Cunha SM, Araujo RB, Bizarro L. Profile and pattern of crack consumption among inpatients in a Brazilian psychiatric hospital. *Trends Psychiatry Psychother.* 2015 Jul-Sep;37(3):126-32.
- Damacena GN, Vasconcellos MT, Szwarcwald CL. Perception of health state and the use of vignettes to calibrate for socioeconomic status: results of the World Health Survey in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica.* 2005;21 Suppl:65-77. Epub 2006 Jan 31.
- Friedmann PD, Lemon SC, Anderson BJ, Stein MD. Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 2003. Vol 69, Issue 3, Pages 243–251.
- Jensen RE, Arora NK, Bellizzi KM, Rowland JH, Hamilton AS, Aziz NM, Potosky AL. Health-related quality of life among survivors of aggressive non-Hodgkin lymphoma. *Cancer.* 2013 Feb 1;119(3):672-80.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8–19.
- McCoy HV, Miles C. A gender comparison of health status among users of crack cocaine. *J Psychoactive Drugs.* 1992 Oct-Dec;24(4):389-97.

- Malta M, Monteiro S, Lima RMJ, Bauken S, Marco A, Zuim GC, et al. Risco frente ao HIV/AIDS entre mulheres trabalhadoras do sexo que usam crack no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5): 830-7.
- Pennings EJ, Leccese AP, Wolff FA (2002) Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction* 97(7):773–783.
- Pirozhkov SV, Watson RR, Chen GJ. Ethanol enhances immunosuppression induced by cocaine. *Alcohol*. 1992 Nov-Dec;9(6):489-94.
- Qiushi Feng, Haiyan Zhu, Zhihong Zhen, and Danan Gu. Self-Rated Health, Interviewer-Rated Health, and Their Predictive Powers on Mortality in Old Age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2016, Vol. 71, No. 3, 538–550
- Santos Cruz M, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, Tiesmaki M, Fischer B. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *Int J Drug Policy*. 2013 Sep;24(5):432-8.
- Sherbourne CD, Hays RD, Fleishman JA, Vitiello B, Magruder KM, Bing EG, McCaffrey D, Burnam A, Longshore D, Eggan F, Bozzette SA, Shapiro MF. Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection. *Am J Psychiatry*. 2000 Feb;157(2):248-54.
- Tindal C, Cook K, Foster N. Theorising stigma and the experiences of injecting drug users in Australia. *Aust J Prim Health* 2010; 16(2): 119-25.
- Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EH: Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:91–100
- WHO, 1948. Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou aspectos relacionados a infecção pelo vírus da Hepatite C, vírus do HIV, a autoavaliação do estado de saúde e o acesso a serviços de saúde e sociais por usuários de crack e similares em cenas abertas de uso no Brasil, no ano de 2012. Quando do início do trabalho de campo da pesquisa original, em 2011, pouco se conhecia sobre o fenômeno do uso de crack e similares no Brasil e muito se falava sobre os usuários desta droga. A Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack trouxe cientificidade a este assunto, e muita informação a respeito do tema, fornecendo subsídios a ações de saúde, sociais, políticas e de segurança.

Acerca de doenças infecciosas, foram apresentadas prevalências de HIV e HCV entre os usuários de crack, estimativas antes desconhecidas nesta população. Ainda que o crack seja um tipo de droga cuja principal via de consumo seja na forma fumada, o que não se configura por si só como um fator de risco direto para doenças infecciosas, observou-se que a maioria dos usuários entrevistados faz uso de diferentes drogas, que podem ser utilizadas por diferentes vias de administração, o que ajuda a explicar as altas prevalências de agravos infecciosos encontradas entre os usuários de crack, quando comparados a população geral. Arelada a esta conjectura e descrito nos capítulos apresentados está o fato de que os usuários de crack possuem, com grande frequência, comportamentos de risco para doenças infecciosas, mas, em sentido oposto, pouco utilizam de serviços de saúde, o que torna a realidade destas pessoas ainda mais complexa.

No primeiro artigo, os fatores de risco associados a infecção pelo vírus do HCV evidenciam que o poliuso de drogas, nesta população, é grave e que a sua história de uso de drogas prévia, neste caso uso de drogas injetáveis, aumenta o risco de o indivíduo estar infectado por esta doença. A análise sobre a auto avaliação de saúde física, do segundo artigo,

apontou, majoritariamente, para problemas de ordem psiquiátrica/emocional associados a percepção ruim da própria saúde.

Unificando os quatro produtos do presente estudo, evidencia-se o contexto de profunda vulnerabilidade de saúde e social em que estão inseridos os usuários de crack. No entanto, a maior parte dos problemas identificados é passível de prevenção e/ou tratamento, o que não os torna mais simples, pelo contrário. É eminente a necessidade de políticas públicas que incluam ações intersetoriais, principalmente de saúde e assistência social. O indivíduo que usa crack, que na maioria das vezes vive à margem da sociedade, precisa ser reinserido de maneira adequada, tendo o direito à saúde, educação e assistência garantidos, assim como qualquer cidadão brasileiro, e não somente ser encaminhado a tratamento de dependência química, sem qualquer outra ação de apoio social e de saúde de médio prazo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso L; Mohammad T; Thatai D. "Crack wips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine." *American Journal of Cardiology* 2007, 100: 1040-3.
- Bastos FI; Bongertz V; Teixeira SL; Morgado MG; Hacker MA. "Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them." *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2005, 100: 91-6.
- Bastos FI. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais, 2009.
- Bastos, FI. Commentary on Caiaffa et al. (2011):The renewed challenge of hepatitis C virus epidemiology among non-injecting drug users. *Addiction*. 2011 Jan;106(1):152-3.
- Bastos FI. "Crack in Brazil: a public health emergency." *Cad. de Saúde Pública* 2012; 28(6): 1016-17.
- Bastos FI; Bertoni, N. Livreto - Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. 2013
- Bastos FI & Bertoni, N (Orgs). Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de janeiro: Editora ICICT/Fiocruz, 2014.
- Baggaley RF, Boily MC, White RG, Alary M. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2006 Apr 4;20(6):805-12.
- Bertoni N, Singer M, Silva CFP, Clair S, Malta M, Bastos FI. Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Harm Reduction Journal* 2011; 8: 5.

- Bohl DD; Raymond HF; Arnold M; Mcfarland W. “Concurrent sexual partnerships and racial disparities in HIV infection among men who have sex with men.” *Sex Transm Infect* 2009; 85(5): 367-9.
- Bourgois, P. In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio. Cambridge University Press, Cambridge, 2003. 2 ed. 392 pp.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010. 284 p
- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Efeito de Substâncias Psicoativas - 5 ed. - Brasília: 2014. (137pp) - (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 5 ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).
- Caiaffa WT, Zoccratto KF, Osimani ML, Martínez PL, Radulich G, Latorre L, Muzzio E, Segura M, Chiparelli H, Russi J, Rey J, Vazquez E, Cuchi P, Sosa-Estani S, Rossi D, Weissenbacher M. Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge? *Addiction*. 2011 Jan;106(1):143-51
- Carlini, E. L. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. M., Carlini, C. M. A., Locatelli, D. P., e cols. (2010). VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

- Celentano DD1; Latimore AD; Mehta SH. Variations in sexual risks in drug users: emerging themes in a behavioral context. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2008 Nov;5(4):212-8.
- Chiasson MA; Stoneburner RL; Hildebrandt DS; Ewing WE; Telzak EE; Jaffe HW. Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack). *Acquir Immune Defic Syndr* 1991; 5: 1121–6.
- Cittadini F, De Giovanni N, Alcalde M, Partemi S, Carbone A, Campuzano O, Brugada R, Oliva A. Genetic and toxicologic investigation of Sudden Cardiac Death in a patient with Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy (ARVC) under cocaine and alcohol effects. *Int J Legal Med*. 2015 Jan;129(1):89-96.
- Comiskey CM, O'Sullivan K, Milnes J. Regional drug user services in times of scarce financial resources: using a rapid assessment response approach to evaluate, plan, and prioritize essential services. *Subst Use Misuse*. 2012 Feb;47(3):254-64.
- Courtwright D, Joseph H, Des Jarlais D. Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America before 1965. Knoxville : University of Tennessee Press , 2012 . 416 pp.
- Cruz MS, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, Tiesmaki M, Fischer B. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *Int J Drug Policy* 2013; 24(5): 432-8.
- De Boni R, do Nascimento Silva PL, Bastos FI, Pechansky F, de Vasconcellos MT. Reaching the hard-to-reach: a probability sampling method for assessing prevalence of driving under the influence after drinking in alcohol outlets. *PLoS One*. 2012;7(4):e34104.
- Dualibi LB; Ribeiro M; Laranjeira R. “Profile of cocaine and crack users in Brazil”. *Cad. de Saúde Pública* 2008, 24 Suppl 4: 545-57.
- Dunlap E; Golub A; Johnson BD; Benoit E. “Normalization of violence: experiences of childhood abuse by inner-city crack users.” *J Ethn Subst Abuse* 2009; 8 (1): 15-34.

- Dunn J; Laranjeira RR; Da Silveira DX; Formigoni ML; Ferri CP. "Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990 1993". *Subst Use Misuse* 1996; 31(4): 519-27.
- Dunn J; Laranjeira RR. "Transitions in the route of cocaine administration-characteristics, direction and associated variables". *Addiction* 1999; 94: 813–824.
- Edlin BR; Irwin KL; Faruque S; McCoy CB; Word C; Serrano Y; et al. "Intersecting epidemics: crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults." *N Engl J Med* 1994; 331: 1422–7.
- Ferri CP; Laranjeira RR; da Silveira DA; Dunn J; Formigoni ML. "Increase in the search for treatment by crack users in 2 outpatient clinics at the city of Sao Paulo from 1990 to 1993." *Rev Assoc Med Bras* 1997; 43: 25–28.
- Friedman SR; Curtis R; Neaigus A; Jose B; Des Jarlais DC. "Social Networks, Drug Injectors' Lives, and HIV/AIDS". *Aids Prevention and Mental Health*. New York: Springer, 1999.
- Guimarães ML, Marques BC, Bertoni N, Teixeira SL, Morgado MG, Bastos FI; Brazilian Multicity Study Group on Drug Misuse. Assessing the HIV-1 Epidemic in Brazilian Drug Users: A Molecular Epidemiology Approach. *PLoS One*. 2015 Nov 4;10(11):e0141372.
- Gondim RC; Kerr LR; Werneck GL; Macena RH; Pontes MK; Kendall C. "Risky sexual practices among men who have sex with men in Northeast Brazil: results from four sequential surveys." *Cad Saude Publica* 2009; 25: 1390-8.
- Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA*. 1996 Nov 20;276(19):1580-8.

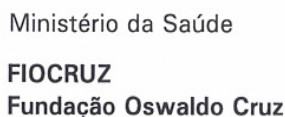
- Horta, Rogério Lessa et al. Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). Rev. bras. epidemiol. 2014, vol.17, suppl.1, pp. 31-45.
- Kaushik KS, Kapila K, Praharaj AK. Shooting up: the interface of microbial infections and drug abuse. J Med Microbiol. 2011 Apr;60(Pt 4):408-22.
- Magro CM, Wang X. Cocaine-associated retiform purpura: a C5b-9-mediated microangiopathy syndrome associated with enhanced apoptosis and high levels of intercellular adhesion molecule-1 expression. Am J Dermatopathol 2013; 35(7): 722-30.
- Malta M; Monteiro S; Lima RM; Bauken S; Marco A; Zuim GC; Bastos FI; Singer M; Strathdee SA. “HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil”. *Rev Saude Publica* 2008; 42: 830-7.
- Malta M; Magnanini MMF; Mello MB; Pascom ARP; Linhares Y; Bastos FI. “HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis.” *BMC Public Health* 2010; 10: 317.
- Mathers BM; Degenhardt L; Ali H; Wiessing L; Hickman M; Mattick RP; Myers B; Ambekar A; Strathdee SA. 2009 Reference Group to the UN on HIV and 34 Injecting Drug Use. “HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage.” *Lancet* 2010; 375 (9719): 1014-28.
- Martelli, A. Models of Scenario Building and Planning: Facing Uncertainty and Complexity (Bocconi on Management). New York : Palgrave Macmillan, 2014.
- Minayo MCS; Assis SG; Souza ER. (Orgs). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Editora FIOCRUZ, 2006.

- Montaner JS, Lima VD, Harrigan PR, Lourenço L, Yip B, Nosyk B, Wood E, Kerr T, Shannon K, Moore D, Hogg RS, Barrios R, Gilbert M, Krajden M, Gustafson R, Daly P, Kendall P. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the "HIV Treatment as Prevention" experience in a Canadian setting. *PLoS One*. 2014 Feb 12;9(2):e87872.
- Moura HF, Benzano D, Pechansky F, Kessler FH. Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. *Clinics*. 2014;69(7):497-499
- Muhib FB; Lin LS; Stueve A; Miller RL; Ford WL; Johnson WD; Smith PJ. "Community intervention trial for youth study team. A venue-based method for sampling hard-to-reach populations". *Public Health Rep* 2001; 116 Suppl 1: 216-22.
- Nappo SA; Galduróz JC; Noto AR. "Crack use in São Paulo." *Subst Use Misuse* 1996; 31: 565-79.
- Napuri J, Pilakka-Kanthikeel S, Raymond A, Agudelo M, Yndart-Arias A, Saxena SK, Nair M. Cocaine Enhances HIV-1 Infectivity in Monocyte Derived Dendritic Cells by Suppressing microRNA-155. *PLoS One* 2013; 8(12): e83682.
- Narvaez JC, Jansen K, Pinheiro RT, Kapczinski F, Silva RA, Pechansky F, Magalhães PV. Psychiatric and substance-use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population. *Compr Psychiatry*. 2014;55 (6):1369-76.
- Nguyen NT; Nguyen HT; Trinh HQ; Mills SJ; Detels R. "Clients of female sex workers as a bridging population in Vietnam". *AIDS Behav* 2009; 13 (5): 881-91.
- Paiva CB, Ferreira IB, Bosa VL, Narvaez JC. Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017 Jan-Mar;39(1):34-42.
- Priuli RM & Moraes MS. "Adolescentes em conflito com a lei." *Cien Saude Colet* 2007; 12: 1185-92.

- Raupp L, Adorno RCF. Crack usage circuits in the downtown area of the city of São Paulo (SP, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(5): 2613-2622.
- Restrepo CS; Carrilo JA; Martinez S; Ojeda P; Rivera AL; Hatta A. *Radiographics* 2007; Jul-Ago 27 (4): 941-56.
- Romero-Daza N; Weeks M; Singer M. "Nobody gives a damn if I live or die: violence, drugs, and street-level prostitution in inner-city Hartford, Connecticut." *Med Anthropol* 2003; 22 (3): 233-59.
- Rui, Taniele. Nas tramas do crack, : etnografia da abjeção. 2014. Terceiro Nome, São Paulo: 400p.
- Scheinmann R; Hagan H; Lelutiu-Weinberger C; Stern R; Des Jarlais DC; Flom PL; Strauss S. "Non-injection drug use and hepatitis C Virus: a systematic review." *Alcohol Depend* 2007; 89 (1): 1-12.
- Singer M; Stopka T; Siano C; Springer K; Barton G; Khoshnood K; Gorrry De Puga A; Heimer R. "The social geography of AIDS and hepatitis risk: qualitative approaches for assessing local differences in sterile-syringe access among injection drug users." *Am J Public Health* 2000; 90 (7): 1049-56.
- Singer M. "Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health". Jossey-Bass, 2009.
- Smart, R.G. (1991). Crack cocaine use: a review of prevalence and adverse effects. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 17, 13–26.
- Stueve A; O'donnell LN; Duran R; San Doval A; Blome J. "Time-space sampling in minority communities: results with young Latino men who have sex with men." *Am J Public Health* 2001; 91 (6): 922-6.
- Stewart MJ, Fulton HG, Barrett SP. Powder and crack cocaine use among opioid users: is all cocaine the same? *J Addict Med.* 2014 Jul-Aug;8(4):264-70.

- Szwarcwald CL; Souza-Junior PRB; Esteves MAP; Damacena GN; Viacava F. “Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil.” *Cad de Saúde Pública* 2005; 21: 54-64.
- Tavitian-Exley , Vickerman P, Bastos FI, Boily MC. Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2015 Apr;110(4):572-84.
- Vogenthaler NS, Hadley C, Rodriguez AE, Valverde EE, del Rio C, Metsch LR. Depressive symptoms and food insufficiency among HIV-infected crack users in Atlanta and Miami. *AIDS Behav*. 2011 Oct;15(7):1520-6.
- Vu NT, Maher L, Zablotska I. Amphetamine-type stimulants and HIV infection among men who have sex with men: implications on HIV research and prevention from a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2015 Jan 16;18:19273.
- Waldorf D; Reinerman C; Murphy S. “Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting”. *Temple University*, Press, 1991.
- Woyceichoski IE, de Arruda EP, Resende LG, Machado MA, Grégio AM, Azevedo LR, de Lima AA. Cytomorphometric analysis of crack cocaine effects on the oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008 Jun;105(6):745-9.

ANEXO I



		.		.				
--	--	---	--	---	--	--	--	--

[illegible]

- ☐ Não completou nenhuma série
- ☐ Alfabetização (completa)
- ☐ 1º a 3º série do fundamental (1º grau)
- ☐ 4º a 7º série do fundamental (1º grau)
- ☐ Fundamental (1º grau) completo
- ☐ Médio ou 2º grau incompleto
- ☐ Médio ou 2º grau completo
- ☐ Nível técnico incompleto ou completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo
- ☐ Não sabe
- ☐ Recusou

☐ Sim

☐ Não

[illegible][illegible][illegible][illegible]

--	--	--

meses - Preencher com 000 se menos de 1 mes ou 888 se não se lembra

- ☐ No apartamento/casa própria ou da família
- ☐ Apartamento/casa/quarto alugado
- ☐ Quarto de hotel/motel
- ☐ Pensão/abrigo/albergue
- ☐ Casa de Passagem
- ☐ Serviço para tratamento de dependência de drogas
- ☐ Hospital (incluindo hospital psiquiátrico)
- ☐ Prisão/delegacia
- ☐ Na rua (sem teto)
- ☐ Casa de amigo(s)/conhecido(s)
- ☐ Apartamento /casa invadido (ocupação)
- ☐ Outros
- ☐ Não sabe
- ☐ Recusou

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

QA14. Qual a sua ocupação/trabalho principal atualmente?

- ☐ Servidor público
☐ Empregado com carteira de trabalho
☐ Empregado sem carteira de trabalho
☐ Trabalho por conta própria/autônomo
☐ Trabalhos esporádicos/bicos
☐ Empregador
☐ Não trabalho atualmente
☐ Estudante
☐ Dona de casa
☐ Aposentado/em benefício
☐ Não sabe
☐ Recusou

QA15. Nos últimos 30 dias, quais foram as suas fontes de dinheiro?

(Marque quantas opções forem aplicáveis)

- ☐ Renda de Assistência/Benefício (assistencia social, seguro, previdência desemprego, benefício por doença)
☐ Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos / presentes)
☐ Trabalho regular com carteira assinada
☐ Trabalho regular sem carteira assinada
☐ Trabalho por conta própria/autônomo
☐ Trabalho esporádico/bicos
☐ Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas
☐ Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro
☐ Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas. Como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário, etc)
☐ Pedir esmolas
☐ Outras. Listar:

--

QA16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu no total das suas fontes de renda?

R\$

--	--

 .

--	--	--	--

☐ Não sabe/Não lembra
☐ Recusou

QA17. Qual era a sua renda média antes de iniciar o uso de crack ou similares?

R\$

--	--

 .

--	--	--	--

☐ Não sabe/Não lembra
☐ Recusou



SEÇÃO B - USO DE DROGAS

Leia: As perguntas a seguir são sobre seu uso de álcool e drogas. Lembre-se que este questionário é anônimo e que as informações são confidenciais, isto é, ninguém ficará sabendo, por isso, seja o mais sincero possível em suas respostas. Se você não entender uma pergunta, ou precisar de mais informações é só me dizer.

(Por favor, observe que estas questões se referem apenas a uso não médico, isto é, que não envolve uso de uma droga prescrita para você por um médico para o tratamento de alguma questão ou problema de saúde)

QB1(a). Quais dessas drogas você usou nos últimos 12 meses?

Entrevistador:

Leia a lista e marque quantas respostas forem aplicáveis na coluna A do quadro seguinte. Considere as "misturas" como outras drogas, especificando no final da tabela.

QB1(b). Quais dessas drogas que você usou nos últimos 30 dias?

Entrevistador:

Leia a lista e marque quantas respostas forem aplicáveis na coluna B do quadro seguinte.

QB1(c). Em quantos dias você usou cada uma dessas drogas, nos últimos 30 dias?

Entrevistador:

Leia cada droga marcada na coluna B e indique o nº de dias de uso na coluna C do quadro seguinte.

QB1(d). Qual era a via principal que você usou para tomar cada droga nos últimos 30 dias?

Entrevistador:

Marque a principal (resposta única) via de administração na coluna D no quadro seguinte.

MOSTRAR CARTÃO A

QB1(e). Quanto dinheiro você gastou com cada tipo de droga nos últimos 30 dias?

Entrevistador: Escreva a quantidade em reais na coluna E do quadro seguinte.

Não considerar valores equivalentes a "trocas" por drogas, ou seja, conte somente o valor dado em dinheiro para comprar a droga.

QB1(f). Liste as fontes principais (no máximo 3) das quais você obteve cada droga nos últimos 30 dias?

Entrevistador:

Leia e marque no máximo 3 respostas na coluna F do quadro seguinte.

MOSTRAR CARTÃO B

	A	B	C	D	E	F		
DROGA	Uso nos últimos 12 meses	Uso nos últimos 30 dias	Nº de dias que usou nos últimos 30 dias	Principal via de administração (resposta única)	Valor gasto em R\$ com a droga nos últimos 30 dias	Fonte Principal		
1) Álcool	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>			☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	X	X

	A	B	C	D	E	F
DROGA	Uso nos últimos 12 meses	Uso nos últimos 30 dias	Nº de dias que usou nos últimos 30 dias	Principal via de administração (resposta única)	Valor gasto em R\$ com a droga nos últimos 30 dias	Fonte Principal
2) Tabaco	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	X	X
3) Maconha/haxixe	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$.	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
4) Anfetaminas/remédios para emagrecer/metanfetaminas/ritalina	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	X	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
5) Ecstasy/MDMA	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$.	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
6) Cocaína	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$.	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
7) Crack	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$.	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
8) Merla	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$.	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
9) Pasta base	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$.	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra



	A	B	C	D	E	F
DROGA	Uso nos últimos 12 meses	Uso nos últimos 30 dias	Nº de dias que usou nos últimos 30 dias	Principal via de administração (resposta única)	Valor gasto em R\$ com a droga nos últimos 30 dias	Fonte Principal
10) Oxi	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$ 	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
11) Benzodiazepínico / Diazepan, etc	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	X	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
12) Heroína/ Metadona/ Dolantina/ Morfina ou outro opióide que não a codeína	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	X	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
13) Tylex ou outra forma de codeína	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	X	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
14) Inalantes/ cola/ solvente/ tiner/ loló, etc	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$ 	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
15) LSD	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$ 	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
16) "Mistura" Liste as drogas: 	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$ 	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra
17) Outra. 	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Oral ☐ Nasal (cheirada) ☐ Fumada ☐ Injetada	R\$ 	☐ Traficante ☐ Companheiro ☐ Amigo(a) ☐ Roubo ☐ Comércio ☐ Outra



- ☐ Trabalho legal (como consertar coisas, ajudar alguém, etc)
- ☐ Trabalho ilegal (trabalho ilícito, mas não relacionado ao tráfico de drogas)
- ☐ Trabalho sexual ou troca de sexo por drogas
- ☐ Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas
- ☐ Trocar por coisas (que não drogas)
- ☐ Trocar por outra droga
- ☐ Outro.

meses (Preencher com "000" se menos de 1 mês)

- pedras/porções ☐ Não sabe
☐ Recusou

meses (Preencher com "000" se menos de 1 mês)

- pedras/porções

- ☐ Uso todo dia a mesma quantidade
- ☐ Uso todo dia, uns dias mais, uns dias menos
- ☐ Só uso de vez em quando, e uso enquanto tiver, sem controle nenhum
- ☐ Só uso de vez em quando, e controlo o uso mesmo quando saio para usar
- ☐ Não sabe
- ☐ Recusou

- ☐ Conseguiu a droga / "pintou"
- ☐ Sentiu vontade/curiosidade de ter o efeito da droga
- ☐ Perdas afetivas
- ☐ Problemas familiares (perdas ou brigas na família)
- ☐ Perda do emprego/fonte de renda
- ☐ Vida ruim, sem perspectivas
- ☐ Por pressão dos amigos

33442

☐ Nunca parou de usar (por mais de 1 mês)

☐ Sempre usou (ou seja, nunca parou por mais de 1 mês), mas houve mudanças na quantidade que usou (uns tempos mais, uns tempos menos, uns tempos sem usar)

--> Ir para a QB13

☐ Já ficou mais de 1 mês sem usar

QB9.1. Qual a duração máxima, em dias, que ficou sem usar?

QB9.2. Quantas vezes na vida ficou mais de uma semana sem usar?

QB10. Se ficou mais de 1 mês sem usar, o que causou a interrupção?
(Pode marcar mais de uma opção)

- ☐ Recuperar a saúde
- ☐ Para tratar alguma doença que apareceu e não tinha antes
- ☐ Evitar perseguição da polícia
- ☐ Religião (crença e/ou amparo religioso de qualquer forma)
- ☐ Evitar problemas relacionados ao ambiente de uso
- ☐ Dívidas
- ☐ Chegar à conclusão de que não compensa
- ☐ Conseguir emprego/coisa para fazer que ajuda a sobreviver
- ☐ Tratamento para dependência química

☐ Outro motivo. Qual?

☐ Não sabe

□ Recusou

QB11. Enquanto não estava usando crack e similares, continuou usando alguma outra droga?

- ☐ Não
- ☐ Sim, já usava e continuou
- ☐ Sim, só usou para substituir o crack e similares

Qual(is)?

Especificar apenas as drogas usadas para substituição do crack e/ou similares

QB12. Se ficou algum tempo sem usar, o que acha que o fez voltar ao uso?
(Resposta espontânea. Pode marcar mais de uma opção)

- ☐ Preço barato
- ☐ Conseguiu a droga/ "pintou"
- ☐ Sentiu vontade de ter efeito da droga
- ☐ Sentiu dificuldade de ficar sem usar a droga
- ☐ Perdas afetivas
- ☐ Problemas familiares (perdas ou brigas na família)
- ☐ Perda do emprego/fontes de renda
- ☐ Vida ruim, sem perspectivas

☐ Outro motivo. Qual?

☐ Não sabe

□ Recusou



a) Em cigarro, misturado com tabaco?.....☐ Sim ☐ Não

b) Com maconha (em baseado/pitilho/desirr /zirr )?..☐ Sim ☐ N o

c) Em lata (de refrigerante ou cerveja)?..... ☐ Sim ☐ N o

d) Em copo de pl stico?☐ Sim ☐ N o

e) Em cachimbo? ☐ Sim ☐ N o

[illegible]

Leia: Agora vamos conversar um pouco sobre os locais onde você comprou e usou "crack e similares" nos últimos 6 meses. Essas perguntas são importantes para ajudarmos nos problemas do uso de drogas. Mais uma vez gostaria de lembrar que suas respostas serão mantidas em segredo.

QC1. Nesta cidade, você poderia listar as favelas/comunidades ou bairros onde você USOU crack e/ou similares nos últimos 6 meses? Se forem mais de 5, liste os cinco que você mais visitou.

[illegible]

QC2. Você poderia listar as CIDADES onde você USOU crack e/ou similares nos últimos 6 meses? Se forem mais de 5, liste os cinco que você mais visitou.

Escreva a cidade e a sigla do estado. Ex: NITERÓI - RJ

[illegible]

Se não saiu do local de residência para consumo --> Vá para seção D

QC3. Quais foram os motivos que o levaram a sair do local de residência para outro bairro/localidade, para consumir crack e/ou similares?

- ☐ Preço da droga
- ☐ Qualidade/pureza da droga
- ☐ Medo de ser apontado como usuário no local onde mora
- ☐ Onde os amigos se reúnem para usar
- ☐ Proteção do tráfico para usar
- ☐ Repressão policial no local onde mora
- ☐ Já estava no bairro/localidade por outra razão

☐ Outro. Qual?



SEÇÃO D - RISCO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

Leia: Agora vamos conversar sobre o uso de cachimbos, latas e copos para o uso de crack e similares.

QD1. Nos últimos 30 dias, você usou algum cachimbo, lata ou copo para fumar crack e/ou similares que já tinha sido usado por outra pessoa antes?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou

QD2a. Onde você conseguiu os CACHIMBOS, LATA OU COPO para crack e/ou similares que você usou nos últimos 30 dias?

Entrevistador: Marque todos os locais aplicáveis na coluna I

QD2b. Durante os últimos 30 dias, quantos CACHIMBOS, LATA OU COPO de crack e/ou similares você conseguiu das fontes que você mencionou?

Entrevistador: Escreva o nº de cachimbos na coluna II, referentes as opções marcadas na coluna I.

- ☐ Não usou crack e/ou similares em cachimbo/lata/copo
☐ Não sabe
☐ Recusou

	coluna I	coluna II			
Fonte	Fonte de cachimbos, latas e copos dos últimos 30 dias	Nº de CACHIMBOS			
1)Programa de disponibilização de kit de crack	☐ Sim ☐ Não	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			
2)Traficante	☐ Sim ☐ Não	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			
3)Amigo(a)/ companheiro(a)	☐ Sim ☐ Não	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			
4)Outro usuário de droga (não amigo/companheiro)	☐ Sim ☐ Não	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			
5)Improvisou/encontrou partes e fez o cachimbo	☐ Sim ☐ Não	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			
6)Comprou as partes em loja	☐ Sim ☐ Não	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			
7) Outro: <table><tr><td></td></tr></table>		☐ Sim ☐ Não	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>		
8) Outro: <table><tr><td></td></tr></table>		☐ Sim ☐ Não	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>		



SEÇÃO E - COMPORTAMENTO SEXUAL

Leia: Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus relacionamentos e comportamentos sexuais recentes. Lembre-se que as suas respostas são inteiramente confidenciais e que eu não irei comentar com ninguém o que você me falar.

QE1. Nos últimos 30 dias, você teve relações sexuais: (Pode-se marcar mais de uma opção)

- ☐ Com homens
- ☐ Com mulheres
- ☐ Habitualmente com homens, mas as vezes com mulheres
- ☐ Habitualmente com mulheres, mas as vezes com homens
- ☐ Com travestis
- ☐ Não teve relações sexuais nos últimos 30 dias --> Ir para a QE6

Parceiros fixos

Agora vamos falar de suas experiências sexuais somente durante os últimos 30 dias. Vamos começar perguntando sobre seus parceiros fixos com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro fixo pode ser um namorado(a), esposa/marido, companheiro(a) ou alguém com quem você não recebe/dá nenhum dinheiro ou drogas para ter sexo.

QE2(a). Você teve relação sexual com parceiros(as) FIXOS(AS) nos últimos 30 dias?

- ☐ Sim
- ☐ Não --> Se "não", ir para a QE2(d)

QE2(b). Com quantos(as) parceiros(as) fixos(as) você teve relação sexual nos últimos 30 dias?

- ☐ Um parceiro(a) fixo(a)
- ☐ 2 a 5 parceiros(as) fixos(as)
- ☐ 6 a 10 parceiros(as) fixos(as)
- ☐ Mais de 10 parceiros(as) fixos(as)

QE2(c). Com esses parceiros(as) fixos(as), você usou camisinha nos últimos 30 dias?

- ☐ Nenhuma das vezes
 - ☐ Menos da metade das vezes
 - ☐ Mais da metade das vezes
 - ☐ Todas as vezes
- Mostrar cartão C

Parceiros eventuais/casuais

Agora vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 30 dias com parceiros eventuais/casuais com quem você manteve ou mantém relações sexuais sem regularidade. Parceiro eventual/casual é alguém com quem você transou uma vez ou mais sem nenhuma regularidade e para quem você não recebe/dá dinheiro ou drogas para ter relações sexuais. Pode ser um paquera, ficante, rolos, etc...

QE2(d). Você teve relação sexual com parceiros(as) EVENTUAIS/CASUAIS nos últimos 30 dias?

- ☐ Sim
- ☐ Não --> Se "não", ir para a QE2(g)

QE2(e). Com quantos(as) parceiros(as) eventuais/casuais você teve relação sexual nos últimos 30 dias?

- ☐ Um parceiro(a) casual/eventual
- ☐ 2 a 5 parceiros(as) casuais/eventuais
- ☐ 6 a 10 parceiros(as) casuais/eventuais
- ☐ Mais de 10 parceiros(as) casuais/eventuais

QE2(f). Com esses parceiros(as) eventuais/casuais, você usou camisinha nos últimos 30 dias?

- ☐ Nenhuma das vezes
 - ☐ Menos da metade das vezes
 - ☐ Mais da metade das vezes
 - ☐ Todas as vezes
- Mostrar cartão C



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Parceiros comerciais

Agora vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 30 dias com parceiros de quem você recebeu ou ofereceu dinheiro ou drogas em troca de sexo.

QE2(g). Nos últimos 30 dias, você DEU dinheiro ou drogas a algum parceiro em troca de sexo?

- ☐ Sim
☐ Não --> Se "não", ir para a QE2(j)

QE2(h). Nos últimos 30 dias, a quantas pessoas você DEU dinheiro ou drogas para ter sexo?

- ☐ Um parceiro(a)
☐ 2 a 5 parceiros(as)
☐ 6 a 10 parceiros(as)
☐ Mais de 10 parceiros(as)

QE2(i). Nessas situações em que você DEU dinheiro ou drogas em troca de sexo, nos últimos 30 dias, com que frequência você usou camisinha?

Mostrar cartão C

- ☐ Nenhuma das vezes
☐ Menos da metade das vezes
☐ Mais da metade das vezes
☐ Todas as vezes

QE2(j). Nos últimos 30 dias, você RECEBEU dinheiro ou drogas de algum parceiro em troca de sexo?

- ☐ Sim
☐ Não --> Se "não", ir para a QE3

QE2(k). Nos últimos 30 dias, de quantas pessoas você RECEBEU dinheiro ou drogas para ter sexo?

- ☐ Um parceiro(a)
☐ 2 a 5 parceiros(as)
☐ 6 a 10 parceiros(as)
☐ Mais de 10 parceiros(as)

QE2(l). Nessas situações em que você RECEBEU dinheiro ou drogas em troca de sexo, nos últimos 30 dias, com que frequência você usou camisinha?

Mostrar cartão C

- ☐ Nenhuma das vezes
☐ Menos da metade das vezes
☐ Mais da metade das vezes
☐ Todas as vezes

Sexo sem proteção

Vamos falar um pouco mais agora sobre o uso da camisinha, considerando todos os tipos de relação e parceria nos últimos 30 dias.

QE3. Nos últimos 30 dias, você usou camisinha no sexo vaginal ?

Mostrar cartão C

- ☐ Nenhuma das vezes
☐ Menos da metade das vezes
☐ Mais da metade das vezes
☐ Todas as vezes
☐ Não teve relação sexual vaginal nos últimos 30 dias

QE4. Nos últimos 30 dias, você usou camisinha/barreira no sexo oral ?

Mostrar cartão C

- ☐ Nenhuma das vezes
☐ Menos da metade das vezes
☐ Mais da metade das vezes
☐ Todas as vezes
☐ Não teve relação sexual oral nos últimos 30 dias

QE5. Nos últimos 30 dias, você usou camisinha no sexo anal ?

Mostrar cartão C

- ☐ Nenhuma das vezes
☐ Menos da metade das vezes
☐ Mais da metade das vezes
☐ Todas as vezes
☐ Não teve relação sexual anal nos últimos 30 dias



		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

QE6. Você fez sexo alguma vez no último ano com parceiro(a) sabidamente portador de HIV/Aids?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

☐ Recusou

--> Ir para a QE8(a)

QE7. Você usou preservativo durante esta(s) relação(ões)?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

☐ Recusou

Entrevistador:

"Sim" significa "em todas as relações".

"Não" significa "em nenhuma" ou "em algumas relações"

Violência Sexual

QE8(a). Alguma vez na vida alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra sua vontade?

☐ Sim

☐ Não

☐ Recusou

--> Ir para a QE8(c)

QE8(b). No último ano, alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra sua vontade?

☐ Sim

☐ Não

☐ Recusou

Saúde Reprodutiva

QE8(c). Quantos filhos (biológicos e adotivos) você tem/teve?

--	--

Saúde Reprodutiva - Somente para MULHERES

QE8(d). Você está grávida neste momento?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

QE8(e). Quantas vezes você engravidou na vida? Inclua na contagem gravidez atual. Por gravidez entenda-se qualquer gravidez cujo resultado tenha sido aborto, espontâneo ou não, bebê natimorto, além de bebês que nasceram vivos.

--	--

vezes (inclui aborto)

QE8(f). Quantas vezes na vida você deu a luz a um bebê que nasceu vivo?

--	--

vezes

QE8(g). Quantas vezes você engravidou desde que começou a usar crack e/ou similares? Inclua na contagem gravidez atual.

--	--

vezes (inclui aborto)

QE8(h). Quantas vezes, desde que começou a usar crack e/ou similares, você deu a luz a um bebê que nasceu saudável?

--	--

vezes

QE8(i). Quantas vezes, desde que começou a usar crack e/ou similares, você deu a luz a um bebê que nasceu vivo com problemas de saúde/má formação?

--	--

vezes



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Status Hepatites

QE9(a). Algum profissional de saúde disse que você tem/teve hepatite?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou
- } --> Ir para a QE10(a)

QE9(b). Qual(is)? (Pode marcar mais de uma opção)

- ☐ Hepatite A
☐ Hepatite B
☐ Hepatite C
☐ Hepatite D
☐ Não sabe qual(is)

Status HIV

QE10(a). Você já fez exame para HIV?

- ☐ Sim --> Ir para a QE10(c)
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou

QE10(b). Qual você acha que seria o resultado se você fizesse o teste para HIV?

- ☐ HIV positivo
☐ HIV negativo
☐ Indeterminado
☐ Não sabe
☐ Recusou
- } --> Responder e ir para a QE11

QE10(c). Você poderia dizer qual foi o resultado do seu teste de HIV mais recente?

- ☐ HIV positivo
☐ HIV negativo
☐ Indeterminado
☐ Não sabe
☐ Recusou

QE10(d). Qual a data do seu teste de HIV mais recente? (mês e ano)

--	--	--	--	--	--

Preencher mês com 88 se não lembra
 Preencher ano com 8888 se não lembra

QE10(e). Você alguma vez já recebeu ou está recebendo tratamento para HIV? (medicação)

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou
☐ Não se aplica (se HIV negativo)

QE11. Você já colocou algum piercing/tatuagem?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou

QE12. Alguma vez na vida você já injetou alguma droga (por exemplo, cocaína)?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou
- } --> Ir para a Seção F

QE12(a). Se sim, já compartilhou seringas/agulhas para o uso de drogas injetáveis?

- ☐ Sim
☐ Não



SEÇÃO F - ESTADO DE SAÚDE

Leia: Agora quero que você pense sobre como você tem se sentido fisicamente e emocionalmente. Vamos conversar sobre seus problemas de saúde física e emocional nos últimos 30 dias

Estado de Saúde Física

QF1. Como você classificaria seu estado de saúde física em geral nos últimos 30 dias?
Leia a questão e a escala. MOSTRAR CARTÃO E

	Excelente	Muito Boa	Boa	Satisfatória	Ruim	Não sabe/não pode / não quer dizer
Em geral, você diria que sua saúde física está:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Saúde Bucal

QF2(a). Nos últimos 30 dias, você teve algum ferimento/ferida/queimadura na área da boca (cavidade oral e/ou lábios)?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou

QF2(b). Como você classificaria seu estado de saúde bucal nos últimos 30 dias?
Leia a questão e a escala. MOSTRAR CARTÃO E

	Excelente	Muito Boa	Boa	Satisfatória	Ruim	Não sabe/não pode / não quer dizer
Em geral, você diria que sua saúde bucal está:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

QF2(c). Nos últimos 30 dias, você teve algum problema com sua boca, dentes ou gengivas? (dor de dente, feridas, sangramentos, etc)

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou

Problemas de Saúde Física

QF3(a). Pensando sobre outro(s) problema(s) de saúde física que você teve no último ano, você pode listá-los começando pelo mais sério?

Entrevistador: escreva as respostas na coluna I

QF3(b). Há quanto tempo você tem este(s) problema(s)?

Entrevistador, escreva as respostas de tempo[em meses] na coluna II

QF3(c). Você acha que este(s) problema(s) são relacionados ao uso de drogas?

Entrevistador: Assinale uma das opções na coluna III

QF3(d). Você está recebendo tratamento médico para este(s) problema(s)?

Entrevistador: Assinale uma das opções na coluna IV.

Se a resposta na coluna IV é SIM, pule a coluna V e vá para questão QF3(f)

QF3(e). Você gostaria de receber atendimento médico para este(s) problema(s)?

Entrevistador: Assinale uma das opções na coluna V

I		II	III	IV	V
Problema de saúde física		Há quanto tempo? (Nº meses) (Escreva "000" se menos de um mês)	Relacionado ao uso de drogas?	Recebendo atendimento médico?	Gostaria de atendimento médico?
1			☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou
2			☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou
3			☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou
4			☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou

QF3(f). Nos últimos 30 dias, você apresentou:

Leia a lista. Marque quantas opções se aplicarem.

- ☐ (ler apenas para homens) Corrimento uretral (pelo pênis)
☐ (ler apenas para mulheres) Corrimento vaginal
☐ Úlceras ou feridas no pênis, vagina ou ânus
☐ Verrugas no pênis, vagina ou ânus
☐ Febre ou sensação de febre
☐ Tosse com ou sem escarro
☐ Perda de peso
☐ Suores noturnos ou quando dorme
☐ Não teve nenhum dos problemas mencionados
☐ Não sabe
☐ Recusou

Saúde Pulmonar

QF4. Você tem tosse, com ou sem catarro?

- ☐ Sim, há 3 semanas e mais
☐ Sim, de uma a duas semanas
☐ Sim, há menos de uma semana
☐ Não estou com tosse --> Ir para a QF6
☐ Não sabe
☐ Recusou

QF5. Você tem contato com alguém com tuberculose?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não, mas tive no passado
☐ Não sabe
☐ Recusou

QF6. Você já teve tuberculose?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou
- } --> Ir para a QF8

QF7. Com relação a sua tuberculose, você: (Leia cada um dos itens)

- ☐ Completou o tratamento
☐ Não completou o tratamento/abandonou
☐ Não iniciou o tratamento
☐ Está em tratamento no momento
☐ Não sabe
☐ Recusou

Saúde Mental/Emocional

QF8. Como você classificaria seu estado de saúde mental em geral nos últimos 30 dias?

Leia a questão e a escala.

MOSTRAR CARTÃO E

	Excelente	Muito Boa	Boa	Satisfatória	Ruim	Não sabe/não pode / não quer dizer
Em geral, você diria que sua saúde mental/emocional está:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

QF9(a). Pensando sobre problema(s) mentais/emocionais, no último ano, você teve?

Entrevistador: Leia cada um dos itens da coluna I e marque os que se aplicarem

QF9(b). Há quanto tempo você tem este(s) problema(s)?

Entrevistador: escreva as respostas de tempo[em meses] na coluna II, considerando as opções marcadas na coluna I

QF9(c). Você acha que este(s) problema(s) são relacionados ao uso de drogas?

Entrevistador: assinale uma das opções na coluna III

QF9(d). Você está recebendo atendimento (médico, psicológico ou outro) em algum serviço de saúde para este(s) problema(s)?

Entrevistador: assinale uma das opções na coluna IV.

Se a resposta na coluna IV é SIM, pule a coluna V e vá para questão QF10(a)

QF9(e). Você gostaria de receber atendimento em algum serviço de saúde para este(s) problema(s)?

Entrevistador: assinale uma das opções na coluna V

I		II	III	IV	V				
Problema de saúde mental/emocional		Há quanto tempo?(meses) (Escreva "000" se menos de um mês)	Relacionado ao uso de drogas?	Recebendo atendimento médico/psicológico?	Gostaria de atendimento médico/psicológico?				
1	Tristeza/pessimismo ☐ sim ☐ não	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	
2	Sentimentos de culpa/punição ☐ sim ☐ não	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	
3	Ansiedade, impaciência ou irritabilidade ☐ sim ☐ não	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	
4	Dificuldade de dormir ☐ sim ☐ não	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	
5	Dificuldade de concentração ☐ sim ☐ não	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	
6	Perda do interesse sexual ☐ sim ☐ não	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	
7	Baixa auto-estima ☐ sim ☐ não	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	
8	Pensou em se matar ☐ sim ☐ não	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	
9	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou
10	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou



QF10(a). Nos últimos 30 dias, você teve alguma overdose, ou seja, uma experiência com drogas, na qual você perdeu a consciência e/ou teve convulsões por causa de droga(s) muito forte(s) ou ter usado muita droga ou ter misturado drogas?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou
- } --> Ir para a Seção G

QF10(b). Estas overdoses foram mais relacionadas a que droga(s)?

RESPOSTA ÚNICA POR OVERDOSE. Considerando que muitas overdoses se devem à mistura de drogas (ex: cocaína+álcool+medicamentos), marque a opção "Mistura de drogas", listando quais são.

- ☐ Álcool
- ☐ Cocaína
- ☐ Crack
- ☐ Oxi, merla ou pasta base
- ☐ Outros estimulantes
- ☐ Heroína
- ☐ Outro opióide
- ☐ Benzodiazepínicos
- ☐ Outra
- ☐ Mistura de drogas. Quais?

[illegible]

- ☐
- Não sabe
-
- ☐
- Recusou

Leia: As questões a seguir são sobre a sua experiência em serviços de saúde, previdência e assistência social. Vamos conversar sobre os serviços que você usou ou que gostaria de ter usado.

QG1(a). Quais dos seguintes serviços você usou nos últimos 30 dias?

1)Acolhimento institucional e/ou outros serviços da rede pública de assistência social (ex: CRAS, CREAS, abrigo, casa de passagem, etc)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	☐ Recusou	☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
2)Previdência social	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	☐ Recusou	☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
3)Programas para conseguir trabalho, emprego e renda	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	☐ Recusou	☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
4)Serviço que fornece alimentação gratuita	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	☐ Recusou	☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
5)Posto/Centro de Saúde / Ambulatórios/ UPAs	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	☐ Recusou	☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
6)Hospital (internação)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	☐ Recusou	☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
7)Emergência	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	☐ Recusou	☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
8)Programa de troca de seringa / Programa de Redutores de Danos (para problemas com drogas ou sexo)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	☐ Recusou	☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)



Serviço de internação para tratamento de dependência química	
9) Hospital psiquiátrico	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou ☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
10) Clínica especializada	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou ☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
11) Comunidade Terapêutica	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou ☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
12) Casa de Acolhimento Transitório (CAT) ou albergue terapêutico ofertados pelo SUS	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou ☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
13) Outro (hospitalar). Especificar: 	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou ☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
Serviço extra-hospitalar para tratamento de dependência química	
14) CAPS-AD	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou ☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
15) Serviço Universitário	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou ☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)
16) Outro (extra-hospitalar). Especificar: 	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Recusou ☐ Não disponível (procurou mas não pode usar)

Locais para Assistência a pessoas que usam drogas

QG1(b). No momento, você tem vontade de fazer um tratamento para o uso de drogas?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou

QG2(a). Em alguns locais, há serviços para atender pessoas que usam drogas. Se um serviço como este existisse onde você vive, você o usaria?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Recusou



QG2(b). Que aspectos um serviço de assistência para pessoas que usam drogas seriam mais importantes para você decidir se usaria o serviço ou não?

Entrevistador: Reforce as opções de resposta ("Não importante" e "Importante") entre os aspectos questionados

Aspecto	Não importante	Importante	Não sabe	Recusou
1) Que o serviço seja localizado próximo de onde você costuma usar drogas	☐	☐	☐	☐
2) Que o serviço esteja aberto em horário conveniente	☐	☐	☐	☐
3) Que você mantenha o seu anonimato (ou seja, que você não tenha que dar informações pessoais)	☐	☐	☐	☐
4) Que os serviços sociais básicos (como encaminhamento para abrigo) sejam disponíveis no local	☐	☐	☐	☐
5) Que o serviço ofereça ajuda para conseguir emprego	☐	☐	☐	☐
6) Que o serviço ofereça ajuda para escolacurso	☐	☐	☐	☐
7) Que o serviço ofereça ajuda para conseguir atividades de lazer/esportes	☐	☐	☐	☐
8) Que serviços de saúde básicos (como cuidados com feridas na boca) sejam disponíveis no local	☐	☐	☐	☐
9) Que a polícia não tenha acesso ao local	☐	☐	☐	☐
10) Que alimentação seja disponível no local	☐	☐	☐	☐
11) Que banho e outros cuidados de higiene sejam disponíveis no local	☐	☐	☐	☐
12) Que o serviço seja gratuito	☐	☐	☐	☐
13) Outro: 	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO H - ENVOLVIMENTO COM O SISTEMA DA JUSTIÇA CRIMINAL

Leia: Agora vamos conversar sobre problemas com a polícia/justiça criminal. Lembre-se que este questionário é anônimo e que as informações são confidenciais.

QH1(a). Você foi detido pela polícia (ficou menos de 1 dia na delegacia) no último ano?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

☐ Recusou

} --> Ir para a QH1(d)

QH1(b). Por que motivo você foi detido no último ano?

Entrevistador: Leia o quadro e marque quantas opções forem aplicáveis na coluna I.

QH1(c). Quantas detenções foram para cada tipo de delito no último ano?

Entrevistador: Use as opções marcadas na coluna I como um guia. Leia o quadro e marque quantas opções forem aplicáveis na coluna II.

I	II
Motivo	Quantas detenções no último ano?
1) ☐ Uso ou posse de droga	
2) ☐ Tráfico / Produção de drogas	
3) ☐ Furto, fraude, invasão de domicílio	
4) ☐ Assalto, roubo	
5) ☐ Prostituição ou cafetinagem (incluindo casa de prostituição)	
6) ☐ Violação da condicional/ de ordem de tratamento/ sob fiança	
7) ☐ Homicídio	
8) Outro:	

QH1(d). Você já foi preso alguma vez na vida?

☐ Sim

--> Por quanto tempo ficou preso? meses

Se mais de uma prisão, somar os meses de todas as vezes

☐ Não

☐ Não sabe

☐ Recusou

QH1(e). Qual a sua situação legal atual? (Pode marcar mais de uma opção)

☐ Investigado em inquérito policial

☐ Em liberdade condicional

☐ Cumprindo serviço comunitário

☐ Sob fiança, mandado de detenção, ou sentença pendente

☐ Tem um registro policial criminal

☐ Em medida sócio-educativa

☐ Outra situação não mencionada anteriormente

☐ Não sabe

☐ Recusou

☐ Sem problemas com a justiça --> Isto significa que nenhuma das opções acima são aplicáveis

FIM: Agradeça a participação do voluntário

Hora do término:

:



ANEXO II

Capítulo 5

Comportamentos de risco e prevalências para a infecção pelo HIV (vírus da AIDS), vírus da Hepatite C e Tuberculose na população usuária de crack e/ou similares no Brasil: Achados do inquérito nacional de crack

*Carolina Coutinho, Emilia Jalil, Neilane Bertoni e Francisco Inácio Bastos
em nome do grupo de Pesquisa “Inquérito Epidemiológico”*

1. Introdução

A população de usuários de drogas, de maneira geral, é descrita como uma população sob risco ampliado com relação a diferentes agravos de natureza infecciosa, em associação com seus diferentes padrões e hábitos de consumo, e das respectivas vias de autoadministração das diferentes drogas, além dos contextos adversos em que estão habitualmente inseridos estes usuários (Bastos et al., 2009; Macías et al., 2008; Malta et al., 2010; Bertoni et al., 2011). Em função da complexa inter-relação entre esses fatores, podemos verificar taxas mais elevadas de infecção do que aquelas observadas na população em relação a:

- a) patógenos de transmissão sexual – em função de uma frequência relevante de comportamentos de risco e prática do sexo desprotegido;
- b) patógenos de transmissão sanguínea – quando existir uso compartilhado (de forma direta ou indireta) de drogas autoadministradas pela via injetável;
- c) patógenos de veiculação hídrica – nos casos em que a substância a ser injetada for diluída em água contaminada;
- d) patógenos de transmissão interpessoal que não exigem contato íntimo – a depender dos contextos em que se congregam tais usuários (cenas de uso), da maior ou menor aglomeração de pessoas infectadas nesses locais e das condições mais ou menos salubres em que estão inseridos.

Não existe uma definição clara quanto a um eventual risco ampliado em termos de patógenos transmitidos por vetores, o que dependerá de cada patógeno, vetor e respectivos ciclos e dinâmica de transmissão.

Além disso, os usuários que fazem uso abusivo e dependente de álcool e outras drogas estão muitas vezes com sua imunidade comprometida (Curtis et al., 2013) em função de fatores diversos, como condições inadequadas de moradia, má nutrição, baixa aderência a programas de rastreamento de infecções/doenças graves (como câncer cervical, associado à infecção pelo papilomavírus humano, e infecção crônica pelos vírus das hepatites B e C) e vacinação (por exemplo, para a prevenção da hepatite B¹), estando, por esse motivo, em geral, mais suscetíveis às infec-

ções e doenças transmissíveis de forma geral. Além disso, algumas substâncias, como os derivados de cocaína, têm efeitos adversos diretos sobre o sistema imunológico e sobre a integridade tecidual (Magro & Wang, 2013; Napuri et al., 2013). Está em debate no presente momento (junho de 2014), o papel específico da cocaína e dos diferentes adulterantes como elementos associados a essas graves lesões e comprometimento do sistema imunológico.

Cite-se, a título de exemplo, o trabalho de Pechansky (2001), que ressalta a importância do contexto social em que vivem e interagem os usuários como elemento modulador dos padrões de uso de drogas, dos danos e riscos associados, assim como da percepção de risco. Bastos e colaboradores (2008) documentaram a associação entre o uso de substâncias psicoativas e o uso inconsistente de preservativo nas relações sexuais, expondo a população usuária destas substâncias a um maior risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST).

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a AIDS, no contexto brasileiro, estão cada vez mais concentrados em grupos específicos da população (Brasil, 2012), em consonância com o conceito de “epidemia concentrada” da UNAIDS, em que taxas elevadas de infecção em populações específicas coexistem com taxas substancialmente mais baixas na população geral.

Os usuários de drogas, injetáveis ou não, representam uma população bastante vulnerável à infecção pelo HIV. Isso ocorre pois, além do compartilhamento de aparatos para uso de droga injetável, outros comportamentos de risco comuns nesta população representam risco ampliado à infecção por HIV, como a troca de sexo por droga ou dinheiro, no contexto de uso infrequente ou não-uso de preservativos.

As hepatites virais transmitidas por via parental e sexual, como a hepatite B (HBV) e a hepatite C (HCV), também apresentam taxas mais elevadas de infecção na população usuária de drogas. Além dos comportamen-

1 Sobre as baixas taxas de cobertura por vacinação há vários trabalhos, ver por exemplo: Deacon RM, Topp L, Wand H, Day CA, Rodgers C, Haber PS, van Beek I, Maher L. Correlates of susceptibility to hepatitis B among people who inject drugs in Sydney, Australia. *J Urban Health* 2012; 89(5):769-78.

2 Segundo a UNAIDS, epidemia concentrada ocorre quando o HIV se dissemina rapidamente em uma ou mais populações específicas, sem ter se estabelecido da mesma forma na população em geral. Maiores informações sobre a definição do termo “epidemia concentrada” pela UNAIDS podem ser encontradas no arquivo **Diretrizes de Terminologia do UNAIDS/ONUSIDA**, disponível para download em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/biblioteca.asp>.

tos de risco associados à transmissão de ISTs, o compartilhamento de aparatos para uso de drogas não injetáveis (como o canudo para uso da cocaína, ou o cachimbo para uso do crack), se mostram associados à infecção por HBV e HCV, ainda que a eficiência desses modos de transmissão continue a ser objeto de debate na literatura internacional (MacMahon & Tortu, 2003; Macías et al., 2008).

A tuberculose, embora prevenível e tratável com medicamentos, ainda se apresenta como grave problema de saúde pública no Brasil, com profundas raízes sociais e diretamente associada à exclusão social (Brasil, 2013). Por se tratar de uma doença de transmissão aérea, pode ser mais facilmente transmitida em aglomerados populacionais caracterizados por más condições de vida e falta de infraestrutura básica (como falta de ventilação adequada no calor ou de abrigo contra o frio), como muitas vezes se apresentam as cenas de uso de crack nos grandes centros urbanos.

Portanto, os usuários de drogas e, de forma mais grave e intensa, os usuários de crack (além dos usuários de drogas injetáveis), apresentam frequentemente diversos problemas de saúde, uma vez que se encontram inseridos em um contexto de vulnerabilidade social (Waldorf et al. 1991; Nappo et al., 1996; Dunlap et al., 2009).

Alguns estudos têm observado que, entre os usuários de crack, estão presentes diversos comportamentos de risco associados a doenças não transmissíveis. Tal assunto tem sido estudado com menos frequência, mas, ainda assim, está amplamente documentado em relação a problemas cardiológicos (Chakko et al., 1992) e a intoxicação por metais pesados (Pechansky et al., 2007). A literatura sobre agravos infecciosos é mais ampla, e abrange uma diversidade de patógenos

e doenças transmissíveis, como a infecção pelo HIV, HBV e HCV, a sífilis e a tuberculose (Bastos et al., 2005; Malta et al., 2010; Raupp & Adorno 2011; Cruz et al., 2013). Porém, no Brasil, até a realização da presente pesquisa, não existiam dados epidemiológicos de abrangência nacional sobre a prevalência de nenhuma infecção sexualmente transmissível na população de usuários de crack, tampouco sobre comportamentos, atitudes e práticas de risco associadas às mesmas em amostras com base populacional.

O presente capítulo tem como objetivo sistematizar e discutir os achados referentes às prevalências da infecção pelo HIV e HCV, e a prevalência de Tuberculose (TB) em uma amostra de mais de 7300 usuários de crack e similares, recrutados em contextos de uso, além de analisar alguns comportamentos de risco para as infecções sexualmente transmissíveis. Os resultados aqui apresentados são de natureza descritiva. As proporções foram comparadas por meio do teste do qui-quadrado, considerando-se o nível de significância de 0,05.

Vale ressaltar que, apesar do estudo ser representativo da população usuária de crack e/ou similares em cenas abertas de uso, não é possível identificar a parcela da população que estaria ou não efetivamente exposta ao HIV e HCV. Portanto, para nossos propósitos, consideraremos todos os indivíduos, a princípio, suscetíveis a estas infecções e, desta forma, utilizaremos aqui ambas as formulações: a mais genérica e abrangente, “taxas de infecção” referentes a estes patógenos, portanto algo relativo a uma hipotética população de referência, e “prevalência”, conceito mais específico, que se aproxima antes de uma relação entre indivíduos efetivamente expostos e infectados/doentes.

2. Realização de testes para HIV, HCV e Tuberculose

Todos os voluntários entrevistados foram convidados a realizar testagem para HIV e HCV, tendo o direito à recusa, sem que isso determinasse qualquer prejuízo com relação a seu acesso aos meios e serviços disponibilizados pelo projeto em termos de apoio psicossocial e assistência. A testagem foi sempre acompanhada do aconselhamento pré e pós-teste em doenças sexualmente transmissíveis, hepatite C e HIV/AIDS, com posterior encaminhamento para tratamento na eventualidade de detecção de alguma infecção/doença. Todos os casos identificados como positivos

(sororreagentes e/ou com cultura positiva) para os diferentes patógenos analisados foram prontamente referenciados para a rede pública de saúde, tendo como porta de entrada serviços de atenção básica municipal, de acordo com as normas operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) em vigor.

Para a testagem para o HIV, foram utilizados os testes rápidos Rapid Check HIV para triagem e o teste rápido produzido por Biomanguinhos, FIOCRUZ, para confirmação, conforme Manual do Ministério da Saúde

(MS). Já para a testagem para o HCV, utilizou-se o teste imuno-rápido produzido pela Wama Diagnóstica.

A testagem para tuberculose foi realizada com finalidade de rastreamento de potenciais casos clínicos de tuberculose mediante baciloscopia, com exames adicionais para fechamento de diagnóstico definidos em consonância com cada um dos programas de controle locais. Como detalhado a seguir, ainda que com evi-

dentes restrições com relação ao protocolo completo de detecção e diagnóstico da tuberculose (que incluiria a realização de raio X de tórax e exame de PPD [intradermorreação para tuberculose ou teste tuberculínico]), a realização da baciloscopia de indivíduos referidos a unidades básicas de saúde a partir das cenas de uso se mostrou um desafio extremamente complexo, que reclama uma ampla revisão de procedimentos e meios diagnósticos em estudos futuros com essa população.

3. Comportamentos de risco na população do estudo

Com relação ao conjunto da amostra, os resultados apontam que grande parte da população de estudo estava em situação de rua nos 30 dias anteriores à pesquisa (39,04% [IC95% 34,18-44,14]). Os achados estratificados referentes à mesma variável para capitais e não-capitais³ evidenciaram diferença estatisticamente significativa. Nas capitais, a proporção de usuários que passaram a maior parte dos 30 dias anteriores à pesquisa em situação de rua foi mais elevada (47,28% [IC95% 42,85-51,76]), quando comparada a não-capitais (21,55% [IC95% 15,19-29,64]).

Viver em situação de rua constitui um fator agravante, por vezes, determinante, no que diz respeito ao risco de contrair doenças infecciosas transmissíveis, uma vez que a literatura aponta a população em situação de rua como mais vulnerável a diferen-

tes agravos (Gelberg et al., 1992; Raoult et al., 2001, Schanzer et al. 2007; Keke et al., 2011). Segundo o Programa Nacional de Tuberculose, por exemplo, a chance de contrair tuberculose é 37 vezes maior entre população de rua, se comparada à população geral (Brasil, 2013).

Quase metade dos usuários de crack e/ou similares do Brasil (42,17% [IC95% 38,52-45,91]) relatou ter trocado sexo por drogas e/ou dinheiro nos 30 dias anteriores à pesquisa de modo a obter meios para financiar o hábito ou a droga para consumo próprio. O achado é ainda mais alarmante quanto à variável ‘compartilhamento de apetrechos para utilização do crack e similares’, pois 71,01% (IC95% 67,61-74,20) dos usuários referem fazer uso compartilhado destes objetos nos 30 dias anteriores à pesquisa (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1: Comportamentos de risco dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Realizou algum tipo de troca de sexo por droga/dinheiro*	42,17	38,52	45,91
Compartilhou aparato para uso do crack e/ou similares*	71,01	67,61	74,2
Uso inconsistente de camisinha sexo vaginal*	64,15	60,71	67,45
Uso inconsistente de camisinha sexo oral*	79,05	75,63	82,1
Uso inconsistente de camisinha sexo anal*	62,00	57,38	66,41
Sexo com parceiro(a) sabidamente portador de HIV**	5,50	4,01	7,50
Já ouviu de algum profissional de saúde que possui algum tipo de hepatite	6,13	4,39	8,49
Nunca realizou testagem para HIV	53,87	49,58	58,10
Possui piercing e/ou tatuagem	66,50	62,72	70,08
Já utilizou droga injetável na vida	9,21	7,67	11,02
Se já utilizou droga injetável, compartilhou aparato para uso da droga (seringas e agulhas)	29,23	21,14	38,88

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

**Nos 12 meses anteriores à pesquisa

3 Para maiores informações sobre a amostra referente a Brasil, capitais e não-capitais, ver Capítulos 2 e 3 deste livro.

Tabela 2: Comportamentos de risco dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Realizou algum tipo de troca de sexo por droga/dinheiro*	43,71	39,46	48,05	38,61	31,87	45,82
Compartilhou aparato para uso do crack e/ou similares*	73,58	69,75	77,08	65,51	59,27	71,26
Uso inconsistente de camisinha sexo vaginal*	65,05	61,32	68,60	62,17	55,08	68,78
Uso inconsistente de camisinha sexo oral*	79,66	75,73	83,09	77,62	70,74	83,26
Uso inconsistente de camisinha sexo anal*	64,51	59,25	69,44	56,88	48,39	64,98
Sexo com parceiro sabidamente portador de HIV**	6,97	4,92	9,79	2,29	1,37	3,79
Já ouviu de algum profissional de saúde que possui algum tipo de hepatite	7,74	5,36	11,05	2,74	1,72	4,35
Nunca realizou testagem para HIV	48,14	43,79	52,52	65,94	58,48	72,69
Possui piercing e/ou Tatuagem	66,52	62,69	70,14	66,46	57,70	74,22
Já utilizou droga injetável na vida	10,02	8,19	12,20	7,51	4,96	11,22
Se já utilizou droga injetável, compartilhou aparato para uso da droga (seringas e agulhas)	29,72	20,06	41,60	27,80	16,22	43,36

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

**Nos 12 meses anteriores à pesquisa

Mais da metade da população de estudo informou já ter colocado *piercing* e/ou feito tatuagem (66,50% [IC95% 62,72–70,08]). O uso de drogas injetáveis na vida foi referido por 9,21% (IC95% 7,67 – 11,02) dos usuários, dos quais 29,23% (IC95% 21,14–38,88) afirmaram ter compartilhado aparatos para uso injetável, como seringas e/ou agulhas (Tabelas 1 e 2).

A maior parte dos usuários que fizeram sexo vaginal nos 30 dias anteriores à entrevista não utilizaram preservativo em pelo menos uma dessas relações (64,15% [IC95% 60,71–67,45]). O uso inconsistente de preservativo, quando da prática do sexo oral e anal, também foi bastante elevado com proporções de 79,05% (IC95% 75,63–82,10) e 62,00% (IC95% 57,38–66,41), respectivamente, de não uso do preservativo em alguma dessas relações sexuais. Uma pequena proporção, 5,50% (IC95% 4,01–7,50) dos usuários, informou já ter realizado sexo com parceiro(a)

sabidamente portador de HIV no último ano. Embora pequena, esta proporção é preocupante devido ao alto risco a que estavam expostos (Tabelas 1 e 2).

Entretanto, a despeito do risco ampliado de contrair o HIV, mais da metade dos usuários de crack e/ou similares (53,87% [IC95% 49,58–58,10]) nunca havia sido testada para o HIV. Apenas uma pequena proporção dos usuários (6,13% [IC95% 4,39–8,49]) informou já ter ouvido de um profissional de saúde que era portador do vírus de hepatite ou que estava doente em função de alguma hepatite viral (Tabelas 1 e 2).

Neste contexto, surpreende que a maior parte dos usuários se refira de forma positiva ao seu estado de saúde. Mais da metade dos usuários informou ter saúde física ‘excelente/muito boa/boa’ (47,91% [IC95% 44,88–50,96]) e emocional (52,91% [IC95% 49,68–56,12]) (Figuras 1, 2, 3 e 4).

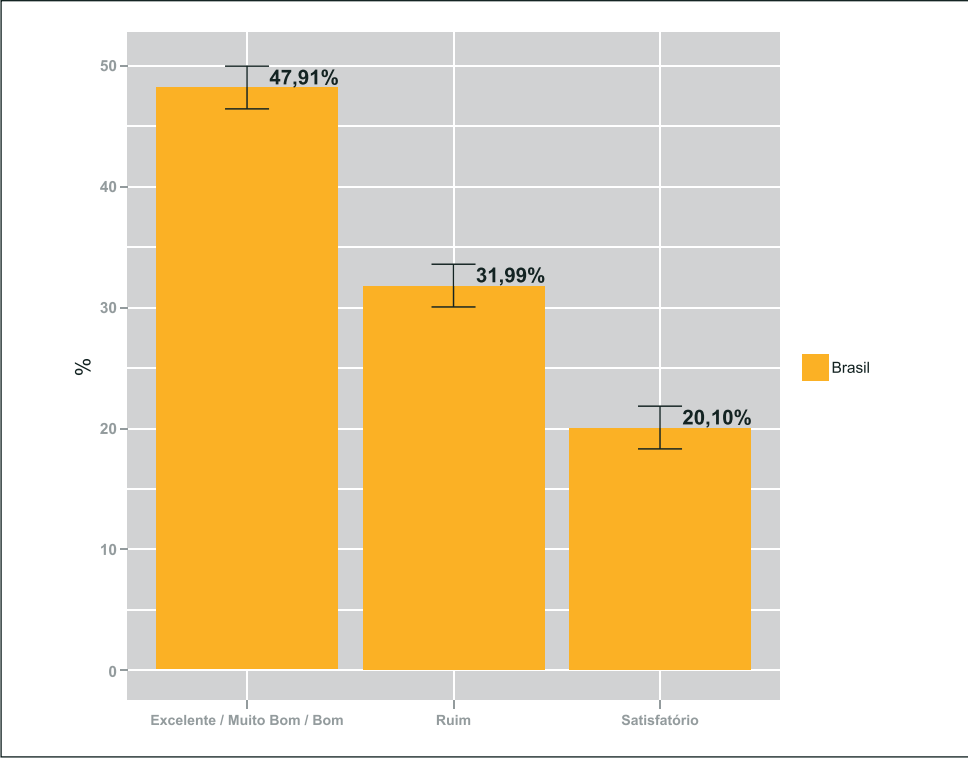


Figura 1:
Estado de saúde física auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo aos 30 dias anteriores à pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

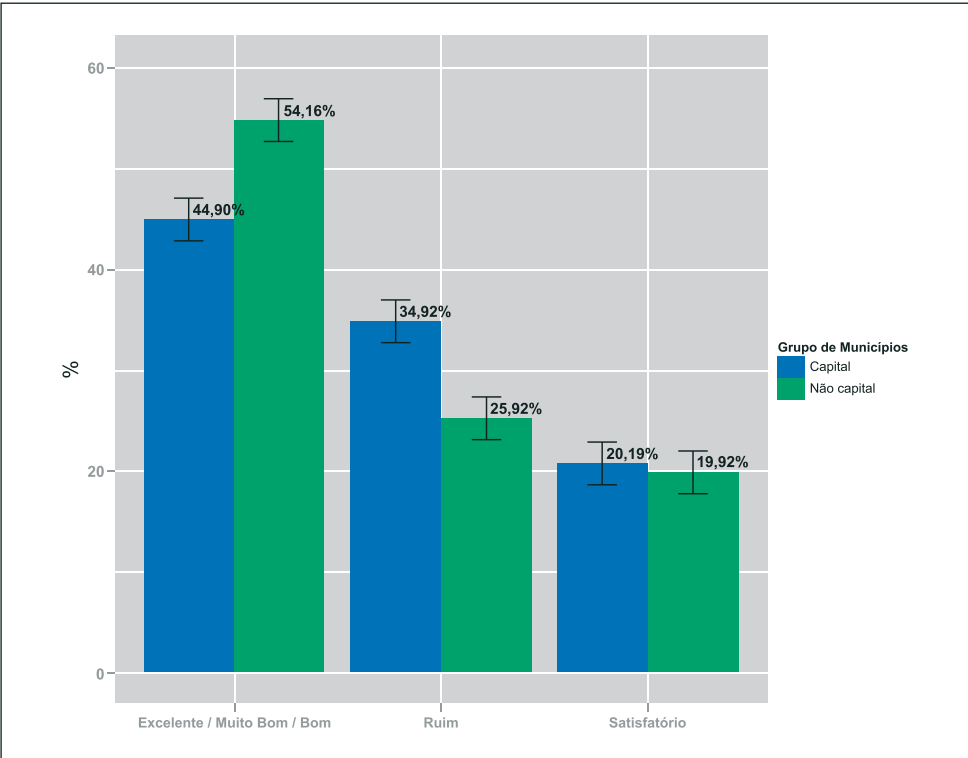


Figura 2:
Estado de saúde física auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo aos 30 dias anteriores à pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), por grupo de municípios, 2012

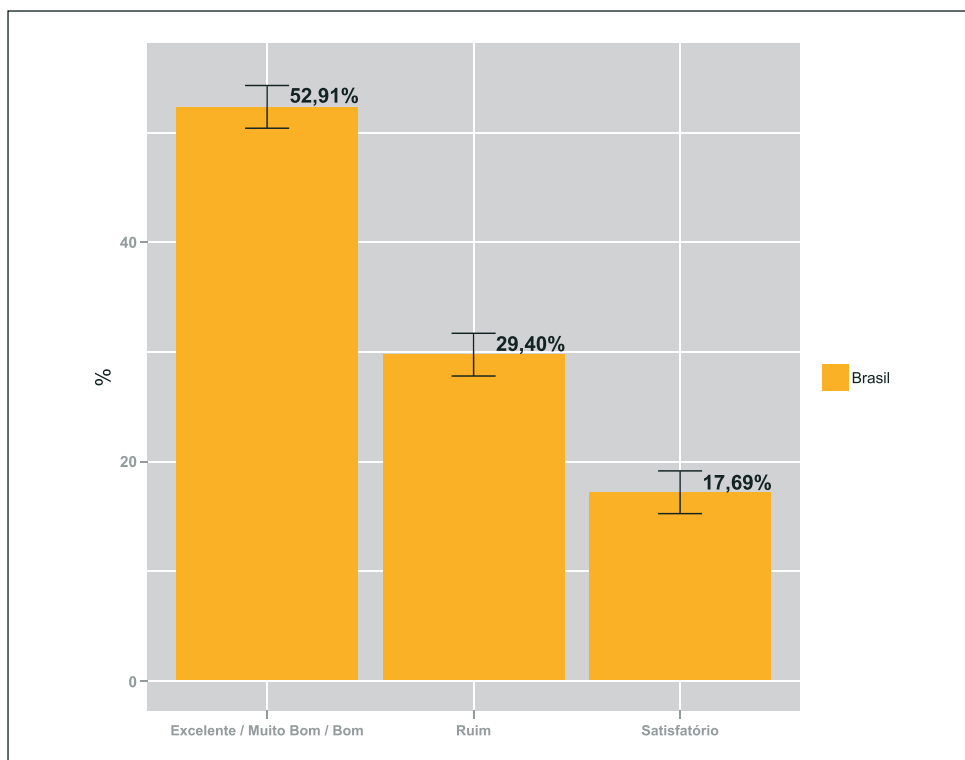


Figura 3:

Estado de saúde emocional auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo aos 30 dias anteriores à pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

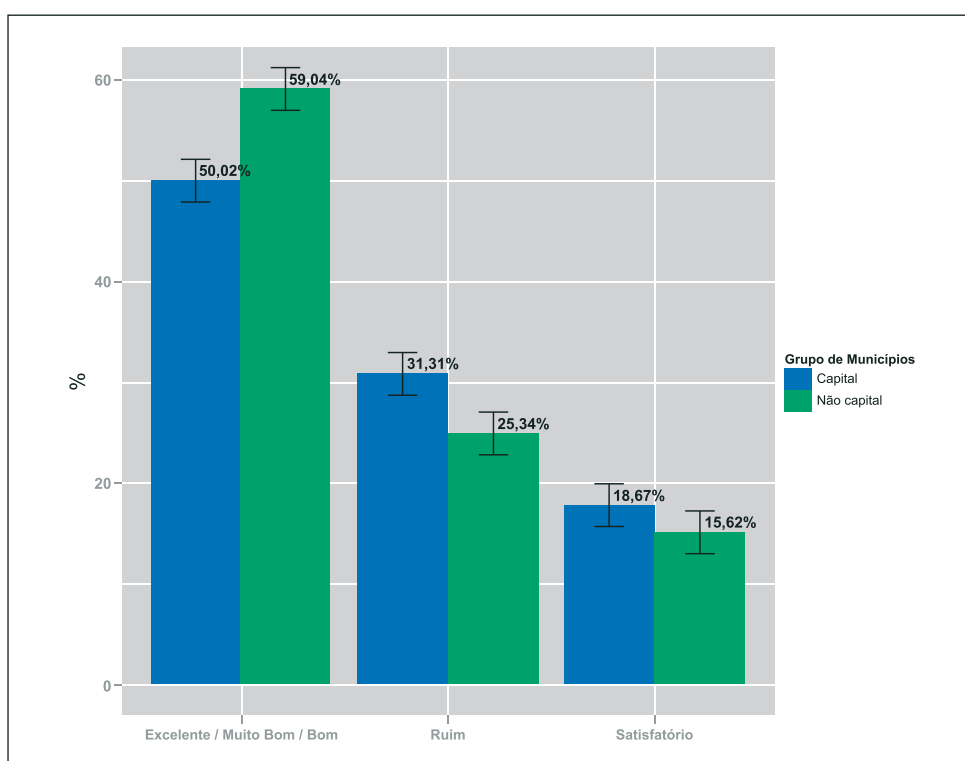


Figura 4:

Estado de saúde emocional auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo aos 30 dias anteriores à pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), por grupo de municípios, 2012

Os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) realizada no Brasil em 2003, com uma amostra de 5 mil indivíduos maiores de 18 anos, mostrou que a percepção de estado de saúde no Brasil é fortemente influenciada pela presença de doença incapacitante ou de longa duração. Na PMS, menos de um terço (27,0%) dos indivíduos que relataram algum agravo incapacitante a longo prazo percebiam sua saúde como “boa” ou “muito boa” enquanto que, entre os indivíduos que não relataram agravos deste tipo, esse percentual foi de 64,0% (Szwarcwald et al., 2005).

4. Prevalência da infecção pelo HIV

A prevalência da infecção pelo HIV evidenciada entre usuários de crack e/ou similares no Brasil foi de 4,97% (IC95% 3,75-6,56), aproximadamente oito vezes a prevalência de HIV estimada para a população geral brasileira. No Brasil, de acordo com dados do *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS* de 2012 (Brasil, 2012a), a prevalência estimada do HIV na população geral entre 15 e 49 anos mantém-se estável desde 2004, em, aproximadamente, 0,6%.

Um estudo realizado em 2009, em 10 cidades brasileiras, com uma amostra de usuários regulares de drogas ilícitas (que não a maconha), maiores de 18 anos, evidenciou uma prevalência para a infecção pelo HIV de 5,91% (Bastos, 2009), bastante similar ao resultado

Um estudo realizado em 2006/7, no Rio de Janeiro, com usuários de drogas ilícitas maiores de 18 anos, já havia evidenciado que a população de usuários de drogas no Brasil encontra-se em situação de maior vulnerabilidade, quando comparada ao restante da população, no que tange à aquisição de infecções/doenças sexualmente transmissíveis e de elevada frequência de comportamentos de risco, reforçando a necessidade de implementar programas de saúde específicos para esta população (Bertoni et al., 2011).

encontrado no presente estudo, ressaltando-se a diferença de que anteriormente foram analisados dados referentes ao conjunto de usuários regulares, inclusive de crack, mas não exclusivamente de crack.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa com relação à prevalência da infecção pelo HIV entre jovens de até 30 anos, quando comparados a adultos com idades de 31 anos ou mais, tanto para Brasil, como entre capitais e não-capitais. Contudo, quando estratificamos por sexo, a prevalência para as mulheres (8,17% [IC95% 5,55-11,88]) se mostrou duas vezes maior do que aquela evidenciada entre os homens (4,01% [IC95% 2,72-5,88]), sendo esta diferença estatisticamente significativa (p=0,009) (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3: Algumas características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de crack e/ou similares de acordo com status sorológico para HIV, Brasil, 2012

	Brasil					
	Reagente para HIV			Não reagente para HIV		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Faixa Etária						
18 a 30 anos	4,94	3,39	7,14	95,06	92,86	96,61
31 anos ou mais	5,01	3,21	7,74	94,99	92,26	96,79
Sexo**						
Masculino	4,01	2,72	5,88	95,99	94,12	97,28
Feminino	8,17	5,55	11,88	91,83	88,12	94,45
*Realizou algum tipo de troca de sexo por dinheiro e/ou drogas**						
Sim	6,55	4,62	9,19	93,45	90,81	95,38
Não	2,89	1,95	4,25	97,11	95,75	98,05

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

** p-valor <0,05

Tabela 4; Algumas características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de crack e/ou similares de acordo com status sorológico para HIV, por grupo de municípios, 2012

	Capital						Não Capital					
	Reagente para HIV			Não reagente para HIV			Reagente para HIV			Não reagente para HIV		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Faixa Etária												
18 a 30 anos	6,03	3,87	9,28	93,97	90,72	96,13	2,86	1,38	5,84	97,14	94,16	98,62
31 anos ou mais	5,77	3,45	9,48	94,23	90,52	96,55	3,14	1,64	5,94	96,86	94,06	98,36
Sexo												
Masculino	4,88	3,04	7,75	95,12	92,25	96,96	2,31	1,47	3,62	97,69	96,38	98,53
Feminino	8,71	5,5	13,52	91,29	86,48	94,5	6,51	3,49	11,8	93,49	88,2	96,51
*Realizou algum tipo de troca de sexo por dinheiro e/ou drogas												
Sim	7,72	5,35	11,03	92,28	88,97	94,65	3,44	1,49	7,74	96,56	92,26	98,51
Não	3,62	2,4	5,45	96,38	94,55	97,6	1,37	0,56	3,32	98,63	96,68	99,44

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

Os achados do presente estudo revelaram que a prevalência para a infecção pelo HIV foi mais elevada entre os usuários de crack e/ou similares que trocaram sexo por dinheiro e/ou droga (6,55% [IC95%

4,62-9,19]), quando comparados aos que não o fizeram (2,89% [IC95% 1,95-4,25]), diferença esta que se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,000$) (Tabelas 3 e 4).

5. Prevalência da infecção pelo HCV

A prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C evidenciada no presente inquérito referente aos usuários de crack e/ou similares foi de 2,63% (IC95% 1,69-4,07), igualmente mais elevada do que a prevalência estimada para população geral do Brasil. De acordo com o *Boletim Epidemiológico Hepatites Virais* (Brasil, 2012b), o último estudo de base populacional realizado nas 26 capitais e DF entre 2005/2009 (Pereira et al., 2013) evidenciou uma prevalência da infecção pelo HCV para a população geral de 1,38% (IC95% 1,12%-1,64%).

Não existem resultados de outros estudos referentes ao HCV, representativos da população usuária de crack no Brasil, que possam ser comparados aos do presente estudo. Porém, um estudo realizado em Salvador, em 2001/2, com uma amostra de conveniência de 125 mulheres usuárias de crack e cocaína encontrou uma prevalência de 2,4% (Nunes et al., 2007), resultado similar ao encontrado no presente estudo. Bastos e colaboradores (2000) evidenciaram uma prevalência da infecção pelo HCV de 5,8% (IC95% 1,7-7,1), em uma amostra de conveniência de 225 usuários de

drogas que buscaram tratamento em 2 centros de tratamento de uso de drogas no Rio de Janeiro.

A prevalência de HCV entre usuários de crack e/ou similares no presente estudo se mostrou mais elevada à medida que era maior a idade cronológica do indivíduo. A prevalência foi de 1,08% (IC95% 0,49-2,35) entre jovens de 18 a 30 anos e de 4,67% (IC95% 2,83-7,62) entre adultos a partir dos 31 anos, diferença esta que se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,001$) (Tabelas 5 e 6). O mesmo foi observado com relação à estimativa da prevalência para a população geral brasileira que, segundo Pereira e colaboradores (Pereira et al., 2013), é mais elevada entre adultos de 20 a 69 anos quando comparados aos jovens de 10 a 19 anos. Este aumento da prevalência de HCV com a idade pode estar associado a um maior período de exposição ao vírus e, especialmente, a um efeito contextual pronunciado referentes a diferentes grupos etários de pessoas, que nasceram e viveram antes e depois da disponibilização ampla de testes anti-HCV e do controle adequado dos suprimentos de sangue e hemoderivados no Brasil (o que ocorreu, no Brasil, em seu conjunto, na segunda metade da década de 1980).

Tabela 5: Algumas características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de crack e/ou similares de acordo com status sorológico para HCV, Brasil, 2012

	Brasil					
	Reagente para HCV			Não reagente para HCV		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Faixa Etária						
18 a 30 anos	1,08	0,49	2,35	98,92	97,65	99,51
31 anos ou mais	4,67	2,83	7,62	95,33	92,38	97,17
Sexo						
Masculino	2,75	1,67	4,5	97,25	95,50	98,33
Feminino	2,23	1,18	4,19	97,77	95,81	98,82
Compartilhou de aparato para uso do crack?*						
Sim	3,02	1,81	5,00	96,98	95,00	98,19
Não	1,83	1,00	3,32	98,17	96,68	99,00

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

Tabela 6: Algumas características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de crack e/ou similares de acordo com status sorológico para HCV, por grupo de municípios, 2012

	Capital						Não Capital					
	Reagentes para HCV			Não reagentes para HCV			Reagente para HCV			Não reagentes para HCV		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Faixa Etária												
18 a 30 anos	0,77	0,36	1,63	99,23	98,37	99,64	1,67	0,44	6,22	98,33	93,78	99,56
31 anos ou mais	5,59	3,18	9,66	94,41	90,34	96,82	2,38	1,17	4,78	97,62	95,22	98,83
Sexo												
Masculino	3,28	1,80	5,91	96,72	94,09	98,20	1,71	0,89	3,29	98,29	96,71	99,11
Feminino	1,91	1,06	3,42	98,09	96,58	98,94	3,26	0,72	13,58	96,74	86,42	99,28
Compartilhou de aparato para uso do crack?*												
Sim	3,20	1,75	5,80	96,80	94,20	98,25	2,59	1,03	6,36	97,41	93,64	98,97
Não	2,43	1,21	4,80	97,57	95,20	98,79	0,79	0,23	2,71	99,21	97,29	99,77

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

Os achados referentes à prevalência estratificada por sexo foram similares entre homens (2,75% [IC95% 1,67-4,50]) e mulheres (2,23% [IC95% 1,18-4,19]). Também não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa quanto à prevalência da infecção pelo

HCV entre usuários que referiram ter compartilhado aparatos para uso da droga nos 30 dias anteriores à pesquisa (3,02% [IC95% 1,81-5,00]) e os que referiram não tê-lo feito no mesmo período (1,83% [IC95% 1,00-3,32]) (Tabelas 5 e 6).

6. Prevalência da Tuberculose

Cabe observar inicialmente que os resultados do estudo no que diz respeito à tuberculose se mostraram bastante aquém do esperado e que, portanto, devem ser vistos com cautela. De forma bastante sucinta, é possível concluir que as imensas dificuldades operacionais encontradas em todo o país e a evidente limitação dos achados falam a favor de uma redefinição ampla dos protocolos de testagem para a tuberculose junto a populações não apenas estigmatizadas e que vivem parte do seu tempo nas ruas (para as quais existem protocolos nacionais e internacionais relativamente efetivos), mas também de extrema mobilidade, como os usuários inseridos nas cenas de crack.

Muito dificilmente será possível algum dia definir um protocolo que não esteja ancorado em testes rápidos (como o que foi implementado em relação à testagem para o HIV e HCV), uma vez que a composição das cenas de uso se altera a cada dia e período do dia. Estas variações extremamente pronunciadas foram adequadamente incorporadas pela metodologia empregada para recrutar, entrevistar e testar os usuários mediante o emprego de testes rápidos, mas se mostraram insuficientes no que diz respeito a um protocolo (ainda que abreviado, em relação ao protocolo padrão adotado no Brasil) que exige etapas sequenciais de operação (o que é abordado em maior detalhe a seguir).

A prevalência de tuberculose evidenciada entre usuários de crack e/ou similares no presente inquérito foi de 1,67% (IC95% 0,70-3,90). Como não dispomos de informações de base nacional que permitam estabelecer alguma comparação, ainda que limitada, dos nossos achados, utilizamos para este fim resultados de pesquisas realizadas com a população prisional, uma vez que quase metade dos usuários deste estudo (48,80% [IC95%: 45,09-52,52]) relatou um histórico de prisões ao longo da vida⁴. Portanto, em alguns períodos de suas vidas, estes usuários integraram a população prisional. Deve-se considerar ainda um contingente de usuários de diferentes drogas (especialmente a cocaína e o crack, drogas ilícitas de consumo habitual no Brasil e clara inter-relação com o tráfico) que cumpre sentenças mais longas, em regime fechado, e, portanto, não estaria presente nas cenas pesquisadas, mas inseridos em contextos simi-

lares de consumo, tráfico, violência e pauperização.

Em Porto Alegre, em estudo realizado em 2007/8, com uma amostra de 1900 detentos, foi evidenciada uma prevalência de tuberculose de 3,8% (Kuhleis 2012). Já em São Paulo, um estudo realizado em 2008 com 2413 detentos encontrou prevalência pelo exame de escarro de 0,3% (Nogueira et al., 2012).

Apesar da baixa prevalência de tuberculose encontrada, um terço da população de estudo referiu ter apresentado tosse, com ou sem catarro, por mais de 3 semanas (34,08% [IC95% 30,07-38,34]), e 15,49% (IC95% 13,21-18,10) da população de estudo informou ter contato com alguém que tinha tuberculose. Outro dado importante é que 6,26% (IC95% 4,99-7,82) informou já ter tido tuberculose alguma vez na vida (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7: Relato de sintomatologia sugestiva, contato e histórico de tuberculose dos usuários de crack e/ou similares, Brasil 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Quanto tempo tem tosse (com ou sem catarro)			
Há 3 semanas e mais	34,08	30,07	38,34
De 1 a 2 semanas	10,46	8,84	12,33
Há menos de uma semana	11,21	9,32	13,43
Atualmente, tem contato com alguém com tuberculose			
Sim	15,49	13,21	18,1
Não, mas teve no passado	5,82	4,46	7,56
Já teve tuberculose	6,26	4,99	7,82

Tabela 8: Relato de sintomatologia sugestiva, contato e histórico de tuberculose dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Quanto tempo tem tosse (com ou sem catarro)						
Há três semanas e mais	36,67	32,82	40,71	28,62	19,98	39,17
De 1 a 2 semanas	10,26	8,29	12,63	10,88	8,28	14,17
Há menos de uma semana	12,35	10,21	14,87	8,81	5,80	13,17
Atualmente, tem contato com alguém com tuberculose						
Sim	17,29	14,41	20,60	11,55	8,79	15,03
Não, mas teve no passado	5,84	4,24	8,00	5,77	3,57	9,19
Já teve tuberculose	6,85	5,40	8,64	5,02	3,04	8,19

⁴ Para informações detalhadas sobre histórico de prisões na população de estudo, ver Capítulo 4 - "Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional"

A testagem para TB se mostrou particularmente desafiadora e insuficiente nos grandes centros urbanos, onde a interação da Pesquisa Nacional do Crack com os serviços de saúde se mostrou bastante aquém do ideal, em consequência de imensas dificuldades na articulação entre a pesquisa e serviços de referência com relação a uma população sabidamente estigmatizada e extremamente móvel. Portanto, ainda que, num futuro próximo, venhamos a nos valer exclusivamente de testes rápidos para a TB (que hoje não integram os protocolos padrão adotados no Brasil para a testagem e diagnóstico), será necessário treinar e capacitar equipes para lidar com essas populações e melhorar substancialmente a referência e contrarreferência de e para atividades desenvolvidas no campo (como consultórios de rua, serviços prestados por vans e similares) e a rede de serviços de saúde em operação em sedes fixas.

7. Considerações Finais

Os achados do presente estudo evidenciam a vulnerabilidade da população de usuários de crack e/ou similares frente ao risco de contrair doenças infecciosas. Isto se deve ao fato de que grande parte da população apresenta diversos comportamentos de risco e estão inseridos em contextos pauperizados, violentos e frequentemente carentes de qualquer infraestrutura, mínima que seja (como uma fonte de água corrente). As prevalências para as infecções pelo HIV e HCV evidenciadas para esta população se mostraram mais elevadas que aquelas documentadas para a população geral, corroborando os achados, até então dispersos, de estudos anteriores, realizados com amostras não representativas da população usuária de drogas. Os resultados aqui apresentados são apenas descritivos, fruto de análises bivariadas simples, e desta maneira não é possível, por ora, analisar, com o detalhe necessário, associações específicas.

A despeito dessas limitações, os resultados encontrados apontam claramente para a necessidade de ações preventivas e de controle de doenças específicas para a população usuária de drogas, alertando para as formas de transmissão características desta população, com o propósito de minimizar os problemas de saúde decorrentes da sua inserção em contextos adversos e dos riscos e danos associados a seus padrões de consumo. Estas ações não devem ficar restritas à

Segundo o *Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil* (Brasil, 2011), para detecção de casos por baciloscopia do escarro, deve-se realizar coleta de 2 amostras de escarro, uma no momento da identificação da suspeita e outra no dia seguinte, e este esquema permitiria detectar de 60% a 80% dos casos de tuberculose pulmonar. No presente estudo, considerando tratar-se de uma população alvo de difícil acesso e extrema mobilidade, definiu-se, operacionalmente, que seriam coletadas apenas 2 amostras de escarro no momento da entrevista, o que provavelmente subestimou a detecção de casos bacilíferos. Ainda assim, a despeito do abreviamento do protocolo clássico, os problemas de deslocamento dos usuários em determinados dias e horários, a necessidade de preencher fichas cadastrais específicas, os eventuais tempo de espera, o agendamento da devolução dos resultados para os pacientes, entre outros aspectos, definiram barreiras substanciais a uma testagem ótima.

esfera de saúde, uma vez que estas situações de risco em que se encontram os usuários de crack e/ou similares possuem profundas raízes sociais.

Algumas observações adicionais podem ser acrescentadas aqui, no sentido de nortear a atuação dos formuladores de políticas públicas e profissionais de saúde.

Em primeiro lugar, como mencionado em trabalho anterior (Fischer et al., 2013), diferentemente do contexto norte-americano, e mais especificamente, de algumas localidades do Canadá, onde a questão vem sendo estudada em maior detalhe, os usuários por nós recrutados e testados, não são, em sua ampla maioria, ex-usuários de drogas injetáveis, assim como tampouco são usuários de crack e cocaína injetável. Os usuários brasileiros que integraram o estudo são, basicamente, poliusuários de diferentes substâncias, lícitas (como álcool e tabaco) e ilícitas, mas raramente o fazem (ou fizeram) por via injetável. Com isso, o componente de transmissão parenteral, absolutamente central na disseminação do vírus da hepatite C (patógeno em relação ao qual a transmissão sexual é pouco relevante), está praticamente ausente. Portanto, como esperado, as taxas de infecção pelo HCV (vírus da hepatite C) chegam a ser dez vezes mais elevadas nos estudos realizados em Vancouver, onde o uso injetável, anterior ou con-

comitante, é bastante relevante, se comparadas aos achados do presente estudo.

Infelizmente não nos foi possível avaliar as taxas de infecção referentes ao vírus da hepatite B, em função de dificuldades operacionais de implementação integrada de protocolos de pesquisa e vacinação no campo, conforme exigência de diversos comitês de ética. Embora não seja de modo algum simples implementar de forma satisfatória estes protocolos integrados, como bem documentado pela literatura internacional (Baars et al., 2008), cabe destacar que, no Brasil, é essencial distinguir da forma mais clara possível a dinâmica de transmissão dos patógenos em diferentes coortes etárias, como aquelas que nasceram antes e depois que a vacina contra a hepatite B passou a integrar o calendário regular da vacinas aplicadas a recém-natos e crianças no seu primeiro ano de vida.

Da mesma forma, fatores contextuais se mostram essenciais na interpretação dos achados referentes à hepatite C, para a qual não existe uma vacina, mas em relação à qual foram implementadas várias me-

didias de detecção precoce da infecção e doença, e controle de bancos de sangue. Todo cuidado se faz necessário na análise do papel específico de fatores extrínsecos (como a coorte etária a que pertencem os pacientes e as políticas públicas vigentes em cada período e contextos) e das intervenções especificamente voltadas para os usuários de crack e outras drogas, como programas de vacinação para a hepatite B implementados nas cenas de uso e programas ampliados de testagem, detecção e diagnóstico clínico e laboratorial da hepatite C.

Finalmente, cabe observar que as limitações referentes à testagem para a tuberculose e à implementação de intervenções preventivas e profiláticas, em contextos de marginalização e grande mobilidade constituem um dos maiores desafios da saúde pública, em todo o mundo. Os resultados negativos do maior estudo mundial no campo da profilaxia da tuberculose, discutidos em editorial recente, mostram que esforços renovados se fazem absolutamente necessários no que diz respeito à testagem e profilaxia da tuberculose em populações empobrecidas e marginalizadas (Rubin, 2014).

Referências

- Baars J, Boon B, De Wit JB, Schutten M, Van Steenberghe JE, Garretsen HF, Van De Mheen D. Drug users' participation in a free hepatitis B vaccination program: demographic, behavioral, and social-cognitive determinants. *Subst Use Misuse* 2008; 43(14): 2145-62.
- Bastos FI, Lowndes CM, Castello-Branco LR, Linhares-de-Carvalho MI, Oelemann W, Bernier F, Morgado MG, Yoshida CF, Rozental T, Alary M. Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J STD AIDS* 2000; 11(6): 383-92.
- Bastos FI, Bongertz V, Teixeira SL, Morgado MG, Hacker MA. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2005; 100: 91-6.
- Bastos FI. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais, 2009.
- Bertoni N, Singer M, Silva CFP, Clair S, Malta M, Bastos FI. Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Harm Reduction Journal* 2011; 8: 5.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil – Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids. Ano I – no. 01 (até semana epidemiológica 52ª). Dezembro de 2012a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais. Ano III – no. 01. 2012b.
- Brasil. Ministério da saúde. Portal da Saúde. Tuberculose. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=43017&janela=1. Acessado em 20 de novembro de 2013.
- Chakko S, Fernandez A, Mellman TA, Milanes FJ, Kessler KM, Myerburg RJ. Cardiac manifestations of cocaine abuse: a cross-sectional study of asymptomatic men with a history of long-term abuse of “crack” cocaine. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20(5): 1168-74.
- Cruz MS, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, Tiesmaki M, Fischer B. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *Int J Drug Policy* 2013; 24(5): 432-8.
- Curtis BJ, Zahs A, Kovacs EJ. Epigenetic targets for reversing immune defects caused by alcohol exposure. *Alcohol Res* 2013; 35(1): 97-113.
- Dunlap E, Golub A, Johnson BD, Benoit E. Normalization of violence: experiences of childhood abuse by inner-city crack users. *J Ethn Subst Abuse* 2009; 8(1): 15-34.
- Fischer B, Cruz MS, Bastos FI, Tyndall. Crack across the Americas - a massive problem in continued search of viable answers: exemplary views from the North (Canada) and the South (Brazil). *Int J Drug Policy* 2013; 24(6): 631-3.
- Gelberg L, Lawrence L. Homeless Health Status And Demographic. *J Gen Intern Med* 1992; 7(6): 601-8.
- Kerker B, Bainbridge J, Kennedy J, Bennani Y, Agerton T, Marder D, Forgione L, Faciano A, Thorpe LE. A population-based assessment of the health of homeless families in New York City, 2001-2003. *Am J Public Health* 2011; 101(3): 546-53.
- Kuhleis D, Ribeiro AW, Costa ERD, Cafrune PI, Schmid KB, Costa LL. Tuberculosis in a southern Brazilian prison. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2012; 107(7): 909-915.

Magro CM, Wang X. Cocaine-associated retiform purpura: a C5b-9-mediated microangiopathy syndrome associated with enhanced apoptosis and high levels of intercellular adhesion molecule-1 expression. *Am J Dermatopathol* 2013; 35(7): 722-30.

Malta M, Magnanini MMF, Mello MB, Pascom ARP, Linhares Y, Bastos FI. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010; 10: 317.

Macías J, Palacios RB, Claro E, Vargas J, Vergara S, Mira JA, Merchante N, Corzo JE, Pineda JA. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int* 2008; 28(6): 781-6.

McMahon JM, Tortu S. A potential hidden source of hepatitis C infection among noninjecting drug users. *J Psychoactive Drugs* 2003; 35(4): 455-60.

Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse* 1996; 31: 565-79.

Napuri J, Pilakka-Kanthikeel S, Raymond A, Agudelo M, Yndart-Arias A, Saxena SK, Nair M. Cocaine Enhances HIV-1 Infectivity in Monocyte Derived Dendritic Cells by Suppressing microRNA-155. *PLoS One* 2013; 8(12): e83682.

Nogueira PA, Abrahão RMCM, Galesi VMN. Tuberculosis and latent tuberculosis in prison inmates. *Rev Saúde Pública* 2013; 46(1): 119-127.

Nunes CLX, Andrade T, Galvão-Castro B, Bastos FI, Reingold A. Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador - Bahia, Brazil. *Braz J Infect Dis* 2007; 11(6): 561-566.

Pechansky F. Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(1): 41-47.

Pechansky F, Kessler FH, Diemen LV, Bumaguin DB, Surratt HL, Inciardi JA. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(1): 39-42.

Pereira LMMB, Martelli CMT, Moreira RC, Merchan-Hamman E, Stein AT, Cardoso RMA, Figueiredo GM, Montarroyos UR, Braga C, Turchi MD, Coral G, Crespo D, Lima MLC, Alencar LCA, Costa M, Santos AA, Ximenes RAA. Prevalence and risk factors of Hepatitis C virus infection in Brazil, 2005 through 2009: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases* 2013; 13: 60.

Raoult D, Foucault C, Brouqui P. Infections in the homeless. *Lancet Infect Dis* 2001; 1(2): 77-84.

Raupp L, Adorno RCF. Crack usage circuits in the downtown area of the city of São Paulo (SP, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(5): 2613-2622.

Rubin EJ. Troubles with Tuberculosis Prevention. *N Engl J Med* 2014; 370:375-376.

Schanzer B, Dominguez B, Shrout PE, Caton CLM. Homelessness, Health Status, and Health Care Use. *Am J of Public Health* 2007; 97(3): 464-9.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (Supl 1): S54-S64.

Waldorf D, Reinerman C, Murphy S. Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting. Temple University, 1991.

ANEXO III

Capítulo 7

Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional

*Carolina Coutinho, Emilia Jalil, Neilane Bertoni e Francisco Inácio Bastos em
nome do grupo de Pesquisa “Inquérito Epidemiológico”*

1. Introdução

O consumo abusivo de drogas tem sido associado a vários riscos, danos e problemas no âmbito da saúde e da vida familiar e social dos indivíduos. Habitualmente, usuários de drogas são pessoas marginalizadas, às voltas com experiências de estigma e preconceito que influenciam de forma negativa seu estado de saúde ao dificultar, ou mesmo impedir, o acesso delas a serviços de Saúde.

A vulnerabilidade dos indivíduos aos problemas de saúde pode ser analisada do ponto de vista individual, social e programático (segundo a conceituação originalmente formulada por Jonathan Mann; ver: Barata, 2008), todas as quais habitualmente estão comprometidas de forma relevante em usuários de drogas, particularmente de crack. Estudo realizado em 2011, com uma amostra de conveniência de 160 jovens usuários de crack nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador, identificou uma população de baixa escolaridade, de cor negra e com condições instáveis e/ou ausência de moradia (Cruz et al., 2013).

Considerando os seus padrões de consumo e os contextos em que estão inseridos, usuários de crack frequentemente apresentam um comprometimento importante de seu estado de saúde. Vários determinantes sociais afetam, de forma mais ou menos direta, o estado de saúde de usuários de drogas, como exclusão social, envolvimento com a justiça criminal, baixa escolaridade e situação de rua (Victorian Government, 2006). Paralelamente a isso, o estigma decorrente do envolvimento com drogas contribui para o agravamento dessa situação ao dissociar o usuário das pessoas e instituições que poderiam lhe oferecer suporte e apoio material e emocional, e afastá-lo dos serviços sociais e de saúde (Tindal et al., 2010).

Uma frequência elevada de diversos agravos à saúde física e mental tem sido observada nessa população por diferentes estudos, em contextos diversos, como a América do Norte e o Brasil (Buchanan et al., 2006; Cruz et al., 2013). Além disso, têm sido descri-

tos comportamentos de risco associados a diferentes infecções/doenças infecciosas neste grupo, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o vírus da hepatite C (HCV) (Bastos et al., 2005; Malta et al., 2008; Nurutdinova et al., 2011; Cruz et al., 2013). Em pessoas vivendo com HIV/AIDS, o uso de crack se mostrou associado à progressão da doença e a uma menor adesão ao tratamento antirretroviral (Baum et al., 2009; Riley et al., 2011).

O acesso a serviços de saúde é função de fatores associados à oferta (particularmente à existência e à acessibilidade de serviços) e à demanda, determinada por características demográficas e sociais da clientela potencial, além da autopercepção acerca do estado de saúde e da necessidade de procurar ajuda e receber cuidados (Barata, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no âmbito da Constituição Federal de 1988 e tem como um de seus princípios norteadores a equidade no acesso aos serviços de saúde, que leva em conta a heterogeneidade estrutural entre indivíduos, segmentos sociais e comunidades (Escorel, 2008). Ainda que exista tal garantia constitucional, há uma série de barreiras ao acesso aos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito a populações socialmente desfavorecidas e ao eventual comprometimento de seu discernimento e capacidade de avaliação, caso dos usuários dependentes de crack.

Este capítulo sumariza achados relativos a aspectos de saúde e de acesso a serviços por usuários de crack e/ou similares, obtidos a partir da pesquisa intitulada “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil” e os dados relacionados à sua saúde. Todos os resultados apresentados neste capítulo são de natureza descritiva, contemplando análises bivariadas. Os dados foram inseridos em tabelas de contingência, e as proporções foram comparadas por meio do teste do qui-quadrado. Adotou-se o valor de p de 0,05 como estatisticamente significativo, segundo os propósitos basicamente descritivos dessas tabulações iniciais.

2. Acesso a serviços

Aproximadamente 27% dos usuários de crack e/ou similares no Brasil informaram ter acessado algum tipo de serviço de saúde¹ nos 30 dias anteriores à entrevista (27,26% [IC95% 24,64-30,05]), não tendo sido observada diferença estatisticamente significativa entre usuários recrutados em capitais e em não capitais ($p>0,05$) (Tabelas 1 e 2). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que é realizada com a população brasileira em geral, identificou que quase 70% das pessoas entrevistadas haviam realizado alguma consulta médica no último ano (IBGE, 2010), proporção bastante superior à identificada na pesquisa atual, ainda que tenham sido utilizados diferentes marcos temporais (últimos 12 meses e 30 dias).

Infelizmente, não nos foi possível localizar dados recentes relativos ao número de pessoas que se consultaram com profissional de Saúde nos últimos 30 dias para a população geral brasileira, o que impede uma comparação mais adequada com os nossos achados. De um modo geral, os indicadores sistematizados pelo Ministério da Saúde se referem à média, por habitante, de consultas realizadas no âmbito do SUS no último ano, o que difere de forma ainda mais pronunciada dos resultados que foram obtidos no nosso estudo² e torna impossível qualquer análise comparativa.

O acesso a serviços de Saúde se mostrou diferente nos usuários de acordo com o sexo, com uma proporção significativamente mais elevada deste relato em mulheres do que homens (respectivamente, 38,09% [IC95% 31,56-45,09] e 24,23% [IC95% 21,73-26,91], $p=0,000$). Esta observação coincide com os dados obtidos para a população em geral por meio da PNAD, de que as mulheres buscam mais serviços de saúde do que homens. Segundo a PNAD, aproximadamente 76% das mulheres haviam consultado médicos nos últimos 12 meses, ao passo que, entre os homens, essa proporção havia sido de 58,8% (IBGE, 2010). Cabe ressaltar, mais uma vez, a diferença das

respectivas pesquisas quanto aos marcos temporais adotados e a inexistência (até onde nos foi possível averiguar) de dados nacionais recentes sobre consultas no mês anterior à entrevista.

No Brasil, aproximadamente 10% dos usuários de crack e/ou similares informaram ter utilizado algum serviço de internação para tratamento de dependência química³ nos 30 dias anteriores à pesquisa (10,31% [IC95% 8,53-12,425]), sendo esta proporção estatisticamente maior entre usuários das capitais do que em não-capitais (respectivamente, 11,61 [IC95% 9,39-14,27]) e 7,59% [IC95% 5,22-10,93], $p=0,03$). Já o uso de serviço extra-hospitalar para tratamento de dependência química⁴ foi referido por 6,55% (IC95% 5,17-8,26) dos usuários de crack e/ou similares no Brasil, sem que fosse observada diferença estatisticamente significativa entre capitais e não-capitais (respectivamente, 5,65% [IC95% 4,48-7,10%] e 8,44% [IC95% 5,72-12,31], $p>0,05$) (Tabelas 1 e 2).

A utilização de serviços de assistência social também foi relatada por uma pequena parcela dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Apenas 12,67% (IC95% 10,43-15,31) dos usuários informou ter utilizado algum serviço de acolhimento institucional e/ou outros serviços da rede pública de assistência social⁵ nos 30 dias anteriores à pesquisa, ao passo que utilização de serviços na esfera da previdência social (3,67% [IC95% 2,65-5,05]) e acesso a programas para conseguir trabalho/emprego e renda (8,01% [IC95% 6,67-9,60]) foram relatados por proporções ainda menores de usuários.

Aproximadamente 17% dos usuários de crack e/ou similares acessaram serviços que fornecem alimentação gratuita (17,54% [IC95% 15,06-20,34%]), cabendo registrar que este acesso foi significativamente maior entre aqueles recrutados nas capitais, se comparados aos provenientes de não-capitais (respectivamente, 21,43% [IC95% 18,26-24,98] e 9,38% [IC95% 7,37-11,86], $p=0,000$) (Tabelas 1 e 2).

¹ Posto/Centro de saúde/Ambulatório/Unidade de pronto atendimento (UPA)/Hospital (internação)/Emergência

² Ver, por exemplo, dados disponíveis em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/Com_F01.pdf

³ Hospital psiquiátrico/Clinica Especializada/Comunidade terapêutica/Casa de acolhimento transitório (CAT) ou albergue terapêutico ofertados pelo SUS

⁴ Centro de atenção psicossocial – Álcool e Drogas (Caps-AD)/Serviço Universitário.

⁵ Centro de referência de assistência social (CRAS)/ Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)/Abrigo/Casa de Passagem.

Proporções ínfimas de usuários de crack e/ou similares relataram ter utilizado serviços do tipo redução de danos⁶ nos 30 dias anteriores à pesquisa (1,83% [IC95% 1,19-2,80]) (Tabelas 1 e 2), o que poderia estar associado a questões como indisponibilidade ou inacessibilidade

deste tipo de serviço em diversos municípios do país, uma vez que a grande maioria dos usuários informou que utilizaria um serviço para atender pessoas que usam drogas se existisse algum serviço próximo ao local onde vive (82,13% [IC95% 79,20-84,72]) (Figuras 1 e 2).

Tabela 1: Utilização de serviços de saúde e assistência social por usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Serviço de saúde*	27,26	24,64	30,05
Serviço de internação para tratamento de dependência química*	10,31	8,53	12,42
Serviço extra-hospitalar para tratamento de dependência química*	6,55	5,17	8,26
Serviço de acolhimento institucional/assistência social (CRAS, CREAS, abrigo)*	12,67	10,43	15,31
Serviço de previdência social*	3,67	2,65	5,05
Programa para conseguir trabalho/renda*	8,01	6,67	9,60
Serviço para alimentação gratuita*	17,54	15,06	20,34
Programa de troca de seringas/Redução de danos*	1,83	1,19	2,80

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

Tabela 2: Utilização de serviços de saúde e assistência social por usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, Brasil, 2012

	%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Serviço de saúde*	29,00	25,93	32,26	23,60	19,24	28,59
**Serviço de internação para tratamento de dependência química*	11,61	9,39	14,27	7,59	5,22	10,93
Serviço extra-hospitalar para tratamento de dependência química*	5,65	4,48	7,10	8,44	5,72	12,31
Serviço de acolhimento institucional/assistência social (CRAS,CREAS, abrigo)*	14,57	12,10	17,45	8,66	5,06	14,43
Serviço de previdência social*	3,60	2,53	5,10	3,80	1,94	7,30
Programa para conseguir trabalho/renda*	7,60	5,96	9,65	8,89	6,78	11,56
**Serviço para alimentação gratuita*	21,43	18,26	24,98	9,38	7,37	11,86
**Programa de troca de seringas/Redução de danos*	2,42	1,52	3,83	0,59	0,32	1,09

* Nos 30 dias anteriores à pesquisa

** $p < 0,05$

⁶ Programas de troca de seringa/Programa de redução de danos (para problemas com droga ou sexo)

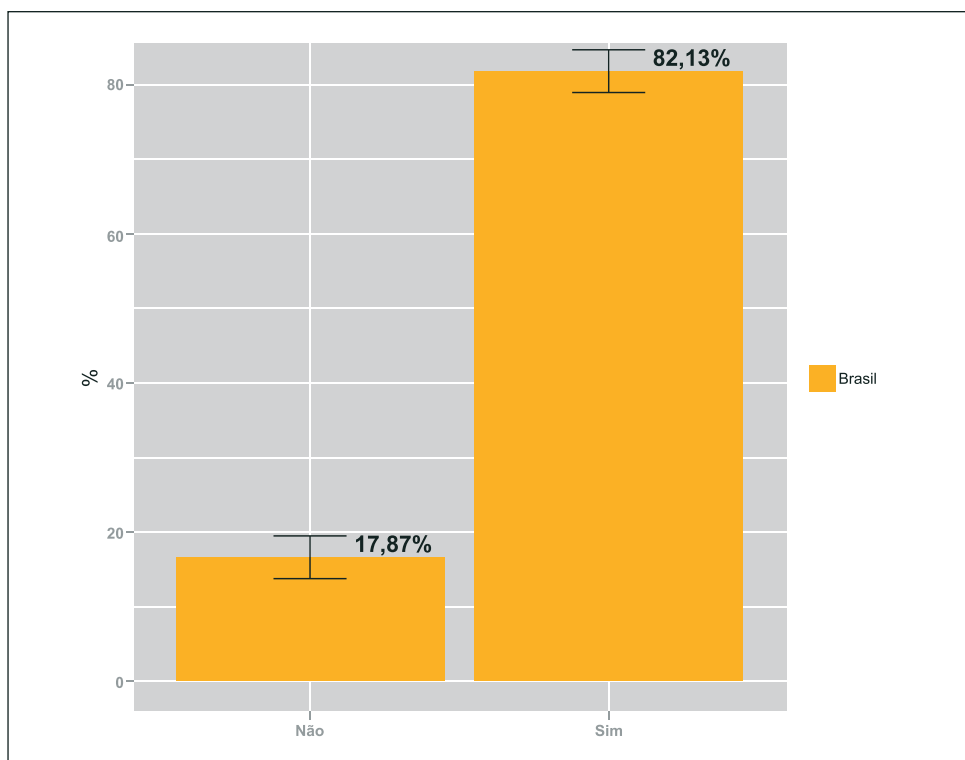


Figura 1:

Usuários de crack e/ou similares que utilizariam serviço para atender pessoas que usam drogas se existisse este serviço próximo de onde vivem (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

A ampla maioria dos usuários de crack e/ou similares do Brasil (77,23% [IC95% 74,73-79,55]) relatou ter vontade de realizar tratamento para o uso de drogas no momento da entrevista (Figuras 3 e 4). Aprofundando esta questão, os usuários foram questionados sobre quais aspectos consideravam importante em um serviço de assistência para pessoas

que usam drogas. Quase a totalidade dos usuários apontou que seria importante que esses serviços fornecessem um suporte básico de modo a garantir sua sobrevivência e dignidade, como cuidados básicos de saúde (97,18% [IC95% 96,14-97,94]) e higiene (96,73% [IC95% 95,33-97,72]), alimentação (96,92% [IC95% 95,77-97,76]), ajuda para conseguir emprego (95,57%

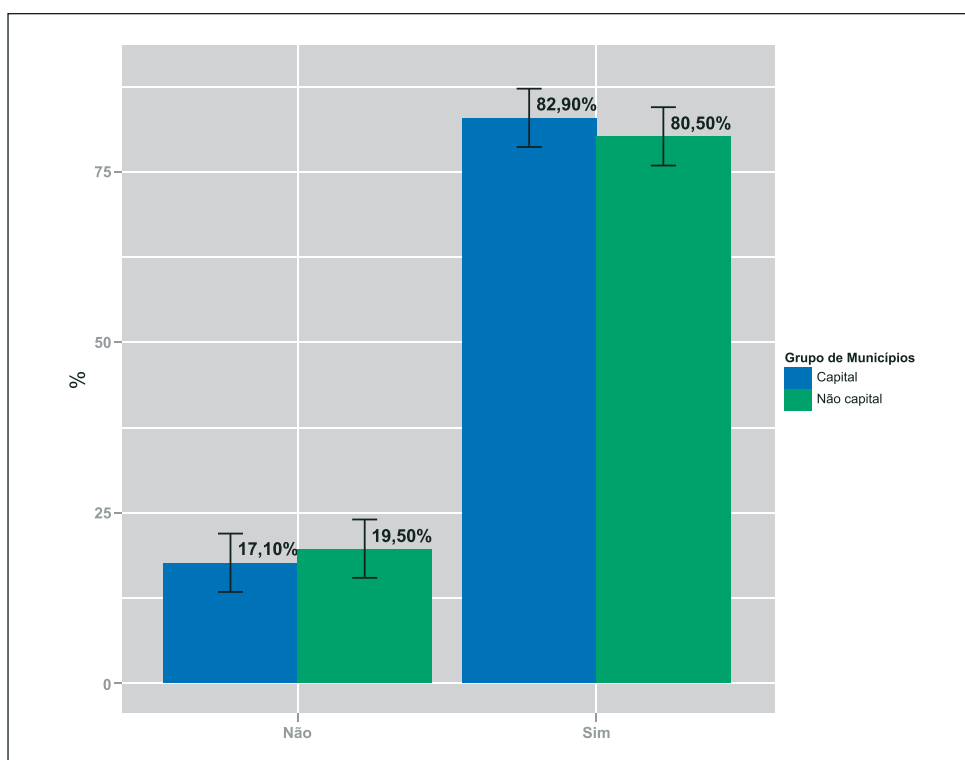


Figura 2:

Usuários de crack e/ou similares que utilizariam serviço para atender pessoas que usam drogas se existisse este serviço próximo de onde vivem (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), por grupo de municípios, 2012

[IC95% 93,96-96,77]) e escola/curso (94,88% [IC95% 93,29-96,11]), bem como que estes serviços fossem gratuitos (97,00% [IC95% 95,69-97,92]). Além disso, a maior parte dos usuários também classificou como importante que o serviço contasse com atividades de lazer (94,81% [IC95% 93,46-95,90]) e serviços sociais básicos⁷ (90,14% [IC95% 88,61-91,49]) (Tabelas 3 e 4).

Ao contrário do que seria desejável numa situação de plena integração entre ações de Segurança Pública e atenção à Saúde, 62,67% (IC95% 59,15-66,07) classificaram como importante o não acesso da polícia ao local. Já os demais usuários (37,33% [IC95% 33,93-40,85]) informaram que o acesso da polícia não interferiria no uso deste tipo de serviço (Tabelas 3 e 4). Tal indiferença ou, mais do que isso, a aparente incompatibilidade de ações e papéis de diferentes instituições e atores sociais não deve ser naturalizada e considerada como algo intuitivo, inevitável e/ou imutável. Serviços e agentes de Segurança Pública e de Assistência Social e de Saúde podem e devem atuar de forma colaborativa, e esta não é uma proposta utópica ou desprovida de fundamento empí-

rico. Ações bem sucedidas de integração entre essas instituições e atores sociais vêm sendo documentadas em diversos contextos, como, por exemplo, na experiência, hoje histórica, de policiamento comunitário integrado a ações de Saúde na região de Merseyside, Reino Unido.⁸

Aproximadamente 2% dos usuários salientaram alguma outra característica importante para o Serviço de Assistência da pessoas que usam drogas (2,25% [IC95% 1,66-3,06]), para além daquelas que foram questionadas e listadas anteriormente. Dentre essas outras características, que foram mencionadas de forma espontânea sobre o que um serviço de tratamento para dependência química deveria ter, a mais frequentemente citada pelos usuários que referiram algo, foi o cuidado humanizado/qualificação profissional (54,93% [IC95% 25,82-81,02]), assim como o apoio/envolvimento da família no tratamento (8,15% [IC95% 2,24-25,54]). A necessidade de apoio religioso de maneira geral (sem especificação de denominação religiosa e independente de obrigatoriedade) foi relatada por 7,86% [IC95% 2,40-22,83]) destes usuários.

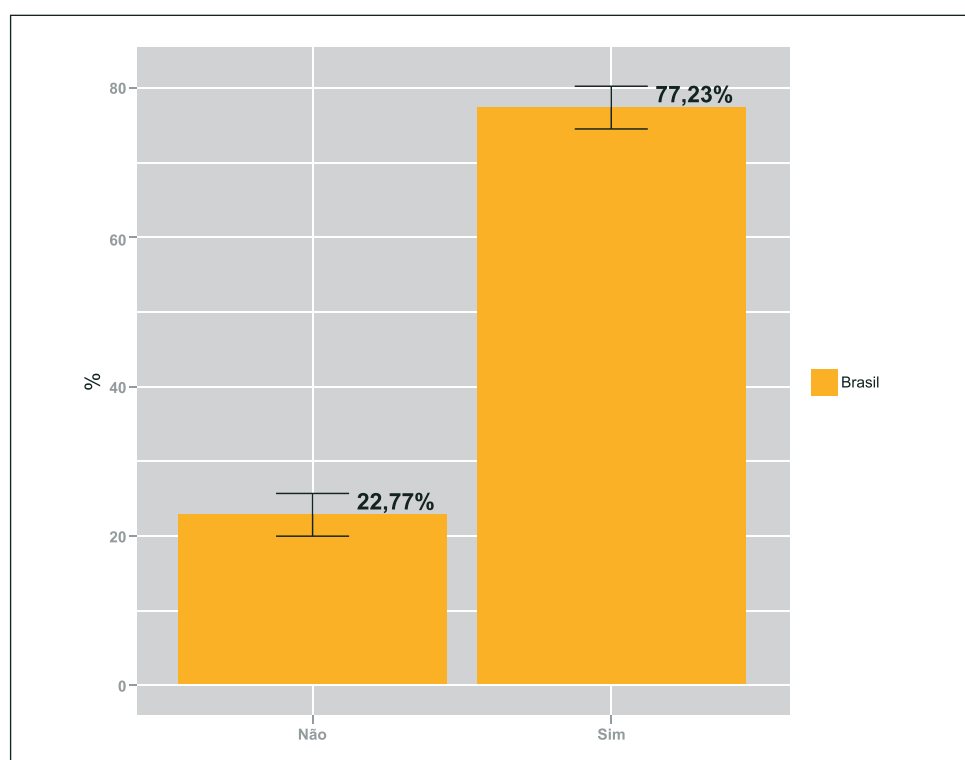


Figura 3:

Usuários de crack e/ou similares que manifestaram vontade de realizar tratamento para o uso de drogas no momento da pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

⁷ (Como encaminhamento para abrigo/retirada de documentos)

⁸ Informações detalhadas sobre o assim denominado "Modelo Merseyside" podem ser obtidas em: <http://www.anypositivechange.org/harmREDprot.pdf>

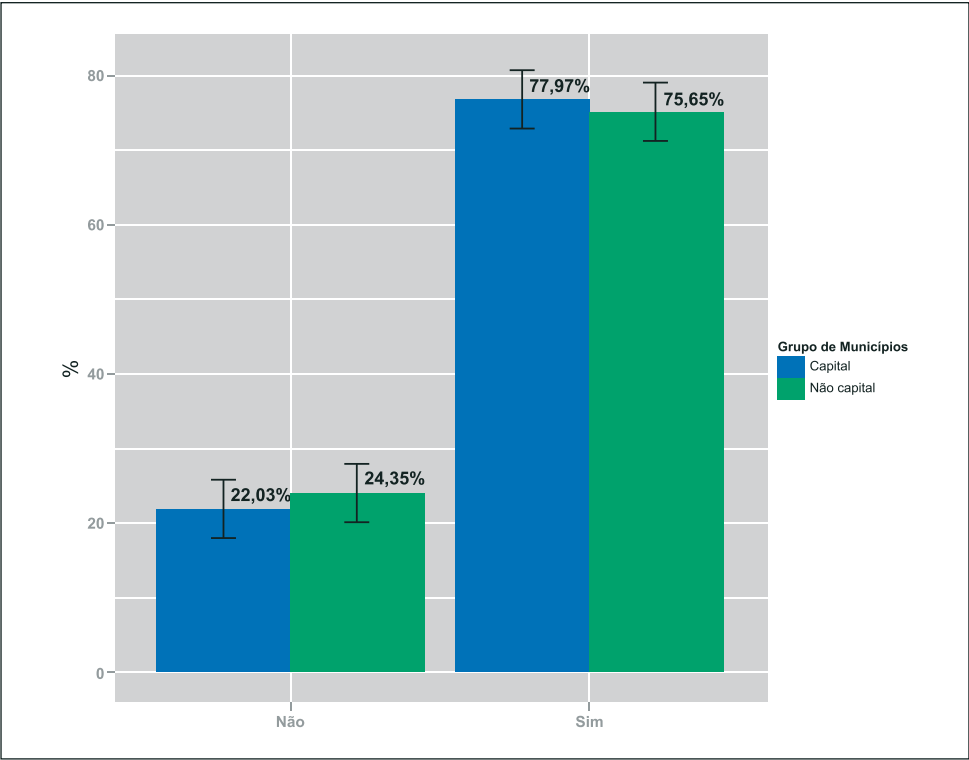


Figura 4:
Usuários de crack e/ou similares que manifestaram vontade de realizar tratamento para o uso de drogas no momento da pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), por grupo de municípios, 2012

Tabela 3: Aspectos importantes em um serviço de assistência para pessoas que usam drogas, sob o ponto de vista dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Alimentação disponível no local	96,92	95,77	97,76
Banho e outros cuidados de higiene disponíveis no local	96,73	95,33	97,72
Encaminhamento/ajuda para conseguir emprego	95,57	93,96	96,77
Encaminhamento/ajuda para escola/curso	94,88	93,29	96,11
Encaminhamento/ajuda/disponibilização de atividades de lazer/esportes	94,81	93,46	95,9
Funcionamento em horário conveniente	87,26	84,59	89,52
Gratuidade do serviço	97	95,69	97,92
Localização próxima ao local onde usam drogas	65,74	62,59	68,75
Manter o anonimato do usuário	69,9	67	72,65
Polícia não tenha acesso ao local	62,67	59,15	66,07
Serviços básico de saúde disponíveis	97,18	96,14	97,94
Serviços sociais básicos disponíveis (encaminhamento para abrigo, retirada de documentos, etc)	90,14	88,61	91,49
Outro aspecto, que não os acima listados	2,25	1,66	3,06

Tabela 4: Aspectos importantes em um serviço de assistência para pessoas que usam drogas, sob o ponto de vista dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Alimentação disponível no local	96,94	95,49	97,93	96,88	94,59	98,23
Banho e outros cuidados de higiene disponíveis no local	97,42	95,96	98,36	95,33	91,83	97,37
Encaminhamento/ajuda para conseguir emprego	95,93	93,69	97,40	94,83	92,39	96,52
Encaminhamento/ajuda para escola/curso	94,97	92,68	96,57	94,69	92,78	96,12
Encaminhamento/ajuda/disponibilização de atividades de lazer/esportes	95,37	93,87	96,52	93,67	90,79	95,70
Funcionamento em horário conveniente	87,40	84,32	89,95	86,96	81,28	91,10
Gratuidade do serviço	96,79	94,93	97,98	97,43	95,78	98,44
Localização próxima ao local onde usam drogas	66,00	62,35	69,47	65,21	59,03	70,91
Manter o anonimato do usuário	69,19	65,38	72,75	71,35	67,07	75,29
Polícia não tenha acesso ao local	61,40	57,65	65,02	65,26	57,64	72,16
Serviços básico de saúde disponíveis	97,48	96,66	98,11	96,55	93,50	98,20
Serviços sociais básicos disponíveis (encaminhamento para abrigo, retirada de documentos, etc)	91,49	89,87	92,87	87,40	83,93	90,21
Outro aspecto, que não os acima listados	2,39	1,80	3,15	1,97	0,89	4,32

3. Comportamento sexual

A maioria dos usuários de crack e/ou similares relatou ter tido relação sexual (vaginal, anal ou oral) nos 30 dias anteriores à entrevista (75,38% [IC95% 72,29-78,23]), proporção esta significativamente mais elevada entre as mulheres do que entre os homens (respectivamente, 83,54% [IC95% 79,38-87,01] e 73,09% [IC95% 69,41-76,49], $p=0,000$) (Tabelas 5, 6 e 7).

Proporção expressiva dos usuários referiu ter tido exclusivamente parceria heterossexual nos 30 dias anteriores à entrevista: 73,45% (IC95% 68,04-78,24) das mulheres referiram ter tido relações sexuais exclusivamente com parceiros do sexo masculino, e 65,48% (IC95% 61,73-69,04) dos homens, apenas com parceiras do sexo feminino. Relações sexuais com parceiros de ambos os sexos foi referida por 4,78% (IC95% 2,83-7,94) das mulheres e por 2,00% (IC95% 1,56-2,56) dos homens. Proporções similares do ponto de vista estatístico foram referidas quanto a parce-

rias exclusivamente homossexuais entre usuários do sexo masculino (3,36% [IC95% 2,09-5,36]) e feminino (4,07% [IC95% 1,90-8,50]) (Tabelas 5, 6 e 7).

Os comportamentos e práticas sexuais podem influenciar o risco de adquirir e transmitir infecções/doenças sexualmente transmissíveis de forma específica, entre indivíduos de ambos os sexos, além de transgêneros (o que não foi avaliado no âmbito da presente pesquisa). Segundo dados do *Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2012*, a proporção de casos de AIDS notificados em indivíduos do sexo masculino apresentou aumento de 15% entre homens que fazem sexo com homens (HSH, incluindo homossexuais e bissexuais) e de 8% entre homens heterossexuais nos últimos 10 anos, respectivamente. Entre as mulheres, a imensa maioria dos casos de AIDS notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan⁹), em 2011 (87,9%) foi decorrente de relação heterossexual desprotegida (Brasil, 2012).

⁹ Informações detalhadas sobre Sinan podem ser obtidas em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>

Tabela 5: Tipo de relação sexual referida por usuários de crack e/ou similares, relativa a 30 dias anteriores à pesquisa, Brasil, 2012

	Brasil					
	Masculino			Feminino		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Teve relações sexuais alguma vez nos 30 dias anteriores a pesquisa*	73,09	69,41	76,49	83,54	79,50	86,92
Fez sexo com homens e mulheres	2,00	1,56	2,56	4,78	2,83	7,94
Fez sexo apenas com homens	3,36	2,09	5,36	73,45	68,04	78,24
Fez sexo apenas com mulheres	65,48	61,73	69,04	4,07	1,90	8,50
Fez sexo apenas com travestis	0,16	0,07	0,39	-	-	-
Fez sexo com homens e travestis	0,07	0,02	0,30	0,04	0,01	0,22
Fez sexo com mulheres e travestis	1,02	0,40	2,59	-	-	-

* $p < 0,05$

Tabela 6: Tipo de relação sexual referida por usuários de crack e/ou similares do sexo masculino, relativa a 30 dias anteriores à pesquisa, por grupo de municípios, 2012

	Masculino					
	Capital			Não Capital		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Teve relações sexuais alguma vez nos 30 dias anteriores a pesquisa	75,05	71,35	78,42	69,28	61,25	76,28
Fez sexo com homens e mulheres	1,95	1,42	2,67	2,10	1,41	3,10
Fez sexo apenas com homens	3,95	2,20	7,00	2,20	1,23	3,91
Fez sexo apenas com mulheres	67,36	63,58	70,93	61,81	53,83	69,19
Fez sexo apenas com travestis	0,19	0,07	0,56	0,10	0,03	0,34
Fez sexo com homens e travestis	0,11	0,03	0,46	-	-	-
Fez sexo com mulheres e travestis*	0,41	0,18	0,93	2,21	0,65	7,27

* $p < 0,05$

Tabela 7: Tipo de relação sexual referida por usuários de crack e/ou similares do sexo feminino, relativa a 30 dias anteriores à pesquisa, por grupo de municípios, 2012

	Feminino					
	Capital			Não Capital		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Teve relações sexuais alguma vez nos 30 dias anteriores a pesquisa	82,84	77,69	87,00	85,67	80,01	89,93
Fez sexo com homens e mulheres	4,80	2,47	9,11	4,70	2,53	8,56
Fez sexo apenas com homens	72,75	65,82	78,73	75,55	68,95	81,13
Fez sexo apenas com mulheres	3,95	1,49	10,02	4,45	1,55	12,11
Fez sexo com homens e travestis*	0,01	0,00	0,06	0,14	0,02	1,04

* $p < 0,05$

Cerca de 25% dos usuários de crack e/ou similares que relataram terem tido algum tipo de relação sexual (com pessoas do sexo oposto e do mesmo sexo) nos 30 dias anteriores à pesquisa informaram exclusivamente parcerias sexuais fixas¹⁰ (25,58% [IC95% 22,88-28,48]), relato este significativamente mais frequente entre as mulheres do que entre os homens (respectivamente, 32,17% [IC95% 26,23-38,74] e 23,80% [IC95% 21,09-26,74], $p=0,006$). Quase a totalidade dos usuários que relatou exclusivamente parceria sexual fixa informou ter tido apenas um parceiro(a) nos 30 dias anteriores à entrevista (95,18% [IC95% 93,45-96,47]), com proporções semelhantes para usuários de ambos os sexos (94,95% [IC95% 92,82-96,47] dos homens e 95,79% [IC95% 92,09-97,80] das mulheres). O uso consistente (em todas as relações sexuais) de preservativo neste tipo de parceria foi relatado por apenas 18,39% (IC95% 15,24-22,02) dos usuários de crack e/ou similares, proporção esta que se mostrou semelhante para homens e mulheres (com 18,52% [IC95% 14,63-23,16] e 18,11% [IC95% 13,21-24,31], respectivamente) (Tabela 8).

Relações sexuais eventuais¹¹ nos 30 dias anteriores à pesquisa foram relatadas por mais da metade dos usuários de crack e/ou similares (57,15% [IC95% 52,90-61,31]), com uma proporção significativamente maior entre homens do que entre as mulheres (59,35% [IC95% 54,94-63,62] e 50,10% [IC95% 41,53-58,67], $p=0,039$, respectivamente). Mais da metade dos usuários de crack e/ou similares com relato de parceria eventual informou ter tido de 2 a 5 parceiros eventuais diferentes nesse período (57,19% [IC95% 51,60-62,59]). O uso consistente de preservativo no âmbito desta parceria foi relatado por 51,69% (IC95% 47,60-55,76) dos usuários, sem que tivesse sido observada diferença

estatisticamente significativa entre homens e mulheres (51,77% [IC95% 47,75-55,76] e 51,41% [IC95% 37,58-65,03], respectivamente) (Tabela 8).

Aproximadamente um em cada quatro usuários de crack e/ou similares deu/forneceu dinheiro ou drogas em troca de sexo nos 30 dias anteriores à entrevista (23,87% [IC95% 20,82-27,21]), sendo esta proporção em homens aproximadamente seis vezes a observada em mulheres (29,55% [IC95% 25,80-33,60] e 5,34% [IC95% 2,20-12,39], $p=0,000$, respectivamente). Dentre os usuários que deram dinheiro ou drogas em troca de sexo, 5,02% (IC95% 3,50-7,15) declarou ter tido mais de 10 parceiros(as) nos 30 dias anteriores à entrevista. O uso consistente de preservativo neste tipo de parceria foi relatado por 60,95% (IC95% 55,33-66,30) dos usuários de crack e/ou similares (Tabela 8).

Uma proporção relevante de usuários (20,31% [IC95% 18,33-24,63]) referiu ter recebido dinheiro ou drogas em troca de sexo nos 30 dias anteriores à entrevista. Ao contrário (e, aparentemente, de forma complementar) do observado quanto ao relato de ter dado/fornecido dinheiro ou drogas em troca de sexo, a proporção de mulheres que recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo foi significativamente maior que a de homens que referiram tal prática (48,36% [IC95% 40,28-56,52] e 13,00% [IC95% 10,65-15,79], $p=0,000$, respectivamente). Dentre esse grupo de mulheres, a parceria sexual com 10 ou mais parceiros nos 30 dias anteriores à pesquisa foi relatada por 22,60% (IC95% 15,73-31,35) das entrevistadas, dado preocupante ao considerar que 32,60% (IC95% 18,05-51,50) das mulheres que receberam dinheiro ou drogas em troca de sexo relatou não ter utilizado preservativo nos 30 dias anteriores à entrevista (Tabela 8).

¹⁰ Parceiro(a) fixo(a) é alguém com quem manteve ou mantém relação sexual regularmente. Pode ser um namorado(a), esposa/marido, companheiro(a) ou alguém com quem a pessoa não recebe/dá nenhum dinheiro ou drogas para ter sexo.

¹¹ Parceiro(a) eventual é alguém com quem manteve ou mantém relação sexual sem regularidade. É alguém com quem a pessoa teve relação sexual uma vez ou mais, porém sem regularidade, e para quem a pessoa não recebe/dá dinheiro ou drogas para ter sexo.

Tabela 8: Tipo de parceria sexual, número de parceiros e uso de preservativo, referido por usuários de crack e/ou similares, relativo a 30 dias anteriores à pesquisa, segundo sexo, Brasil, 2012

	Brasil					
	Masculino			Feminino		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Relato de apenas parceiros fixos*	23,80	21,09	26,74	32,17	26,23	38,74
Apenas 1 parceiro fixo	94,95	92,82	96,47	95,79	92,09	97,80
2 a 5 parceiros fixos	4,70	3,25	6,77	4,12	2,12	7,83
6 a 10 parceiros fixos	0,34	0,07	1,79	0,10	0,01	0,68
Uso consistente de preservativo	18,52	14,63	23,16	18,11	13,21	24,31
Relato de parceiros casuais/eventuais*	59,35	54,94	63,62	50,10	41,53	58,67
Apenas 1 parceiro casual/eventual	19,67	16,07	23,84	18,49	12,52	26,45
2 a 5 parceiros casuais/eventuais	59,69	54,16	64,98	47,71	34,91	60,83
6 a 10 parceiros casuais/eventuais	10,25	7,85	13,28	12,00	7,36	18,95
Mais de 10 parceiros casuais/eventuais	10,40	7,86	13,63	21,80	15,09	30,43
Uso consistente de preservativo	51,77	47,75	55,76	51,41	37,58	65,03
Relato de parceiros comerciais (forneceu dinheiro/drogas em troca de sexo)*	29,55	25,80	33,60	5,34	2,20	12,39
Apenas 1 parceiro comercial	27,69	21,73	34,57	85,84	64,34	95,32
2 a 5 parceiros comerciais	55,31	47,52	62,86	8,14	2,39	24,27
6 a 10 parceiros comerciais	11,88	7,79	17,69	2,84	0,63	11,90
Mais de 10 parceiros comerciais	5,12	3,51	7,41	3,18	0,90	10,62
Uso consistente de preservativo	61,92	56,97	66,65	41,94	10,70	81,33
Relato de parceiros comerciais (recebeu dinheiro/drogas em troca de sexo)*	13,00	10,65	15,79	48,36	40,28	56,52
Apenas 1 parceiro comercial	35,59	25,58	47,04	15,62	8,14	27,90
2 a 5 parceiros comerciais	47,57	35,86	59,56	50,16	35,33	64,95
6 a 10 parceiros comerciais	8,58	4,91	14,57	11,62	6,93	18,85
Mais de 10 parceiros comerciais	8,26	5,17	12,96	22,60	15,73	31,35
Uso consistente de preservativo	54,73	42,84	66,11	48,61	34,46	62,99

* $p < 0,05$

4. Aspectos de Saúde Auto-referida

Aproximadamente 8% dos usuários de crack e/ou similares no Brasil apresentaram algum sintoma compatível com doença sexualmente transmissível (DST)¹² nos 30 dias anteriores à entrevista (7,31% [IC95% 5,36-9,90]) (Tabelas 9 e 10). Dentre estes, apenas 13,30% (IC95% 8,59-20,02) acessaram algum tipo de serviço de Saúde¹³ nos 30 dias anteriores à entrevista, e 14,14% (IC95% 2,21-54,58) dos usuários informaram que procuraram algum tipo de serviço de Saúde, porém o mesmo encontrava-se indisponível¹⁴ (Tabela 11). Esta última proporção se mostrou

bastante imprecisa, como pode ser depreendido da amplitude do respectivo intervalo de confiança, o que deriva do fato dessa demanda não satisfeita por atendimento ter sido um evento não apenas raro, como extremamente variável em diferentes subgrupos de usuários.

O corrimento uretral foi referido por 4,15% (IC95% 2,85-5,99) dos usuários do sexo masculino, sintoma este bastante específico para DST, enquanto 26,59% (IC95% 20,91-33,17) das mulheres informa-

¹² Variável computa respostas para corrimento uretral (somente homens), úlceras ou feridas no pênis, vagina ou ânus (ambos os sexos).

¹³ Posto/Centro de saúde/Ambulatório/Unidade de pronto atendimento (UPA)/Hospital (internação)/Emergência

¹⁴ Procurou o serviço desse tipo, porém o mesmo não existia ou não foi atendido.

ram ter tido corrimento vaginal. Entretanto este último achado é, em mulheres, uma informação pouco específica, muitas vezes não associada a infecções transmitidas por via sexual. Desde 2010, a síndrome do corrimento uretral masculino passou a ser de notificação compulsória (Brasil, 2010). Outros sintomas avaliados também se mostram estreitamente associados às DST: 3,39% (IC95% 2,38-4,81) e 2,96% (IC95% 2,17-4,04) dos usuários de crack e/ou similares relataram úlceras/feridas e verrugas no pênis, vagina e/ou ânus, respectivamente (Tabelas 9 e 10).

Uma proporção de moderada a baixa dos usuários (6,24% [IC95% 4,33-8,92] apresentou algum sintoma compatível com tuberculose (TB)¹⁵ nos 30 dias anteriores à entrevista, dos quais 12,17% (IC95% 7,48-19,20) relataram ter acessado algum tipo de serviço de Saúde no mesmo período (Tabelas 9, 10 e 11). Outros 14,14% (IC95% 2,21-54,58) que apresentaram sin-

tomas desta natureza referiram indisponibilidade do serviço de saúde (Tabela 11). Tais achados devem ser vistos, entretanto, com cautela, pois trata-se de sintomas inespecíficos, que poderiam estar associados a outras doenças e não à TB. A amplitude extrema do intervalo de confiança referente à demanda não satisfeita por serviços específicos documenta o quanto este é um evento esparsa e variável, portanto, uma informação imprecisa.

Quase a metade dos usuários de crack e/ou similares no Brasil relatou ter apresentado algum problema na boca, dentes ou gengiva (dor, ferida ou sangramento) nos 30 dias anteriores à entrevista (41,06% [IC95% 36,72-45,55]) e, embora o crack seja utilizado mais frequentemente fumado em cachimbos/latas/copos, apenas 21,61% (IC95% 19,66-23,69) dos usuários relatou algum tipo de ferimento/queimadura na cavidade oral e/ou lábios no mesmo período (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9: Sintomatologia relativa aos 30 dias anteriores à pesquisa, relatada por usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Algum sintoma compatível com DST	7,31	5,36	9,90
Corrimento uretral (somente homens)	4,15	2,85	5,99
Corrimento vaginal (somente mulheres)	26,59	20,91	33,17
Úlceras ou feridas no pênis, vagina e/ou ânus	3,39	2,38	4,81
Verrugas no pênis, vagina e/ou ânus	2,96	2,17	4,04
Algum sintoma compatível com TB	6,24	4,33	8,92
Febre ou sensação de febre	21,60	19,00	24,30
Tosse com ou sem escarro	52,60	47,80	57,30
Perda de peso	56,80	52,60	60,90
Suores noturnos	30,80	27,20	34,70
Ferimento/ferida/queimadura na área da boca (cavidade oral e/ou lábios)	21,61	19,66	23,69
Problemas com a boca, dentes ou gengiva (dor de dente, feridas, sangramentos, etc)	41,06	36,72	45,55

¹⁵ A variável computa respostas que incluem febre ou sensação de febre, tosse com ou sem escarro, perda de peso e suores noturnos ou quando dorme.

Tabela 10: Sintomatologia relativa aos 30 dias anteriores à pesquisa, relatada por usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Algum sintoma compatível com DST	7,92	5,27	11,75	6,00	4,35	8,22
Corrimento uretral (somente homens)	4,67	2,96	7,31	3,12	1,69	5,68
Corrimento vaginal (somente mulheres)	25,93	19,66	33,37	28,58	17,25	43,44
Úlceras ou feridas no pênis, vagina e/ou ânus	3,91	2,55	5,96	2,28	1,48	3,49
Verrugas no pênis, vagina e/ou ânus	2,85	1,86	4,35	3,20	2,16	4,73
Algum sintoma compatível com TB	7,14	4,52	11,10	4,31	3,15	5,88
Febre ou sensação de febre	23,10	20,10	26,40	18,30	14,40	22,90
Tosse com ou sem escarro*	57,00	52,70	61,20	43,10	33,10	53,80
Perda de peso	59,50	55,30	63,50	51,10	42,00	60,20
Suores noturnos	33,90	30,40	37,70	24,20	16,50	34,10
Ferimento/ferida/queimadura na área da boca (cavidade oral e/ou lábios)	21,75	19,33	24,38	21,30	18,25	24,70
Problemas com a boca, dentes ou gengiva (dor de dente, feridas, sangramentos, etc)	41,56	38,50	44,68	40,02	28,72	52,48

* $p < 0,05$

Tabela 11: Usuários de crack e/ou similares que relataram sintomatologia compatível com DST e TB por acesso a algum serviço de saúde, Brasil, 2012

	Status de acesso a serviço de saúde - Brasil								
	Sim			Não			Indisponível		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Relato de sintomatologia compatível com DST*	13,30	8,59	20,02	5,14	3,94	6,69	14,14	2,21	54,58
Relato de sintomatologia sugestiva para TB*	12,17	7,48	19,20	4,09	3,02	5,52	14,14	2,21	54,58

* $p < 0,05$

Surpreende que, a despeito de tantos problemas objetivos relatados pelos próprios usuários, a maior parte deles se refira de forma positiva ao seu estado de saúde. Quase metade dos usuários informou ter saúde bucal 'excelente/muito boa/boa' (46,73% [IC95% 42,28-51,24]), saúde física 'excelente/muito boa/boa' (47,91% [IC95% 44,88-50,96]) e emocional 'excelente/muito boa/boa' (52,91% [IC95% 49,68-56,12]) (Tabelas 12 e 13).

A autopercepção do estado de saúde se mostra habitualmente associada não apenas a critérios objetivos de saúde, como a presença de doenças incapacitantes, mas também a fatores socioeconômicos. De acordo com os dados da PNAD (IBGE, 2010), aproximada-

mente 77% das pessoas residentes no Brasil considerou seu estado de saúde como "muito bom" e "bom". Esta proporção é superior àquela observada na pesquisa atual, mas, intuitivamente, seria de esperar que os usuários, frente a tantas dificuldades objetivas avaliassem de forma menos positiva seu estado de saúde. Não é possível, no âmbito do presente estudo, avaliar essa aparente dissonância cognitiva/perceptiva, a qual deve ser objeto de estudos que avaliem de forma aprofundada questões centrais associadas a ele, tais como eventuais déficits cognitivos, diferentes comorbidades psiquiátricas, além dos efeitos das substâncias consumidas de forma regular sobre o humor e a capacidade de auto-avaliação e julgamento.

Tabela 12: Estado de saúde auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo a 30 dias anteriores a pesquisa, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Estado de saúde física			
Excelente/Muito Bom/Bom	47,91	44,88	50,96
Satisfatório	20,10	18,21	22,13
Ruim	31,99	28,92	35,22
Estado de saúde emocional			
Excelente/Muito Bom/Bom	52,91	49,68	56,12
Satisfatório	17,69	15,45	20,18
Ruim	29,40	26,04	32,99
Estado de saúde bucal			
Excelente/Muito Bom/Bom	46,73	42,28	51,24
Satisfatório	16,90	14,90	19,00
Ruim	36,40	31,90	41,10

Tabela 13: Estado de saúde auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo a 30 dias anteriores a pesquisa, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Estado de saúde física						
Excelente/Muito Bom/Bom	44,90	41,47	48,37	54,16	48,93	59,31
Satisfatório	20,19	17,67	22,96	19,92	17,55	22,51
Ruim	34,92	31,48	38,52	25,92	20,67	31,97
Estado de saúde emocional						
Excelente/Muito Bom/Bom	50,02	46,25	53,80	59,04	52,88	64,92
Satisfatório	18,67	15,78	21,95	15,62	12,65	19,14
Ruim	31,31	27,69	35,18	25,34	18,55	33,60
Estado de saúde bucal						
Excelente/Muito Bom/Bom	46,04	40,93	51,23	48,21	39,61	56,91
Satisfatório	17,60	15,40	20,10	15,30	11,80	19,60
Ruim	36,30	32,40	40,50	36,50	26,00	48,30

5. Considerações Finais

Usuários de crack e/ou similares frequentam de forma esparsa e muito aquém do desejável, frente aos problemas de saúde e marginalização sociais que eles próprios referem, serviços de saúde e sociais, o que parece fortemente associado à situação de vulnerabilidade social em que estão inseridos. A ausência/carência de apoio familiar e o medo da discriminação e estigmatização podem influenciar negativamente as perspectivas de cuidado à saúde destes indivíduos.

Além disso, diversos aspectos operacionais dos serviços de saúde, como a necessidade de comprovação de identidade e endereço, além da percepção do ambiente dos serviços de saúde como algo hostil

podem representar barreiras adicionais à busca e engajamento efetivo dos usuários de crack nos serviços. A adequação dos serviços para o atendimento específico da população usuária de drogas e em situação de extrema vulnerabilidade social se faz absolutamente necessária e premente, o que inclui treinamento e capacitação das equipes desses serviços, aconselhamento e apoio social e psicológico, além de medidas para tornar o ambiente mais acolhedor e reduzir o estigma e discriminação enfrentados pelos usuários de droga. Estes fatores se mostram essenciais para aumentar a aderência destes usuários aos serviços de saúde e sociais, uma vez que a busca por ajuda e a demanda por apoio e cuidado existe e é verbalizada pelos usuários.

Referências

- Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo Perspec 2008; 22(2): 19-29.
- Bastos F. I., Bongertz V., Teixeira S. L., Morgado M. G., Hacker M. A. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. Mem Inst Oswaldo Cruz 2005; 100: 91-6.
- Baum MK, Rafie C, Lai S, Sales S, Page B, Campa A. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. J Acquir Immune Defic Syndr 2009; 50(1): 93-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids. Ano I – no. 01 (até semana epidemiológica 52ª.). Dezembro de 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Curso de Vigilância Epidemiológica das Doenças Sexualmente Transmissíveis de notificação compulsória: sífilis e síndrome do corrimento uretral masculino. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/cbve_corrimento_masc_2010_final_pdf_24822.pdf.
- Buchanan D, Tooze JA, Shaw S, Kinzly M, Heimer R, Singer M. Demographic, HIV risk behavior, and health status characteristics of “crack” cocaine injectors compared to other injection drug users in three New England cities. Drug Alcohol Depend 2006; 81(3): 221-9.
- Cruz MS, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. Int J Drug Policy 2013; 24(5): 432-8.
- Escorel S. Equidade em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (Orgs.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 202-10. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.
- IBGE. Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. 256 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf.
- Malta M, Monteiro S, Lima RMJ, Bauken S, Marco A, Zuim GC, et al. Risco frente ao HIV/AIDS entre mulheres trabalhadoras do sexo que usam crack no sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2008; 42(5): 830-7.
- Nurutdinova D, Abdallah AB, Bradford S, O’Leary CC, Cottler LB. Risk factors associated with Hepatitis C among female substance users enrolled in community-based HIV prevention studies. BMC Res Notes 2011; 4:126.
- Riley ED, Moore K, Sorensen JL, Tulsy JP, Bangsberg DR, Neilands TB. Basic subsistence needs and overall health among human immunodeficiency virus-infected homeless and unstably housed women. Am J Epidemiol 2011; 174(5): 515-22.
- Tindal C, Cook K, Foster N. Theorising stigma and the experiences of injecting drug users in Australia. Aust J Prim Health 2010; 16(2): 119-25.
- Victorian Government. Victorian Drug Strategy 2006–09: improving health, reducing harm. Victorian Department of Human Services, Melbourne, 2006. Disponível em: [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/87EC3DB-4DAC1F5ADCA2578A90010FD61/\\$FILE/drug_strategy_06-09.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/87EC3DB-4DAC1F5ADCA2578A90010FD61/$FILE/drug_strategy_06-09.pdf).

ANEXO IV

Variáveis	Categorias	HCV					
		Caso			Controle		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%
Raça/cor	Branco	27	21,3	18,1-24,5	129	25,2	21,8-28,6
	Não branco	100	78,7	75,5-81,9	382	74,8	71,4-78,2
Escolaridade	Até 3ª série	31	24,2	20,9-27,5	142	27,7	24,2-31,2
	4ª a 8ª série	67	52,3	48,4-56,2	257	50,1	46,2-54
	Medio/superior	30	23,4	20,1-26,7	114	22,2	19-25,4
Moradia nos ultimos 30 dias	Apartamento/casa próprio ou da familia	33	25,6	22,2-29	182	35,4	31,7-39,1
	Apartamento/casa/quarto alugado/amigos	28	21,7	18,5-24,9	98	19,1	16,1-22,1
	Moradia temporária (hotel, abrigo, etc)	8	6,2	4,3-8,1	20	3,9	2,4-5,4
	Outros locais	5	3,9	2,4-5,4	14	2,7	1,4-4
	Na rua (sem teto)	55	42,6	38,8-46,4	200	38,9	35,1-42,7
Ocupação/trabalho principal	Trabalho formal	53	41,1	37,3-44,9	178	34,6	30,9-38,3
	Trabalho informal	50	38,8	35-42,6	216	41,9	38,1-45,7
	Não trabalha	26	20,2	17,1-23,3	121	23,5	20,2-26,8
Poliuso de drogas	crack/álcool/tabaco/1 droga ilícita	28	21,7	18,5-24,9	176	34,1	30,4-37,8
	crack/álcool/tabaco/2 ou mais drogas ilícitas	101	78,3	75,1-81,5	340	65,9	62,2-69,6
Tempo de uso de crack	Até 5 anos	44	37,3	33,6-41	225	47,5	43,6-51,4
	Mais de 5 anos	74	62,7	59-66,4	249	52,5	48,6-56,4
Uso de camisinha	Não teve relação/usou todas as vezes	52	40,3	36,5-44,1	250	48,4	44,5-52,3
	Não usou pelo menos 1 vez	77	59,7	55,9-63,5	266	51,6	47,7-55,5
Algum tipo de troca de sexo por droga ou dinheiro	Não	77	59,7	55,9-63,5	374	72,5	69,1-75,9
	Sim	52	40,3	36,5-44,1	142	27,5	24,1-30,9
Resultado HIV Combinação T1 + T2	Não	116	90,6	88,3-92,9	474	95,4	93,8-97
	Sim	12	9,4	7,1-11,7	23	4,6	3-6,2
Compartilhamento aparatos	Sim	95	73,6	70,2-77	327	66,7	63,1-70,3
	Não	34	26,4	23-29,8	163	33,3	29,7-36,9
Uso de drogas injetáveis na vida	Sim	67	51,9	48-55,8	67	13,0	10,4-15,6
	Não	62	48,1	44,2-52	449	87,0	84,4-89,6
Úlceras no pênis, vagina ou ânus	Não	123	95,3	93,7-96,9	505	97,9	96,8-99
	Sim	6	4,7	3,1-6,3	11	2,1	1-3,2
Verrugas no pênis, vagina ou ânus	Não	124	96,1	94,6-97,6	507	98,3	97,3-99,3
	Sim	5	3,9	2,4-5,4	9	1,7	0,7-2,7
Colocação de piercing/tatuagem	Não	48	37,8	34,1-41,5	226	45,1	41,3-48,9
	Sim	79	62,2	58,5-65,9	275	54,9	51,1-58,7
Problemas na boca/gengiva	Não	75	58,1	54,3-61,9	272	54,0	50,2-57,8
	Sim	54	41,9	38,1-45,7	232	46,0	42,2-49,8

ANEXO X

Variável	Masculino					Feminino				
	%(IC95%)	Excelente/Muito Bom/Bom	Satisfatória	Ruim	p_valor	%(IC95%)	Excelente/Muito Bom/Bom	Satisfatória	Ruim	p_valor
Faixa Etária 18 a 30 anos	56,2 (52,6-59,7)	52,7 (48,7-56,7)	20,5 (17,2-24,1)	26,8 (23,3-30,7)	0,112	59,5 (51,8-66,8)	49,8 (41,3-58,2)	13,6 (10,5-17,5)	36,6 (28,4-45,7)	0,063
31 ou +	43,8 (40,3-47,4)	45,1 (40,7-49,6)	21,9 (18,3-26)	33 (27,3-39,2)		40,5 (33,2-48,2)	33,5 (24,6-43,7)	19,8 (13,8-27,5)	46,7 (33,3-60,6)	
Raça										
Branco	20,7 (17,3-24,5)	54 (45,9-61,8)	16,5 (12,6-21,3)	29,5 (22,3-38)	0,198	21,4 (16,1-28)	51,9 (38,2-65,4)	12,9 (7,1-22,4)	35,1 (21,7-51,5)	0,349
Não branco	79,3 (75,5-82,7)	48,1 (44,7-51,5)	22,4 (20,1-24,9)	29,5 (26,4-32,9)		78,6 (72-83,9)	40,6 (32,9-48,7)	17,1 (13,5-21,3)	42,4 (33,5-51,7)	
Situação conjugal separado, divorciado, viuvo	15,3 (13,6-17,2)	38,8 (31,5-46,8)	24,5 (18,6-31,5)	36,7 (28,9-45,2)	0,068	9,7 (7,3-12,8)	39,1 (27,2-52,5)	19,4 (11,4-31,2)	41,5 (27,7-56,8)	0,730
solteiro	62,4 (59,5-65,3)	51,5 (47,6-55,3)	19,8 (17-23)	28,7 (25,2-32,4)		54 (47,5-60,5)	41,6 (31,2-52,9)	14,9 (10,9-20)	43,5 (31,5-56,2)	
casado ou mora junto	22,3 (19,8-25)	50,6 (44,3-56,9)	22,5 (18,6-26,9)	27 (20,8-34,1)		36,3 (30,1-43)	46,4 (36,6-56,6)	16,9 (12-23,3)	36,7 (26,7-47,9)	
Escolaridade										
Ensino Medio e superior	20 (17,2-23,1)	45,4 (37-54,1)	21,9 (17,5-27,2)	32,7 (25,5-40,7)	0,144	14,5 (11,1-18,7)	47,3 (35,1-59,8)	21,8 (13,4-33,6)	30,8 (21,9-41,6)	0,474
Até 3ª série	23,5 (19,7-27,8)	54,1 (47-61)	15,5 (12,3-19,4)	30,4 (24,3-37,3)		23,9 (19,2-29,2)	44,3 (36-53)	16,3 (10-25,5)	39,3 (30,5-49)	
4ª a 8ª serie do EF	56,4 (53,1-59,7)	48,9 (45,3-52,5)	23 (19,8-26,6)	28,1 (25-31,3)		61,7 (55,4-67,6)	41,5 (31,9-51,8)	14,8 (11,1-19,3)	43,7 (32,7-55,3)	
Moradia										
Algum tipo, inclusive temporária	62,4 (57-67,4)	52,7 (48,4-56,9)	20,7 (18,1-23,5)	26,7 (23,6-30)	0,013	53,9 (46,2-61,4)	50 (42,8-57,3)	18,5 (14,4-23,4)	31,5 (24,1-39,9)	0,006
Rua/prisão	37,6 (32,6-43)	44 (39,8-48,2)	21,8 (17,6-26,7)	34,2 (30,2-38,5)		46,1 (38,6-53,8)	34,7 (24,9-45,9)	13,3 (9,1-19)	52 (39,4-64,4)	
Ocupação/trabalho principal										
Trabalho formal/informal	57,1 (53,4-60,7)	51,7 (47,8-55,6)	19,9 (17,2-22,9)	28,4 (24,9-32,2)	0,148	69,8 (63,8-75,2)	43,7 (34,9-52,9)	15,6 (11,9-20,3)	40,7 (30,6-51,7)	0,909
Não trabalha	42,9 (39,3-46,6)	46,3 (42-50,6)	22,7 (19,3-26,5)	31 (27,3-35)		30,2 (24,8-36,2)	41,9 (33,4-50,9)	16,9 (12,4-22,5)	41,2 (32,3-50,8)	
Renda de assistência/beneficio	4,8 (3,3-6,8)	43,9 (28,4-60,6)	29,3 (17,5-44,7)	26,8 (12,2-49,3)	0,522	7,9 (5,8-10,6)	46,9 (33,9-60,3)	16,7 (8,7-29,7)	36,4 (25,4-49)	0,796
Família/parceiro(a)/amigo	10,8 (8,5-13,7)	45,1 (36,2-54,3)	16,4 (10,6-24,6)	38,5 (28,4-49,8)	0,142	12,9 (10,2-16,2)	38 (28,9-47,9)	23 (16,5-31,2)	39 (28,2-50,9)	0,245
Trabalho regular com carteira assinada	5 (3,4-7,4)	60,4 (44,5-74,4)	27,2 (13,5-47,4)	12,4 (7,4-19,9)	0,059	1,1 (0,3-3,5)	33,9 (6,7-78,5)	2,4 (0,4-12,3)	63,7 (18,9-93)	0,327
Trabalho regular sem carteira assinada	9,5 (7,4-12)	69,1 (58,4-78)	15,7 (9,3-25,3)	15,2 (10,1-22,3)	0,000	3,6 (1,9-6,5)	27 (11,9-50,4)	8,7 (3,6-19,4)	64,3 (38,7-83,7)	0,080
Trabalho por conta própria/autônomo	23,3 (19,9-27)	58,6 (52,5-64,5)	19,3 (14,8-24,9)	22,1 (17,5-27,4)	0,004	14,7 (11,2-19)	49,5 (35,9-63,2)	19,7 (12,1-30,5)	30,7 (19,1-45,4)	0,295
Trabalho esporádico/bicos	52,2 (48,2-56,1)	48,1 (43,2-53,1)	20,5 (17,5-23,8)	31,4 (26,7-36,5)	0,482	33,7 (27,6-40,4)	43,7 (34,3-53,7)	15,1 (10,6-21,2)	41,1 (32,3-50,6)	0,939
Preparar para o comércio	5,3 (4-6,9)	61,2 (47,4-73,5)	17,5 (11,1-26,5)	21,2 (13,5-31,7)	0,131	10,8 (4,5-23,8)	23,1 (7,2-53,6)	3,3 (1-10,3)	73,7 (42,4-91,4)	0,015
Atividade ilícita	9,9 (7,5-13)	40,1 (26,8-55,2)	24,1 (16,3-34,1)	35,8 (26,9-45,8)	0,276	5,7 (3,6-8,7)	36 (17,4-60)	27,9 (11,2-54,3)	36,2 (16,4-62)	0,443
Pedir esmolas	11,8 (9,4-14,7)	39,3 (32,9-46,2)	22,2 (16,8-28,9)	38,4 (30,8-46,7)	0,014	16,5 (12,7-21,3)	40,1 (29,1-52,2)	21,6 (13,9-31,9)	38,3 (27,7-50,1)	0,446

Variável	Masculino					Feminino				
	%(IC95%)	Excelente/Muito Bom/Bom	Satisfatória	Ruim	p_valor	%(IC95%)	Excelente/Muito Bom/Bom	Satisfatória	Ruim	p_valor
Poliuso de drogas										
Crack+álcool+tabaco+1 ilícita	18 (14,7-21,9)	62,2 (56,4-67,7)	15,1 (12-18,8)	22,7 (18,1-28,1)	0,000	24,3 (18,4-31,4)	44,4 (34,8-54,4)	21,1 (15,2-28,5)	34,6 (25,5-44,9)	0,269
Crack+álcool+tabaco+2ou+ilícitas	82 (78,1-85,3)	46,7 (43,1-50,3)	22,3 (19,7-25,2)	31 (27,7-34,4)		75,7 (68,6-81,6)	42,7 (34,2-51,5)	14,6 (11,4-18,5)	42,8 (33,3-52,8)	
Tempo de uso de crack										
Até 5 anos	53,5 (48,2-58,6)	52,7 (48,9-56,4)	18,6 (16-21,6)	28,7 (24,8-33)	0,045	61,8 (55,2-67,9)	44,6 (35,3-54,3)	15,4 (11,4-20,6)	39,9 (29,1-51,8)	0,701
Mais de 5 anos	46,5 (41,4-51,8)	45,5 (40,9-50,1)	23,2 (19,4-27,5)	31,3 (28,1-34,8)		38,2 (32,1-44,8)	39,9 (30,2-50,4)	17,1 (12,8-22,5)	43 (32,1-54,7)	
Número de pedras ao dia										
Até 5	39,6 (35,8-43,7)	51,9 (46,3-57,4)	22 (17,9-26,7)	26,1 (21,5-31,4)	0,024	30,1 (24,7-36,1)	45,3 (37,3-53,5)	17,2 (12,6-23,1)	37,4 (29,6-46)	0,015
6 a 10	31,1 (28,2-34,1)	51,9 (45,7-58)	19 (15,3-23,4)	29,1 (23,4-35,5)		29 (23,1-35,6)	54,9 (43,9-65,4)	18,3 (12,4-26,2)	26,8 (18,3-37,4)	
10+	29,3 (25,2-33,7)	40,5 (35,1-46,2)	21,2 (17,6-25,3)	38,3 (31,4-45,6)		40,9 (33,5-48,8)	36,3 (28,4-45)	15,8 (10,5-23)	47,9 (38,7-57,3)	
Modo de uso de crack e similares										
Diariamente a mesma quantidade	18,2 (15,9-20,7)	66,5 (60,3-72,1)	18,7 (14,6-23,5)	14,8 (10,8-20)	0,000	11,2 (8,3-14,8)	58,5 (47,9-68,3)	15 (9,1-23,6)	26,5 (18,1-37,2)	0,501
Diariamente, uns dias mais, uns dias menos	14,3 (11,7-17,4)	51,1 (43,8-58,4)	20,1 (16,3-24,5)	28,8 (22,3-36,3)		15,6 (9,3-25,1)	37,3 (17,6-62,4)	14,6 (6,5-29,8)	48 (20,8-76,5)	
De vez em quando, e enquanto tiver, sem controle nenhum	56,2 (51,7-60,5)	42 (38,4-45,8)	22,9 (20-26,2)	35,1 (31,4-38,9)		56,7 (49,5-63,7)	40,2 (32,6-48,3)	17,4 (13,2-22,6)	42,4 (34,2-51,1)	
De vez em quando, controla o uso mesmo quando sai para usar	11,3 (9,6-13,4)	54,8 (47-62,3)	17,1 (11,9-24)	28,1 (22-35)		16,5 (13-20,8)	47,1 (33,1-61,7)	13,3 (8,5-20,2)	39,5 (27,1-53,5)	
Motivo de uso de crack										
Preço barato	1,3 (0,9-2)	42,2 (30,1-55,4)	7,8 (4-14,6)	50 (35,7-64,3)	0,001	1,2 (0,6-2,1)	48,6 (21,4-76,7)	6,4 (1,5-23,2)	45 (18,2-75,1)	0,571
Conseguiu a droga	15,2 (13,4-17,3)	51,9 (44,8-58,9)	20 (15,2-25,9)	28,1 (22,9-34)	0,752	15,3 (12-19,4)	47,7 (33,7-62,1)	12,6 (8-19,3)	39,7 (26,6-54,5)	0,611
Vontade/curiosidade do efeito	52,4 (48,6-56,1)	50,1 (46,1-54,1)	21 (17,6-24,7)	28,9 (24,5-33,8)	0,881	36,9 (30,1-44,2)	49,9 (41,7-58,2)	20 (14,6-26,7)	30,1 (23,2-38,1)	0,024
Perdas afetivas	10,7 (8,9-12,9)	43,5 (34,5-52,8)	27,5 (17,4-40,4)	29,1 (22,2-37)	0,284	17,7 (12,6-24,4)	29,1 (17,9-43,7)	13 (7-22,8)	57,9 (41,2-72,9)	0,039
Problemas familiares	20 (17,5-22,9)	46 (39,1-53)	23,4 (17,1-31,3)	30,6 (24,5-37,4)	0,593	31,4 (23,9-40)	27,6 (16,8-41,8)	11,2 (6,8-17,7)	61,3 (45,6-74,9)	0

Perda do emprego/fonte de renda	1,7 (1,2-2,5)	31 (17,9-48)	21,1 (9,9-39,6)	47,9 (26,6-69,9)	0,101	1,1 (0,3-3,6)	79,9 (43,5-95,4)	4,4 (0,9-19,1)	15,7 (3,4-49,3)	0,033
Vida ruim, sem perspectivas	7,8 (6,4-9,4)	41,2 (33,2-49,7)	28,4 (20,7-37,8)	30,4 (23,6-38,1)	0,074	12,6 (8,6-18,2)	47,5 (25,6-70,4)	9 (5,3-14,9)	43,5 (21,7-68,1)	0,471
Por pressão dos amigos	27,7 (24,7-31)	48,7 (42,2-55,2)	18,3 (15,1-22)	33,1 (27,8-38,8)	0,2230	23,3 (18,6-28,8)	43,4 (32,9-54,6)	17,4 (12,7-23,3)	39,2 (29-50,4)	0,880
Compartilhamento aparatos	69,5 (65,5-73,3)	46,4 (42,7-50,1)	21,1 (18,1-24,5)	32,4 (29,2-35,8)	0,018	76,9 (72-81,2)	38,9 (31,4-47,1)	16,1 (12,3-20,7)	44,9 (35,6-54,6)	0,002
HIV reagente	4 (2,7-5,9)	44,1 (25,5-64,6)	17 (7,6-33,8)	38,8 (19,7-62,2)	0,748	8,2 (5,6-11,8)	42,4 (25,4-61,4)	7,9 (3,9-15,3)	49,8 (31,9-67,7)	0,318
Sintoma de DST	7,6 (5,3-10,9)	47,1 (30,2-64,6)	22,6 (14,2-33,9)	30,4 (19,1-44,7)	0,902	6,3 (4,2-9,3)	35,2 (17,9-57,5)	13,7 (6,8-25,5)	51,2 (31,3-70,6)	0,496
Sintoma de tuberculose	72,1 (67,8-76)	43,1 (39,3-46,9)	22,4 (19,6-25,4)	34,6 (31-38,4)	0	79,3 (73-84,5)	36,1 (29,3-43,4)	16,6 (13-20,8)	47,4 (38,6-56,3)	0
Contato com alguém com tuberculose	11,9 (9,8-14,2)	40,1 (32,3-48,4)	18,7 (13,8-24,9)	41,2 (33,4-49,5)	0,004	18,9 (15,1-23,3)	37,9 (26,2-51,2)	13,8 (9,2-20,4)	48,3 (35,9-60,8)	0,385
Uso de camisinha										
Não teve relação/todas as vezes	44,2 (41,1-47,3)	46 (40,9-51,2)	18,9 (16-22,1)	35,1 (29,2-41,5)	0,015	34,5 (28,3-41,3)	44,6 (34,9-54,7)	13,6 (9,5-19,3)	41,8 (31,6-52,7)	0,667
Não usou pelo menos 1 vez	55,8 (52,7-58,9)	52,1 (48,3-55,8)	22,9 (19,7-26,4)	25,1 (21,6-28,9)		65,5 (58,7-71,7)	42,3 (33,8-51,3)	17,4 (13,4-22,3)	40,3 (30,4-51)	
Troca de sexo por droga ou dinheiro	28,5 (25,1-32,2)	48,5 (42,1-54,8)	23,7 (19-29,1)	27,8 (22,5-33,9)	0,51	48,5 (41,5-55,5)	39,2 (27,7-52)	14,8 (10,3-20,7)	46 (32,2-60,6)	0,343
Sexo no ultimo ano com alguém sabidamente portador HIV	5,1 (3,3-7,6)	38,3 (25,7-52,6)	22,1 (13,2-34,6)	39,6 (22,2-60,1)	0,243	6,7 (4,5-10,1)	43,4 (23,8-65,3)	10,8 (4,2-25,1)	45,8 (27,6-65,3)	0,740
Piercing/tatuagem	65,3 (61,3-69,1)	48 (43,4-52,6)	21,7 (18,9-24,8)	30,2 (26,2-34,6)	0,489	70,9 (62,3-78,2)	47,8 (40,9-54,8)	16,1 (12,9-20)	36,1 (29,3-43,5)	0,085
Uso de drogas injetáveis na vida	9,9 (8,1-12,1)	49,2 (39,2-59,3)	18,2 (13,2-24,5)	32,6 (23,1-43,8)	0,656	6,8 (4,7-9,8)	28,6 (15,8-46)	17,9 (7,3-37,7)	53,5 (34,4-71,6)	0,29
Feridas na boca	20,2 (18,4-22,2)	33,8 (28,4-39,7)	19,3 (15-24,5)	46,9 (40,2-53,8)	0	26,4 (20,2-33,6)	35,1 (23,4-49)	13,4 (8,5-20,4)	51,5 (38,9-63,8)	0,152
Problemas na boca/gengiva/dentes	40,7 (36,1-45,4)	38,8 (33,5-44,4)	23,2 (19,7-27,1)	38 (33,1-43,2)	0	42,9 (35,3-50,9)	40,6 (31,8-50,1)	16,1 (11,8-21,6)	43,2 (33,9-53,1)	0,744

Variável	Masculino					Feminino				
	%(IC95%)	Excelente/Muito Bom/Bom	Satisfatória	Ruim	p_valor	%(IC95%)	Excelente/Muito Bom/Bom	Satisfatória	Ruim	p_valor
Sentimentos de culpa/punição? Ansiedade, impaciência ou irritabilidade?	49,8 (45,4-54,2)	40,1 (35,3-45)	23,4 (20,4-26,8)	36,5 (32,6-40,6)	0,000	56,8 (49,7-63,7)	33,1 (24,4-43,2)	16,4 (11,9-22,2)	50,5 (39,6-61,3)	0,000
		42,1 (38,4-45,9)	23,5 (20,4-27)	34,4 (31,2-37,8)	0,000		37,1 (29,5-45,5)	14,8 (11-19,4)	48,1 (38,7-57,6)	0,000
	56,7 (52,3-61)	35,8 (30,3-41,6)	24,1 (20,5-28,1)	40,1 (35,7-44,7)	0,000	73 (67,1-78,2)	48,3 (41,2-55,5)	14,8 (10,5-20,4)	56,8 (45,1-67,8)	0,000
Dificuldade de dormir?	41,6 (38-45,2)	35 (29,9-40,5)	22,4 (18,2-27,1)	42,6 (37,7-47,6)	0,000	47,5 (40,6-54,6)	27,6 (18,5-38,9)	12,8 (8,7-18,6)	59,6 (46,7-71,3)	0,000
Dificuldade de concentração?	21,6 (18,9-24,7)	33 (27,1-39,6)	20,8 (16,4-26,1)	46,2 (39,9-52,6)	0,000	48,5 (40,1-57)	33,9 (23,9-45,6)	11,4 (7,8-16,4)	54,7 (42,3-66,6)	0,000
Perda do interesse sexual?	39 (35,1-43)	31,9 (27,2-36,9)	24,6 (20,8-28,8)	43,6 (39,5-47,7)	0,000	56,8 (49,6-63,8)	29,3 (21,6-38,3)	13,6 (9,9-18,4)	57,1 (46,8-66,8)	0,000
Baixa auto-estima?	29,2 (25,9-32,8)	33,6 (27,2-40,5)	23,4 (19,6-27,7)	43 (37,6-48,7)	0,000	54 (47,4-60,4)	29,5 (20,2-40,8)	12,3 (8,8-16,9)	58,2 (46,1-69,4)	0,000
Acolhimento institucional e/ou outros serviços da rede pública de assistência social	12 (9,7-14,7)	45,6 (35,6-55,9)	26,7 (17,8-37,9)	27,8 (20,8-35,9)	0,375	15,4 (10,3-22,2)	49,6 (28-71,4)	7 (3,7-12,8)	43,4 (23-66,4)	0,291
Previdência social	3,8 (2,5-5,5)	34,3 (24,4-45,8)	34 (21,9-48,6)	31,7 (19,2-47,6)	0,038	3,3 (2-5,3)	47 (27,8-67,2)	17,1 (5,3-43,2)	35,9 (20,5-54,9)	0,871
Programas para conseguir trabalho, emprego e renda	8,5 (7-10,3)	48,2 (38,4-58,1)	22,7 (16,8-29,9)	29,2 (21,2-38,7)	0,910	6,1 (3,6-10,1)	52,8 (28,6-75,8)	11,6 (5,5-22,8)	35,6 (17,6-58,9)	0,539
Serviço que fornece alimentação gratuita	17,6 (14,8-20,7)	47,8 (38,7-57,1)	20 (14,8-26,5)	32,2 (24,4-41,2)	0,753	17,6 (13,4-22,8)	28,8 (18,2-42,4)	14,5 (9,2-22)	56,7 (43,1-69,4)	0,031
Posto/Centro de Saúde / Ambulatórios/ UPAs	17,5 (15,4-19,9)	47,2 (40,6-53,8)	24,9 (20,1-30,4)	27,9 (23,2-33,2)	0,301	30 (23,8-37)	51,2 (40-62,4)	14,1 (9,5-20,4)	34,7 (25,6-45,1)	0,195
Hospital (internação)	7,2 (5,4-9,5)	39,4 (28,6-51,4)	31,1 (21,6-42,5)	29,5 (21,9-38,4)	0,055	13,6 (9,8-18,5)	54,6 (38,4-69,9)	12 (5,8-23,2)	33,4 (20,2-49,8)	0,267
Emergência	10,2 (8,2-12,6)	38,6 (28,6-49,6)	20,6 (14,2-28,8)	40,8 (30,1-52,5)	0,036	16,8 (12,1-22,9)	51,8 (38,2-65,2)	9,1 (5-16,2)	39,1 (27,2-52,4)	0,157
gla_8_new1	1,3 (0,9-1,9)	45,4 (30,2-61,6)	12,1 (5,9-23,1)	42,5 (26,6-60,1)	0,214	3,7 (1,6-8,6)	50,4 (36,4-64,3)	12,3 (3,7-33,6)	37,3 (22,9-54,5)	0,651
Hospital psiquiátrico	3,5 (2,3-5,4)	56,9 (35,5-76)	13,8 (6,8-25,8)	29,3 (15,5-48,4)	0,495	3,8 (2,1-6,7)	40,8 (18,8-67,3)	21,3 (6,1-53,1)	37,8 (13,7-70)	0,886
Clínica especializada	4,3 (2,9-6,2)	46,5 (27,7-66,3)	19 (10,9-31)	34,6 (18,5-55,1)	0,770	2,1 (1-4,4)	66,3 (35,6-87,5)	14,4 (5-35,1)	19,3 (6,7-44,3)	0,154
Comunidade Terapêutica	4,8 (3,3-7)	48 (30,5-65,9)	22,3 (13,3-34,9)	29,7 (15,5-49,4)	0,969	2,2 (1,3-3,9)	49,9 (24,7-75,1)	19,3 (8-39,7)	30,8 (11,7-60)	0,693

Casa de Acolhimento Transitório (CAT) ou albergue terapêutico ofertados pelo SUS		29,9 (18,2-45)	41,7 (22,3-64,2)	28,3 (17,2-43)	0,031		47,4 (18,2-78,5)	16,4 (5-42,1)	36,3 (10,3-73,8)	
	3,8 (2,6-5,6)					2,1 (1-4,2)				0,934
		41,4 (29,9-54)	29,8 (17,8-45,5)	28,7 (20,5-38,6)	0,244		45,1 (30,5-60,6)	28,5 (13,7-50)	26,4 (16,1-40,2)	
	6,5 (4,9-8,5)					5,8 (4-8,4)				0,09
CAPS-AD		60,8 (35,8-81,2)	23,6 (9,5-47,6)	15,6 (4,7-41)	0,446		69,4 (37,1-89,7)	19,5 (3,8-59,6)	11,1 (4,3-26,1)	
Serviço Universitário	0,3 (0,2-0,5)					0,4 (0,2-0,7)				0,117
Saúde reprodutiva (mulheres)										
Gravidez atual						14,8 (10,6-20,4)	61,9 (45,5-75,9)	23,8 (13,4-38,6)	14,4 (7,7-25,2)	0,004
Engravidou na vida						90,1 (84,5-93,8)	41,5 (34,8-48,5)	16 (13-19,7)	42,5 (34,4-51)	
Engravidou pós-crack						58,1 (49,9-65,9)	45 (37,8-52,5)	15,5 (12-19,7)	39,5 (31,5-48,1)	0,015
Nativo com problema de saúde/má formação pós-crack							48,3 (30,4-66,7)	15,1 (8,5-25,3)	36,6 (22,6-53,3)	0,939
						9,2 (6,3-13,3)				0,844