

FIOCRUZ
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
BIBLIOTECA LEONARDO DE ALMEIDA FILHO
Rua Leopoldo de Bulhões, 1460
21041-210 Mangueiras - RJ - Brasil

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

“A Dinâmica da Epidemia pelo HIV/AIDS Entre Usuários de Drogas Injetáveis no Rio de Janeiro, Brasil: o papel dos ‘novos injetadores’ e ‘antigos injetadores’”

por

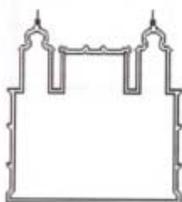
Mariana de Andrea Vilas Boas Hacker

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos

Rio de Janeiro, dezembro de 2002

5993
118d



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

Esta dissertação, intitulada

“A Dinâmica da Epidemia pelo HIV/AIDS Entre Usuários de Drogas Injetáveis no Rio de Janeiro, Brasil: o papel dos ‘novos injetadores’ e ‘antigos injetadores’”

apresentada por

Mariana de Andrea Vilas Boas Hacker

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Claudia de Souza Lopes

Prof. Dr. Joaquim Gonçalves Valente

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 11 de dezembro de 2002.

Agradecimentos

Agradeço à Fundação Oswaldo Cruz e Organização Mundial de Saúde pelo apoio financeiro para a realização do projeto “OMS-Fase II, Estudo Multicêntrico em usuários de drogas injetáveis” (IP- Francisco Inácio Bastos) .

Agradeço também à FAPERJ e ao CNPq pelos recursos adicionais provenientes dos projetos “Estudo da resposta imune humoral em usuários de drogas injetáveis IV-1 positivos” (IP- Vera Bongertz), financiado pela FAPERJ, e “Imunopatologia da infecção pelo HIV: reconstituição da resposta imune e resposta à terapia antiretroviral em pacientes infectados por subtipos de HIV-1 prevalentes no Brasil” (IP- Mariza Morgado), financiado pelo CNPq. Agradeço a Sylvia Teixeira e demais colegas do laboratório pelas análises realizadas.

Agradeço também aos colegas do Núcleo de Estudos e pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD/UERJ).

Agradeço aos integrantes da banca de qualificação, Ângela Jourdan Gadelha e Joaquim Valente e aos integrantes da banca de defesa, Cláudia Lopes e Joaquim Valente, pelas sugestões e correções feitas.

Agradeço ao Francisco Inácio Bastos pela orientação e incentivo e pelo aprendizado que a experiência me possibilitou.

Por fim, agradeço à minha família pelo apoio e compreensão durante toda minha vida.

ÍNDICE

1- A epidemia da AIDS no mundo	01
1.2- A epidemia de AIDS no Brasil	03
2- A epidemia de AIDS entre UDI no mundo	07
2.1-A epidemia de AIDS entre UDI no Brasil	11
3- O recente declínio da epidemia de AIDS entre UDI em algumas regiões do mundo	15
3.1- O declínio da epidemia de AIDS entre UDI no Brasil	18
4- O papel dos novos injetadores na dinâmica da epidemia de AIDS	21
5- Aspectos metodológicos	22
6- O estudo da OMS Fase-II	25
6.1- O estudo da OMS Fase-II no Rio de Janeiro	26
6.2 - O tamanho da amostra	29
7- Objetivo Geral	32
7.1- Objetivos Específicos	32
8- Justificativa	33
9- Artigo	34
10- Conclusão	63
11- Referências Bibliográficas	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1: Estimativas das taxas de prevalência para infecção pelo HIV entre adultos de 15 a 49 anos ao final de 2001	01
Figura 2: Distribuição dos municípios com população até 50.000 habitantes segundo a notificação de casos de AIDS e período. Brasil	03
Figura 3: Distribuição espacial das taxas de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) por período de tempo.Município do Rio de Janeiro, 1988-1996	05
Figura 4: Incidência acumulada de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1988-1990.....	13
Figura 5: Incidência acumulada de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1995-1997.....	14
Gráfico 1 - Percentual dos casos de AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo ano de diagnóstico e subcategoria de exposição*. Brasil,1982-1999.....	04
Gráfico 2: Percentual dos casos de AIDS, segundo o ano de diagnóstico e subcategoria de exposição sangüínea. Brasil, 1991-1999	11
Gráfico 3: Taxa de incidência de AIDS (100.000 habitantes) segundo ano de diagnóstico. Brasil,1982-2000	18
Gráfico 4: Prevalência para a infecção pelo HIV em amostras de UDIs no Rio de Janeiro, Salvador e Baixada Santista, 1996-2000	19

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1- Termo de Consentimento Informado (livre e esclarecido)

ANEXO 2- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/FIOCRUZ acerca do Projeto.

ANEXO 3- Questionário: Estudo Multicêntrico sobre Drogas Injetáveis Fase II- Rio de Janeiro.

LISTA DE TABELAS

Table 1: Sociodemographic characteristics, sexual and drug use behaviors of new and long-term injectors. WHO Multicity Study, Rio de Janeiro, 1999-2001.

(**Tabela 1:** Características sociodemográficas, sexuais e comportamentos referentes ao uso de drogas dos novos e antigos injetadores. Estudo Multicêntrico OMS, Rio de Janeiro, 1999-2001.) 43

Table 2a: Variables statistically (at $p < 0.010$) associated with HIV infection for new injectors. WHO Multicity Study, Rio de Janeiro, 1999-2001.

(**Tabela 2a:** Variáveis associadas estatisticamente ($p < 0.010$) à infecção pelo HIV para novos injetadores. Estudo Multicêntrico OMS, Rio de Janeiro, 1999-2001.)..... 46

Table 2b: Variables statistically (at $p < 0.010$) associated with HIV infection for long-term injectors. WHO Multicity Study, Rio de Janeiro, 1999-2001.

(**Tabela 2b:** Variáveis associadas estatisticamente ($p < 0.010$) à infecção pelo HIV para antigos injetadores. Estudo Multicêntrico OMS, Rio de Janeiro, 1999-2001.)..... 48

Table 3: Risk factors independently associated with HIV-infection among male drug injectors. WHO Multicity Study, Rio de Janeiro, 1999-2001.

(**Tabela 3:** Fatores de risco independentemente associados à infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis masculinos. Estudo Multicêntrico OMS, Rio de Janeiro, 1999-2001.)..... 51

Resumo

Recentemente, tem sido observado um declínio substancial das taxas de prevalência para a infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI) em diferentes cidades brasileiras, incluindo o Rio de Janeiro. Os “novos injetadores” (aqueles que iniciaram mais recentemente o uso injetável de drogas) representam um elemento central na dinâmica do HIV em populações de UDI e podem contribuir para uma melhor compreensão do recente declínio da epidemia nessa população.

Com o objetivo de avaliar os fatores de risco e mensurar as taxas de infecção pelo HIV entre novos (aqueles que iniciaram o uso injetável de drogas há menos de 6 anos) e antigos injetadores (aqueles que iniciaram o uso injetável há mais de 6 anos) foram analisados os dados de 609 UDI/ex-UDI recrutados (através da metodologia de “target sampling”) na cidade do Rio de Janeiro entre outubro de 1999 e dezembro de 2001 pela pesquisa OMS-Fase II.

Foi encontrada uma taxa de prevalência de 11,7% para os 309 antigos injetadores (IC95% 8,1-15,3) e 4,3% para 300 novos injetadores (IC95% 2,0-6,6). Os novos injetadores relataram procurar mais freqüentemente tratamento para o uso de drogas e obter seringas novas em programas de trocas de seringas do que os antigos injetadores nos últimos 6 meses. No entanto, os novos injetadores relataram compartilhar seringas mais freqüentemente do que os antigos injetadores. Para os novos injetadores masculinos foi evidenciado o seguinte fator de risco independentemente associado à infecção pelo HIV: “relação sexual com outro homem” (ORA=10,38; IC95% 2,15-49,99). Para os antigos injetadores masculinos os seguintes fatores: “relação sexual com parceiro principal do sexo oposto” (ORA=0,23; IC95% 0,09-0,60), “ter injetado com alguém infectado pelo HIV” (ORA=7,84; IC95% 1,91-32,17), e “ter sido preso” (ORA=3,59; IC95% 1,35-9,55) se mostraram independentemente associados à infecção pelo HIV.

Novos e antigos injetadores diferem em termos de seus respectivos fatores de risco e taxas de prevalência para a infecção pelo HIV (mais baixas entre os novos injetadores). Essas diferenças podem ajudar a entender o declínio da epidemia nessa população e orientar estratégias preventivas e de tratamento apropriadas para esses dois grupos de UDI.

Palavras-chave: AIDS; Usuários de drogas injetáveis; Novos injetadores; Prevenção do HIV/AIDS

Abstract

A substantial decline of HIV prevalence has been observed in injection drug users in different Brazilian cities, including Rio de Janeiro. New injectors (those who started to inject more recently) have a core role in the dynamics of HIV in IDUs populations and may contribute to a better understanding of the observed decline.

With the aim of assessing HIV risk factors and HIV infection rates in new (those injecting for less than 6 years) and long-term injectors (those injecting for more than 6 years), data for 609 IDUs/ex-IDUs from Rio de Janeiro, recruited (using target sampling) between October 1999 and December 2001 were analyzed as part of WHO Phase II Study.

HIV prevalence was 11.7% for 309 long-term injectors (95%CI 8.1-15.3) and 4.3% for 300 new injectors (95%CI 2.0-6.6). New injectors reported having engaged in treatment and having gotten syringes from NEPs more frequently than long-term injectors in the last 6 months, but sharing behaviors remain frequent and even increased vis-à-vis long-term injectors. The sole risk factor independently associated with HIV infection among male new injectors was: “sexual intercourse with another man” (AdjOR=10.38; 95%CI 2.15-49.99). For male long-term injectors: “sexual intercourse with a primary partner of the opposite sex” (AdjOR=0.23; 95%CI 0.09-0.60), “ever injected with anyone infected with HIV” (AdjOR=7.84; 95%CI 1.91-32.17), and “ever been in prison/jail” (AdjOR=3.59; 95%CI 1.35-9.55) were found to be independently associated with HIV infection.

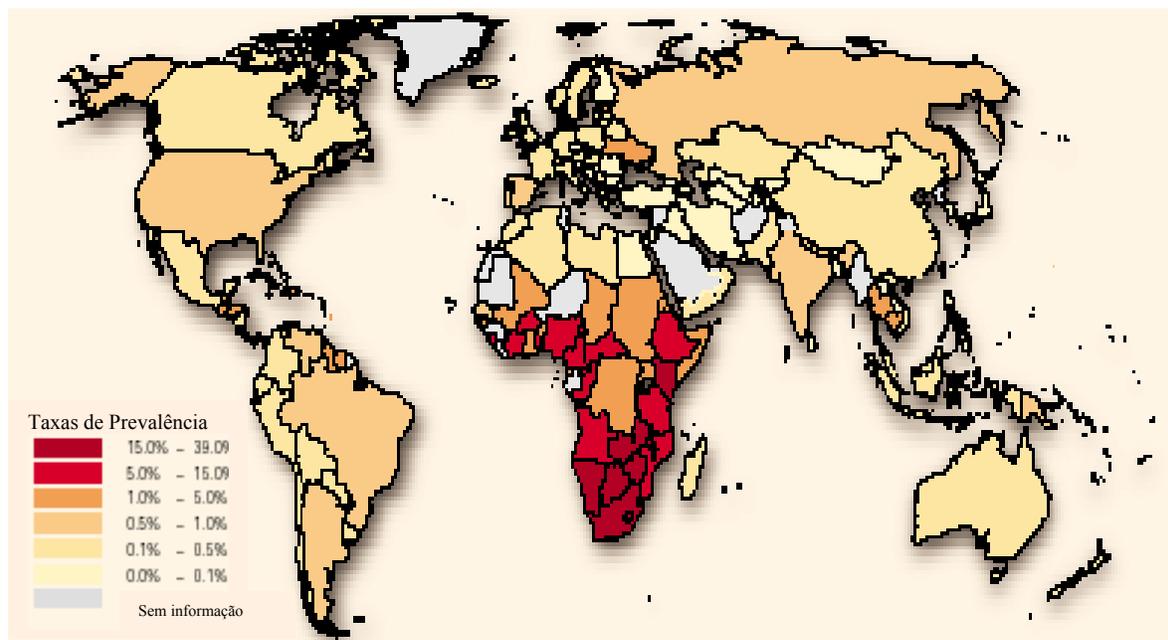
New and long-term injectors differ in terms of their risk factors for HIV infection and infection rates (lower among new injectors). Such differences may help to understand the decline of epidemic in this population and tailor prevention/treatment programs for those subgroups of IDUs.

Key Words: AIDS; Injector drug use; New injectors, HIV/AIDS Prevention

1- A epidemia da AIDS no mundo

Estima-se que 5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV em 2001, sendo 800 mil crianças. Desde o início da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas já se infectaram com o HIV (vírus da imunodeficiência humana) e mais de 20 milhões de pessoas morreram de AIDS. Até o final de 2001, o número de adultos vivendo com HIV, em todo o mundo, foi estimado em 40 milhões. A figura a seguir (figura 1) mostra as estimativas globais das taxas de prevalência para a infecção pelo HIV entre adultos de 15 a 49 anos ao final de 2001 (UNAIDS, 2002).

Figura 1: Estimativas das taxas de prevalência para infecção pelo HIV entre adultos de 15 a 49 anos ao final de 2001.



Fonte: UNAIDS, 2002.

A África subsaariana permanece como a região mais afetada pela epidemia em todo o mundo. Em 2001, ocorreram na África subsaariana 3,5 milhões de novas infecções, elevando para 28,5 milhões o número total de pessoas vivendo com HIV/AIDS nesta região, onde a transmissão sexual é preponderante na disseminação do HIV (UNAIDS, 2002).

No meio-oeste e norte da África observa-se uma tendência de crescimento das taxas de infecção pelo HIV, embora na maioria dos países dessa região essas taxas sejam ainda

baixas. Estima-se que 80 mil pessoas adquiriram o HIV no ano de 2001, elevando para 500 mil o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS nestas regiões (UNAIDS, 2002).

Na região da Ásia e do Pacífico a epidemia de HIV/AIDS continua se expandindo aceleradamente em anos recentes. Estima-se, que no final do ano de 2001, 6,6 milhões de pessoas estariam vivendo com HIV/AIDS nestas regiões. Destas, menos de 30 mil pessoas estariam em tratamento antiretroviral (UNAIDS, 2002).

Na Europa Oriental e Ásia central a epidemia vem se expandindo de uma forma muito acelerada. Estima-se que no ano de 2001, 250 mil novas infecções tenham ocorrido, totalizando 1 milhão de pessoas vivendo com HIV/AIDS nestas regiões. Em relação ao tratamento antiretroviral, as estimativas apontam que menos de mil pessoas recebiam tratamento naquela época. (UNAIDS, 2002).

Estima-se que 2,8 milhões de pessoas vivam hoje com AIDS nas Américas, incluindo as 235 mil pessoas que teriam adquirido o vírus nesta região no último ano. Na América Latina, estima-se que 1,4 milhões de pessoas vivam com HIV/AIDS, 420 mil no Caribe e 940 mil na América do Norte. O aumento relativo do número de novas infecções é maior no Caribe (16%), seguido pela América Latina (10%), enquanto na América do Norte este aumento seria de 5%.(PAHO, 2002).

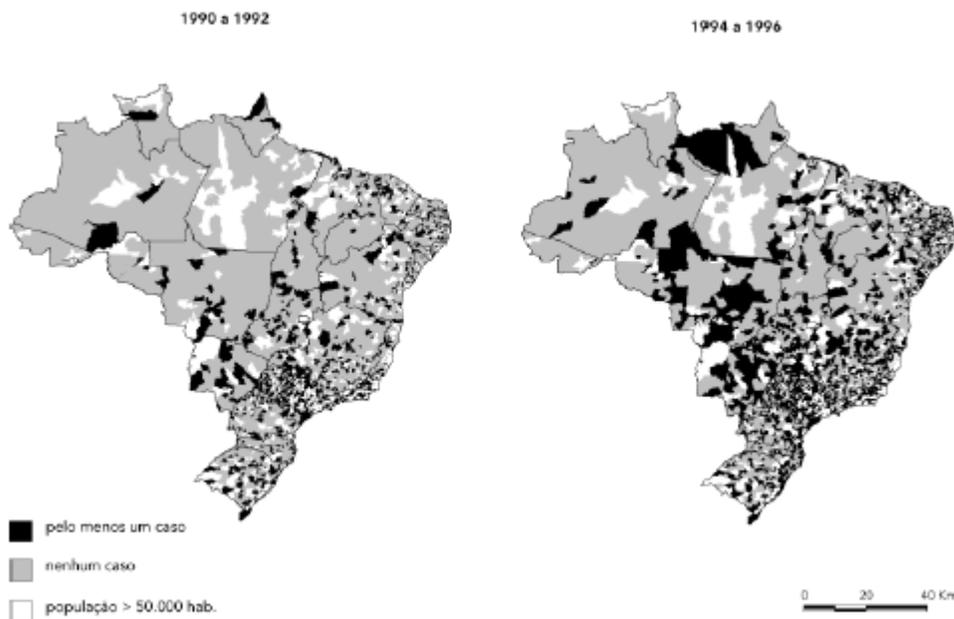
Na América Central e Caribe a transmissão heterossexual é responsável por cerca de 75% dos casos de AIDS. Nas regiões dos Andes, Canadá, México e Estados Unidos a transmissão entre homens que fazem sexo com homens corresponde a aproximadamente 50% dos casos. Assim como no Brasil, na Argentina o uso compartilhado de drogas injetáveis representa um papel importante na transmissão do HIV (PAHO, 2002)

1.2- A epidemia de AIDS no Brasil

A AIDS foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1980 (retrospectivamente). Inicialmente, os segmentos populacionais mais afetados pela epidemia foram os homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados. Em meados da década de 80, entre os casos de transmissão sangüínea, outro segmento populacional destacou-se entre os novos casos de AIDS, o dos usuários de drogas injetáveis (UDI) (Lowndes et al., 2000).

A epidemia da AIDS no Brasil passou de regional e restrita a determinados segmentos populacionais, a ser nacional, não mais se restringindo aos grandes centros urbanos e atingindo atualmente quase 60% dos mais de 5500 municípios brasileiros (Ministério da Saúde, 2002a).

Figura 2: Distribuição dos municípios com população até 50.000 habitantes segundo a notificação de casos de AIDS e período. Brasil.



Fonte: Szwarcwald et al., 2000.

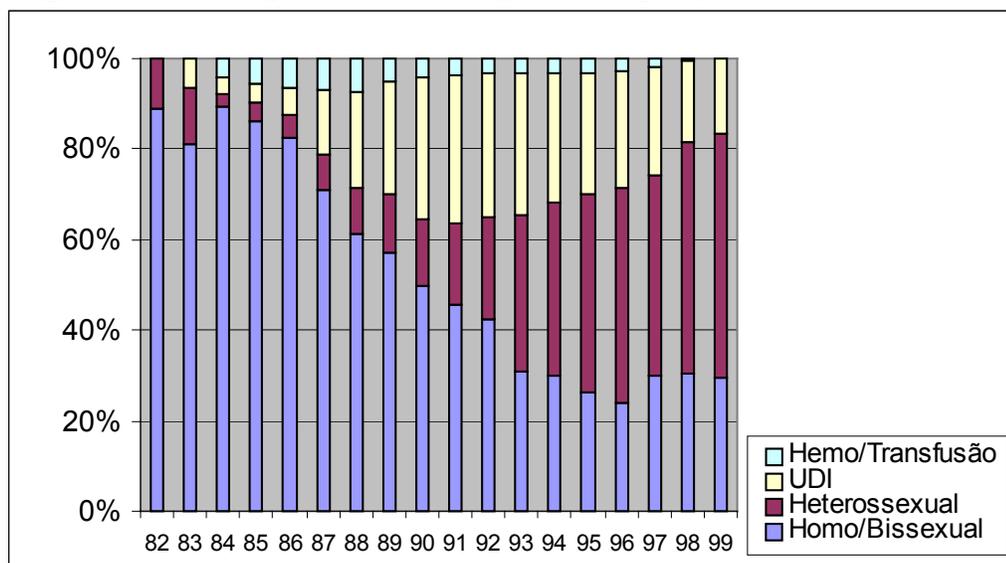
O Brasil tem hoje, aproximadamente, 600 mil portadores de HIV entre 15 e 49 anos, incluindo as pessoas que já desenvolveram AIDS. Este número – a estimativa mais recente no momento – foi estimado tomando como base um estudo de abrangência nacional com grupos-sentinela de gestantes (Szwarcwald & Carvalho, 2001).

Segundo previsão do Banco Mundial, na década de 80 o Brasil teria 1,2 milhão de brasileiros infectados no ano 2000. Essa diferença entre a estimativa prévia do Banco Mundial e a estimativa de Szwarcwald e Carvalho pode ser atribuída ao conjunto de programas de prevenção implementados pelo Programa Nacional de DST/AIDS, pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e pelas organizações não governamentais (Bastos et al., 2001a).

De 1980 a setembro de 2001, foram notificados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS 222.356 casos de AIDS no Brasil. Em 2000, houve indício de declínio do número de casos notificados anualmente, com o registro de 15 mil novos casos (Ministério da Saúde, 2002a). O primeiro semestre de 2001 confirmou a queda, embora os números só possam ser considerados definitivos após três anos de notificação, devido ao atraso de notificação (Barbosa & Struchiner, 2002).

A transmissão heterossexual representa hoje 32,3% dos casos notificados, o sexo desprotegido entre homens que fazem sexo com homens responde por 23,4% dos casos notificados e o uso compartilhado de drogas injetáveis é responsável por 20,6% dos casos registrados no Brasil. (Ministério da Saúde, 2002a). O gráfico 1 a seguir apresenta o percentual dos casos de AIDS registrados no Brasil em indivíduos com 13 anos de idade ou mais entre 1982 e 1999.

Gráfico 1: Percentual dos casos de AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo ano de diagnóstico e subcategoria de exposição*. Brasil, 1982-1999.



* Excluídos casos com categoria de exposição ignorada.

Fonte: Ministério da Saúde, 2002b.

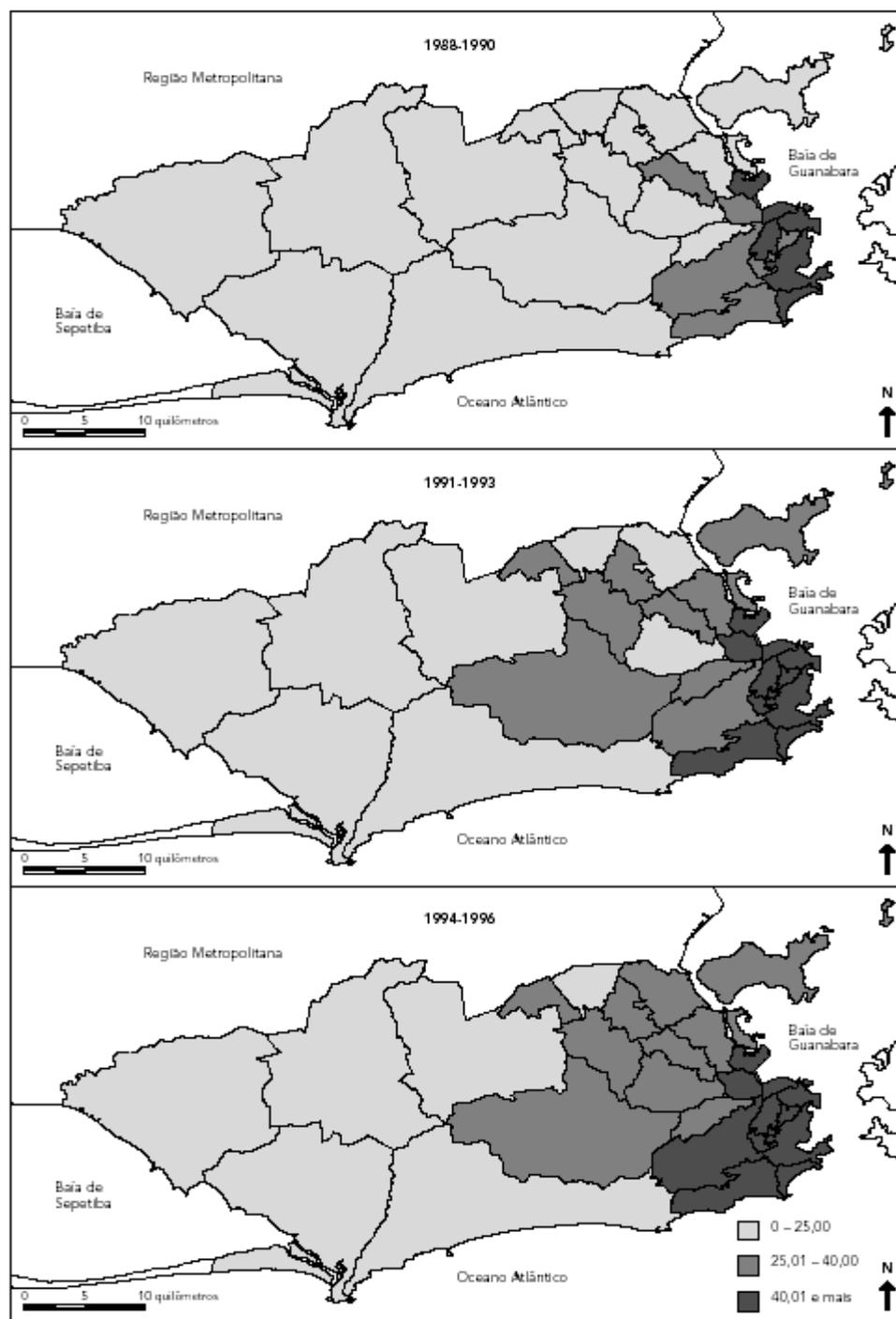
Apesar do progressivo registro de casos em todas as Unidades da Federação, ao longo das décadas de 80 e 90 e início da presente década, a epidemia da AIDS não se distribuiu de forma homogênea no país, observando-se uma maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas do país. Apesar de apresentar as maiores taxas de incidência, a Região Sudeste é a que apresenta atualmente o menor ritmo de crescimento e maior tendência à estabilidade (Szwarcwald et al., 2000).

Na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se basicamente restrita a São Paulo e Rio de Janeiro, as maiores regiões metropolitanas do país. A partir do final daquela década, observou-se a disseminação da epidemia para as diferentes regiões do Brasil (Szwarcwald et al., 2000).

O município do Rio de Janeiro é o segundo, precedido pelo município de São Paulo, dos 100 municípios com os maiores números de casos notificados, representando 9,2% de todos os casos notificados no país desde o início da epidemia até o ano de 2001 (Ministério da Saúde, 2002a).

A figura 3 a seguir mostra a distribuição espacial das taxas de incidência de AIDS no município do Rio de Janeiro entre 1988 e 1996.

Figura 3: Distribuição espacial das taxas de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) por período de tempo. Município do Rio de Janeiro, 1988-1996



Fonte: Szwarcwald et al., 2001.

2- A epidemia de AIDS entre UDI no mundo

A epidemia de AIDS não progride de maneira uniforme entre as populações, estando sujeita a variações de hábitos, atitudes e comportamentos da população em diferentes ambientes sociais, culturais, econômicos, legais e políticos.

A população de usuários de drogas injetáveis (UDI) é aquela em que o HIV se dissemina mais rapidamente¹. Além da via de exposição parenteral ser extremamente eficiente do ponto de vista da transmissibilidade, existe uma forte rede de interação entre os UDI, onde o compartilhamento de equipamentos de injeção, assim como o uso de drogas pré-preparadas, é incentivado pelos seus próprios hábitos e costumes (Atlani et al., 2000).

A reutilização de recipientes, colheres, algodões, água para enxágüe, utilizados por diferentes UDI também representa um potencial risco de transmissão de sangue contaminado (Grund et al., 1996).

O compartilhamento de equipamentos de injeção não estéreis (usados) entre os usuários de drogas constitui um meio eficiente de transmissão do HIV. Pequenas quantidades de sangue de alguém infectado com o vírus são suficientes para transmitir o HIV, que permanece infectante nas seringas à temperatura ambiente até depois de 24 horas (Abdala et al., 1999).

A taxa de prevalência de HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI) chega a aumentar, em certos contextos, de 0 para 50% no período de um único ano (Rhodes et al., 1999).

O HIV disseminou-se de uma maneira muito rápida entre UDI em diversos países. Em anos recentes, na Ucrânia, o número de novos casos de infecção pelo HIV entre UDI subiu de uma média de 47 novos casos por ano, entre 1992 e 1994, para 1.500 casos, em 1995, 12.228, em 1996 e 15.443, em 1997. Rápida disseminação ocorreu de forma ainda mais expressiva em determinadas regiões daquele país como nas cidades do sul da Ucrânia, como Odessa e Nikolayev. Em Odessa, as taxas de prevalência para a infecção pelo HIV entre UDI aumentou de 1,4%, em janeiro de 1995, para 13,0%, em agosto do mesmo ano, e para 31,0%, em janeiro de 1996. Em Nikolayev, de 0,3%, em 1994, as taxas de prevalência aumentaram para 17,0%, no início de 1995, e para 57,0%, em janeiro de 1996. Na Rússia, até o ano de 1994, nenhum caso de HIV entre UDI havia sido registrado. Desde

¹ Exceção feita aos indivíduos que receberam hemoderivados, infectados no início da década de 80, embora atualmente, devido ao controle do sangue e hemoderivados, a epidemia nessa população esteja controlada.

então, dois novos casos entre UDI foram registrados em 1994, cinco em 1995, 1.018 em 1996, e 2.220 no ano de 1997 (Rhodes et al., 1999). Na cidade de Togliatti, na Federação Russa, estudo recente evidenciou alta taxa de prevalência para a infecção pelo HIV entre UDI, elevada frequência de compartilhamento de equipamentos de injeção e de sexo desprotegido associados à oferta reduzida de seringas estéreis e pequena disponibilidade de testes anti-HIV (Rhodes et al., 2002).

Para entender como e porque a epidemia de HIV se dissemina tão rapidamente entre UDI é necessário mais do que o conhecimento dos determinantes de risco individuais, deve-se considerar também as pré-condições da epidemia em cada região, e como os fatores sociais e materiais em cada região podem promover a rápida disseminação do HIV (Rhodes et al., 1999).

Entre os fatores sociais e materiais de cada região que contribuem para a compreensão da dinâmica da população de UDI e de como o HIV se dissemina nessa população, incluem-se o padrão do uso de drogas (a transição das vias de consumo, as rotas do tráfico, os métodos de produção das drogas), a disponibilização dos equipamentos de injeção (por exemplo, o fato da tentativa de controlar a circulação e disponibilidade desses equipamentos no mercado poder aumentar o hábito de compartilhamento dos mesmos), a interação social entre a população de UDI e não-UDI, e a situação social e política (influenciando no surgimento e manutenção do tráfico e ampliação do consumo de drogas) (Rhodes et al., 1999).

A interação entre os níveis de prevalência de fundo (*background prevalence*) e as frequências de comportamentos de risco pode explicar a rápida difusão do HIV entre os UDI. A infecção pelo HIV se dissemina mais rapidamente quando existe alta prevalência de fundo e quando comportamentos de maior risco (por exemplo, o uso compartilhado de drogas em “rodas de pico”) são encontrados com frequência e numa parcela expressiva da população (Stimson, 1995).

Um fator que aumenta o risco de infecção pelo HIV entre UDI na América Latina é o fato de que a droga injetável mais usada é a cocaína. Os usuários de cocaína, tipicamente, injetam com maior frequência, fazendo uso da droga em sucessivas injeções em curtos intervalos de tempo, aumentando, portanto, a curto prazo, o risco de infecção, caso haja compartilhamento dos equipamentos de injeção.

Estudo realizado em Baltimore, EUA (Anthony et al., 1991), encontrou uma soroprevalência para a infecção pelo HIV substancialmente maior para os injetadores de

cocaína que iniciaram o hábito de injetar recentemente (“novos injetadores”) do que para os novos injetadores das demais drogas (26,4% e 10,6%, respectivamente).

Estudo envolvendo UDI de Nova York e Bangkok mostrou que os UDI da cidade de Nova York, que injetavam principalmente cocaína (sozinha ou em combinação com heroína), apresentavam frequências de injeção muito maiores que os UDI de Bangkok, entre os quais o consumo injetável de cocaína era quase inexistente, com menos de 1% dos UDI relatando o uso injetável desta droga (Des Jarlais et al., 1992).

Em algumas regiões da América Latina e Caribe, há evidências de que o HIV já se disseminou amplamente entre usuários de drogas. Em Porto Rico, têm sido registradas prevalências entre 30 e 45% em UDI. Na Argentina, 40% dos casos de AIDS registrados até 2001 ocorreram em UDI, enquanto que no Uruguai esta percentagem é de 26% (PAHO, 2001).

Estudo utilizando dados do Programa de Vigilância de AIDS de Porto Rico referentes aos anos de 1981 a 1999, quando 23.089 casos haviam sido notificados, e outros estudos disponíveis sobre a epidemia do HIV/AIDS naquele país, mostraram que a categoria “usuário de drogas injetáveis” (UDI) representava, em 1999, a maioria dos casos (52%), seguido da categoria “heterossexual” (22%) e dos “homens que haviam tido sexo com outros homens” (homo/bissexuais masculinos) (17%). Entre homens, a categoria de exposição mais freqüente em Porto Rico é a dos UDI (55%), seguida dos “homens que fazem sexo com outros homens” (21%). Entre as mulheres, a categoria de exposição mais importante é a “heterossexual” (58%), seguida pelos UDI (38%) (Gomez, et al., 2000).

Os usuários de drogas injetáveis têm particular importância na epidemia do HIV, sendo vistos como uma "ponte" para a disseminação do HIV em outras populações. Também são considerados como um grupo difícil em relação à perspectiva de mudança de comportamento. No entanto, existem evidências de que as políticas preventivas podem promover e/ou reforçar a mudança espontânea na direção de comportamentos mais saudáveis entre os UDI. Um artigo que analisou as políticas e práticas sociais em relação ao uso de drogas e à infecção pelo HIV no Reino Unido concluiu que os usuários de drogas injetáveis podem mudar seu comportamento e reduzir seu risco de infecção pelo HIV e que os UDI alteraram mais profundamente o seu comportamento frente à AIDS do que muitos indivíduos da população geral (Stimson, 1995).

Em contextos onde a transmissão por via parenteral – basicamente decorrente do compartilhamento de equipamentos de uso de drogas injetáveis – se faz relevante, a

epidemia apresenta um fator adicional que se refere à interação entre essa via de transmissão e a exposição pelo contato sexual desprotegido que, dependendo de como essas duas populações sob particular risco (usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais não usuários de drogas injetáveis com quem os UDI fazem sexo desprotegido) interagem entre si, pode fazer com que a epidemia apresente dimensões ainda maiores.

A frequência do uso de preservativos na população de UDI é de um modo geral baixa. Estudo realizado na Ucrânia encontrou que mais de 50% dos UDI praticavam sexo desprotegido com múltiplos parceiros, a maioria deles não usuários de drogas injetáveis (Atlani et al., 2000). Entre os usuários de drogas participantes de um estudo em Buenos Aires, 42% disseram nunca usar preservativos (PAHO, 2001).

Essa interação se reflete numa rápida disseminação do vírus, uma vez que uma grande parcela da população de usuários de drogas injetáveis apresenta-se vulnerável à infecção pelo HIV e outros patógenos, por duas vias (parenteral e sexual), concomitantemente.

Como grande parte dos estudos tem sugerido que a maioria das infecções por HIV entre UDI é devida à transmissão parenteral, o risco de transmissão sexual tem sido colocado em segundo plano nesta população. No entanto, alguns estudos vêm evidenciando a importância do papel da transmissão sexual entre UDI. Um estudo recente, realizado em Baltimore, EUA, evidenciou a exposição ao HIV por via sexual como um fator importante entre UDI, com importante diferencial por gênero. Entre os homens, os fatores mais fortemente associados à infecção pelo HIV pertenciam à esfera do uso compartilhado de drogas injetáveis, com um papel adicional das relações homossexuais desprotegidas, enquanto entre as mulheres sobressaía a transmissão sexual (heterossexual) (Strathdee et al., 2001).

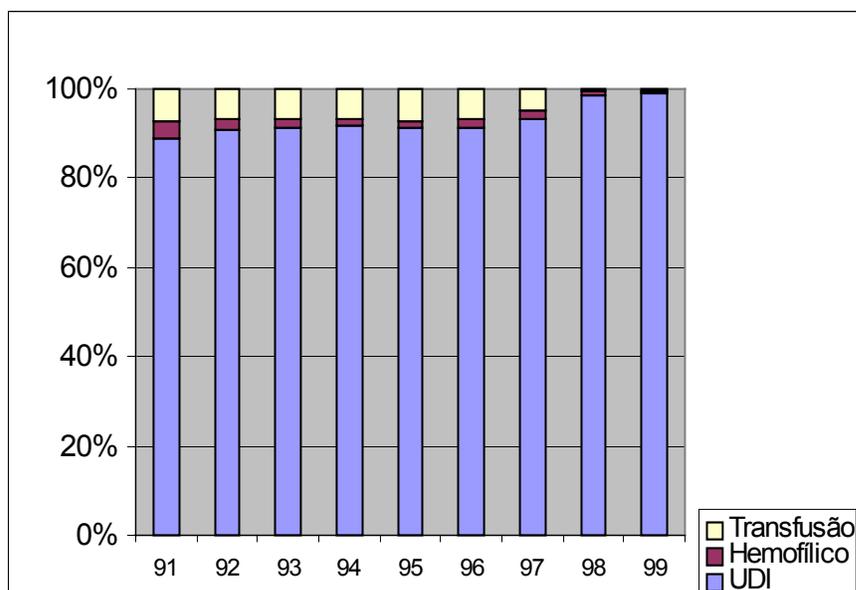
2.1- A epidemia de AIDS entre UDI no Brasil

O Brasil ocupa hoje uma posição intermediária entre países com epidemias em franca expansão – onde os exemplos mais dramáticos, com relação à epidemia entre usuários de drogas injetáveis são as ex-repúblicas da União Soviética e/ou atuais estados membros da Federação Russa – e aqueles países onde a epidemia está praticamente sob controle, de uma forma geral e entre os UDI, como a Austrália (Bastos et al., 2001b).

A transmissão sangüínea do HIV em hemofílicos e indivíduos que receberam transfusão de sangue, segmento populacional intensamente atingido no início da epidemia, vem experimentando um importante declínio ao longo do tempo em todo o mundo, e também no Brasil. Esta queda é decorrente do controle do sangue e hemoderivados, adotado, de forma sistemática, a partir da disponibilidade dos testes laboratoriais para detecção de anticorpos anti-HIV, em 1986. Essas subcategorias representavam, no Brasil, 78,9% da categoria de exposição sangüínea em 1984, enquanto em 1999 passaram a representar aproximadamente 1% dos casos vinculados à exposição sangüínea.

O gráfico 2, a seguir, mostra o percentual dos casos de AIDS, segundo o ano de diagnóstico e subcategoria de exposição sangüínea, no Brasil, entre 1991 e 1999.

Gráfico 2: Percentual dos casos de AIDS, segundo o ano de diagnóstico e subcategoria de exposição sangüínea. Brasil, 1991-1999



Fonte: Ministério da Saúde, 2002b.

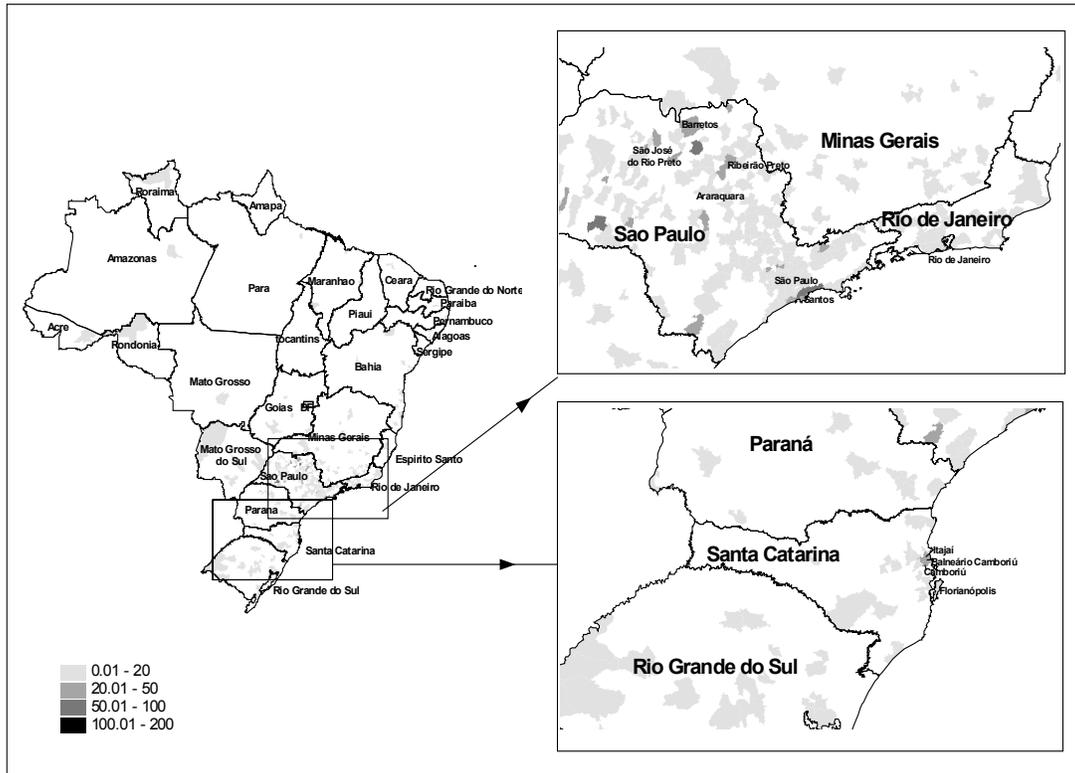
Por outro lado, observou-se uma rápida e extensa difusão dos casos de usuários de drogas injetáveis em determinadas áreas geográficas do Brasil. Em 1984, 21,0% dos casos de AIDS por transmissão sangüínea eram atribuídos ao uso de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas e seringas (ou outros equipamentos de injeção). Esta subcategoria que, em 1999, representava 99% das ocorrências por transmissão sangüínea, também vem experimentando, em anos mais recentes, uma tendência de declínio da sua participação proporcional no conjunto da epidemia (Ministério da Saúde, 2002a).

A epidemia do HIV/AIDS entre UDI no Brasil seguia, em seu início, as principais rotas de tráfico da cocaína, da fronteira oeste (próxima às áreas de produção de coca dos países andinos, como Bolívia e Colômbia) aos principais portos localizados na costa da região sudeste (Barcellos & Bastos, 1996).

Recentemente, o tráfico e o consumo de cocaína e a disseminação do HIV e outras infecções de transmissão sangüínea vêm se mostrando especialmente relevantes no litoral sul do Brasil, com epidemias extensas e de propagação acelerada do HIV entre UDI, especialmente em alguns municípios localizados no litoral de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Bastos, 2000; Bastos et al., 2002a). Em alguns municípios do litoral sul do Brasil, mais de 50% de todos os casos de AIDS têm sido registrados entre UDI. Por exemplo, Itajaí e Balneário de Camboriú, ambas no estado de Santa Catarina, se posicionam entre as cidades do Brasil com maiores taxas de incidência proporcional de AIDS, com uma expressiva maioria dos casos notificados de AIDS entre os UDI (e seus parceiros sexuais) (Bastos, 2000; Bastos et al., 2002a).

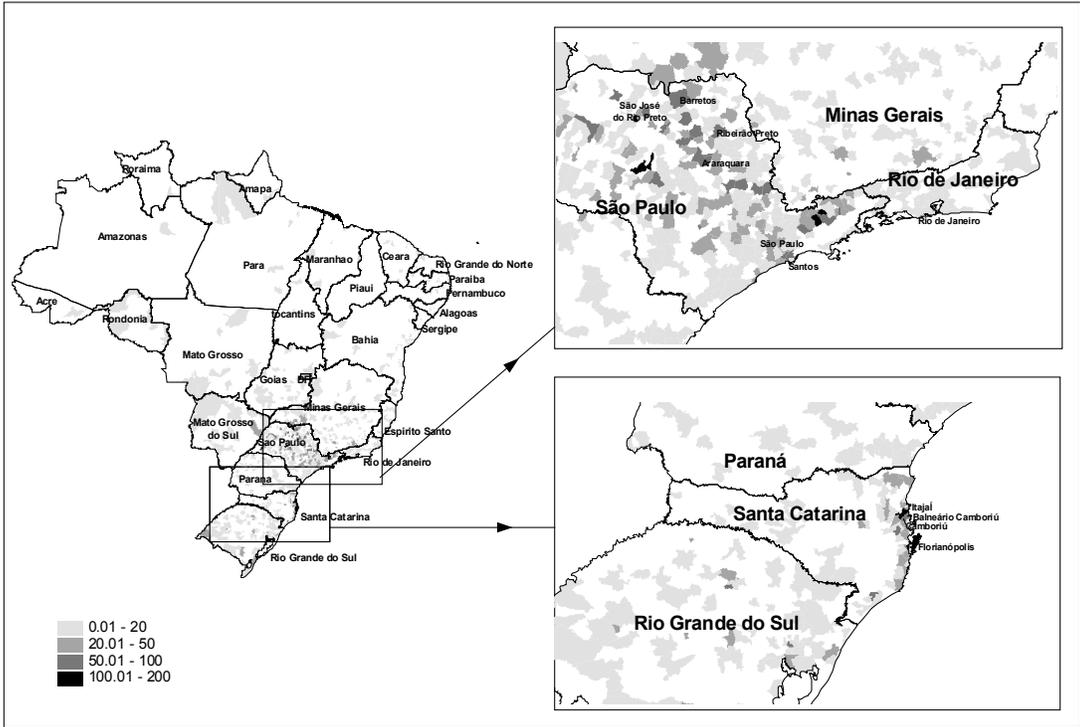
As figuras 4 e 5 a seguir mostram a distribuição espacial de casos incidentes de AIDS nos períodos 1988-1990 e 1995-1997, respectivamente, ilustrando a evolução dos padrões geográficos da AIDS entre UDI descritos anteriormente.

Figura 4: Incidência acumulada de AIDS entre usuários de drogas injetáveis.
Brasil, 1988- 1990



Fonte: Bastos et al., 2002a.

Figura 5: Incidência acumulada de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1995-1997



Fonte: Bastos et al., 2002a

3- O recente declínio da epidemia de AIDS entre UDI em algumas regiões do mundo

O declínio de uma epidemia é caracterizado pelo declínio progressivo das prevalências seriadas (ou seja, mensuradas a partir de uma seqüência de estudos seccionais sucessivos) e pelas baixas taxas de incidência, mantidas ao longo do tempo. O declínio das taxas de prevalência para a infecção pelo HIV não deve ser visto como uma evidência suficiente de declínio efetivo de uma epidemia em um determinado local, pois esse declínio pode ocorrer simplesmente pela perda de indivíduos infectados pelo HIV por morte, migração, interrupção do consumo de drogas (em geral ou ao menos de drogas injetáveis), ou outras causas. Para que se evidencie um declínio efetivo de uma epidemia local, também é necessário que haja uma redução consistente da incidência (Des Jarlais et al., 2000).

A análise de cinco estudos sobre usuários de drogas injetáveis desenvolvidos na cidade de Nova York aponta para um declínio das taxas de soroprevalência para a infecção pelo HIV entre os anos de 1991 e 1996. Em todos os cinco estudos, as taxas de prevalência declinaram substancialmente ao longo dos anos analisados. O declínio das taxas de soroprevalência para a infecção pelo HIV ocorreu em ambos os sexos, em todos os grandes grupos raciais e em todos os grupos etários. Esta redução indica uma nova fase da epidemia do HIV entre UDI naquela cidade (Des Jarlais et al., 1998).

Entre 1992 e 1997, outro estudo na cidade de Nova York estimou a incidência para a infecção pelo HIV entre UDI, evidenciando igualmente o declínio da epidemia, caracterizada pela baixa incidência e declínio das taxas de prevalência. Foi desenvolvida uma meta-análise envolvendo 10 estudos empíricos, evidenciando uma taxa de incidência bastante baixa, quando comparada com as de períodos anteriores e também com as taxas de incidência entre UDI de outras regiões, como a Tailândia e Amsterdã, Holanda (Des Jarlais et al., 2000).

Em Baltimore, um estudo de coorte conduzido entre 1988 e 1998 evidenciou declínio progressivo das taxas de incidência para a infecção pelo HIV entre UDI. A incidência declinou de 4,45 (por 100 pessoas-ano), em 1988-1990, para 3,35, em 1991-1994, e para 1,84, em 1995-1998 (Nelson et al., 2002).

Além do declínio da epidemia propriamente dito, em diversos contextos foi observada uma estabilização das taxas de prevalência em níveis substancialmente mais baixos do que os observados na década de 80 e início da de 90. Em meados dos anos 90, artigo elaborado por Stimson (1995) concluiu que os dados do Reino Unido indicavam que

as taxas de prevalência para a infecção pelo HIV entre UDI poderiam estar se estabilizando. Desde essa época, a estabilização também foi observada em outras cidades incluindo Nova York, Bangkok e Amsterdã. Em Roma, a soroprevalência para a infecção pelo HIV permaneceu estável e a incidência declinou de 9%, entre 1985 e 1987, para 5%, entre 1987 e 1988, e em Milão de 7,3%. em 1987, para 4,5%. em 1989. Em São Francisco, a estabilização da epidemia local entre UDI ocorreu com uma taxa de prevalência em torno de 10% e uma taxa de incidência anual em torno de 2% (Stimson, 1995).

Diferentes hipóteses foram sugeridas por Stimson (1995) para explicar a baixa e estável prevalência para infecção pelo HIV entre UDI no Reino Unido:

a) A primeira se refere a possíveis fatores biológicos, a existência de diferenças genéticas na suscetibilidade à infecção pelo HIV ou diferenças nos subtipos virais, que poderiam diferir em relação à infectividade. Esta hipótese não parece muito provável neste caso, pois algumas localidades de uma mesma região na Escócia e Inglaterra (portanto, tendo em comum características biológicas básicas) experimentaram altas taxas de prevalência e localidades adjacentes não;

b) Uma segunda hipótese refere-se ao fato de que essa estabilização poderia ser apenas aparente, fruto de amostras sujeitas a vícios. A dificuldade de gerar amostras aleatórias entre usuários de drogas pode resultar numa sub-representação de grupos com altos níveis de infecção pelo HIV ou com características sócio-demográficas específicas, como os prisioneiros ou as pessoas das camadas ricas, que não utilizam quaisquer serviços públicos e não freqüentam a cena de uso. Mas este viés de amostragem não parece ser uma explicação provável, dada a variedade de estudos multicêntricos que, consistentemente, apontam para os mesmos achados;

c) Outra hipótese refere-se ao fato de que as baixas taxas de prevalência poderiam ser resultado da subenumeração de casos novos, perda de casos antigos e mudanças no tamanho e composição da população. Um aumento na população de injetadores, com um aumento concomitante do número de UDI infectados pelo HIV, pode manter as taxas de prevalência estáveis, ainda que tenham surgido novos casos de infecção. Os dados de prevalência devem, portanto, ser complementados com informações sobre a incidência;

d) A quarta hipótese sugerida é de que a prevalência baixa e estável possa ser decorrente da saturação dos grupos sob alto risco e da interação insuficiente entre estes e os demais subgrupos populacionais;

e) Uma quinta hipótese é de que a prevalência tem se mantido estável e baixa devido a mudanças no âmbito dos comportamentos de risco. Os comportamentos de risco entre os UDI no Reino Unido têm se alterado continuamente, desde quando elevadas frequências de compartilhamento de equipamentos de injeção foram registradas por volta dos anos 80. A redução da frequência de comportamentos de risco foi registrada por vários pesquisadores, utilizando diferentes métodos, em diferentes regiões (Stimson, 1995).

Vários outros fatores poderiam estar contribuindo para manter baixa as taxas de prevalência para a infecção pelo HIV no Reino Unido: chance reduzida de compartilhamento de equipamentos de injeção com um indivíduo HIV positivo (devido à baixa “prevalência de fundo”); poucas soroconversões, e, portanto, menor número de indivíduos potencialmente infectantes com elevada carga viral, uma vez que indivíduos recentemente infectados apresentam alta infectividade; baixo risco de transmissão do HIV por injeção, em comparação com outras doenças de transmissão sanguínea; e substancial redução no compartilhamento de equipamentos de injeção (Stimson, 1995).

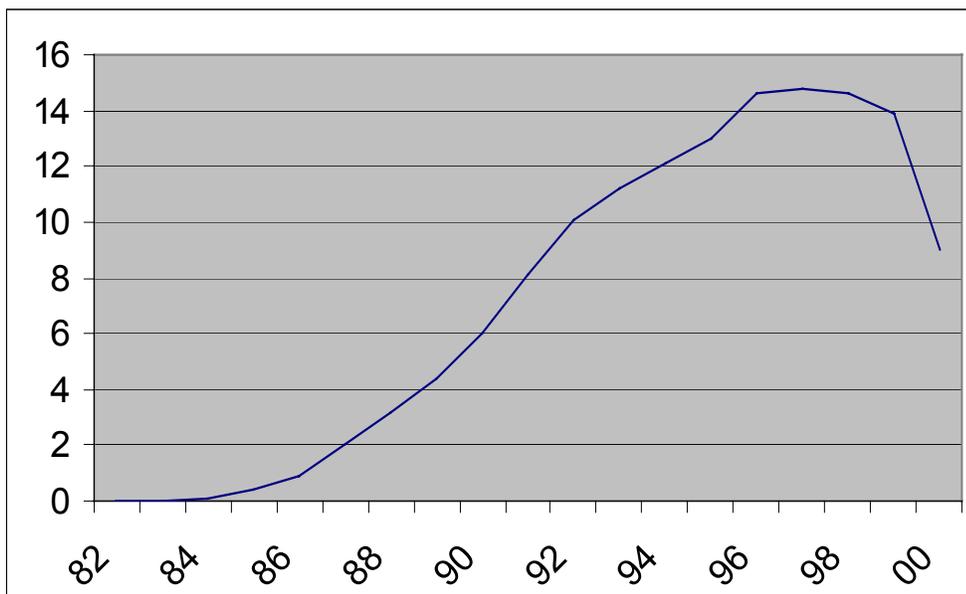
Estudo envolvendo UDI de Nova York e Bangkok mostrou que ocorreu redução nos comportamentos de risco em ambas as cidades, a partir da segunda metade da década de 80. Cinquenta e nove por cento dos UDI da cidade de Nova York recrutados em 1984 afirmaram ter alterado o seu comportamento no sentido de comportamentos mais seguros para se proteger contra o HIV/AIDS. Para os UDI recrutados nesta mesma cidade no ano de 1990 esta proporção foi de 78%, e de 92%, para o ano de 1989, para a cidade de Bangkok. Cinquenta e quatro por cento da amostra de Nova York em 1984, 57% em 1990, e 78% dos entrevistados na cidade de Bangkok no ano de 1989 relataram ter iniciado práticas de injeção "mais seguras" (Des Jarlais et al., 1992).

3.1- O declínio da epidemia de AIDS entre UDI no Brasil

Recentemente, tem sido observado um declínio da epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, tanto com relação o número de casos de AIDS notificados (refletindo um quadro de infecções ocorrido há anos atrás), quanto um declínio das taxas de infecção pelo HIV observadas em estudos empíricos, em diferentes cidades brasileiras (Bastos et al., 2001b).

No Brasil, o declínio em diversas localidades da epidemia de AIDS entre UDI se insere num contexto de declínio geral das taxas de incidência de AIDS em todas as categorias de exposição. As taxas de incidência de AIDS vinham experimentando um crescimento contínuo até o ano de 1997, quando a taxa de incidência era de 14,8 por 100.000 habitantes. Nos últimos anos, observa-se uma tendência de estabilização do número de novos casos notificados e até mesmo declínio, ainda que este possa ser aparente, devido ao atraso de notificação. Em 2000, a taxa de incidência de AIDS foi de 9,0 (por 100.000) (Gráfico 3) (Ministério da Saúde, 2002a).

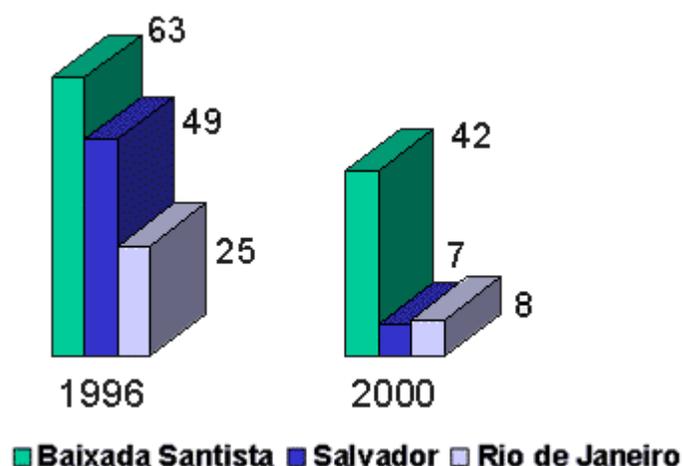
Gráfico 3: Taxa de incidência de AIDS (100.000 habitantes) segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1982-2000



Fonte: Ministério da Saúde, 2002b.

A prevalência para a infecção pelo HIV entre UDI foi mensurada por dois estudos multicêntricos no Brasil em 1994-1996 e em 1999-2001 nas cidades do Rio de Janeiro, Salvador e Baixada Santista (Bastos et al., 2002b), onde, apesar da cautela necessária na interpretação de estudos de prevalência seriada, pode-se observar um declínio expressivo, como mostrado no gráfico 4, a seguir.

Gráfico 4: Prevalência para a infecção pelo HIV em amostras de UDI no Rio de Janeiro, Salvador e Baixada Santista, 1996-2000



Fonte: Bastos et al., 2002b.

Em relação aos UDI, existe forte contraste da dinâmica recente da epidemia entre as diferentes regiões brasileiras. Em contraste com o recente aumento da incidência de AIDS nas cidades (especialmente litorâneas) do sul do Brasil, onde o papel dos UDI na epidemia regional é absolutamente central, municípios como Santos (SP) (o maior porto brasileiro), após experimentarem uma grande difusão do HIV/AIDS no começo da epidemia (anos 80), têm registrado nos últimos anos uma “desaceleração” do processo de difusão da epidemia de AIDS (expressa pelo registro de novos casos de AIDS), de um modo geral, e especificamente entre os UDI, onde também se observa expressivo declínio das taxas de prevalência (Bastos et al., 2001b; Bastos et al., 2002a).

Estudo desenvolvido na região metropolitana de Santos, estado de São Paulo, uma das regiões com o maior número de casos do país, também evidenciou redução nas taxas de soroprevalência para a infecção pelo HIV entre os UDI. Foram conduzidos três estudos

seccionais, o primeiro, entre 1991 e 1992, onde foi observada uma taxa de prevalência de 63%; o segundo, realizado entre 1994 e 1996, com uma prevalência de 65%; e o terceiro, conduzido no ano de 1999, onde a taxa de prevalência foi de 42%, demonstrando que as taxas de prevalência para a infecção pelo HIV declinaram significativamente, a partir da segunda metade dos anos 90 entre os UDI da região metropolitana de Santos (Mesquita et al., 2001)

Ao longo dos anos 90, os casos de AIDS atribuídos aos UDI têm compreendido não mais do que 7% do total de casos de AIDS registrados no Rio de Janeiro, e atualmente parece estar ocorrendo um novo decréscimo da participação proporcional dos casos registrados nesta população no estado do Rio de Janeiro, que correspondia a 2% dos casos de AIDS registrados no estado em 2000 (Ministério da Saúde, 2002a).

No âmbito dos estudos empíricos sobre a infecção pelo HIV, os estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro vinham registrando até recentemente taxas de prevalência para a infecção pelo HIV na população de UDI em torno de 25-30% (Telles et al., 1997; Guimarães et al., 2001).

Em outro estudo (Guimarães et al., 2001), desenvolvido no Rio de Janeiro, no qual foi utilizado o algoritmo de testagem sensível/menos sensível para o HIV (“detuned assays” – Janssen et al., 1998), não foi evidenciada uma única infecção nova pelo HIV no conjunto de amostras referentes a projeto desenvolvido em 1994-6, junto à população de UDI.

Em estudo desenvolvido exclusivamente em centros de tratamento para o abuso de drogas do Rio de Janeiro (Bastos et al., 2000), foram encontradas prevalências relativamente baixas para os diferentes patógenos de transmissão sexual e sangüínea avaliados, inclusive o HIV (0,9%), tanto nos usuários de drogas em geral, como na fração de UDI/ex-UDI em tratamento naquela ocasião.

4- O papel dos novos injetadores na dinâmica da epidemia de AIDS

Os “novos” injetadores representam um elemento central na dinâmica do HIV em populações de UDI. Define-se “novos” injetadores como aquelas pessoas que passam, em cada momento, a injetar em uma determinada cena de uso, não havendo, no entanto, consenso na literatura de qual seria o número de anos de injeção continuada que corresponderia a um ponto de corte padrão entre “novos” e “antigos” injetadores.

Existe considerável literatura mostrando diferenças importantes em relação aos comportamentos de risco, métodos de prevenção e taxas de infecção entre aqueles usuários de drogas injetáveis que iniciaram o hábito há mais de 6 anos (antigos injetadores, ponto de corte definido a partir dos estudos nova-iorquinos e adotado mundialmente com o propósito de permitir comparações entre diferentes estudos) e aqueles que iniciaram o hábito de injetar há 6 anos ou menos (novos injetadores).

A literatura aponta para uma maior frequência de comportamentos de risco, menor conhecimento acerca dos riscos de infecção pelo HIV e menores taxas de infecção para os novos injetadores, quando comparados com os antigos injetadores.

Estudos seccionais envolvendo UDI da cidade de Nova York entre 1990 e 1996 encontraram taxas de prevalência para a infecção pelo HIV mais elevadas entre antigos injetadores e um aumento no risco de se infectar pelo HIV de 1,27 vezes para cada ano adicional de uso de drogas injetáveis (Des Jarlais et al., 1999).

Outro estudo conduzido na cidade de Nova York mostrou que o fato de apenas uma pequena proporção de novos injetadores ter adotado práticas seguras de injeção não fez com que se observasse maiores taxas de prevalência para infecção pelo HIV entre estes. Uma explicação sugerida pelos autores para tal fato refere-se à possibilidade de os novos injetadores compartilharem principalmente com seus pares, ou seja, outros novos injetadores (que têm menor probabilidade de estarem infectados pelo HIV) e possuírem menor tempo de exposição acumulada (Friedman et al., 1989).

O estudo da dinâmica da epidemia de HIV/AIDS entre os novos injetadores é central à compreensão da dinâmica da epidemia em cada contexto e pode auxiliar no entendimento do recente declínio da epidemia na população de UDI observado em diferentes cidades brasileiras.

5- Aspectos metodológicos

Os obstáculos metodológicos à tentativa de analisar de forma consistente o declínio aparente da epidemia de HIV/AIDS entre UDI são inúmeros, e vão desde a pobreza da produção científica brasileira frente à experiência internacional (restringindo, em muito, as possibilidades de triangular dados provenientes de estudos e metodologias distintas – WHO, 1997) ao fato de, no contexto brasileiro, tratar-se da possível reversão de epidemias já estabelecidas (que, em certos contextos, como em Santos, chegaram a níveis alarmantes – Mesquita et al., 2001) e não de “epidemias prevenidas”, como ocorreu na Austrália e Suécia (Des Jarlais et al., 1995).

Os estudos conduzidos para avaliar a dinâmica da epidemia do HIV devem ser interpretados com cautela, especialmente entre UDI.

Os estudos longitudinais com UDI apresentam vícios presentes no estudo de quaisquer outras populações, mas especialmente relevantes na população de UDI:

a) auto-seleção dos participantes – em uma população de definição precisa impossível, marginalizada e sujeita a inúmeros agravos à saúde, a auto-seleção de participantes mais “saudáveis” é especialmente relevante;

b) perda diferencial de acompanhamento – é particularmente importante em uma população onde a aderência a diferentes protocolos/esquemas que exigem regularidade de hábitos cotidianos e assiduidade, como a vacinação para a hepatite B (Lamagni et al., 2001) ou a aderência a anti-retrovirais (Moatti et al., 2000), é sabidamente problemática;

c) vícios de informação – no sentido de relatar comportamentos mais saudáveis do que aqueles de fato ocorridos (“social desirability bias”), especialmente relevante quando o voluntário percebe que um “bom comportamento” se traduz em possíveis benefícios na esfera da prevenção e tratamento;

d) premência da intervenção – por razões éticas, os estudos desenvolvidos junto a esta população – particularmente vulnerável a diferentes agravos – não podem ser exclusivamente observacionais, existindo sempre um componente de intervenção, que, inevitavelmente, contribui para a redução dos comportamentos de risco dos participantes.

Os estudos seccionais seriados de soroprevalência também devem ser interpretados com bastante cautela devido à possível inclusão diferencial de indivíduos infectados e não-

infectados (Ades, 1995), além da alta morbidade e mortalidade da AIDS, e de um fenômeno particularmente relevante entre UDI – a sobremortalidade (frente a todas as demais populações sob particular risco frente ao HIV) de pessoas vivendo com HIV, sem AIDS (Prins et al., 2000). Esta sobremortalidade de UDI infectados com HIV sem AIDS se deve a fatores diversos como coinfeções, *overdoses* e situações de violência nas cenas de uso de drogas (Prins et al., 2000).

Como dito anteriormente, tais vícios se mostram especialmente problemáticos em se tratando de populações ocultas e de quadros dinâmicos como o do uso de drogas ilícitas.

Um outro aspecto metodológico importante a ser considerado em estudos epidemiológicos envolvendo a população de usuários de drogas refere-se ao processo de obtenção de amostras desta população. Estudos sobre uso de drogas não comportam a utilização das técnicas clássicas de amostragem, pois em se tratando de um hábito estigmatizado e ilegal, não é possível a definição e localização precisa dos casos no âmbito da população, inviabilizando a enumeração exaustiva para posterior aleatorização.

A população de usuários de drogas é uma população de difícil “acesso”. Outro aspecto relevante se refere ao fato de que a maioria dos indivíduos reluta em fornecer informações sobre seus hábitos de consumo e outros aspectos “sensíveis” de suas vida íntima (Bieleman et al., 1993).

Em se tratando de populações “ocultas”, métodos alternativos de amostragem (como por exemplo: nomeação, captura-recaptura, “target sampling”) são hoje amplamente utilizados em todo o mundo.

Esses métodos têm sido aplicados ao longo das 2 últimas décadas à epidemiologia do uso de drogas. Alguns desses métodos têm sido utilizados em diferentes países europeus e na América do Norte, por vezes combinados à modelagem matemática, no sentido de estimar a população de usuários de uma dada localidade (Stimson et al., 1997; Frischer et al., 2001).

A despeito dos achados relevantes de técnicas de estimação como captura-recaptura e modelos log-lineares, não é possível enumerar exaustivamente os usuários de drogas de uma determinada comunidade, mas apenas estimar o tamanho dessa população. Por esta razão, uma amostragem “direcionada” para a população alvo da pesquisa constitui a única alternativa factível de amostragem.

A ausência de vício amostral sistemático foi evidenciada num estudo caso-controle brasileiro (Lopes et al., 1996) com usuários de drogas recrutados pela técnica de bola-de-neve.

A metodologia de “target sampling” consiste no recrutamento de grupos específicos da população-alvo. O recrutamento costuma ser precedido de entrevistas, formais e informais, com informantes-chave, entrevistas em profundidade e grupos focais. Esse processo inicial fornece uma primeira “impressão” das cenas de uso e possibilita a identificação dos locais onde a população-alvo pode ser recrutada para que o trabalho de campo possa ser intensificado, objetivando obter uma amostra suficientemente representativa da população de interesse. (Bieleman et al., 1993 ; WHO,1997)

6- O estudo da OMS Fase-II

O estudo OMS Fase II é um estudo multicêntrico coordenado e financiado pelo Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O estudo OMS Fase II retoma e complementa as análises desenvolvidas quando da Fase I do projeto Multicêntrico da OMS durante o período de 1990 a 1993 acerca dos comportamentos de risco de usuários de drogas injetáveis (UDI) frente à infecção pelo HIV e patógenos de transmissão sangüínea e respectivas taxas de infecção (WHO, 1994).

O estudo OMS Fase II foi realizado em 13 cidades de países em desenvolvimento (Argentina, Brasil, Bélgica, China, Colômbia, Irã, Quênia, Malásia, Nigéria, Rússia, Ucrânia e Vietnã), além da cidade de Nova York (EUA). O estudo foi conduzido com o objetivo de fornecer subsídios a políticas preventivas em relação ao uso de drogas e suas conseqüências, fornecendo informações comportamentais e laboratoriais (prevalência para a infecção pelo HIV, hepatites B e C) de usuários de drogas injetáveis e não injetáveis.

O conjunto de dados produzido pelo estudo será gerenciado e arquivado pela OMS. Os bancos de dados foram produzidos seguindo as instruções de um *Manual de Operações (WHO Drug Injecting Study - Phase II – Operations Manual Version 4)* produzido pela Coordenação do estudo, contemplando os códigos-mestre (*mastercodes*) comuns a todos os centros do estudo (*sites*) referentes a todas as variáveis (WHO, 2000). Cada um dos centros do estudo teve a possibilidade de incluir variáveis e códigos locais, desde que compatibilizados com os códigos-mestre, após consulta à Coordenação do estudo e seguindo as normas gerais do *Manual de Operações*.

Os centros participantes são responsáveis pelas publicações das informações referentes aos seus próprios centros e relativa aos métodos usados exclusivamente em seus centros. Outras publicações podem ser preparadas pela OMS e/ou centros participantes, independentemente ou em colaboração com um ou mais centros.

6.1- O estudo da OMS Fase-II no Rio de Janeiro

O estudo transversal multicêntrico OMS Fase-II iniciou, no Rio de Janeiro, em outubro de 1999 e foi encerrado em dezembro de 2001.

O estudo recrutou (utilizando a metodologia “target sampling”) usuários de drogas nas cenas de uso da cidade do Rio de Janeiro (24 comunidades do município do Rio de Janeiro) que foram então entrevistados e testados para a presença da infecção pelo HIV e outros patógenos que não são objeto dessa dissertação.

Antes de se dar início ao recrutamento foram realizadas entrevistas com informantes-chaves, entrevistas em profundidade e grupos focais, objetivando caracterizar as principais cenas de uso e orientar os trabalho de campo, de acordo com as recomendações da Coordenação do estudo qualitativo da OMS (Imperial College, Londres, Reino Unido) (WHO, 1997).

O recrutamento de usuários de drogas foi realizado em diferentes comunidades do município do Rio de Janeiro, através de uma equipe diversificada de recrutadores. Os usuários recrutados foram encaminhados a um local reservado para serem entrevistados e fazerem a coleta de sangue, nas dependências do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Abuso de Drogas (NEPAD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em São Cristóvão, Rio de Janeiro.

O processo de recrutamento e de transporte dos entrevistados beneficiou-se das atividades da unidade móvel do Projeto de Redução de Danos do Rio de Janeiro (UERJ/Ministério da Saúde). Os indivíduos recrutados receberam uma compensação (aproximadamente R\$ 10,00) pelo tempo e esforço dispendidos, e condução (caso necessário).

Provavelmente devido à confiança depositada por esta população nos recrutadores – membros das próprias comunidades pesquisadas – e na equipe do projeto, que já trabalha com esta população há mais de dez anos, não houve dificuldades de abordagem.

Os entrevistados que necessitaram/desejaram receberam tratamento gratuito e anônimo para o uso de drogas no NEPAD. Além disso, o convênio com o Ambulatório do Banco da Providência, coordenado pessoalmente pelo investigador principal do projeto (Francisco Inácio Bastos), proporcionava gratuitamente aos entrevistados que necessitavam de cuidados para doenças infecto-contagiosas e outras afecções clínicas, vinculadas ou não à sua participação no projeto, tratamento médico e odontológico.

Eventuais internações foram realizadas no Hospital Evandro Chagas (FIOCRUZ). Demandas de abrigo/suporte foram disponibilizadas pelo Abrigo Santo Antônio, mantido pelo Banco da Providência.

Provavelmente por estas razões, além da facilidade de transporte, não tivemos qualquer recusa de potenciais entrevistados em comparecer para as entrevistas.

Como critério de inclusão no estudo foi considerado usuário de droga aquele que utilizou por qualquer via de administração qualquer droga ilícita pelo menos uma vez ao longo de sua vida. Um segundo critério de inclusão foi ser maior de 16 anos de idade, idade mínima necessária ao fornecimento de consentimento informado sem necessidade de autorização de pais ou responsáveis.

O estudo recrutou tanto usuários de drogas injetáveis como usuários de drogas não-injetáveis. No entanto, a análise que subsidiará a dissertação se restringirá aos UDI e ex-UDI. Foi considerado usuário de drogas injetáveis (segundo os critérios da OMS) aquele que havia utilizado drogas injetáveis pelo menos uma vez nos seis meses anteriores à entrevista, e ex-usuário de drogas injetáveis aquele que havia utilizado drogas injetáveis pelo menos uma vez ao longo de sua vida, mas que não havia injetado nos últimos 6 meses.

Após obtenção de consentimento informado (vide Anexo 1), desenvolvido segundo as normas adotadas no Brasil e nos Estados Unidos para pesquisas realizadas em seres humanos e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ (vide Anexo 2), foram obtidas informações sócio-demográficas, informações sobre consumo de álcool e drogas (incluindo compartilhamento de equipamentos de injeção e frequência de uso das diferentes substâncias), comportamento sexual, conhecimentos acerca das DST/AIDS e história clínica, através de questionário estruturado (vide Anexo 3).

O questionário utilizado no estudo desenvolvido no Rio de Janeiro provém de um questionário-base elaborado pela Coordenação Internacional do Inquérito Epidemiológico, a cargo de pesquisadores do Beth Israel/ National Development Research Institutes (Nova York, EUA), em colaboração com o escritório da OMS, em Genebra.

A aplicação do questionário foi precedida de cuidadosa tradução e retro-versão e adaptação às necessidades locais (com a definição de códigos locais específicos, de comum acordo com a coordenação internacional do estudo). Dois estudos-piloto (além das anteriormente referidas entrevistas com informantes-chave, entrevistas em profundidade e grupos focais) foram conduzidos para definição de quais variáveis seriam incluídas, excluídas ou modificadas na versão brasileira do questionário (mantendo porém a

compatibilidade do banco de dados do projeto desenvolvido no Rio de Janeiro com os bancos utilizados pelos demais centros do projeto).

O questionário inclui variáveis que se referem a dados sócio-demográficos, padrões de consumo de drogas, padrões de compartilhamento de seringas, inserção no mercado ilícito de drogas, conhecimentos acerca das DST/AIDS e mudanças de comportamento, consumo de álcool, práticas sexuais e uso de preservativos, história clínica, informações sobre utilização de serviços médicos, *overdose*, violência, entre outros aspectos relevantes.

Todos os participantes, após sessão de aconselhamento, foram convidados a colher amostras de sangue. As amostras de sangue foram testadas quanto à presença do HIV (Elisa e Western Blot); hepatites B (Anti-HBC, HBsAg, Anti-HBs), C, delta/D & G (GBV-C) e HTLV I/II (Elisa). Tais amostras integram soroteca a ser oportunamente utilizada para pesquisas complementares e/ou monitoramento laboratorial de agentes infecciosos emergentes. Não houve qualquer recusa em fornecer amostras de sangue, apenas a impossibilidade de obter amostra de sangue de um entrevistado, com síndrome clínica avançada (AIDS) e flebite generalizada.

O local de entrevista e coleta de sangue situava-se a aproximadamente 15 minutos do *campus* principal da FIOCRUZ. As amostras de sangue foram armazenadas em embalagem térmica apropriada e transportadas imediatamente após a coleta. Os exames laboratoriais para diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV foram realizados na FIOCRUZ pelo Laboratório de AIDS e Imunologia Molecular, do Instituto Oswaldo Cruz.

Os resultados laboratoriais foram entregues pessoalmente em caráter individual e confidencial, durante sessão de aconselhamento pós-teste. Os dados pessoais dos entrevistados foram arquivados em local seguro, onde apenas os responsáveis pelo estudo têm acesso. A identidade pessoal do entrevistado não é divulgada em qualquer hipótese. Os dados publicados são referentes ao conjunto de participantes do estudo, não permitindo a identificação individual de qualquer um deles.

6.2- Cálculo do tamanho da amostra

Embora o processo de obtenção da amostra não tenha seguido as técnicas estatísticas clássicas de amostragem aleatória, a técnica de obtenção da amostra utilizada (“target sampling”) proporciona amostras relevantes de usuários particularmente vulneráveis, residentes nas comunidades acessadas, uma vez que usuários ocasionais ou experimentadores são difíceis de acessar em estudos desta natureza.

Estão excluídos, *a priori*, desta amostra usuários de drogas de classes econômicas privilegiadas que não mantêm qualquer contato pessoal com a cena de uso e usuários com forte envolvimento com o crime organizado, que contam com redes de proteção que os tornam inacessíveis ou que estão no momento detidos ou presos.

É provável que o processo amostral utilizado tenha subenumerado mulheres que não mantêm qualquer interação com a cena de uso (já que esta interação é, no Brasil, tradicionalmente mediada por seus parceiros) (Bastos, 2002). No entanto, cabe observar que também nos centros de tratamento do Rio de Janeiro, o número de mulheres usuárias de drogas injetáveis é extremamente reduzido (Bastos et al., 2000).

O cálculo do tamanho da amostra definido pela coordenação do estudo foi realizado a partir das informações disponíveis nos diferentes países envolvidos na pesquisa na época da elaboração do protocolo da pesquisa, no início do ano de 1998. Portanto, alguns dos parâmetros especificados podem não corresponder àqueles referentes ao período de execução do estudo, que no Rio de Janeiro se iniciou no final de 1999. Por esta razão, em locais como o Rio de Janeiro, onde foram observadas modificações substanciais na dinâmica da epidemia de HIV/AIDS e das cenas de uso de drogas em anos recentes, esta defasagem temporal determinou modificações expressivas dos parâmetros utilizados inicialmente para o cálculo amostral.

Para determinarmos o tamanho mínimo de amostra necessário para detectarmos diferenças estatisticamente significativas ao nível de significância de 5% (que traduz a probabilidade de cometer o erro tipo I de rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira) e com poder estatístico de 80% (probabilidade de detectar uma diferença entre proporções quando ela de fato existe, ou seja, de evitar um erro do tipo II), é necessário especificar as frequências que esperamos encontrar (baseados em pesquisas anteriores) para os fatores de risco para a infecção pelo HIV e as prevalências para a infecção pelo HIV nos diferentes grupos.

O número de indivíduos que seria necessário (em cada grupo, novos injetadores e antigos injetadores, considerando a razão entre esses dois grupos igual a 1:1) para compararmos as freqüências dos fatores de risco para a infecção pelo HIV, considerando que essas freqüências seriam de no mínimo 20% e que a diferença entre essas freqüências nos dois grupos seria de 15%, foi calculado utilizando-se o módulo *Statcalc* do programa *EPIINFO*, versão 6.0. O tamanho de amostra mínima necessária foi calculado em 151 indivíduos em cada grupo, ou seja, 151 novos injetadores e 151 antigos injetadores.

Para o cálculo do tamanho de amostra que seria necessário para estimarmos *odds ratios* dos principais fatores de risco para infecção pelo HIV nos dois grupos (“novos injetadores” e “antigos injetadores”), precisamos especificar a prevalência para a infecção pelo HIV que se espera encontrar entre “expostos” e “não expostos” e a freqüência esperada para os fatores de risco.

Como a população estudada é particularmente vulnerável a múltiplos riscos, não é possível definir exposição a partir de um único fator de risco. Optou-se, então, por considerar alguns fatores de risco mais freqüentes e/ou mais relevantes nesta população.

Considerou-se uma prevalência para a infecção pelo HIV de 3% para aqueles que não estariam expostos aos fatores de risco e de 15% para aqueles que estariam expostos aos fatores de risco para a infecção pelo HIV.

Quanto às freqüências de alguns dos fatores de risco para o HIV nesta população, estudo que analisa dados referentes a essa mesma população (UDI da cidade do Rio de Janeiro), recrutada por três estudos transversais diferentes durante o período de 1990 a 1996 (Telles et al., 1997), aponta para freqüências de compartilhamento de agulhas/seringas, entre 22,3% e 30,4% e comportamentos de risco na esfera sexual (descritos no trabalho citado sob o indicador-síntese: “sexo de alto risco”, representando aqueles que relataram ter mais de um parceiro sexual e fazer uso inconsistente de preservativos, ter tido relação homossexual masculina ou ter trocado sexo por dinheiro ou drogas) com freqüências nos três estudos transversais entre 49,1% e 71,7%.

Portanto, considerou-se uma freqüência mínima de 30% para o conjunto de fatores de risco e calculou-se (a partir do módulo *Statcalc* do programa *EPIINFO*, versão 6.0) um tamanho mínimo de amostra igual a 223 indivíduos, ou seja, seriam necessários 223 novos injetadores e 223 antigos injetadores para analisarmos os fatores de risco para a infecção pelo HIV nesses dois grupos.

7- Objetivo Geral

Com o objetivo de avaliar os fatores de risco para infecção e mensurar as taxas de infecção pelo HIV entre novos e antigos injetadores foram analisados os dados do estudo OMS-Fase II referentes ao Rio de Janeiro.

7.1- Objetivos Específicos

- Comparar características sociodemográficas e comportamentais no âmbito do uso de drogas e práticas sexuais para novos e antigos injetadores;
- Mensurar a taxa de infecção pelo HIV entre novos e antigos injetadores;
- Avaliar os fatores de risco associados à infecção pelo HIV entre novos e antigos injetadores.

8- Justificativa

O uso de drogas injetáveis representa um dos principais componentes da epidemia de HIV/AIDS nos Estados Unidos e em muitos outros países, como, por exemplo, no leste da Europa e sudeste da Ásia (Des Jarlais et al., 1999, Rhodes et al., 1999).

O declínio da epidemia de HIV/AIDS tem sido observado em diferentes regiões do mundo, incluindo algumas regiões brasileiras, reformulando profundamente a visão anterior de que seria possível prevenir epidemias na população de UDI (Des Jarlais et al., 1995), mas não reverter, a médio prazo, epidemias maduras.

Estudos anteriores realizados especificamente com UDI na cidade do Rio de Janeiro mostraram taxas de soroprevalência para a infecção pelo HIV em torno de 25-30% (Telles et al., 1997), ao longo da década de 90. Também foram encontradas em todos os estudos frequências elevadas de comportamentos de risco, tais como o compartilhamento de seringas e o sexo desprotegido nas diferentes parcerias sexuais avaliadas.

Estudos mais recentes têm mostrado o declínio das taxas de infecção por HIV nesta população (Guimarães et al., 2001; Bastos et al., 2000).

Os novos injetadores representam um elemento central na dinâmica do HIV em populações de UDI. Diferenças importantes em relação aos comportamentos de risco, métodos de prevenção e taxas de infecção são encontradas entre novos e antigos injetadores têm sido evidenciadas pela literatura internacional.

O estudo da dinâmica da epidemia de HIV/AIDS entre os novos injetadores é central à compreensão da dinâmica da epidemia em cada contexto, uma vez que os comportamentos e taxas de infecção entre os novos injetadores “sinalizam” as tendências futuras da epidemia e podem auxiliar no entendimento do recente declínio da epidemia na população de UDI observado em diferentes cidades brasileiras.

9- Artigo

Como parte integrante desta dissertação apresenta-se a seguir o manuscrito: “The role of ‘long-term’ and ‘new’ injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil” (a ser submetido posteriormente como artigo completo), que analisa os fatores de risco e taxas de infecção pelo HIV para os novos e os antigos injetadores recrutados pelo estudo no Rio de Janeiro.

Cabe ainda observar que, imediatamente após a redação da dissertação, uma versão modificada dos seus itens 1 a 4 (páginas 01 a 21) foi submetida sob a forma de artigo à revista *Saúde em Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

The role of “long-term” and “new” injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil*

(A Report from the WHO Drug Injection Study Phase II)

*Mariana A Hacker (1), Samuel R. Friedman (2), Paulo Roberto Telles (3), Sylvia Lopes Teixeira (4), Mariza G. Morgado (4), Vera Bongertz (4) & Francisco Inácio Bastos (1)***

1. Department of Health Information, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil
2. National Development Research Institutes, Inc., New York City, New York, USA
3. Rio de Janeiro Harm Reduction Project, State University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil
4. Department of Immunology, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil

Corresponding author:

Francisco Inácio Bastos, DIS/CICT Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Av. Brasil 4365, Biblioteca de Manguinhos # 209. Rio de Janeiro 21045-900 Brazil.

E-mail: bastos@cict.fiocruz.br

* This paper is based on the data and experience obtained during the WHO Drug Injection Study Phase II – a project coordinated and sponsored by the World Health Organization and implemented by the WHO Phase II Drug Injection Collaborative Study Group. A full list of all collaborative investigators is presented in the main reports of the study (WHO, 2002).

** The authors alone are responsible for the views expressed in this paper, which do not necessarily represent those of the other investigators participating in the WHO Drug Injection Study Phase II nor the views or policy of the World Health Organization.

Abstract:

Background: A substantial decline of HIV prevalence has been observed in injection drug users (IDUs) from Rio de Janeiro, in recent years. Differential characteristics and behaviors of long-term and new injectors may help to understand recent changes and to implement appropriate prevention strategies

Methods: Between October 1999 and December 2001, 609 active/ex-IDUs were recruited, interviewed and tested for HIV. Contingency table analysis and t-tests were used to assess differences between new (injecting for <6 years) and long-term (≥ 6 y) injectors. Multiple logistic regression was used to identify independent predictors of HIV serostatus for long-term and new injectors

Results: HIV prevalence was 11.7% for 309 long-term injectors (95%CI 8.1-15.3) and 4.3% for 300 new injectors (95%CI 2.0-6.6). New injectors reported having engaged in treatment and having gotten syringes from NEPs more frequently than long-term injectors in the last 6 months, but sharing behaviors remain frequent and even increased vis-à-vis long-term injectors. The sole risk factor independently associated with HIV infection among male new injectors was: “sexual intercourse with another man” (OR=10.38; 95%CI 2.15-49.99). For male long-term injectors: “sexual intercourse with a primary partner of the opposite sex” (OR=0.23; 95%CI 0.09-0.60), “ever injected with anyone infected with HIV” (OR=7.84; 95%CI 1.91-32.17), and “ever been in prison/jail” (OR=3.59; 95%CI 1.35-9.55) were found to be independently associated with HIV infection

Discussion: New injectors are seeking help in drug treatment centers or needle exchange programs. They differ markedly from long-term injectors in terms of their risk factors for HIV infection and have lower prevalence levels for HIV. Such differences may help to understand the recent dynamics of HIV/AIDS in this population and highlight the need to reinforce new injectors help seeking behavior and to revert current unacceptably high levels of unprotected sex and syringe sharing in new injectors despite attendance of prevention/treatment programs.

Keywords: HIV; AIDS; new injectors; prevention

Introduction

The HIV/AIDS epidemic is a major public health challenge worldwide. UNAIDS estimates that 5 million new cases occurred in 2001, over 95% of them in low and middle-income countries (UNAIDS, 2002). Injection drug users (IDUs) have had a key role in the spread of HIV/AIDS worldwide. Health and social harms related to drug injecting habits are of serious concern in many different developing and transitional countries.

Since the middle 80s, IDUs have had a pivotal role in the Brazilian AIDS epidemic, with a peak in the late 80s/early 1990s (Lowndes et al., 2000; Brazilian Ministry of Health, 2002a). While HIV/AIDS in injection drug users seem to be decreasing in recent years in the southeast, where Brazilian major metropolitan areas such as Sao Paulo and Rio de Janeiro are located (Mesquita et al., 2001a; Bastos et al., 2002a), the epidemic has been progressing unabated in southern Brazil in IDUs, their sexual partners and offspring (Bastos et al., 2002b; Bastos et al., 2002c).

The WHO Drug Injection Study Phase II is a multi-city study of injecting drug use carried out in cities in Argentina, Brazil (3 sites), Belarus, China, Colombia, Iran, Kenya, Malaysia, Nigeria, Russian Federation, Ukraine, Vietnam, Bangkok and New York. It was designed to provide policy and decision makers with comprehensive and reliable information for intervention development on injecting drug use and its health consequences by conducting rapid assessments linked with behavioral and seroprevalence (HIV, hepatitis B and C) surveys among injection drug users.

In the three Brazilian cities with serial cross-sectional surveys in the 90s – currently engaged in WHO Phase II Study: Rio de Janeiro (Rio de Janeiro state, southeast), Santos (Sao Paulo state, southeast), and Salvador (Bahia state, south of northeastern region) – a consistent decline has been observed in infection rates for different blood-borne infections (hepatitis B and C, HTLV-I/II and HIV infection) (Mesquita et al., 2001a; Bastos et al., 2002a; Dourado et al., 2002).

Different types of evidence corroborate the observed decline of HIV seroprevalence in injectors from Rio de Janeiro in recent years, including zero incidence in a previous study using sensitive/less sensitive assays (Guimaraes et al., 2001) and substantial declines in the prevalence of hepatitis B and, especially, of hepatitis C, from a previous (1994/6) to the current (2000/1) cross-sectional study (Alberti et al., 2001). The proportion of AIDS cases registered among IDUs in Rio de Janeiro was less than 2% of the total AIDS cases reported in the state in 2000 whereas in 1992 it was 7% (Brazilian Ministry of Health,

2002b). A recent drug treatment survey carried out in the two major centers in Rio de Janeiro also found a very low HIV prevalence for drug users, including those with a history of injection (Bastos et al., 2000).

There is a considerable literature on long-term and new injectors in terms of their infection rates for different blood-borne pathogens, and their respective risk factors and protective behaviors (Friedman et al., 1989; Neaigus et al., 1996; Friedman et al., 1998; Des Jarlais et al., 1999; Chitwood et al., 2001; Gyarmathy et al., 2002; Fuller et al., 2002). New injectors were found to be less conscious about HIV/AIDS and more frequently engaged in risky practices. New injectors often report that they attend preventive programs less frequently than long-term injectors (Friedman et al., 1989; Neaigus et al., 1996). Despite such high frequency of risk behaviors and poor adherence to preventive programs, most studies have found lower prevalences for HIV among new injectors (compared to long-term injectors), probably due to the fact long-term injectors have more injection years of potential exposure. Some analyses have shown that new injectors normally share injection equipment and practice unprotected sex with people from social networks with low background prevalences for different blood-borne infections (Friedman et al., 1998), although this may be less true for women new injectors (Friedman et al., 1999).

A review by Friedman et al. (1994) highlighted the interplay of individual and ecological dimensions of HIV/AIDS among new and long-term injectors in different contexts. In cities with high seroprevalence and low seroincidence (mature epidemics), long term injectors are less likely to seroconvert because of saturation, while in cities with both high seroprevalence and high seroincidence (epidemics not yet stabilized) seroconversion among new injectors tend to hold their seroconversion rates below those of long-term injectors.

Recent studies have found low prevalence and high incidence rates in young injectors due to the persistence of high levels of risk behaviors in this population (Miller et al., 2002, Garfein et al., 2002). For reasons still unclear, a recent study found an excess of risk behavior without increased risk of seroconversion for hepatitis B and C in young injectors (Hagan et al., 2002).

With the aim of assessing risk factors and infection rates for HIV in new and long-term injectors, we analyzed data from 609 IDUs/ex-IDUs from Rio de Janeiro, as part of the WHO Phase II Study.

Methods

Recruitment

Drug users were recruited from October 1999 to December 2001 from different communities of Rio de Janeiro. The targeted communities were defined after a comprehensive effort of interviewing key-informants and drug users from different communities using in-depth interviews and focus groups, according to WHO guidelines. A team of native outreach workers and a mobile unit (van) were used to recruit potential interviewees and to bring them back and forth to the assessment center, located downtown. A concentrated effort was made to recruit people as representative of the diversity of Rio de Janeiro social geography as possible. No drug users were recruited from drug treatment centers, but the sample included a small proportion (17%) of interviewees currently engaged in drug treatment programs. Among the drug users with a history of drug injection, 273 (45%) reported to have injected at least once in the last 6 months while 336 (55%) were defined as former injectors (ex-IDUs), i.e. reporting no injection of illicit drugs in the last 6 months.

Questionnaire and informed consent

The study was preceded by translation and adaptation of the original English form, developed by WHO and the Survey Coordinating Center, in New York City. The survey was preceded by two pilot studies. Study protocol, questionnaire and consent form were approved by FIOCRUZ IRB and comply with Brazilian and international guidelines. Volunteers were compensated for their effort, receiving a modest amount (~US\$ 10.00) for travel and snack.

The different sections of the questionnaire address sociodemographic information, drug using and sexual habits, drug injection related risks and harms, and sociomedical history (including assessment of violence and overdoses).

Testing

After signing informed consent and answering the questionnaire, volunteers were asked to donate 30ml of whole blood. Blood samples were sent to two laboratories at Oswaldo Cruz Foundation (AIDS & Molecular Immunology Laboratory and The Reference Center for Viral Hepatitis). The results presented here refer exclusively to HIV serological testing as requested by WHO protocol guidelines.

To define HIV infection for the purposes of the present study, all samples were tested using two ELISA tests (Vironostica HIV Uni-Form II plus O, Organon, Boxtel, NL and Ortho HIV-1/HIV-2 Ab-Capture ELISA Test System, Ortho, New Jersey, USA), with different principles, and confirmed by IFA (Biomanguinhos-FIOCRUZ, BR), as defined by the Brazilian Ministry of Health flowchart. Results were delivered to interviewees in individual sessions of post-test counseling.

Data analysis

Injecting time was calculated for current injectors subtracting the age they reported to have injected for the first time from their current age. For ex-injectors, injecting time was calculated subtracting the age they reported they have injected for the first time from the age they reported to have injected for the last time.

Separate analyses were carried out using 7 (median value) and 6 years of continuous injection practices to distinguish “old” and “new” injectors. Since exploratory analyses found similar results for the two different cut-offs, we defined 6 years as the cut-off point, making current analyses comparable to previous literature.

Contingency table analysis (Yates corrected chi-square or Fisher exact test) and t-tests were used to assess differences between new and long-term injectors. Significance level was defined as $p < 0.05$. Multiple logistic regression was used to identify independent predictors of HIV serostatus for long-term and new injectors. In the selection of the variables for multivariate analyses, statistical (a significant or borderline association with the outcome) and epidemiological (plausibility and consistency) criteria were used. No interactions remain in the final logistic models.

Results

Sociodemographic information, sexual and injecting behaviors and prevalence rates of new and long-term injectors are presented in **Table 1**.

HIV prevalence among new injectors (4.3%; 95%CI: 2.01-6.59) was significantly lower than among long-term injectors (11.7%; 95%CI: 8.12-15.28).

New injectors more likely reported to be single and to be living alone or in households other than theirs than long-term injectors. New injectors also reported to have less children than long-term injectors. Most of these differences can be explained by the fact long-term and new injectors belong to different birth cohorts, with long-term injectors being significantly older than new injectors (means = 36.7y vs. 27.5y; $p=0.000$). New injectors were more frequently of white race/ethnicity than long-term injectors.

Many differences can be found between long-term and new injectors' drug use. Long-term injectors reported to have more frequently injected outside the city where they live than new injectors, in the last 2 years (21.7% vs. 13.7%; $p=0.013$). Due to the very definition of both categories, long-term injectors reported to have injected more times than new injectors during their drug injecting careers, with over half (54%) of the former reporting an accumulated number of injections greater than 100 shots.

Among current injectors, the overall injecting frequencies were higher among long-term injectors. For both injected cocaine (44.0% vs. 29.2%; $p=0.023$) and any injectable drug (41.9% vs. 28.3%; $p=0.030$) a higher proportion of long-term injectors (compared to new injectors) reported injecting drugs at least twice every week. Cocaine snorting was also higher among long-term injectors. On the other hand, long-term injectors reported more frequent attempts to control their drug injecting habits in the last 6 months (64.4% vs. 47.8%; $p=0.000$).

Of special concern is the fact that among interviewees currently injecting, more new injectors shared needles and/or syringes than long-term injectors (44.2% vs. 31.3%; $p=0.039$). On the other hand, new injectors were more likely to use needle exchange programs (NEPs) as a key source of clean needles and syringes than were long-term injectors (37.2% vs. 23.1%; $p=0.017$). For both long-term and new injectors, however, pharmacies were the most frequent source of sterile syringes (there is no prescription law in Brazil).

More long-term injectors reported having initiated someone into injecting (41.4% vs. 22.3%; $p=0.000$) and helping someone to inject (26.9% vs. 14.2%; $p=0.018$), compared

to new injectors. For both the first and most recent injections, new injectors were less likely to report having injected in their own home, injecting rather in someone's else home.

Some auspicious behavioral changes were reported by new injectors: they have more frequently entered treatment for drug use than long-term injectors (36.7% vs. 25.9%; $p=0.005$), have used less alcohol and cigarettes in the last 6 months (compared to long-term injectors) and have started to inject not as young as long-term injectors did (means = 20.7 vs. 18.5y; $p=0.000$).

Despite the fact that long-term injectors were more likely to having known someone with AIDS before injecting for the first time, behavior change toward safer behaviors after having heard about HIV/AIDS was more likely among new injectors (66.2% vs. 56.2%; $p=0.014$).

Long-term injectors were more likely to have never used condoms with casual partners in the last 6 months (39.3% vs. 23.6%; $p=0.02$) and to have more likely had male-to-male sex in the last 5 years (39.1% vs. 29.7%; $p=0.024$). Data for the use of condoms in male-to-male sex is available for the last 6 months before interview. A substantial proportion of those intercours were unprotected for both long-term (56.7%) and new injectors (42.9%).

New injectors described their health status more favorably than long-term injectors. Consistently, long-term injectors were more likely to report a variety of medical conditions, including sexually transmitted diseases (syphilis, gonorrhea, genital warts), injuries related to non-hygienic injecting practices (collapsed veins and abscesses), and tuberculosis.

The number of female injectors was quite low for both long-term and new injectors, making advisable to carry out separate bivariate analyses for the whole sample and male injectors, as depicted in **Table 2**.

Table 1: Sociodemographic characteristics, sexual and drug use behaviors of new and long-term injectors. WHO Multicity Study, Rio de Janeiro, 1999-2001.

Variables	New (n=300) %	Long- term (n=309) %	p- value
Sociodemographic characteristics and background information			
Gender			
Male	92.0	90.9	0.746
Female	8.0	9.1	
Race			
White	53.7	43.7	0.048
Mulatto	29.0	35.0	
Black	17.3	21.4	
Currently living alone	29.7	39.2	0.017
Marital status			
Legally married/living as married	23.7	28.2	0.007
Widowed/legally separated/divorced	06.7	12.9	
Single	69.7	58.9	
Where do you live?			
Own house, flat or apartment	18.3	25.2	0.004
House, flat or apartment rented	62.0	47.2	
Room rented	03.7	05.2	
Other	16.0	22.3	
Drug use behaviors			
Ever received treatment for drug use	36.7	25.9	0.005
Where injected for the first time			
Place where interviewee lives	14.0	15.9	0.036
Sex partner's/relative's/friend's/someone else's home	39.3	29.4	
Any public place	46.7	54.7	
Times have injected in lifetime			
1 to 9	35.3	08.1	0.000
10 to 99	38.7	37.9	
100 or more	26.0	54.0	
Injected drugs outside the city in the last 2 years	13.7	21.7	0.013
Had injection-free months in the last 6 months because was trying to control drug use*	47.8	64.4	0.000
How often injected cocaine?***			
<= 3 times a month	46.0	40.9	0.023
Once a week	24.8	15.1	
At least twice a week	29.2	44.0	
How often snorted cocaine?***			
<= 3 times a month	16.8	15.0	0.037
Once a week	16.8	9.4	
2-3 times a week	23.0	16.3	
4-6 times a week	21.2	21.3	
> 6 times a week	22.1	38.1	

(Table 1- continuation)

How often injected in the last 6 months?***			
No more than one time a week	71.7	58.1	0.030
At least twice a week	28.3	41.9	
Sharing works in the last 6 months**	44.2	31.3	0.039
Introduced anyone into injecting drugs	22.3	41.4	0.000
Helped someone to inject for the first time in the last 6 months**	14.2	26.9	0.018
Got needles and/or syringes in pharmacist in the last 6 months**	61.9	76.9	0.011
Got needles and/or syringes in Exchange Program in the last 6 months**	37.2	23.1	0.017
Where did you inject on the last occasion?			
Place of living	24.0	29.4	0.006
Sex partner's/relative's/friend's/someone else's home	29.7	18.8	
Any public place	46.3	51.8	
Ever smoked tobacco	77.7	85.0	0.032
Drank alcohol in the last 6 months	86.4	93.0	0.014
Sexual behaviors			
Never used condom with casual partners of the opposite sex in the last 6	23.6	39.3	0.002
Sexual intercourse with another man in the last 5 years++	29.7	39.1	0.024
AIDS knowledge and behavior change			
Knew anyone with AIDS before first injection	44.0	61.0	0.000
Did anything to avoid catching the virus since first heard about	66.2	56.2	0.014
Medical history			
Self-described current health			
Excellent/Good	74.8	67.5	0.059
Fair/Poor	25.2	32.5	
History of tuberculosis	04.3	08.4	0.059
History of syphilis	05.7	10.7	0.035
History of gonorrhea	36.0	58.3	0.000
History of genital warts	04.7	10.4	0.012
History of abscesses at an injection site	20.0	43.0	0.000
History of collapsed veins	07.7	17.2	0.001
Continuous variables			
Mean age in years	27.5	36.7	0.000
Mean number of biological children	01.1	01.6	0.000
Mean age when first injected a drug	20.7	18.5	0.000
Prevalence of HIV			
Male	03.6	10.7	0.002
Female	12.5	21.4	0.480
Total	04.3	11.7	0.002

* Among current injectors (those who have been injecting in the last 6 months) who did not inject for at least one month in the last 6 months (n=157; new-67, long-term-90)

** Among current injectors (n=273; new-113, long-term-160)

+Among those who have had sexual intercourse with any casual partners of the opposite sex in the last 6 months (n=373; new-182, long-term-191)

++Among males (n=557; new-276, long-term-281)

Tables 2a and 2b present key variables significantly associated with HIV Infection in bivariate analyses for new and long-term injectors, respectively. The same variables were assessed for both long-term and new injectors. Each table section has subsections for all interviewees and for male injectors. Associations significant at the level of 0.05 are discussed as follows.

For all new injectors, higher educational levels seem to protect those interviewees from getting infected by HIV (OR=0.83; OR=0.84 when considering only male new injectors). “Living alone” (OR=5.82; OR=5.94 for male new injectors), “history of syphilis” (OR=5.85) and “history of genital warts” (OR=7.53) are associated with higher probability of HIV infection.

For male new injectors, an association between same sex intercourse and HIV infection was found (OR=10.38). A similar association was found between a self-defined gay or bisexual identity and HIV infection (OR=9.25). Due to the imperfect matching of self-defined identities and sexual behaviors as reported by interviewees (data not shown), only reported behaviors, but not self-defined identities, were entered into multivariate analyses.

Among long-term injectors different variables associated with more intense use of drugs seem to predict HIV infection: “ever overdosed” (OR=2.19) and “history of collapsed veins” (OR=2.42). Other medical conditions reported by interviewees, including a sexually transmitted infection (STI) (syphilis; OR=2.83), tuberculosis (OR=4.05; OR=3.67 for long-term male injectors) and pneumonia (OR=3.38; OR=2.90 for male injectors) were found also to be associated with HIV infection. To consider him/herself to be homo/bisexual was found to be associated with HIV infection (OR=3.51; OR=4.36 for long-term male injectors).

As expected, to have “ever injected with anyone infected with HIV” (OR=4.24; OR=5.38 for long-term male injectors) was found to be associated with HIV infection. To be injected by someone else – either by sex partners/relatives/close friends (OR=9.80) or acquaintances/dealers/others (OR=9.13) – for the first time was found to be associated with HIV infection. To have ever been imprisoned was found to be associated with HIV infection for both the whole sample (OR=2.73) and long-term male injectors (OR=3.10).

Finally, to have had a sexual primary partner of the opposite sex in the last months was inversely associated with HIV infection (OR=0.42; OR=0.30 for long-term male injectors).

Two significant associations with HIV infection were found for male long-term injectors but not for the whole group of long-term injectors, “history of gonorrhoea” (OR=2.69) and “living alone” (OR=2.34). Due to the small number of female injectors, multivariate analyses were carried out only for the male subsample.

Table 2a: Statistically significant (at $p < 0.010$) associations with HIV infection for new injectors. WHO Multicity Study, Rio de Janeiro, 1999-2001.

	Variables	n	n HIV+	% HIV+	OR	95%CI
All	Sex					
	Male	276	10	3.6	1	
	Female	24	3	12.5	3.8	0.97 - 14.87
	Living Alone					
	Yes	89	9	1.9	5.82	1.74 - 19.44
	No	211	4	10.1	1	
	Used marijuana in the last 6 months					
	Yes	230	7	3.0	1	
	No	70	6	8.6	0.33	0.11 - 1.03
	Injected with used needles and/or syringes from a relative who was not a primary sex partner *					
	Yes	6	3	50.0	21.5	2.53 - 182.37
	No	45	2	4.4	1	
	History of syphilis					
	Yes	17	3	17.6	5.85	1.44 - 23.66
	No	283	10	3.5	1	
	History of genital warts					
	Yes	14	3	21.4	7.53	1.81 - 31.27
	No	286	10	3.5	1	
	Had a client who gave money or goods for sex in the last 6 months**					
	Yes	29	3	10.3	3.46	0.86 - 13.86
	No	248	8	3.2	1	
	Had a client who gave drugs for sex in the last 6 months**					
	Yes	24	3	12.5	4.37	1.08 - 17.74+
	No	253	8	3.2	1	
	How many times ever seen an overdose					
	Once	74	2	2.7	1	
Twice	51	5	9.8	3.91		
More	104	2	1.9	0.77		
Self-defined sexual identity						
Heterosexual	289	11	3.8	1		
Homo/bisexual	11	2	18.2	5.62	1.08 - 29.14	
Continuous variables						
	Years of full-time education				0.83	0.70 - 0.97

(Table 2a - continuation)

Male	Living Alone					
	Yes	82	7	8.5	5.94	1.50 - 23.59
	No	194	3	1.5	1	
	Had sexual intercourse with another man in the last 5 years					
	Yes	82	8	9.8	10.38	2.15 - 50.01
	No	194	2	1.0	1	
	Injected with used needles and/or syringes from a relative who was not a primary sex partner *					
	Yes	4	2	50.0	20.00	1.78 - 225.00
	No	42	2	4.8	1	
	History of syphilis					
	Yes	15	2	13.3	4.86	0.94 - 25.25
	No	261	8	3.1	1	
	Had a client who gave drugs for sex in the last 6 months**					
	Yes	18	2	11.1	4.83	0.90 - 25.90
	No	238	6	2.5	1	
Self-defined sexual identity						
Heterosexual	267	8	3.0	1		
Homo/bisexual	9	2	22.2	9.25	1.65 - 51.75	
Continuos variables						
Years of full-education				0.84	0.69 – 1.01	
Age				1.05	0.99 – 1.12	
Age when injected for the very first time				1.09	1.03 – 1.17	

* Among those who injected with used needles and/or syringes in the last 6 months

** Among those who have had sexual intercourse with any partners of the opposite sex in the last 6 months

+ Borderline (p=0.059) association.

Table 2b: Variables statistically (at $p < 0.010$) associated with HIV infection for long-term injectors. WHO Multicity Study, Rio de Janeiro, 1999-2001.

	Variables	n	n HIV+	% HIV+	OR	95%CI
All	Ever been in prison					
	Yes	149	25	16.8	2.73	1.29 - 5.77
	No	160	11	6.9	1	
	Used marijuana in the last 6 months					
	Yes	223	21	9.4	0.49	0.24 - 1.01
	No	86	15	17.4	1	
	Ever injected with anyone who was infected with HIV					
	Yes	15	5	33.3	4.24	1.36 - 13.21
	No	294	31	10.5	1	
	Used condom how method of contraception at any time in the last 6 months*					
	Yes	22	4	18.2	3.16	0.88 - 11.33
	No	137	9	6.6	1	
	Done anything to avoid catching the virus since first heard about HIV/AIDS					
	Yes	173	15	8.7	0.51	0.25 - 1.04
	No	135	21	15.6	1	
	History of tuberculosis					
	Yes	26	8	30.8	4.05	1.61 - 10.15
	No	283	28	9.9	1	
	History of syphilis					
	Yes	33	8	24.2	2.83	1.17 - 6.88
	No	276	28	10.1	1	
	History of pneumonia					
	Yes	101	21	20.8	3.38	1.66 - 6.88
	No	208	15	7.2		
	History of genital warts					
	Yes	32	7	21.9	2.39	0.95 - 6.02
	No	277	29	10.5	1	
	History of genital herpes					
Yes	4	2	50.0	7.97	1.09 - 58.43	
No	305	24	11.1	1		
History of collapsed veins						
Yes	53	11	20.8	2.42	1.11 - 5.29	
No	256	25	9.8	1		
Ever overdosed						
Yes	145	23	15.9	2.19	1.06 - 4.50	
No	164	13	7.9	1		
How often injected in the last 6 months?+						
No more than 3 times a month	68	4	5.9	1		
At least once a week	92	15	16.3	3.12	0.98 - 9.86	

(Table 2b - continuation)

	Sexual intercourse with a primary partner of the opposite sex in the last 6 months*					
	Yes	159	13	8.2	0.42	0.20 - 0.87
	No	119	21	17.6	1	
	How often talk about HIV/AIDS with drug using friends++					
	Not at all	93	14	15.1	1	
	Rarely	114	7	6.1	0.37	0.14 - 0.96
	Frequently	93	15	16.1	1.08	0.49 - 2.40
	Ever injected with anyone who had hepatitis					
	Yes	5	2	40.0	5.45	0.88 - 33.85
	No	303	33	10.9	1	
	Known anyone who died of an overdose					
	Yes	121	9	7.4	0.48	0.22 - 1.06
	No	188	27	14.4	1	
	Self-defined sexual identity					
	Heterosexual	292	31	10.6	1	
	Homo/bisexual	17	5	29.4	3.51	1.16 - 10.62
	Years of full-time education					
	< = 8 years	166	23	16.1	2.25	1.09 - 4.63
	More than 8 years	143	13	7.8	1	
Male	Ever been in prison					
	Yes	140	22	15.7	3.1	1.33 - 7.22
	No	141	8	5.7	1	
	Living Alone					
	Yes	116	18	15.5	2.34	1.09 - 5.07
	No	165	12	7.3	1	
	Ever injected with anyone who was infected with HIV					
	Yes	14	5	35.7	5.38	1.67 - 17.30
	No	267	25	9.4	1	
	Used condom how methods of contraception at any time in the last 6 months*					
	Yes	17	3	17.6	4.89	1.05 - 22.68
	No	119	5	4.2	1	
	Had sexual intercourse with another man in the last 5 years					
	Yes	110	17	15.5	2.22	1.03 - 4.78
	No	171	13	7.6	1	
	History of tuberculosis					
	Yes	22	6	27.3	3.67	1.31 - 10.26
	No	259	24	9.3		
	History of syphilis					
	Yes	27	7	25.9	3.51	1.34 - 9.19
No	254	23	9.1			
History of pneumonia						
Yes	87	16	18.4	2.90	1.34 - 6.25	
No	194	14	7.2			

(Table 2b - continuation)						
History of gonorrhea						
Yes	174	24	13.8	2.69	1.06 - 6.82	
No	107	6	5.6			
History of collapsed veins						
Yes	47	9	19.1	2.40	1.02 - 5.64	
No	234	21	9.0			
Injected with used needles and/or syringes from a close friend **						
Yes	32	2	6.3	0.15	0.02 - 0.96	
No	13	4	30.8			
Injected with used needles and/or syringes in the very first time						
Yes	146	21	14.4	2.18	0.96 - 4.96	
No	126	9	7.1			
How often injected in the last 6 months?+						
No more than 3 times a month	64	3	4.7	3.57	0.97 - 13.11	
At least once a week	87	13	14.9	1		
Sexual intercourse with a primary partner of the opposite sex in the last 6 months						
Yes	136	20	17.2	0.30	0.13 - 0.71	
No	116	8	5.9	1		
How often talk about HIV/AIDS with drug using friends++						
Not at all	87	13	14.9	1		
Rarely	107	5	4.7	0.28	0.09 - 0.82	
Frequently	81	12	14.8	0.99	0.42 - 2.32	
Continuous variables						
Number of biological children				0.67	0.48 - 0.95	
Age when injected the same drug that used for the first time				0.88	0.77 - 1.01	

* Among those who have had sexual intercourse with any partners of the opposite sex in the last 6 months

** Among those who injected with used needles and/or syringes in the last 6 months

+ Among current injectors

++ Among those who ever heard of HIV/AIDS

Table 3 presents risk factors, with respective odds-ratios, independently associated with the outcome (HIV infection) as found in the final logistical models for new and long-term male injectors. For male new injectors, “sexual intercourse with another man” was found to be the sole independent risk factor for HIV infection (OR=10.38; 95%CI 2.15-49.99).

Among male long-term injectors: “to have ever injected with anyone infected with HIV” (OR=7.84; 95%CI 1.91-32.17), “to have ever been in prison/jail” (OR=3.59; 95%CI 1.35-9.55) and “sexual intercourse with a primary partner of the opposite sex” (OR=0.23; 95%CI 0.09-0.60 – inverse association) were found to be independently associated with HIV infection.

Table 3: Risk factors independently associated with HIV-infection among male drug injectors. WHO Multicity Study, Rio de Janeiro, 1999-2001.

	Variables	OR	CI 95%
New	Sexual intercourse with another man in the last 5 years	10.38	2.15-49.99
Long-term	Sexual intercourse with a primary partner of the opposite sex	0.24	0.09-0.62
	Ever injected with anyone infected with HIV	8.40	2.14-32.93
	Ever been in prison/jail	3.81	1.44-10.05

Discussion

In the present study new injectors seem to be seeking help in drug treatment centers and needle exchange programs. On the other hand, the high levels of needle and/or syringe sharing by new injectors are of special concern. Even considering that new injectors may selectively network with partners and acquaintances with relatively low background seroprevalences, exposure to different blood-borne pathogens tend to increase as years of unsafe injecting behaviors accumulate.

An auspicious finding of the present study is the fact new injectors have begun to inject at older ages than long-term injectors. For those new injectors currently injecting lower injection frequencies were reported vis-à-vis long-term injectors. In a study carried out in New York, new injectors were also more likely to have started injecting at an older age but no decrease of overall injection frequencies was observed (Des Jarlais et al., 1999).

Most long-term injectors assessed by our study have been injecting frequently, many times associating the use of injectable drugs with the use of both licit and illicit drugs by other routes. Fortunately, a substantial minority of them have been managing to control their injection habits.

Long-term injectors seem to function in our sample as the “living memory” of drug injecting networks, initiating and helping drug users in transition from other routes to start injecting. A recent study carried out in Baltimore, Maryland, USA, found that among young short-term IDUs, having two or more “trainers” before being able to self-inject was associated with higher HIV infection rates (Doherty, et al., 2000). The fact most new injectors from our study report having injected for both the first and last time in someone’s else home reinforces the potential importance of social networks in the initiation and maintenance of injection behaviors and the role of experienced injectors in such networks (Friedman & Aral, 2001).

Different harms have been mentioned by long-term injectors recruited by our study, probably due to the fact risks for different medical conditions accumulate over time and can be further aggravated by persistent harmful injecting habits. Harms and diseases frequently mentioned by long-term injectors included: overdoses (experienced by themselves and/or their peers) and a variety of medical conditions, including STIs, HIV (as documented by test results), conditions commonly associated with non-hygienic injection (abscesses and collapsed veins), and diseases associated with unhealthy environments and/or immunodeficiency, e.g. tuberculosis. Similar high prevalences for different diseases in

long-term injectors have been described by Brazilian (Carvalho et al., 1996; Mesquita et al., 2001b) and international (CDC, 2001; Riley et al., 2002) literature.

New and long-term injectors differ substantially in their respective risk factors for HIV infection. In a former paper by our group (Souza et al., 2002), use of crack and powder cocaine was found to be associated with unprotected anal sex. In the present analysis, “sexual intercourse with another man” (mostly unprotected) was found to be a key risk factor for HIV for male new injectors. International studies highlight the double-risks and high infection rates for HIV and other STIs still faced by gay and bisexual IDUs, after two decades of the HIV/AIDS epidemic (Maslow et al., 2002; Bluthenthal et al., 2001).

A history of ever been in prison and jail was found to be a risk factor for HIV infection in male long-term injectors, probably reflecting the fact prisons concentrated subjects with previous risky and harmful injection practices, some of them unexplored by our analyses (Choopanya et al., 2002; Estebanez et al., 2002), and represent a setting where new infections take place due to harsh living conditions, favoring non-hygienic injection practices and unprotected sexual intercourse. Evidences for parenteral transmission of HIV inside Brazilian prisons were recently published (Burattini et al., 2000).

We explored further the putative protective role of a report of “sexual intercourse with a principal partner from opposite sex in the last 6 months” for male long-term injectors. We found interviewees without principal partners (PP) in the last 6 months reported significantly more frequently (than those with PP) to have had sexual intercourse with occasional partners, from both sexes, being most of those sexual acts unprotected (data not shown). To have a principal partner was shown to be a protective factor for IDUs in Thailand (Des Jarlais et al., 1994).

In sum, risk factors differ substantially in new and long-term injectors in our study, due to individual, generational and contextual factors. As shown by Friedman et al. (1995), risk factors can differ in high and low seroprevalence contexts. New and long-term injectors of the present study have not only significantly different seroprevalences for HIV but have been inserted in quite distinct drug scenes and networks since their first injection took place. Such differences may help to understand the recent dynamics of HIV in injection drug users in Rio de Janeiro, where a substantial decline of HIV infection rates has been observed (Telles et al., 1997; Guimaraes et al., 2001).

New injectors are starting to inject in older ages and inject less frequently than long-term injectors, postponing their chances to be infected by parenteral route. The balance

between decreasing frequencies of injection and higher levels of sharing by new injectors should be further evaluated. New injectors help seeking behavior should be reinforced, but current preventive and therapeutic initiatives must be improved, helping to revert unacceptably high levels of unprotected sex and syringe sharing in new injectors.

Increases in sexually transmitted infection rates and in risky sexual activities have been recently reported in different homosexual populations (CDC, 1999). Reasons for these increases may include prevention fatigue and highly active antiretroviral therapy (HAART) related optimism. It is believed that because individuals live longer and healthier under therapy, this may have fostered optimism regarding the threat posed by HIV/AIDS (Van de Ven et al., 2000). Thus, individuals may engage or return to more risky behaviors. HAART related optimism has been tentatively assessed in Brazil (Kerrigan et al., 2002).

The current study points to male-to-male unprotected sex as a key risk factor for new injectors. Such finding merits further analyses and call for the renewal of current preventive strategies targeting gay and bisexual injectors.

Our study has many limitations. Random samples cannot be drawn from an unknown universe, especially for behaviors that are not only hidden and stigmatized but also criminalized. To minimize such biases, the survey was integrated with a thorough assessment of Rio de Janeiro drug scenes using in-depth interviews, focus groups and mapping. In accordance with the strategies of targeted sampling (Watters & Biernacky, 1989), we tried to assess as many communities as possible, with a mobile team of outreach workers.

Another limitation refers to sample size. Although much larger than the minimum number of 200 active and 100 ex-IDUs suggested by WHO study guidelines, some differences could not be made evident due to insufficient statistical power. The small number of female drug injectors enrolled in the study precluded multivariate analyses for this subgroup. Former studies have consistently shown a small number of women have been injecting in Rio de Janeiro (Telles et al., 1997; Bastos et al., 2000; Guimaraes et al., 2001). From a complementary perspective, the small number of commercial sex workers injecting cocaine (22/697) in the city of Santos, Sao Paulo, did not permit further evaluation of the association of cocaine injection and HIV infection in this population (Szwarcwald et al., 1998).

Cross-sectional studies cannot define causality since risk factors and outcomes are obtained simultaneously. To partially address this limitation, we carried out a thorough

assessment of laboratorial markers of recent/old HIV infection (sensitive/less sensitive HIV testing protocols) and different blood-borne infections, to be analyzed in future studies.

Finally, the project spent a long time (~26 months) to effectively recruit a sizeable number of IDUs from different communities, in successive turns, making the sample subjected to seasonal variations. The extended period was necessary to obtain a diverse and large enough sample in a huge and markedly heterogeneous city.

References:

ALBERTI, S.; HACKER, M.; CUSTODIO MIGUEL, J.; OLIVEIRA, M.L. & BASTOS, F.I., 2001. Can viral hepatitis be kept under control among injection drug users? Lessons from the field, in Rio de Janeiro, Brazil. *Virus Reviews and Research* 6(suppl 1):109.

BASTOS, F.I.; LOWNDES, C.M.; DERRICO, M. ET AL., 2000. 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*. 11:383-392.

BASTOS, F.I.; MESQUITA, F.C.; ANDRADE, T.; TELLES, P.R.; BUENO, R.; DOURADO, M.I.; HACKER, M.; PICONEZ, D.; FARIAS, A.H. & the WHO Multicity Study Brazilian Group, 2002a. Declining HIV/AIDS epidemics among IDUs from 3 Brazilian main metropolitan areas. XIII International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, *abstract book* p. 150, Ljubljana, Slovenia.

BASTOS, F.I.; PINA M.F. & SZWARCOWALD, C.L., 2002b. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *Int J Drug Policy*. 13:137-144.

BASTOS, F.I.; DERRICO, M.; VELOSO, V.G.; NIELSEN, K.; MORGADO, M.G.; PILOTTO, J.H.; JOÃO, E.; GRINSZTEJN, B.; KREITCHMANN, R.; FONSECA, R.; RIEGEL, B.; BUSCH, B. & BRYSON, Y., 2002c. Risk factors for HIV among late-presenting pregnant women in Porto Alegre (POA), southern, and Rio de Janeiro (RJ), southeastern Brazil. XIV International AIDS Conference, *abstract book* vol. II, p. 105, Barcelona, Spain.

BLUTHENTHAL, R.N.; KRAL, A.H.; GEE, L.; LORVICK, J.; MOORE, L.; SEAL, K. & EDLIN, B.R., 2001. Trends in HIV seroprevalence and risk among gay and bisexual men who inject drugs in San Francisco, 1988 to 2000. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 28:264-269.

BRAZILIAN MINISTRY OF HEALTH, 2002a. Epidemiologic Bulletin. Available at <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_set_2001/boletim.htm>.

BRAZILIAN MINISTRY OF HEALTH, 2002b. Available at <<http://www.aids.gov.br/>>. Accessed August 28, 2002.

BURATTINI, M.; MASSAD, E.; ROZMAN, M.; AZEVEDO, R. & CARVALHO, H., 2000. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Rev Saude Publica*. 34:431-436.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1999. Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men- King County, Washington, 1997-1999. *MMWR* 48:773-777.

CDC (Centers for Diseases Control and Prevention), 2001. Soft tissue infections among injection drug users--San Francisco, California, 1996-2000. *Morb Mortal Wkly Rep*. 50:381-384.

CARVALHO, H.B.; MESQUITA, F.; MASSAD, E.; BUENO, R.C.; LOPES, G.T.; RUIZ, M.A. & BURATTINI, M.N., 1996. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 12:84-92.

CHITWOOD, D.D.; COMERFORD, M.; KITNER, K.R.; PALACIOS, W. & SANCHES, J., 2001. A Comparasion if HIV risk behaviors between new and long term injection drug users. *Subst Use Misuse*. 36:91-111.

CHOOPANYA, K.; DES JARLAIS, D.C.; VANICHSENI, S.; KITAYAPORN, D.; MOCK, P.A.; RAKTHAM, S.; HIREANRAS, K.; HEYWARD, W.L.; SUJARITA, S. & MASTRO, TD., 2002. Incarceration and risk for HIV infection among injection drug users in Bangkok. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 29:86-94.

DES JARLAIS, D.C.; CHOOPANYA, K.; VANICHSENI, S.; PLANGSRINGARM, K.; SONCHAI, W.; CARBALLO, M.; FRIEDMANN, P. & FRIEDMAN, S.R., 1994. AIDS

risk reduction and reduced HIV seroconversion among injection drug users in Bangkok. *Am J Public Health*. 84:452-455.

DES JARLAIS, D.C.; FRIEDMAN, S.R.; PERLIS, T.; CHAPMAN, T.F.; SOTHERAN, J.L.; PAONE, D.; MONTERROSO, E. & NEAIGUS, A., 1999. Risk Behavior and HIV Infection Among New Drug Injectors in the Era of AIDS in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*.1:67-72.

DOHERTY, M.C.; GARFEIN, R.S.; MONTERROSO, E.; BROWN, D. & VLAHOV, D., 2000. Correlates of HIV infection among young adult short-term injection drug users. *AIDS* 14:717-726.

DOURADO, I.; ANDRADE, T.; FARIAS, A. & GALVAO-CASTRO, B., 2002. Changing patterns of HIV-1 and HTLV-I/II seroprevalence among IDUs from different districts of Salvador, Brazil: Effectiveness of prevention strategies? *abstract book #MoPeC3423*. Poster presented at XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain.

ESTEBANEZ, P.; ZUNZUNEGUI, M.V.; AGUILAR, M.D.; RUSSELL, N.; CIFUENTES, I. & HANKINS, C., 2002. The role of prisons in the HIV epidemic among female injecting drug users. *AIDS Care* 14:95-104

FRIEDMAN, S.R.; DES JARLAIS, D.C.; NEAIGUS, A.; ABDUL-QUADER, A.; SOTHERAN, J.L.; SUFIAN, M. & TROSS, S.; GOLDSMITH, D., 1989. AIDS and the new drug injector. *Nature* 339:333-334

FRIEDMAN, S.R.; DES JARLAIS, D.C.; JOSE, B.; NEAIGUS, A. & GOLDSTEIN, M., 1994. Seroprevalence and the history of HIV epidemic among drug injectors. In: Nicolosi, A. (ed.), *HIV Epidemiology: Models and Methods*, pp. 137-150. New York: Raven Press.

FRIEDMAN, S.R.; JOSE, B.; DEREN, S.; DES JARLAIS, D.C. & NEAIGUS, A., 1995. Risk factors for human immunodeficiency virus seroconversion among out-of-treatment

drug injectors in high and low seroprevalence cities. The National AIDS Research Consortium. *Am J Epidemiol.*142:864-874.

FRIEDMAN, S.R.; FRIEDMANN, P; TELLES, P.R.; BASTOS, F.I.; BUENO, R.; MESQUITA, F. & DES JARLAIS, D.C., 1998. New injectors and HIV-1 risk. In: Stimson, G.; Des Jarlais, D.C. & Ball, A. (eds.). *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*, pp. 76-90. London: UCL Press.

FRIEDMAN, S.R.; CURTIS, R. & NEAIGUS, A.,1999. *Social Networks, Drug Injectors' Lives, and Hiv/AIDS* (AIDS Prevention and Mental Health). Dordrecht: Kluwer Press

FRIEDMAN, S.R. & ARAL, S., 2001 Social networks, risk-potential networks, health, and disease. 2001. *J Urban Health.*,78:411-418.

FULLER, C.M.; VLAHOV, D.; OMPAD, D.C.; SHAH, N.; ARRIA, A. & STRATHDEE, S.A., 2002. High-risk behaviors associated with transition from illicit non-injections to injection drug use among adolescent and young adult drug users: a case-control study. *Durg Alcohol Depend.* 66:189-198.

GARFEIN, R.S.; VALVERDE, R.; SWARTZENDRUBER, A.; DES JARLAIS, D.C., KERNDT, P.; MORSE, E.; OULLET, L.; STRATHDEE, S.A.; VLAHOV, D.; WILLIAMS, I.T. & MONTERROSO, E.R., 2002. Differences in correlates of HIV, hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C Virus (HCV) infections among Young, street-recruited injection drug users (IDUs) in United States metropolitan areas. *abstract book #MoPeC3403*. Poster presented at XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain.

GYARMATHY, A.V; NEAIGUS A. & MILLER, M., 2002. Increased sexual risk among women who recently initiated drug injecting. *abstract book. #MoPeC3398*. Poster presented at XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain.

GUIMARAES, M.L.; BASTOS, F.I.; TELLES, P.R.; GALVAO-CASTRO, B.; DIAZ, R.S.; BONGERTZ, V. & MORGADO, M.G., 2001. Retrovirus infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City, Brazil: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-

infection with HTLV-I/II.
J Clin Virol. 21:143-151.

HAGAN, H. & THIEDE, H., 2002. Young injectors: Excess risk behaviour without increased risk of seroconversion. *abstract book # MoPeC3476*. Poster presented at XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain.

KERRIGAN, D.; BASTOS, F.I.; MALTA, M.; CARNEIRO-DA-CUNHA, C.; PILOTTO, J.H. & STRATHDEE, S.A., (2002). HIV treatment optimism viewed cross-culturally: findings from an ethnographic study of HAART related attitudes and behaviors in Brazil. XIV International AIDS Conference, abstract book vol. I, p. 186, Barcelona.

LOWNDES, C.M.; BASTOS, F.I.; GIFFIN, K.M.; VAZ DOS REIS, A.C.; D'ORSI, E. & ALARY, M., 2000. Differential trends in mortality from AIDS in men and women in Brazil (1984-1995). *AIDS.* 14:1269-73.

MASLOW, C.B.; FRIEDMAN, S.R.; PERLIS, T.E.; ROCKWELL, R. & DES JARLAIS, D.C., 2002. Changes in HIV seroprevalence and related behaviors among male injection drug users who do and do not have sex with men: New York City, 1990-1999. *Am J Public Health.* 92:382-384.

MESQUITA, F.; KRAL, A.; REINGOLD, A.; BUENO, R.; TRIGUEIROS, D. & ARAUJO, P.J., 2001a. Trends of HIV Infection Among Injection Drug Users in Brazil in the 1990s: The Impact of Changes in Patterns of Drug Use. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 28:298-302.

MESQUITA, F.; KRAL, A.; REINGOLD, A.; HADDAD, I.; SANCHES, M.; TURIENZO, G.; PICONEZ, D.; ARAUJO, P. & BUENO, R., 2001b. Overdoses among cocaine users in Brazil. *Addiction.* 96:1809-1813.

MILLER, C.L.; SPITALL, P.M.; LALIBERTE, N.; LI, K.; O'SHAUGHNESSY, M.V. & SCHECHTER, M.T., 2002. Risk factors for HIV and HCV prevalence and incidence

among young injection drug users in a city coping with an epidemic. *abstract book #MoPeC3401*. Poster presented at XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain.

NEAIGUS, A.; FRIEDMAN, S.R.; JOSE, B.; GOLDSTEIN, M.F.; CURTIS, R.; ILDEFONSO, G. & DES JARLAIS, D.C., 1996. High-risk personal networks and syringe sharing as risk factors for HIV infection among new drug injectors. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 11:499-509.

RILEY, E.D.; VLAHOV, D.; HUETTNER, S.; BEILENSON, P.; BONDS, M. & CHAISSON, R.E., 2002. Characteristics of injection drug users who utilize tuberculosis services at sites of the Baltimore city needle exchange program. *J Urban Health.* 79:113-127.

SOUZA, C.T.; DIAZ, T.; SUTMOLLER, F. & BASTOS, F.I., 2002. The association of socioeconomic status and use of crack/cocaine with unprotected anal sex in a cohort of men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 29:95-100.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; CHEQUER, P.N. & CASTILHO, E.A., 1998. The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *International Journal of Drug Policy.* 9:427-436.

TELLES, P.R.; BASTOS, F.I.; GUYDISH, J.; INCIARDI, J.A.; SURRETT, H.L.; PEARL, M. & HEARST, N., 1997. Risk behavior and HIV seroprevalence among injecting drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS.* 11 Suppl 1:S35-42.

UNAIDS, 2002. AIDS Epidemic Update. Disponível em: <http://www.unaids.org/epidemic_update/report_dec01/index.html> Accessed August 28, 2002

VAN DE VEN, P.; PRESTAGE, G.; CRAWFORD, J.; GRULICH, A. & KIPPAX, S., 2000. Sexual risk behaviour increases and is associated with HIV optimism among HIV-

negative and HIV-positive gay men in Sydney over the 4 year period to February 2000.
AIDS 14:2951-3.

WATTERS, J.K. & BIERNACKI, P.,1989. Targeted sampling-options for the study of hidden populations. *Soc Prob.*36: 416-430.

10- Conclusão

Como discutido anteriormente, existem dificuldades metodológicas importantes na interpretação dos achados de estudos envolvendo a população de UDI de uma forma geral. Tais questões devem ser enfrentadas através de novas análises e estudos complementares, incluindo novas técnicas epidemiológicas, modelagem matemática, utilização intensiva de marcadores biológicos e técnicas de biologia molecular.

A vigilância epidemiológica deve desempenhar um papel ativo no monitoramento da infecção pelo HIV. O Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) para a AIDS representa o único banco de dados de caráter verdadeiramente nacional que permite monitorizar a epidemia do HIV/AIDS em nosso meio. Estes dados são úteis para avaliar a dinâmica da epidemia, ressaltando-se o fato de que entre infecção pelo HIV e notificação de caso de AIDS decorrem cerca de dez ou mais anos.

Os inquéritos de soroprevalência contribuem substancialmente para o dimensionamento da magnitude da epidemia, mas dizem respeito a indivíduos cuja data da infecção é desconhecida. Portanto, se mostram limitados quanto à sua capacidade de avaliar a efetiva dinâmica da epidemia. Os dados relativos à incidência do HIV são, sem dúvida alguma, os mais informativos com relação ao monitoramento do curso da epidemia. Entretanto, a notificação do HIV não é prática corrente e freqüentemente não é realizada em tempo ótimo, além da ausência em nosso meio de estudos de coortes com acompanhamento sistemático de UDI. O Rio de Janeiro jamais contou com estudos longitudinais no âmbito desta população, mas apenas com uma seqüência de estudos seccionais.

No entanto, conforme revisado por Bastos et al. (2001b), a cidade do Rio de Janeiro talvez seja a cidade brasileira com o maior número de estudos conduzidos entre a população de usuários de drogas (especialmente entre usuários de drogas injetáveis). Nossa equipe de pesquisa tem estado envolvida em diferentes estudos seccionais desde 1990, iniciando-se esta série com o primeiro Estudo Multicêntrico OMS, o Estudo Multicêntrico Brasileiro (*Projeto Brasil*), um inquérito de centros de tratamento para drogas e o Estudo OMS – Fase II (tematizado pela presente dissertação). Outro estudo, financiado pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) dos EUA e Universidade de Miami, teve

como alvo basicamente os usuários de cocaína em comunidades marginalizadas (Surratt, 2000).

Os estudos desenvolvidos pelo nosso grupo de pesquisa, no Rio de Janeiro, vinham registrando até então prevalências para a infecção pelo HIV na população de UDI em torno de 27% e prevalências substancialmente mais elevadas (acima de 55%) para as hepatites B e C, nos sucessivos estudos seccionais que realizamos junto a esta população (Bastos et al., 2001b).

Comparando o estudo OMS Fase II ao projeto anterior desenvolvido em 1994/6 (*Projeto Brasil*), é possível verificar que o declínio observado quanto à prevalência da infecção pelo HIV se fez acompanhar de um declínio em tudo semelhante das taxas de infecção para os agentes das hepatites B e C (bastante mais pronunciado quanto a esta última) (Bastos et al., 2001b).

O declínio da prevalência para a infecção pelo HCV no presente estudo (frente aos dados de estudos anteriores – Oliveira et al., 1999) aparentemente acompanhou o declínio, igualmente expressivo, dos diferentes comportamentos de risco na esfera das práticas de injeção (por exemplo, redução do compartilhamento de seringas e agulhas ou menor frequência de auto-administração de cocaína injetável). Observou-se ainda, na esfera dos hábitos e comportamentos sexuais, uma redução parcial das práticas de sexo desprotegido, quando se compara o presente projeto ao projeto anterior (OMS Fase I) (Bastos et al., 2001b).

Ainda que não seja possível atribuir o declínio observado à implementação de medidas públicas preventivas, é bastante provável que elas tenham contribuído para o declínio observado. As propostas de redução de danos, reconhecidamente bem sucedidas em diversos contextos, devem ser implementadas nas localidades onde a disseminação do HIV e outros patógenos na população de usuários de drogas ainda não foi suficientemente trabalhada e priorizada.

Até recentemente, os países da América Latina não contavam com iniciativas de redução de danos. Apesar de dificuldades, como o conflito entre as iniciativas de saúde pública e o aparato jurídico-policial, estes programas têm avançado. O Brasil conta hoje com mais de 60 Programas de Troca de Seringas em operação, um número ainda reduzido dada à extensão da epidemia brasileira, às dimensões continentais do país e à sua pronunciada heterogeneidade social (Ministério da Saúde, 2002b).

A disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis, seus parceiros sexuais e descendentes constitui um dos mais sérios danos relacionados ao uso de drogas. Os programas de prevenção devem incluir o desencorajamento ao uso de drogas e às formas mais danosas desse uso, tratamento não somente ao usuário de drogas, mas também, quando necessário, aos seus parentes, e prevenção à infecção pelo HIV e outros patógenos de transmissão parenteral entre os usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais (Des Jarlais & Friedman, 1998).

O conhecimento dos fatores de risco, tanto em relação aos comportamentos sexuais como referentes ao uso de drogas, envolvidos na transmissão do HIV, devem ser priorizados e avaliados, de maneira a fornecer subsídios para a avaliação dos programas de intervenção e tratamento, e devem ainda atentar para os diferentes comportamentos referentes aos grupos de novos e antigos injetadores, direcionando estratégias específicas para esses diferentes grupos de usuários de drogas injetáveis.

11- Referências Bibliográficas:

ADES, A.E., 1995. Serial HIV seroprevalence surveys: interpretation, design and role in HIV/AIDS prediction. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 9:490-499.

ABDALA N, STEPHENS PC, GRIFFITH BP, HEIMER R., 1999. Survival of HIV-1 in syringes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 20:73-80.

ANTHONY, J.C.; VLAHOV, D.; NELSON, K.E.; COHN, S.; ASTEMBORSKI, J. & SOLOMON, L., 1991. New evidence on intravenous cocaine use and the risk of infection with human immunodeficiency virus type 1. *American Journal of Epidemiology*, 134:1175-1189.

ATLANI, L.; CARAEL, M.; BRUNET, J.B.; FRASCA, T. & CHAIKA, N., 2000. Social change and HIV in the former USSR: the making of a new epidemic. *Social Science & Medicine*, 50:1547-1556.

BARCELLOS, C. & BASTOS, F.I., 1996. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 121:11-24.

BARBOSA, M.T. & STRUCHINER, C.J., 2002. The estimated magnitude of AIDS in Brazil: a delay correction applied to cases with lost dates. *Cadernos de Saúde Pública*, 18:279-285.

BASTOS, F.I., 2000. Drugs and AIDS: A case study from Brazil. *Urban Health and Development Bulletin*, 3:30-38.

BASTOS, F.I.; LOWNDES, C.M.; DERRICO, M.; CASTELLO-BRANCO, L.R.; LINHARES-DE-CARVALHO, M.I.; OELEMANN, W.; BERNIER, F.; MORGADO, M.G.; YOSHIDA, C.F.; ROZENTAL, T. & ALARY, M., 2000. Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients

attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of STD & AIDS*, 11:383-392.

BASTOS, F.I.; KERRIGAN, D.; MALTA, M.; CARNEIRO-DA-CUNHA, C. & STRATHDEE, S.A., 2001a. Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research. *AIDScience (Science knowledge environment)*, I(15), November 27.

BASTOS, F.I.; TELLES, P.R. & HACKER, M., 2001b. Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis & HIV/AIDS no Rio de Janeiro. Parte I: “Rumo a uma epidemia sob controle?”. In: *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/AIDS entre UDIs no Brasil (Série Avaliação 8)*, pp. 49-78. Brasília: Ministério da Saúde.

BASTOS, F.I., 2002. Comentários a: “A sorodiscordância na interface com o uso de drogas: uma questão em debate”. In: Maksud, I; Terto Jr., V; Pimenta, MC & Parker, R (orgs.). *Conjugalidade e AIDS: A questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*, pp. 119-123. Rio de Janeiro: ABIA

BASTOS, F.I.; PINA, M.F. & SZWARCOWALD, C.L., 2002a. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *The International Journal on Drug Policy*, 13:137-144.

BASTOS, F.I.; MESQUITA, F.C.; ANDRADE, T.; TELLES, P.R.; BUENO, R.; DOURADO, M.I.; HACKER, M.; PICONEZ, D. & FARIAS, A.H. & the WHO Multicity Study Brazilian Group, 2002b. Declining HIV/AIDS epidemics among IDUs from 3 Brazilian main metropolitan areas. In: XIII Conferência Internacional de Redução de Danos, *Resumos*, p.150. Ljubljana, Eslovênia.

BIELEMAN, B.; DÍAZ, A.; MERLO G., & KAPLAN, C. D., 1993. *Lines across Europe: Nature and extent of cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin*. Barcelona: Swets & Zeitlinger.

DES JARLAIS, D.C.; CHOOPANYA, K.; WENSTON, J.; VANICHSENI, S.; SOTHERAN, J.L.; PLANGSRINGARM, K.; FRIEDMANN, P.; SONCHAI, W.; CARBALLO, M. & FRIEDMAN, S.R., 1992. Risk reduction and stabilization of HIV seroprevalence among drug injectors in New York City and Bangkok, Thailand. In: *Science Challenging AIDS*, pp. 207-213 Basel: Karger.

DES JARLAIS, D.C.; HAGAN, H.; FRIEDMAN, S.R.; FRIEDMANN, P.; GOLDBERG, D.; FRISCHER, M.; GREEN, S.; TUNVING, K.; LJUNGBERG, B.; WODAK, A.; ET AL., 1995. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA*, 274:1226-31.

DES JARLAIS, D.C.; PERLIS, T.; FRIEDMAN, S.R.; DEREN, S.; CHAPMAN, T.F.; SOTHERAN, J.L.; TORTU, S.; BEARDSLEY, M.; PAONE, D.; TORIAN, L.V.; BEATRICE, S.T.; DEBERNARDO, E.; MONTERROSO, E. & MARMOR, M., 1998. Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1991 to 1996. *American Journal of Public Health*, 88:1801-1806.

DES JARLAIS, D.C. & FRIEDMAN, S.R., 1998. Fifteen years of research on preventing HIV infection among injecting drug users: what we have learned, what we have not learned, what we have done, what we have not done. *Public Health Reports*, 113 (Suppl. 1):182-188.

DES JARLAIS, D.C.; FRIEDMAN, S.R.; PERLIS, T.; CHAPMAN, T.F.; SOTHERAN, J.L.; PAONE, D.; MONTERROSO, E. & NEAIGUS, A., 1999. Risk behavior and HIV infection among new drug injectors in the Era of AIDS in New York City. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 20:67-72.

DES JARLAIS, D.C.; MARMOR, M.; FRIEDMANN, P.; TITUS, S.; AVILES, E.; DEREN, S.; PERLIS, T.; TORIAN, L.; GLEBATIS, D.; MURRILL, C.; MONTERROSO, E. & FRIEDMAN, S.R., 2000. HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. *American Journal of Public Health*, 90: 352-359.

FRIEDMAN, S.R.; DES JARLAIS, D.C.; NEAIGUS, A.; ABDUL-QUADER, A.; SOTHERAN, J.L.; SUFIAN, M.; TROSS, S. & GOLDSMITH, D., 1989. AIDS and the new drug injector. *Nature*, 339:333-334.

FRISCHER, M.; HICKMAN, M.; KRAUS, L.; MARIANI, F. & WIESSING, L., 2001. A comparison of different methods for estimating the prevalence of problematic drug misuse in Great Britain. *Addiction*, 96:1465-1476.

GOMEZ, M.A.; FERNANDEZ, D.M.; OTERO, J.F.; MIRANDA, S. & HUNTER, R., 2000. The shape of the HIV/AIDS epidemic in Puerto Rico. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 7:377-383.

GRUND JP, FRIEDMAN SR, STERN LS, JOSE B, NEAIGUS A, CURTIS R, DES JARLAIS DC., 1996. Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. *Social Science & Medicine*, 42:691-703.

GUIMARAES, M.L.; BASTOS, F.I.; TELLES, P.R.; GALVAO-CASTRO, B.; DIAZ, R.S.; BONGERTZ, V. & MORGADO, M.G., 2001. Retrovirus infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City, Brazil: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-infection with HTLV-I/II. *Journal of Clinical Virology*, 21:143-151.

JANSSEN, R.S.; SATTEN, G.A.; STRAMER, S.L.; RAWAL, B.D.; O'BRIEN, T.R.; WEIBLEN, B.J.; HECHT, F.M.; JACK, N.; CLEGHORN, F.R.; KAHN, J.O; CHESNEY, M.A. & BUSCH, M.P., 1998. New testing strategy to detect early HIV-1 infection for use in incidence estimates and for clinical and prevention purposes. *JAMA*, 280:42-48.

LAMAGNI, T.L.; HOPE, V.D.; DAVISON, K.L.; PARRY, J.V. & GILL, O.N., 2001. Failure to vaccinate current injecting drug users against hepatitis B in England and Wales. *Communicable Disease and Public Health*, 4:71-72.

LOPES, C.S.; RODRIGUES, L.C. & SICHIERI, R., 1996. The lack of selection bias in a snowball sampled case-control study on drug abuse. *International Journal of Epidemiology*, 25:1267-1270.

LOWNDES, C.M.; BASTOS, F.I.; GIFFIN, K.M.; VAZ DOS REIS, A.C.; D'ORSI, E. & ALARY, M., 2000. Differential trends in mortality from AIDS in men and women in Brazil (1984-1995). *AIDS*, 14:1269-73.

MESQUITA, F.; KRAL, A.; REINGOLD, A.; BUENO, R.; TRIGUEIROS, D. & ARAUJO, P.J., 2001. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: The impact of changes in patterns of drug use. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28:298-302.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a. Dados e Pesquisas em DST e AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b. Relatório de Implementação e Avaliação. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/planejamento/relat_imp_aval_aids2.htm>.

MOATTI, J.P.; CARRIERI, M.P.; SPIRE, B.; GASTAUT, J.A.; CASSUTO, J.P. & MOREAU, J., 2000. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *AIDS*, 14:151-155.

NELSON, K.E.; GALAI, N.; SAFAEIAN, M.; STRATHDEE, S.A.; CELENTANO, D.D. & VLAHOV, D., 2002. Temporal trends in the incidence of Human Immunodeficiency Virus infection and risk behavior among injection drug users in Baltimore, Maryland, 1988-1998. *American Journal of Epidemiology*, 156:641-53.

OLIVEIRA, M.L.; BASTOS, F.I.; TELLES, P.R.; YOSHIDA, C.F.; SCHATZMAYR, H.G.; PAETZOLD, U.; PAULI, G. & SCHREIER, E., 1999. Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 32:1107-1114.

PAHO (Pan American Health Organization), 2001. HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces. Disponível em: <<http://www.paho.org>>

PAHO (Pan American Health Organization), 2002. AIDS in the Americas. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/GOV/CSP/csp26-7-e.pdf>>

PRINS, M.; SABIN, C.A.; LEE, C.A.; DEVEREUX, H. & COUTINHO, R.A., 2000. Pre-AIDS mortality and its association with HIV disease progression in hemophilic men, injecting drug users and homosexual men. *AIDS*, 14:1829-37.

RHODES, T.; STIMSON, G.V.; CROFTS, N.; BALL, A.; DEHNE, K. & KHODAKEVICH, L., 1999. Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response. *AIDS*, 13:259-269.

RHODES, T.; LOWNDES, C.; JUDD, A.; MIKHAILOVA, L.A.; SARANG, A.; RYLKOV, A.; TICHONOV, M.; LEWIS, K.; ULYANOVA, N.; ALPATOVA, T.; KARAVASHKIN, V.; KHUTORSKOY, M.; HICKMAN, M.; PARRY, J.V. & RENTON, A., 2002. Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS*, 16:25-31.

STIMSON, G.V., 1995. AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science & Medicine*, 41:699-716.

STIMSON, G.V.; HICKMAN, M.; QUIRK, A.; FRISCHER, M. & TAYLOR, C., 1997. *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Milão: EMCDDA (EMCDDA Scientific Monograph Series).

STRATHDEE, S.A.; GALAI, N.; SAFAIEAN, M.; CELENTANO, D.D.; VLAHOV, D.; JOHNSON, L. & NELSON, K.E., 2001. Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users. *Archives of Internal Medicine*, 161:1281-1288.

SURRATT, H., 2000. Indigence, marginalization and HIV infection among Brazilian cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 58:267-274.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A. & ANDRADE, C.L. 2000. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (Supl. 1):7-19.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; BARCELLOS, C.; ESTEVES, M.A. & CASTILHO, E.A., 2001. Dinâmica da epidemia de AIDS no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988-1996: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:1123-1140.

SZWARCWALD, C.L. & CARVALHO, M.F.. 2001. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 2000. *Boletim Epidemiológico* ano XIV, Janeiro a Março de 2001.

TELLES, P.R.; BASTOS, F.I.; GUYDISH, J.; INCIARDI, J.A.; SURRATT, H.L.; PEARL, M. & HEARST, N, 1997. Risk behaviors and HIV seroprevalence among IDUs in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*, 11:35-42.

UNAIDS, 2002. AIDS Epidemic Update. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>.

WHO International Collaborative Group, 1994. *Multi-City Study on Drug Injecting and Risk of HIV infection*. Genebra: WHO

WHO (World Health Organization). Programme on Substance Abuse, 1997. *The Guide on Rapid Assessment Methods for Drug Injecting*. Genebra: WHO.

WHO (World Health Organization), 2000. *WHO Drug Injecting Study - Phase II – Operations Manual Version 4*. Genebra/Nova York: WHO.

ANEXO 1

Necessidades adicionais dos pacientes, como realização de exames laboratoriais complementares, serão atendidas pelo Ambulatório do Banco da Providência, em convênio com a FIOCRUZ. Eventuais internações/demandas de abrigo/suporte serão disponibilizadas, respectivamente, no Hospital Evandro Chagas (FIOCRUZ) e no Abrigo Santo Antônio, mantido pelo Banco da Providência.

E) Confidencialidade

Eu receberei, se assim o quiser, pessoalmente, os resultados de meus exames. Estes resultados não serão revelados a terceiros, a menos que eu assim o desejar mediante uma autorização por escrito. Meus dados pessoais serão arquivados em local seguro, a que terão acesso apenas os responsáveis pelo projeto. Minha identidade pessoal não será mencionada em qualquer hipótese. Os dados publicados serão referentes ao conjunto de participantes do estudo, de forma a não permitir a identificação individual de qualquer um dos participantes.

F) Dúvidas

Em caso de dúvidas ou comentários adicionais acerca deste projeto poderei me comunicar com o Dr. Francisco Inácio Bastos, na FIOCRUZ, Av. Brasil, 4365 - Biblioteca de Manguinhos, sala 209, Rio de Janeiro (RJ), Tels. (021) 290-1696 ou (021) 598-4366. E-mail: bastos@fiocruz.br

G) Consentimento

A participação neste estudo é absolutamente voluntária. Eu poderei abandonar este estudo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal. Contarei com o apoio da coordenação local, independentemente de minha participação ou não na pesquisa, no sentido de obter orientação quanto a aconselhamento e eventual tratamento médico no caso de resultado positivo em quaisquer dos exames laboratoriais realizados e/ou em atenção a solicitações individuais.

Eu li este formulário e recebi as explicações
necessárias da/do

Assinatura do entrevistado

entrevistador (letra de fôrma)

Assinatura do entrevistador

_____, ____/____/____
data (local/dia/mês/ano)

PROJETO: “Estudo Multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS) – II, Brasil. Inquérito epidemiológico”. Risco de infecção pelo HIV e hepatites virais entre usuários de drogas e transição de vias de uso da cocaína (na cidade do Rio de Janeiro, RJ).

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

A) Objetivo do estudo

O projeto “Estudo Multicêntrico da OMS – II, Brasil. Inquérito epidemiológico” tem como objetivo estudar comportamentos de risco para o contágio pelo HIV e outras doenças infecciosas entre usuários de drogas. A coordenação deste projeto está a cargo do Dr. Francisco Inácio Bastos, da FIOCRUZ.

B) Procedimentos

Se eu concordar em participar deste estudo deverei:

1. Responder a um questionário acerca de dados pessoais, comportamentos de risco para o contágio pelo HIV e outros problemas de saúde.
2. Serão colhidos 30 ml de meu sangue para realização de testes para o HIV e outras doenças infecciosas.
3. Eu receberei confidencialmente os resultados de todos os exames, se assim o desejar.
4. A entrevista durará cerca de 50 minutos.

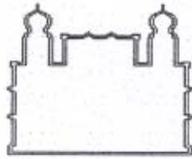
C) Riscos e Desconfortos

Todos os exames serão realizados com material descartável, por pessoal treinado. Os riscos referentes ao exame são mínimos, iguais aos de qualquer exame laboratorial de sangue.

D) Tratamento clínico e do uso indevido de drogas

O presente projeto é desenvolvido pela FIOCRUZ e pelo NEPAD/UERJ, em cooperação com a OMS, e apoiado pelo Ministério da Saúde, e segue, quanto à oferta de tratamento, as normas e procedimentos destas instituições. Os pacientes que necessitarem/desejarem tratamento gratuito para o uso de drogas poderão obter informações de como consegui-lo com o Dr. Paulo Roberto Telles, no NEPAD/UERJ, às terças e quintas-feiras, no horário da tarde, à Rua Fonseca Telles, 121, 4º andar, São Cristovão. Os pacientes que necessitarem/desejarem tratamento gratuito para doenças infecto-contagiosas e outras afecções clínicas, vinculadas ou não à sua participação no presente projeto, serão igualmente assistidos pela equipe clínica do Ambulatório do Banco da Providência, devendo procurar o Dr. Francisco Inácio Bastos, às terças-feiras, no horário da manhã, no Ambulatório do Banco da Providência, à Rua Francisco Eugênio, 348, São Cristovão.

ANEXO 2



**Ministério da Saúde
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Comitê de Ética em Pesquisa/Fiocruz**

Rio de Janeiro, 07 de junho de 1999

Ref. Protocolo CEP/FIOCRUZ nº: 0071/99

Título do Projeto: *“Estudo multicêntrico da OMS-II, Brasil. Inquérito epidemiológico – Risco de infecção pelo HIV e hepatites virais entre usuário de drogas e transição de vias de uso da cocaína”.*

Pesquisador(a) Principal: **Dr. Francisco Inácio Bastos**
Instituição: DIS/CICT

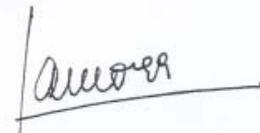
ANEXO 3

PARECER
Protocolo Aprovado

Trata-se de estudo multicêntrico em continuidade a estudos anteriores de abrangência considerável, que conta com o apoio e o aval do Ministério da Saúde (Programa de Controle de DIST/AIDS) e da Organização Mundial da Saúde.

O projeto de pesquisa tem como objetivo principal investigar comportamentos de risco e taxas de infecção pelo vírus HIV e por agentes de hepatites virais, patógenos de transmissão sanguínea e/ou sexual, entre usuários (e também ex-usuários) de drogas sem história de uso injetável, na cidade do Rio de Janeiro.

Após a análise dos aspectos éticos do estudo, conforme a Res.CNS-MS 196/96, a deliberação deste Comitê foi pela APROVAÇÃO do protocolo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentados.


ROSMIN ROLAND SCHRAMM
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
Fundação Oswaldo Cruz

ANEXO 3

Organização Mundial da Saúde

**Estudo Multicêntrico sobre Drogas Injetáveis
Fase II – Rio de Janeiro (06)**

Questionário

QA09 Raça / Etnia

11 Branco

12 Mulato/pardo

13 Negro

14 Amarelo

15 Indígena (brasileiro nativo)

SEÇÃO B: DADOS DEMOGRÁFICOS

QB01 Em que país você nasceu? _____
especificar *Código*

QB02 Há quanto tempo você mora nesta cidade (Rio de Janeiro)? _____
meses

QB03 Quantos anos completos de estudo você tem?
 [Se nunca freqüentou escola, utilizar 00] _____
anos

QB03-A Freqüenta escola no momento?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QB03-B Qual o último grau e série concluído?

_____ _____
grau *série*

QB05 Durante os últimos 6 meses qual foi a sua principal fonte de renda?
 [Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

- 01 Trabalho regular, empregado com salário regular (meio expediente ou expediente integral)
 - 02 Trabalho temporário (inclui trabalhos ocasionais, sem registro, etc.)
 - 03 Trabalho em negócios da família
 - 04 Autônomo (negócio particular)
 - 05 Benefício do Governo (seguro social, assistência pública, seguro desemprego, etc.)
 - 06 Contando com renda de cônjuge, parceiro(a), parentes ou amigos
 - 07 Bolsa de estudos
 - 08 Mendicância / Empréstimos / Doações
 - 09 Venda de Drogas
 - 10 Sexo comercial
 - 11 Assalto / Roubo / Furto
 - 12 Outras atividades ilegais ou possivelmente ilegais
 - 98 Recusou
- Outras (_____) _____
Especificar *Código*

QB06 Você está vivendo sozinho(a) atualmente?

- 0 não
- 1 sim → **QB08**
- 8 recusou → **QB08**

QB07 Você está vivendo com alguma(s) (das) pessoa(s) listada(s) abaixo (no mesmo domicílio)?[*Leia cada opção. Assinale uma resposta para cada item*]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 Um(a) parceiro(a) sexual do sexo oposto	0	1	8
2 Um(a) parceiro(a) sexual do mesmo sexo	0	1	8
3 Seus pais	0	1	8
4 Outros parentes adultos (acima de 18 anos) que não são seus parceiros sexuais	0	1	8
5 Seus filhos (biológicos / adotados / de criação)	0	1	8
6 Filhos de outras pessoas	0	1	8
7 Amigos	0	1	8
8 Outros adultos, que não são seus parceiros sexuais ou amigos	0	1	8

QB08 Qual o seu estado civil atual?

- 1 Casado(a) legalmente
- 2 Vivendo maritalmente → **QB10**
- 3 Viúvo(a) → **QB10**
- 4 Separado(a) legalmente → **QB10**
- 5 Divorciado(a) → **QB10**
- 6 Solteiro(a) /Nunca foi casado legalmente/Nunca viveu maritalmente → **QB10**
- 8 Recusou → **QB10**

QB09 Você e seu(sua) esposo(a) vivem juntos?

- 0 Não
- 1 Sim
- 2 Parte do tempo
- 8 Recusou

QB10 Durante os últimos 6 meses, onde você viveu a maior parte do tempo?

[*Não leia as opções de resposta, assinale uma única resposta*]

- 01 Em minha própria casa, apartamento ou apart-hotel; ou de meu(minha) esposo(a) ou de meu(minha) parceiro(a).
- 02 Casa, apartamento, apart-hotel, ou quarto alugado por mim (ou por meu(minha) esposo(a) ou por meu(minha) parceiro(a))
- 03 Quarto pago a cada dia ou quarto alugado em uma casa
- 04 Casa, apart-hotel, apartamento de alguém (incluindo pais, parentes, amigos)
- 05 Moradias destinadas a servidores públicos
- 06 Abrigo, residência coletiva mantida pelo governo
- 07 Sem endereço fixo (por exemplo: ruas, parques, edifício abandonado)
- 08 Comunidade residencial
- 09 Instituição de tratamento de usuários de drogas
- 10 Outras instituições de tratamento / hospitais
- 11 Delegacia / prisão
- 98 Recusou
- Outros (_____)

especificar

Código

XB11 Durante os últimos 6 meses, qual tem sido, em média, a sua renda mensal (individual)? R\$_____

XB12 De cada item abaixo, quantos você possui em sua casa? [*Assinale uma resposta para cada item*]

TV	1	2	3	4	5	6 ou mais
Rádio	1	2	3	4	5	6 ou mais
Banheiro*	1	2	3	4	5	6 ou mais
Automóvel	1	2	3	4	5	6 ou mais
Empregada**	1	2	3	4	5	6 ou mais
Aspirador	1	2	3	4	5	6 ou mais
Máquina de Lavar (Roupas)	1	2	3	4	5	6 ou mais

* Incluir banheiro de empregada

** Não incluir diarista/faxineira

XB13 Qual o grau de instrução do chefe da família?

- 1 Analfabeto / primário incompleto
- 2 Primário completo / ginásial incompleto
- 3 Ginásial completo / segundo grau incompleto
- 4 Segundo grau completo / superior incompleto
- 5 Superior completo

SEÇÃO C: INFORMAÇÕES GERAIS BÁSICAS

[Pergunte apenas se o(a) entrevistado(a) tiver sido recrutado(a) de um local que não um centro de tratamento]

QC01 Você já recebeu algum tratamento para o abuso de drogas?

0 Não → **QC08**

1 Sim

8 Recusou → **QC08**

Vou perguntar a você sobre as modalidades de tratamento/auxílio para o uso de drogas que você recebeu desde a primeira vez que usou drogas. Para cada modalidade de tratamento, diga-me se você fez tratamento ambulatorial ou esteve internado/ numa comunidade terapêutica, ou ambos. Diga-me se você recebeu esta modalidade de tratamento uma, duas, três ou mais vezes em sua vida. Estou interessado no número de vezes em que você ingressou em uma modalidade de tratamento, não no número de sessões terapêuticas individuais. Lembre que estamos apenas falando sobre tratamento que tenha intenção de ajudá-lo(a) a reduzir ou interromper o seu uso de drogas.

Alguma vez você recebeu _____ *[modalidade de tratamento]*?

[Se sim]

QC02 Quantas vezes em regime ambulatorial?

QC03 Quantas vezes internado(a) ou tratado em...?

[Repita o conjunto de questões para cada item. Utilize "0" para nenhuma; "1" para 1 vez; "2" para 2 vezes; "3" para 3 ou mais vezes]

	QC02	QC03
	<i>Ambulatorial/ Hospital-dia.</i>	<i>internado/ residente</i>
01 Clínica de Tratamento para uso de drogas	—	—
02 Grupos de mútua-ajuda	—	—
10 Fazendas terapêuticas	—	—
11 Psicoterapia com profissional licenciado	—	—
13 Instituição exclusivamente religiosa	—	—
14 Hospital psiquiátrico	—	—
91 Outros(_____)	—	—
<i>especificar</i>	<i>código</i>	

[Pergunte apenas se o(a) entrevistado(a) tiver sido recrutado(a) de um local que não um centro de tratamento]

QC04 Você está recebendo atualmente tratamento para o uso de drogas?

0 Não → **QC07**

1 Sim

8 Recusou → **QC07**

QC05 Você começou esse tratamento nos últimos 30 dias?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QC06 Que modalidade de tratamento você está recebendo atualmente?

especificar

__ __ → **QC08**

código

[Utilize códigos de QC02/QC03]

QC07 Há quantos meses você recebeu seu último tratamento para o uso de drogas, com a intenção de ajudá-lo(a) a modificar o seu consumo de drogas? *[Ofereça alternativas ao(à) entrevistado(a) para obter melhores estimativas. Se “nunca” ou “nenhum” utilize “000”. Se há menos de um mês utilize “001”. Se “há um tempo atrás longo demais para lembrar”, utilize “995”]*

__ __ __

meses atrás

QC08 Você já foi preso(a) (delegacia / prisão)?

0 Não → **QC12**

1 Sim

8 Recusou → **QC12**

QC09 Quantas vezes você já foi preso(a) (delegacia / prisão)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

1 Uma única vez

2 Duas vezes

3 3–5 vezes

4 6–10 vezes

5 Mais de 10 vezes

8 Recusou

QC10 Você já injetou drogas na delegacia / prisão?

0 Não → **QC12**

1 Sim

8 Recusou → **QC12**

QC11 Quando você injetou drogas na delegacia/prisão, injetou com agulhas e/ou seringas que alguém havia utilizado anteriormente?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

9 Não sei/ Não tenho certeza

QC12 Nos últimos 6 meses com que frequência você teve contato ou se envolveu com alguma das seguintes atividades de prevenção contra a AIDS?

[Leia cada opção. Assinale uma resposta para cada item]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

		<i>Frequência de contato</i>									
		<i>Por mês</i>			<i>por semana</i>			<i>por dia</i>			
		0	<1	1-3	1	2-3	4-6	1	2-3	4+	R
01	Aconselhamento em grupo	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
02	Aconselhamento individual	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
03	Educação para saúde (grupo)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
04	Educação para saúde (individual)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
05	Contato com agentes de saúde	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
06	Meios de comunicação	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
07	Testagem para o HIV	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
08	Fornecimento de hipoclorito (água-sanitária)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
09	Fornecimento de preservativos	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
10	Programa de troca de seringas	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
11	Organizações de usuários de drogas	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
91	Outros (_____) ____	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J

Especificar Código

SEÇÃO D: CONSUMO DE DROGAS

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de drogas

QD01 Quantos anos você tinha quando começou a fumar cigarros?

[Se “nunca”, utilize “00”]

— —
anos
Se “00” → QD03

QD02 Quantos cigarros você fuma por dia atualmente?

— —

QD03 Quantos anos você tinha quando bebeu bebidas alcoólicas pela primeira vez?

[Se “nunca”, utilize “00”]

— —
anos
Se “00” → QD06

QD04 Você bebeu alguma bebida alcoólica nos últimos 6 meses?

0 Não → QD06

1 Sim

8 Recusou → QD06

XD05 Quantas doses você normalmente bebe em um dia típico?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

0 Nenhuma

1 Uma

2 Duas

3 Três a cinco

4 Seis ou mais

8 Recusou

QD06 Você usou maconha ou haxixe nos últimos 6 meses?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QD07 Quantos anos você tinha quando usou pela primeira vez quaisquer outras drogas, como heroína, outros narcóticos ou opiáceos, cocaína, anfetamina, outros estimulantes, barbitúricos, tranqüilizantes, inalantes, solventes, esteróides, etc.

para “ter algum barato”? [*Não inclua quaisquer drogas usadas por prescrição médica*]

__ __
anos

QD08 Qual foi esta droga? _____

especificar

__ __
Código

QD09 Durante toda a sua vida, você já injetou alguma droga, com exceção de drogas usadas por prescrição médica?

- 0 Não
- 1 Sim → **QD20**
- 8 Recusou → **Encerrar a entrevista**

Se o(a) entrevistado(a) injetou drogas durante a sua vida, pule para a Subseção para “injetadores” atuais e “ex-injetadores”. Se o(a) entrevistado(a) se recusar a responder se já injetou alguma vez na vida, ENCERRAR A ENTREVISTA.

D: SUB-SEÇÃO PARA USUÁRIOS DE DROGAS QUE NUNCA FIZERAM USO INJETÁVEL

A seguir vou perguntar a você sobre que drogas você usou em sua vida. Para cada droga mencionada, eu vou primeiro perguntar se você a usou; em seguida, quantos anos você tinha quando a usou pela primeira vez. E, por último, com que frequência você a usou durante o ano em que a consumiu com maior intensidade.

QD10 Você já usou _____ [nome da droga]?

[Se usou]

QD11 Quantos anos você tinha quando usou esta droga pela primeira vez?

QD12 Com que frequência você usou esta droga durante o ano em que a consumiu com maior intensidade?

[Repita o conjunto de questões para cada uma das drogas/categorias de drogas]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

	QD10 <i>Usou?</i>	QD11 <i>Se usou, c/ q. idade</i>	QD12 <i>Se usou, c/ q. frequência máxima</i>
01 <i>Speedball</i> (heroína/cocaína)	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
02 Apenas heroína	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
03 Apenas cocaína	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
04 Metanfetaminas/Remédio p/ emagrecer	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
06 <i>Crack</i>	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
17 Anabólicos	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
25 <i>Ecstasy</i>	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
33 Solventes	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
34 LSD	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
91 Outros(_____)	0 1 8	___	A B C D E F G H I J
<i>especificar</i>		<i>código</i>	

QD13 Atualmente, você possui amigos(as) ou familiares que injetam drogas?

0 Não → QD16

1 Sim

7 Não se aplica (não tem amigos(as) ou familiares) → QD16

8 Recusou → QD16

QD14 Quantos?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

1 Um

2 Dois

3 Três a cinco

4 Seis ou mais

8 Recusou

XD15 Estas pessoas pertencem a algumas das seguintes categorias?

[Leia cada categoria. Assinale uma resposta para cada uma delas]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 Parceiros(as) sexuais	0	1	8
2 Membros da família que não são parceiros(as) sexuais	0	1	8
3 Amigos(as) íntimos(as)	0	1	8

QD16 Nos últimos 6 meses, você usou drogas enquanto alguém injetava drogas no mesmo local?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

9 Não sei / Não lembro

QD17 Por que você sempre usou vias não injetáveis em vez de injetáveis?

[Não leia a lista de opções. Assinale mais de uma opção “sim” caso mencionado.

Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Tentando controlar / reduzir / interromper o uso de drogas	0	1

02 Preocupado(a) com conseqüências p/ saúde do uso injetável	0	1
03 Preocupado(a) em contrair HIV / AIDS	0	1
04 Preocupado(a) em contrair hepatite	0	1
05 Mais facilidade em regular doses, evitar <i>overdose</i>	0	1
06 Medo / não gosta de agulhas & seringas ou sangue	0	1
07 Não quer ter marcas de picada/cicatrices	0	1
08 Evitar problemas com a justiça	0	1
09 Não dispõe de equipamentos de injeção	0	1
10 As drogas injetáveis são muito caras	0	1
11 É mais conveniente, mais fácil e mais rápido usar drogas não injetáveis	0	1
12 Satisfeito(a) com o “efeito” das vias não injetáveis	0	1
13 Pressão dos colegas/ desejo de ser como os companheiros/ amigos/ parceiros	0	1
14 Por causa do preconceito social contra o hábito de injetar	0	1
15 Não me vejo como um “injetador”	0	1
16 Isto causaria sofrimento à minha família (psicológico, econômico, etc)	0	1
17 Acostumado(a) a não injetar; nunca pensei em injetar	0	1
18 Nenhum contato com injetadores / não exposto à “cena” de uso injetável	0	1
19 Nunca tive oportunidade	0	1
91 Outros (_____)	0	1
<i>especificar</i>	— —	<i>código</i>

Agora vamos falar sobre seu uso de drogas nos últimos 6 meses

QD18 Em quantos meses dos últimos 6 meses você usou drogas? — —

Meses

Se “0” → **Encerrar entrevista**

Vou fazer algumas perguntas sobre que drogas específicas você usou nos últimos 6 meses. Para cada droga mencionada, considerando os meses em que você as utilizou, gostaria de saber com que frequência você as usou.

QD19 Com que frequência você usou _____ [*nome da droga*]?

[*Repita esta pergunta para cada droga/ categoria de drogas*]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana

D: SUB-SEÇÃO PARA INJETADORES ATUAIS E EX-INJETADORES

Agora, quero que você se lembre da primeira vez em que você injetou drogas, excluindo qualquer droga usada por prescrição médica.

QD20 Com quantos anos você injetou drogas pela primeira vez __ __
anos

QD21 Qual a primeira droga que você injetou? __ __
código
Especificar

QD22 Você já havia utilizado esta mesma droga de outra maneira antes de injetá-la?

0 Não → **QD26**

1 Sim

8 Recusou → **QD26**

QD23 Com que frequência você usou esta mesma droga nos 30 dias que antecederam a primeira injeção?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QD24 Com que idade você usou esta mesma droga pela primeira vez por qualquer via de administração? __ __
anos

QD26 Na primeira vez que você injetou, quem injetou a droga em você? Qual era a relação dele(a) com você?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

- 01 Eu mesmo injetei a droga
- 02 Meu(minha) parceiro(a) sexual principal
- 03 Meu(minha) outro(a) parceiro(a) sexual
- 04 Um parente que não era seu(sua) parceiro(a) sexual
- 05 Um(a) amigo(a) íntimo(a)
- 06 Conhecido(a)
- 07 Traficante/dono de galeria de pico("calo")/outro profissional do mercado de drogas
- 08 Alguém que eu não conhecia bem
- 09 Outros (_____)
- 98 Recusou
- 99 Não me lembro

QD27 Qual era o sexo desta pessoa?

- 1 Masculino
- 2 Feminino
- 8 Recusou
- 9 Não me lembro

QD28 Nessa primeira vez, você injetou com agulhas e/ou seringas usadas dadas, cedidas, alugadas ou vendidas por alguém (incluindo seu(sua) parceiro(a))?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou
- 9 Não me lembro

MÓDULO DE OPÇÃO LOCAL SOBRE COMO COMEÇOU A INJETAR

XD30 Em que cidade você estava quando injetou pela primeira vez?

Especificar

____ _
Códigos do país/cidade

XD32 Em que tipo de lugar você injetou pela primeira vez?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

01 No lugar onde eu moro

02 Na casa do(a) meu(minha) parceiro(a) sexual

03 Na casa de um parente (que não o parceiro sexual)

04 Na casa de um(a) amigo(a)

05 Na casa de alguma outra pessoa

06 Em um abrigo ou residência mantida pelo governo/instituição

07 Em um colégio/escola/faculdade

08 Num local específico de "uso seguro" de drogas

09 Numa galeria de pico ("calo") em local fechado, na residência de um traficante ou algum

outro local onde se consome drogas

10 Numa galeria de pico ("calo") ao ar livre, ou algum outro local aberto onde se consome drogas

11 Em um clube ou bar

12 Em qualquer outro lugar público (rua, parque, construção abandonada, banheiro público, etc.)

13 Em um carro ou veículo similar

98 Recusou

99 Não me lembro

Outro (_____)

Especificar

____ _
código

XD33 Na primeira vez que você injetou, como você conseguiu a droga?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

1 Eu a ganhei de presente

2 Eu comprei com meu próprio dinheiro

3 Eu dei dinheiro a alguém para comprá-la

4 Eu troquei sexo pela droga

5 Eu era traficante

6 Outros (_____)

8 Recusou

9 Não lembro

XD38 Antes da primeira vez que você injetou, você conhecia alguém que tinha AIDS?

0 Não

1 Sim

- 8 Recusou
- 9 Não sei / Não tenho certeza

QD48 Você já iniciou ou introduziu alguém no hábito de injetar drogas?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QD49 Quantos anos você tinha quando começou a injetar pelo menos uma vez por semana ou regularmente? _____

[Se nunca injetou regularmente, use "00"]

anos

QD50 Em sua vida, cerca de quantas vezes você injetou drogas?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

- 1 Uma única vez
- 2 De 2-9 vezes (poucas vezes)
- 3 De 10-99 vezes
- 4 De 100-999 vezes
- 5 Mil vezes ou mais
- 8 Recusou

QD51 Qual é hoje a sua via principal de consumo de drogas?

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusa). Assinale uma única resposta]

- 1 Injeção
- 2 Não-injetável
- 3 Ambas as maneiras, igualmente
- 8 Recusou

QD52 Há quantos meses atrás você injetou drogas pela última vez?

[Ofereça alternativas ao(à) entrevistado(a) para obter melhores estimativas. Se for no último mês, utilize "001". Se "faz muito tempo atrás para lembrar", utilize "995".]

_____ meses

Se mais de 6 meses atrás → QD60

Se o(a) entrevistado(a) não injetou drogas nos últimos 6 meses, pule para a Sub-Seção dos ex-injetadores.

Se o(a) entrevistado(a) disse que ele(ela) injetou há mais de 6 meses atrás, mas se recusa a fornecer maiores detalhes, classifique-o(a) como um ex-injetador, e pule para QD60.

Se não for possível esclarecer seus hábitos de uso, ENCERRAR A ENTREVISTA

D: SUB-SEÇÃO PARA INJETADORES ATUAIS (NA “ATIVA”)

Agora vamos conversar sobre o seu consumo de drogas nos últimos 6 meses.

QD53 Em quantos meses dos últimos 6 meses você injetou drogas? _____

meses
Se “6” → QD55

XD54 Por que você deixou de injetar em alguns desses meses (últimos 6 meses)?

[Não leia a lista. Assinale mais do que um “sim” se mencionado.

Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Estava tentando controlar / reduzir / interromper o uso de drogas	0	1
02 Estava preocupado(a) com conseqüências p/ saúde do uso injetável	0	1
03 Estava preocupado(a) em contrair HIV/AIDS	0	1
04 Estava preocupado(a) em contrair hepatite	0	1
05 Era mais fácil regular doses, evitar <i>overdose</i>	0	1
06 Medo / não gosta de agulhas & seringas ou sangue	0	1
07 Não quer ter marcas de picada/cicatrizes	0	1
08 Para evitar problemas com a justiça	0	1
09 Não dispõe de equipamentos de injeção	0	1
10 As drogas injetáveis são muito caras	0	1
11 É mais conveniente, mais fácil e mais rápido usar drogas não injetáveis	0	1
12 Satisfeito(a) com o “efeito” das vias não injetáveis	0	1
13 Pressão dos colegas/ desejo de ser como os companheiros/ amigos/ parceiros	0	1
14 Por causa do preconceito social contra o hábito de injetar	0	1
15 Não me vejo como um “injetador”	0	1
16 Isto causaria sofrimento à minha família (psicológico, econômico, etc)	0	1
17 Eu normalmente não injeto o tempo todo	0	1
91 Outros (_____)	0	1
<i>especificar</i>	<i>código</i>	

Agora vou fazer algumas perguntas sobre drogas específicas que você usou nos últimos 6 meses. Para cada droga mencionada, e para os meses em que você a usou, vou perguntar separadamente sobre o uso injetável e não injetável destas drogas.

QD55 Com que frequência você injetou _____ [nome da droga]?

XD56 Com que frequência você usou _____ [nome da droga] de maneira não injetável?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

	QD55 <i>Com que frequência Injetou</i>	XD56 <i>Com que frequência usou não-injetável</i>
01 <i>Speedball</i> (heroína/cocaína)	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
02 Apenas heroína	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
03 Apenas cocaína	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
04 Metanfetaminas/remédio p/ emagrecer	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
06 <i>Crack</i>	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
17 Anabólicos	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
25 <i>Ecstasy</i>	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
33 Solventes	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
34 LSD	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
91 Outros (_____) <i>especificar</i> <u> </u> <i>código</i>	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J

Agora quero que você pense sobre seu consumo global de drogas injetáveis nos últimos 6 meses.

QD57 Nos meses em que você injetou, com que frequência o fez?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QD58 Durante os últimos 6 meses, num mês típico em que você injetou, quantos dias por mês você injetou?

— —
dias

QD59 Durante os últimos 6 meses, num dia típico em que você injetou, quantas vezes você injetou por dia?

— — → **Sec. E**
Vezes por dia

Omita o restante da Seção D e pule para a Seção E

D: SUB-SEÇÃO PARA EX-INJETADORES

Agora vamos conversar sobre o seu uso de drogas nos últimos 6 meses.

Vou fazer algumas perguntas sobre drogas específicas que você usou nos últimos 6 meses. Para cada droga mencionada, e para os meses em que você as usou, preciso saber com que frequência você o fez.

QD60 Com que frequência você usou _____ [nome da droga]?

[Repita a pergunta para cada droga/categoria de droga]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

Com que frequência

01 <i>Speedball</i> (heroína e cocaína combinadas)	A B C D E F G H I J
02 Apenas heroína	A B C D E F G H I J
03 Apenas cocaína	A B C D E F G H I J
04 Metanfetaminas/Remédio para emagrecer	A B C D E F G H I J
06 <i>Crack</i>	A B C D E F G H I J
17 Anabólicos	A B C D E F G H I J
25 <i>Ecstasy</i>	A B C D E F G H I J
33 Solvente	A B C D E F G H I J
34 LSD	A B C D E F G H I J
91 Outros (_____) _____	A B C D E F G H I J
<i>especificar</i> <i>código</i>	

QD61 Você tem amigos(as) ou familiares que injetam drogas atualmente?

0 Não

1 Sim

7 Não se aplica (não tem amigos(as) nem familiares)

8 Recusou

QD62 Quantos anos você tinha quando injetou drogas pela última vez?

__ __ → **QE26**
anos

Pule para QE26

SEÇÃO E: COMPORTAMENTO QUANTO À INJEÇÃO DE DROGAS E COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS

Na seção seguinte, gostaria de fazer a você algumas perguntas sobre a maneira como você injetou drogas nos últimos 6 meses (incluindo as ocasiões em que outras pessoas injetaram em você). Eu gostaria de saber sobre as vezes em que você se injetou com agulhas e/ou seringas USADAS, ou seja, agulhas e/ou seringas que você acredita que outra pessoa já havia usado antes.

QE01 Quando você se injetou nos últimos 6 meses, qual a frequência com que isso ocorreu com agulhas e/ou seringas usadas, emprestadas, alugadas ou vendidas a você por uma outra pessoa (incluindo aí seu/sua parceiro/a)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma → QE07
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QE02 Nas vezes em que você se injetou com agulhas e/ou seringas usadas nos últimos 6 meses, qual a frequência com que elas pertenciam a...
[Leia uma categoria de cada vez. Assinale uma única resposta para cada item.]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1-25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26-74%)
- 4 A maioria das vezes (75-99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

	<i>Quantas vezes</i>					
1 Parceiro(a) sexual principal?	1	2	3	4	5	8
2 Algum parente que não seja seu(sua) parceiro(a) sexual?	1	2	3	4	5	8
3 Um(a) amigo(a) íntimo(a)?	1	2	3	4	5	8
4 Traficante/dono de galeria de pico ("calo") /injetador profissional/outro profissional do mercado de droga	1	2	3	4	5	8
5 Outra pessoa qualquer que você não conhecia bem	1	2	3	4	5	8

QE03 De quantas pessoas diferentes, ao todo, você obteve agulhas e/ou seringas usadas nos últimos 6 meses? — —

QE04 Nos últimos 6 meses, quando você usou agulhas e/ou seringas dadas, emprestadas, alugadas ou vendidas a você por uma outra pessoa, qual a frequência com que você as limpou antes de usar?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%) → QE06
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

QE05 Durante os últimos 6 meses, como você habitualmente limpava as agulhas e/ou seringas que uma outra pessoa já havia utilizado?

[Não leia as opções. Assinale uma única resposta.]

- 01 Água
 - 02 Água fervendo
 - 03 Sabão ou detergente
 - 04 Água sanitária
 - 05 Álcool
 - 98 Recusou
 - Outro (_____) Código
- Especifique*

QE06 Agora, eu vou ler uma lista de possíveis razões pelas quais você pode ter compartilhado agulhas e/ou seringas nos últimos 6 meses. Alguma delas se aplica a você? *[Leia uma categoria de cada vez. Assinale uma única resposta para cada item.]*

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 Outros usuários me pressionaram a compartilhar	0	1	8
2 Pensei que era seguro, porque eu a(s) tinha limpado	0	1	8
3 Sou cuidadoso(a) ao escolher com quem compartilho	0	1	8
4 Estava preso(a)	0	1	8
5 Não tinha minha(s) própria(s) agulha(s) e/ou seringa(s)	0	1	8
6 Agulhas e/ou seringas são difíceis de conseguir	0	1	8
7 Agulhas e/ou seringas são caras	0	1	8
8 O(a) outro(a) era o(a) dono(a) da droga	0	1	8
9 Qualquer outro (_____) Código	0	1	8

Especificar

QE07 Nos últimos 6 meses, alguma vez você se injetou com uma seringa já cheia (já preparada para a injeção)?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QE08 Nos últimos 6 meses, alguma vez você se injetou utilizando uma seringa na qual outra pessoa colocou alguma droga com a seringa usada dele(a) (*frontloading*, *backloading*, etc.)?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QE09 Nos últimos 6 meses, alguma vez você compartilhou fogareiro/recipiente onde se misturam ou diluem as drogas/algodão/filtro ou água de lavar/enxaguar as seringas quando você se injetou alguma droga?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QE10 Nos últimos 6 meses, alguma vez você encheu sua seringa com uma solução contendo drogas compartilhada por outras pessoas?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QE12 Nos últimos 6 meses, alguma vez você se injetou em uma galeria de pico ("calo") em local fechado, casa de traficante ou outro local para o uso de drogas?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QE13 Nos últimos 6 meses, alguma vez você se injetou em uma galeria de pico ("calo") ao ar livre, ou em outro local para uso de drogas?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

[Leia uma categoria de cada vez. Assinale uma única resposta para cada item.]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 Um(a) parceiro(a) sexual fixo(a)?	0	1	8
2 Algum parente que não seja seu(sua) parceiro(a) sexual?	0	1	8
3 Algum(a) amigo(a) íntimo(a)?	0	1	8
4 Algum(a) cliente com o(a) qual você atuou como injetador profissional	0	1	8
5 Um novo usuário – quando da sua primeira aplicação?	0	1	8
6 Uma outra pessoa qualquer que você não conhecia bem?	0	1	8

QE19 Nos últimos 6 meses, alguma vez você ajudou alguém a se injetar pela primeira vez?

[Não leia as opções. Assinale uma única resposta.]

0 Não → **QE22**

1 Sim

8 Recusou → **QE22**

9 Não sabe/ não tem certeza → **QE22**

QE20 Quantas pessoas diferentes você ajudou a injetar pela primeira vez, nos últimos 6 meses? ___

XE21 Algum deles era....

[Leia uma categoria de cada vez. Assinale uma única resposta para cada item.]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 Um(a) parceiro(a) sexual fixo(a)?	0	1	8
2 Outro(a) parceiro(a) sexual?	0	1	8
3 Seu filho ou filha?	0	1	8
4 Outro parente que não fosse seu(sua) parceiro(a) sexual?	0	1	8

Agora, eu gostaria de fazer a você algumas perguntas sobre o seu uso de agulhas e/ou seringas novas e esterilizadas, isto é, agulhas e/ou seringas que nunca foram utilizadas antes por ninguém, nem mesmo por você.

QE22 Nos últimos 6 meses, você obteve alguma agulha e/ou seringa nova/que não tivesse(m) sido utilizada(s) antes?

0 Não → **QE26**

1 Sim

8 Recusou → **QE26**

QE23 Nos últimos 6 meses, como você obteve agulhas e/ou seringas novas/não utilizadas anteriormente?

[Não leia as opções. Assinale mais do que uma resposta “sim”, caso mencionada.

Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	Mencionados	
	Não	Sim
01 Farmácia	0	1
02 Outra loja que não uma farmácia	0	1
03 Máquina de venda	0	1
04 Vendedor ambulante	0	1
05 Médico de família/generalista	0	1
06 Hospital	0	1
07 Agente/instituição de saúde na área de drogas	0	1
08 Agente/programa de rua (<i>outreach</i>)	0	1
09 Outras agências de saúde/previdência	0	1
10 Parceiro(a) sexual	0	1
11 Membro da família que não o(a) parceiro(a) sexual	0	1
12 Amigos	0	1
13 Outros usuários de drogas	0	1
14 Traficante	0	1
15 Programa de troca de agulha/seringa	0	1
16 Roubou de uma fonte de suprimento	0	1
17 Nas ruas	0	1
18 Lixo (inclui lixo hospitalar)	0	1
91 Outro (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	Código	

[Se mais de um item mencionado na pergunta QE23]

QE24 Qual a fonte de seringas/agulhas que você usa mais freqüentemente?

especificar Código

[Use os códigos da questão QE23]

QE26 Até onde você consegue se lembrar, durante toda a sua vida, alguma vez você se injetou com algumas das seguintes pessoas?

[Leia uma categoria de cada vez. Assinale uma resposta para cada item.]

	Não	Sim	Rec.
1 Alguém infectado com o HIV?	0	1	8
2 Alguém com hepatite?	0	1	8
3 Algum homem usuário de droga, que tenha tido sexo com outro homem?	0	1	8
4 Alguma mulher usuária de droga, que tenha tido sexo com outra mulher?	0	1	8

SEÇÃO F: ÚLTIMA INJEÇÃO

(módulo de opção local)

Agora, pense sobre a última vez em que você se injetou e nas pessoas que estavam com você naquele momento.

XF01 Você se lembra da data em que você se injetou pela última vez?

____ _
 Dia Mês Ano

XF02 Onde você se injetou nesta ocasião?

[Não leia as opções. Assinale uma única resposta.]

- 01 No lugar onde eu moro
 - 02 Na casa do(a) meu(minha) parceiro(a) sexual
 - 03 Na casa de um parente (que não o parceiro sexual)
 - 04 Na casa de um(a) amigo(a)
 - 05 Na casa de alguma outra pessoa
 - 06 Em um abrigo ou residência mantida pelo governo/instituição
 - 07 Em um colégio/escola/faculdade
 - 08 Num local específico de "uso seguro" de drogas
 - 09 Numa galeria de pico ("calo") em local fechado, na residência de um traficante ou algum outro local onde se consome drogas
 - 10 Numa galeria de pico ("calo") ao ar livre, ou algum outro local aberto onde se consome drogas
 - 11 Em um clube ou bar
 - 12 Em qualquer outro lugar público (rua, parque, construção abandonada, banheiro público, etc.)
 - 13 Em um carro ou veículo similar
 - 98 Recusou
 - Outro (_____)
- Especificar*
código

XF03 Quantas outras pessoas estavam também se injetando neste mesmo local, ao mesmo tempo que você?

SEÇÃO G: PAPEL DAS DROGAS

(módulo de opção local)

Agora, pense sobre a os últimos 6 meses. Nos últimos 6 meses, você participou de alguma das seguintes atividades com o objetivo de ganhar dinheiro, drogas ou outros bens ou serviços?

XG01 Você vendeu drogas ou fez parte de alguma operação de venda de drogas em troca de dinheiro, drogas ou outros bens ou serviços?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

SEÇÃO H: COMPORTAMENTO SEXUAL

Eu gostaria agora de fazer algumas perguntas sobre o seu relacionamento sexual com seu(sua) parceiro(a) principal, parceiros(as) eventuais e clientes. Você pode pensar que algumas destas perguntas são de natureza pessoal, mas lembre-se de que estamos pedindo a todos os entrevistados que respondam a estas mesmas perguntas. Algumas delas podem não se aplicar a você. Todas as suas respostas serão tratadas como estritamente confidenciais.

QH01 Com que frequência você teve relações sexuais (vaginais, anais ou orais) com alguém do sexo oposto nos últimos 6 meses?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma **M: → QH21**
F: → QH24
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

As próximas perguntas são sobre sexo com seu(sua) parceiro(a) principal do sexo oposto. Por parceiro(a) principal, eu quero dizer alguém que é seu(sua) parceiro(a) sexual regular e mais importante do sexo oposto.

QH02 Nos últimos 6 meses, com que frequência você teve relações vaginais ou anais com seu(sua) parceiro(a) principal do sexo oposto?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma → QH08
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QH03 Com quantos(as) parceiros(as) principais do sexo oposto você teve relações sexuais vaginais ou anais nos últimos 6 meses? — —

QH04 Nos últimos 6 meses, quando você teve relações vaginais ou anais com seu(s)/sua(s) parceiro(s)/parceira(s) principal(ais) do sexo oposto, com que frequência você ou seu(sua) parceiro(a) usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

QH05 Quantos desses(as) parceiros(as) principais do sexo oposto injetaram drogas alguma vez? — —

QH07 Nos últimos 6 meses quais métodos contraceptivos você e seu(sua) parceiro(a) principal usaram? [*Não leia a lista. Assinale mais de uma resposta "sim", caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com "algo mais?"*]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Nenhum	0	1
02 Preservativo (camisinha)	0	1
03 Preservativo feminino	0	1
04 Contraceptivo oral	0	1
05 Contraceptivo intramuscular (ex. Depovera)	0	1
06 DIU	0	1
07 Diafragma	0	1
08 Esponja ou espermicida	0	1
09 Tabela	0	1
10 Esterilização	0	1
91 Outro (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	<u> </u>	<u> </u>
	<i>Código</i>	

As perguntas a seguir são sobre relações sexuais com parceiros(as) ocasionais do sexo oposto. Por parceiro(a) ocasional, eu quero dizer alguém com quem você tenha tido relações sexuais que não seja o(a) seu(sua) parceiro(a) principal. Não inclua nesta categoria "clientes" que pagam (em dinheiro, drogas ou bens e serviços) para manter relações sexuais.

QH08 Nos últimos 6 meses, com que frequência você teve relações vaginais ou anais com um(a) parceiro(a) ocasional do sexo oposto?

MOSTRE O CARTAO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma → **QH13**
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QH09 Com quantos(as) parceiros(as) ocasionais do sexo oposto você teve relações sexuais vaginais ou anais nos últimos 6 meses? — —

QH10 Nos últimos 6 meses, quando você teve relações vaginais ou anais com seu(s)/sua(s) parceiro(s)/parceira(s) ocasional(ais) do sexo oposto, com que frequência você ou seu(sua) parceiro(a) usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

QH11 Quantos desses(as) parceiros(as) ocasionais do sexo oposto injetaram drogas alguma vez? — —

As perguntas seguintes são sobre sua atividade sexual com clientes do sexo oposto. Por cliente eu quero dizer pessoas que pagaram a você com dinheiro, mercadorias ou drogas por sexo. Quando eu me refiro a sexo aqui, eu quero dizer sexo vaginal, anal, oral e masturbação.

QH13 Nos últimos 6 meses, com que frequência você teve um(a) cliente do sexo oposto que te deu dinheiro ou mercadoria em troca de sexo?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QH14 Nos últimos 6 meses, com que freqüência você teve um(a) cliente do sexo oposto que te deu drogas em troca de sexo?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

Se "nunca" para ambas QH13 e QH14 → QH21

[Não pergunte se a resposta foi "não" para ambas as questões QH13 e QH14

QH15 Nos últimos 6 meses quantos clientes do sexo oposto diferentes você teve, em média, por mês? _____

[Ofereça alternativas ao(à) entrevistado(a) para obter melhores estimativas. Se forem "muitos de perder a conta", utilize "995".]

[Não pergunte se a resposta foi "não" para ambas as questões QH13e QH14

Agora eu gostaria que você pensasse sobre todos(as) os(as) clientes do sexo oposto que você teve nos últimos 6 meses.

QH16 Quando você teve relações vaginais ou anais com seu(s)/sua(s) cliente(s) do sexo oposto, com que freqüência você ou seu(sua) parceiro(a) usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1-25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26-74%)
- 4 A maioria das vezes (75-99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

[Não pergunte se a resposta foi "não" para ambas as questões QH13 e QH14

QH17 Nos últimos 6 meses, com que frequência você fez sexo oral com um(a) cliente do sexo oposto?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

Se o entrevistado for do sexo masculino, faça as perguntas QH21 a QH23

Se a entrevistada for do sexo feminino, faça as perguntas QH24 a QH26 → QH24

[Pergunte apenas se o entrevistado for do sexo masculino.]

QH21 Nos últimos 5 anos, em algum momento você teve um relacionamento sexual (sexo anal e/ou oral) com outro homem (incluindo os que possam ter ocorrido na prisão ou por dinheiro, voluntário ou não)?

- 0 Não → **Sec. I ou Sec. J**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **Sec. I ou Sec. J**

[Pergunte apenas se o entrevistado for do sexo masculino.]

QH22 Com aproximadamente quantos parceiros masculinos você teve relações sexuais (anais e/ou orais) nos últimos 6 meses? _____

Se "00" → **Sec. I ou Sec. J**

[Pergunte apenas se o entrevistado for do sexo masculino.]

QH23 Quando você teve relações sexuais com outro homem nos últimos 6 meses, com que frequência você usou preservativo (camisinha)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

Passa para a Seção I ou J → Sec. I ou Sec. J

[Pergunte apenas se a entrevistada for do sexo feminino.]

QH24 Nos últimos 5 anos, em algum momento você teve um relacionamento sexual com outra mulher (incluindo os que possam ter ocorrido na prisão ou por dinheiro, voluntário ou não)?

- 0 Não → **Sec. I ou Sec. J**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **Sec. I ou Sec. J**

[Pergunte apenas se a entrevistada for do sexo feminino.]

QH25 Com aproximadamente quantas parceiras do sexo feminino você teve relações sexuais nos últimos 6 meses? — —

Se "00" → **Sec. I ou Sec. J**

[Pergunte apenas se a entrevistada for do sexo feminino.]

QH26 Quando você teve relações sexuais com outra mulher nos últimos 6 meses, com que frequência você usou preservativo feminino (ou barreira para sexo oral, etc.)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

Para quem nunca se injetou, omita a Seção I e vá para a Seção J

SEÇÃO I: VIAGENS

[Pergunte esta seção apenas se o(a) entrevistado(a) é ou foi usuário(a) de drogas injetáveis.]

Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre os diferentes lugares para os quais você viajou nos últimos dois anos, e sobre qualquer uso de drogas injetáveis nesses lugares.

QI01 Você injetou drogas fora da área desta cidade nos últimos dois anos?

0 Não → **Sec. J**

1 Sim

8 Recusou → **Sec J**

QI02 Em algum desses lugares você injetou com agulhas e/ou seringas dadas, emprestadas ou vendidas a você por pessoas que você conheceu nesses lugares?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QI03 Em algum desses lugares você deu, emprestou, alugou ou vendeu agulhas e/ou seringas usadas a pessoas que você conheceu nesses lugares?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QI04 Em algum desses lugares você se injetou usando uma seringa na qual outra pessoa que você conheceu lá colocou alguma droga com a seringa usada dele(a) (*frontloading, backloading, etc.*)?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QI05 Em algum desses lugares você compartilhou fogareiro, algodão, água de lavar/enxaguar ou outros apetrechos para injeção de drogas com pessoas que você conheceu nesses lugares?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QI06 Em algum desses lugares você “puxou” sua dose de uma solução contendo drogas compartilhada por outras pessoas que você conheceu nesses lugares?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QI07 Em algum desses lugares você fez sexo com alguém que você conheceu nesses lugares?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

SEÇÃO J: CONHECIMENTO SOBRE AIDS E MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre HIV e AIDS.

QJ01 Você já ouviu falar de HIV ou AIDS?

0 Não → **Sec. K**

1 Sim

8 Recusou → **Sec. K**

QJ02 Com que frequência você fala sobre HIV ou AIDS com seus(suas) parceiros(as) sexuais?

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusou). Assinale uma única resposta.]

0 Não falo

1 Raramente

2 Frequentemente

7 Não se aplica (não tem parceiros sexuais)

8 Recusou

QJ03 Com que frequência você fala sobre HIV ou AIDS com seus(suas) companheiros(as) usuários(as) de drogas?

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusou). Assinale uma única resposta.]

0 Não falo

1 Raramente

2 Frequentemente

7 Não se aplica (não tem companheiros usuários de drogas)

8 Recusou

QJ04 Com que frequência você fala sobre HIV ou AIDS com seus familiares?

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusou). Assinale uma única resposta.]

0 Não falo

1 Raramente

2 Frequentemente

7 Não se aplica (não tem família)

8 Recusou

QJ05 Você acredita que uma pessoa pode se infectar com o HIV (o vírus que causa a AIDS) e ter uma aparência saudável?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou
- 9 Não sabe

QJ06 Agora, você poderia me dizer todas as maneiras pelas quais as pessoas podem se infectar com o HIV?

[Não leia a lista. Assinale mais de uma resposta "sim", caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com "algo mais?"]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Não conheço nenhuma maneira	0	1
02 Compartilhando agulhas e/ou seringas	0	1
03 Compartilhando outros apetrechos de injeção de drogas/solução de drogas	0	1
04 Fazendo sexo (sem dizer, se protegido ou não)	0	1
05 Fazendo sexo sem proteção	0	1
06 Contato com sangue contaminado	0	1
07 Transusão de sangue/derivados	0	1
08 Perinatalmente, de mãe para filho	0	1
10 Doando sangue	0	1
11 Beijo	0	1
12 Mosquitos	0	1
13 Assento de privada	0	1
14 Assento de transporte público	0	1
91 Outro (_____)	0	1
<i>Especifique</i>		<i>Código</i>

QJ07 Que porcentagem de pessoas infectadas com o HIV você acredita que ficará seriamente doente?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES B

- 1 Nenhuma (0%)
- 2 Algumas (1–25%)
- 3 Cerca de metade (26–74%)
- 4 A maioria (75–99%)
- 5 Todas (100%)
- 8 Recusou

QJ08 Desde que você ouviu sobre HIV/AIDS pela primeira vez, você fez alguma coisa para evitar se contaminar com o vírus ou para evitar que uma outra pessoa pegasse de você?

0 Não → **Sec. K**

1 Sim

8 Recusou → **Sec. K**

QJ09 O que você fez?

[Não leia a lista. Assinale mais de uma resposta "sim", caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com "algo mais?"]

Mencionado

Não Sim

SEXO

01 Passou a usar/tornou mais freqüente o uso de preservativo (camisinha)	0	1
02 Outras práticas de sexo seguro (não especificado)	0	1
03 Menor número de parceiros(as) sexuais	0	1
04 Menor número de parceiros(as) homo/bissexuais	0	1
05 Menor número de parceiros(as) usuários(as) de drogas	0	1
06 Parou de fazer sexo	0	1
07 Outras mudanças no comportamento sexual (_____) _____	0	1
<i>Especifique</i>	<i>código</i>	
08 Outras mudanças no comportamento sexual (_____) _____	0	1
<i>Especifique</i>	<i>código</i>	

DROGAS

09 Menor uso de drogas em geral	0	1
10 Reduziu o uso de drogas injetáveis	0	1
11 Parou de usar drogas injetáveis	0	1
12 Reduziu o compartilhamento de equipamentos/soluções contendo drogas	0	1
13 Parou de compartilhar equipamentos/soluções contendo drogas	0	1
14 Começou a limpar/tornou mais freqüente a limpeza dos equipamentos	0	1
15 Outras mudanças relacionadas ao uso de drogas (_____) _____	0	1
<i>Especifique</i>	<i>Código</i>	
16 Outras mudanças relacionadas ao uso de drogas (_____) _____	0	1
<i>Especifique</i>	<i>Código</i>	

OUTROS

17 Outras mudanças (_____) _____	0	1
<i>Especifique</i>	<i>Código</i>	
18 Outras mudanças (_____) _____	0	1
<i>Especifique</i>	<i>Código</i>	

XJ10 Você conhece alguma pessoa que está infectada com o HIV ou que tenha AIDS, e que pertença às categorias listadas a seguir?

[Leia um item de cada vez. Assinale uma resposta para cada item. N/A (não se aplica) deve ser utilizado caso o(a) entrevistado(a) não conheça ninguém que corresponda à descrição de um dado item]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>N/A</i>	<i>Rec.</i>
1 Usuários de droga em atividade ou ex-usuários, que tenham compartilhado alguma vez equipamento de injeção de drogas com você	0	1	7	8
2 Outros usuários de drogas em atividade ou ex-usuários	0	1	7	8
3 Alguém que tenha sido seu(sua) parceiro(a) sexual	0	1	7	8
4 Alguém que mora com você (em sua casa)	0	1	7	8
5 Amigos ou parentes	0	1	7	8
6 Qualquer outra pessoa que você conheça	0	1	7	8

SEÇÃO K: HISTÓRIA MÉDICA

QK01 Como você descreveria seu estado de saúde atual? Você diria que ele é..

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusou/não sabe), assinale uma única resposta]

- 1 Excelente
- 2 Bom
- 3 Razoável
- 4 Ruim
- 8 Recusou
- 9 Não sabe/não tem certeza

QK02 Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha_____ [modalidade de infecção].

[Leia um item por vez. Assinale uma resposta para cada item]

[Se “sim”]

QK03 Quando foi a última vez (ano) em que você teve_____ [modalidade de infecção].

	QK02 Disse alguma vez?				Se “Sim” QK03 Ano
	Não	Sim	Rec.	NS	
01 Tuberculose?	0	1	8	9	_____
02 Endocardite (infecção cardíaca)?	0	1	8	9	_____
03 Pneumonia (que não por <i>Pneumocystis carinii</i>)?	0	1	8	9	_____
04 Cirrose hepática?	0	1	8	9	_____
05 Infecção oral devido a fungos, como candidíase/sapinho?	0	1	8	9	_____
06 Sífilis?	0	1	8	9	_____
07 Gonorréia?	0	1	8	9	_____
08 Verrugas genitais?	0	1	8	9	_____
09 Herpes genital?	0	1	8	9	_____
10 Clamídia (uretrite não-gonocócica)?	0	1	8	9	_____
11 Hepatite?	0	1	8	9	_____
12 Malária?	0	1	8	9	_____
[Pergunte os itens 13–15 apenas se o entrevistado for um UDI ou ex-UDI]					
13 Abscessos no lugar da injeção?	0	1	8	9	_____

14 Outros abscessos em outros locais do corpo?	0	1	8	9	_____
15 Veias colabadas ou outros danos diretamente decorrentes do uso injetável?	0	1	8	9	_____

[Pergunte os itens 16–17 apenas se a entrevistada for mulher]

16 Doença inflamatória pélvica?	0	1	8	9	_____
17 Câncer cervical?	0	1	8	9	_____

QK04 Você recebeu alguma vez aconselhamento pré-teste com relação ao teste para o HIV?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QK05 Você já foi testado(a) para o HIV

- 0 Não → **QK13**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **QK13**
- 9 Não sabe → **QK13**

QK06 Onde você foi testado(a) para o HIV?

[Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algum outro local?”]

	Mencionado	
	Não	Sim
01 Centro de Tratamento de drogas	0	1
02 Clínica para DST	0	1
03 Hospital	0	1
04 Médico particular	0	1
05 Kit de testagem domiciliar	0	1
06 Delegacia/Prisão	0	1
12 Centro de Testagem anônima (COAS)	0	1
13 Projeto comunitário (p. ex. da FIOCRUZ)	0	1
91 Outros (_____)	0	1
<i>especificar</i>	__	__
	<i>Código</i>	

QK07 Você recebeu os resultados do teste para o HIV?

- 0 Não → **QK13**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **QK13**
- 9 Não sabe → **QK13**

QK08 Você recebeu um resultado positivo para o teste para o HIV, ou seja de que você estava infectado(a) com o HIV?

0 Não → **QK11**

1 Sim

8 Recusou → **QK11**

QK09 Você recebeu aconselhamento pós-teste?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QK10 Quando você recebeu um resultado positivo para o teste para o HIV pela primeira vez?

— — — — —
mês ano

QK11 Você recebeu alguma vez um resultado negativo para o teste para o HIV?

0 Não → **QK13**

1 Sim

8 Recusou → **QK13**

QK12 Quando você recebeu um resultado negativo para o teste para o HIV pela última vez?

— — — — —
mês ano

QK13 Nos últimos 6 meses, você tomou alguma medicação anti-AIDS, como AZT, DDI, inibidores da protease, ou alguma outra?

0 Não → **QK15**

1 Sim

2 Sim, mas não sabe dizer qual → **QK15**

8 Recusou → **QK15**

QK14 Nos últimos 6 meses, qual medicação anti-AIDS você tomou?

[Leia todas as opções de resposta, assinale uma resposta para cada item]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
01 AZT	0	1	8
02 DDI	0	1	8
03 DDC	0	1	8
04 Inibidores de protease	0	1	8
05 Algo de que não se recorda o nome	0	1	8
09 Coquetel (sem especificar os medicamentos)	0	1	8

QK15 Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha AIDS?

0 Não → **Seção L**

1 Sim

8 Recusou → **Seção L**

QK16 Quando disseram a você pela primeira vez que você tinha AIDS?

mês ____
ano

XK17 Já fez transfusão de sangue?

0 Não

1 Sim → **XK18**

8 Recusou

9 Não Sei

XK18 Quando? [*Liste todas as vezes*]

(ano)

(ano)

(ano)

SEÇÃO L: HEPATITE

Agora, vamos te perguntar algumas questões sobre uma doença denominada hepatite.

QL01 Você poderia me dizer quais são os diferentes tipos de hepatite?

[*Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “alguma outra?”*]

	Mencionado	
	Não	Sim
1 Não conhece nenhum tipo	0	1
2 Hepatite A	0	1
3 Hepatite B	0	1
4 Hepatite C	0	1
5 Hepatite D ou E	0	1
6 Outra (_____) <i>especificar</i>	0	1
		<u> </u> <i>código</i>

QL02 Você já foi vacinado(a) contra a hepatite B?

0 Não → **QL04**

1 Sim

3 Foi vacinado(a) com uma vacina contra hepatite que não conhece

8 Recusou → **QL04**

9 Não sabe → **QL04**

QL03 Quantas doses de vacina você recebeu? ___ → **QL05**

QL04 Se você tivesse a chance de ser vacinado(a) para a hepatite B, você tomaria a vacina?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

Se o(a) entrevistado(a) mencionar as hepatites B/C na questão QL01, pergunte cada uma das questões entre QL05 e QL20, a cada vez, em separado, para a Hepatite “B” e para a hepatite “C”. Se o(a) entrevistado(a) não tiver mencionado “B” ou “C” pergunte as questões para “hepatites”, registrando na coluna “hepatite (qualquer tipo)”.

QL11–QL13 O quanto você se preocupa em se infectar com a hepatite (B/C)? Você diria que ... [Leia todas as opções de resposta (exceto recusou/não sabe), assinale uma única resposta]

	QL11 Hep B	QL12 Hep C	QL13 Hep (qualquer)
Não está preocupado(a)	1	1	1
Está um pouco preocupado(a)	2	2	2
Está muito preocupado(a)	3	3	3
Não se aplica – já foi vacinado(a) [Válido apenas para a hepatite B]	7		
Recusou	8	8	8

QL14–QL16 Qual a percentagem das pessoas que têm hepatite (B/C) que você acredita que ficarão seriamente doentes?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES B

	QL14 Hep B	QL15 Hep C	QL16 Hep (qualquer)
Nenhuma (0%)	1	1	1
Algumas (1–25%)	2	2	2
Cerca de metade (26–74%)	3	3	3
A maioria (75–99%)	4	4	4
Todas (100%)	5	5	5
Recusou	8	8	8
Não sabe	9	9	9

QL20–QL22 Você já conversou sobre hepatite (B/C) com algumas das pessoas listadas abaixo?[Leia todas as opções de resposta, assinale uma resposta para cada item. N/A (Não se aplica) deve ser assinalado se o entrevistado não conhecer nenhuma pessoa com as características descritas em cada item]

	QL20 Hep B				QL21 Hep C				QL22 Hep (qualquer)			
	Não	Sim	NA	Rec.	Não	Sim	NA	Rec.	Não	Sim	NA	Rec.
1 UDI ou ex-UDI com quem você compartilhou equipamentos de injeção	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8
2 Outros UDI ou ex-UDI	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8
3 Alguém que foi/é seu(sua) parceiro sexual	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8
4 Alguém que mora com você (divide o mesmo domicílio)	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8
5 Outros amigos ou parentes	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8
6 Outra pessoa qualquer	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8

Se o(a) entrevistado(a) respondeu a todas as questões para hepatite (qualquer), sem estabelecer uma distinção entre os tipos de hepatite, vá para a seção M. → Seção M

QL23 Você já foi testado(a) para a hepatite C?

0 Não → **Seção M**

1 Sim

8 Recusou → **Seção M**

9 Não sabe → **Seção M**

QL24 Você recebeu os resultados do teste para a hepatite C?

0 Não → **Seção M**

1 Sim

8 Recusou → **Seção M**

9 Não sabe → **Seção M**

QL25 Você recebeu alguma vez um resultado negativo para o teste para o HCV?

0 Não → **QL27**

1 Sim

8 Recusou → **QL27**

QL27 Você recebeu um resultado positivo para o teste para o HCV?

0 Não → **Seção M**

1 Sim

8 Recusou → **Seção M**

XL28 Quando você recebeu um resultado positivo para o teste para o HCV pela primeira vez?

mês

ano

SEÇÃO M: UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

QM01 Há quanto tempo atrás você foi atendido(a) por um médico/serviço de saúde pela última vez? Nos referimos aqui a quaisquer serviços que o(a) auxiliaram quando você se sentiu mal/esteve doente ou que avaliaram sua saúde (*check-up*), excluindo os serviços destinados ao tratamento do abuso de drogas.

[*Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta afirmativa*]

- 0 Nunca
- 1 Nos últimos 6 meses
- 2 Há mais de 6 meses e há menos de um ano
- 3 Há mais de um ano e há menos de 2 anos
- 4 Há mais de 2 anos atrás
- 8 Recusou

QM02 Você tem tido, recentemente, dificuldade em conseguir tratamento médico quando fica doente ou se sente mal?

- 0 Não → **QM04**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **QM04**

QM03 Por que você não tem conseguido receber tratamento médico quando precisa dele? [*Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”*]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Não há serviços disponíveis	0	1
02 Não há serviços próximos	0	1
03 Não há como chegar aos serviços	0	1
04 O serviço nem sempre está aberto/tem horários inconvenientes	0	1
05 As pessoas no serviço de saúde falam outras línguas que não a minha	0	1
06 Não gosto do serviço/não confio nele/não acredito em médicos	0	1
07 Existe serviço, mas não tenho como pagar	0	1
08 Existe serviço, mas não pode me ajudar, não oferece o que eu preciso	0	1
09 Existe serviço, mas eu não preencho os critérios de admissão	0	1
10 Tenho medo de procedimentos que possam causar dor/sofrimento	0	1
11 Tenho medo da interferência e de ser preso pelas autoridades (p. ex. polícia)	0	1
12 Os serviços são muito hostis aos usuários de drogas	0	1
13 Os serviços não aceitam usuários de drogas	0	1
91 Outro (_____)	0	1
<i>especificar</i>	<i>código</i>	

[Pergunte apenas se o(a) entrevistado(a) tiver sido recrutado de um local que não um centro de tratamento]

QM04 Você tem tido, recentemente, dificuldade em conseguir tratamento para o abuso de drogas?

0 Não → **QM06**

1 Sim

8 Recusou → **QM06**

QM05 Por que você não tem conseguido receber tratamento para o abuso de drogas quando precisa dele?

[Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Não há centros de tratamento disponíveis	0	1
02 Não há centros de tratamento próximos	0	1
03 Não há como chegar aos centros de tratamento	0	1
04 O centro de tratamento nem sempre está aberto/tem horários inconvenientes	0	1
05 As pessoas no centro de tratamento falam outras línguas que não a minha	0	1
06 Não gosto do centro de tratamento /não confio nele/não acredito nestes centros	0	1
07 Existem centros de tratamento, mas não tenho como pagar	0	1
08 Existem centros de tratamento, mas não pode me ajudar, não oferece o que eu preciso	0	1
09 Existem centros de tratamento, mas eu não preencho os critérios de admissão	0	1
10 Tenho medo de procedimentos que possam causar dor/sofrimento	0	1
11 Tenho medo da interferência e de ser preso pelas autoridades (p. ex. polícia)	0	1
91 Outro (_____)	0	1
<i>especificar</i>	<u> </u>	<u> </u>
	<i>código</i>	

QM06 Você deixou alguma vez de ir a um serviço de saúde, local de prevenção anti-HIV/AIDS, centro de tratamento para o abuso de drogas ou correlato por que teve medo de encontrar a polícia ou outras autoridades?

0 Não → **Seção N**

1 Sim

8 Recusou → **Seção N**

QM07 Quais os serviços oferecidos aos quais você deixou de ir?

[*Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”*]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Deixei de ir a todos eles, porque não queria que as autoridades soubessem de mim	0	1
02 Unidade de saúde para o tratamento de problemas relacionados ao HIV	0	1
03 Unidade de saúde para o tratamento de problemas relacionados à hepatite	0	1
04 Unidade de saúde para o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST)	0	1
05 Unidade de saúde para o tratamento de <i>overdose</i> /surto psicótico	0	1
06 Centro de tratamento para o abuso de drogas	0	1
07 Programa de Troca de Seringas	0	1
08 Unidade para o tratamento de distúrbio pós-traumático	0	1
09 Serviço de clínica geral	0	1
10 Serviço de psiquiatria	0	1
11 Grupo de Mútua-ajuda	0	1
91 Outro (_____)	0	1
<i>especificar</i>	<u> </u>	<u> </u>
	<i>código</i>	

SEÇÃO N: OVERDOSE

QN01 Alguma vez você assistiu a um episódio grave de *overdose*, de modo que a pessoa chegasse a perder a consciência?

0 Não → **QN05**

1 Sim

8 Recusou → **QN05**

QN02 Quantas vezes isso ocorreu?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

1 Uma única vez

2 Duas vezes

3 3–5 vezes

4 6–10 vezes

5 Mais de 10 vezes

8 Recusou

QN03 Por favor, pense a respeito da última vez em que isso ocorreu. Há quanto tempo foi? *[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta afirmativa]*

1 Nas última semana

2 Há mais de uma semana e há menos de um mês

3 Há mais de um mês e há menos de 6 meses

4 Há mais de 6 meses atrás e há menos de 1 ano

5 Há mais de um ano e há menos de 2 anos (há cerca de um ano)

6 Há mais de 2 anos atrás e há menos de 5 anos (há alguns anos)

7 Há mais de 5 anos

8 Recusou

QN04 O que você e as outras pessoas presentes fizeram?

[Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

Mencionado

Não Sim

01 Nada

0 1

02 Não sabiam o que fazer	0	1
03 Carregaram [a pessoa com <i>overdose</i>] para outro local	0	1
04 Colocaram a pessoa numa posição que facilitava a respiração	0	1
05 Fizeram respiração boca-a-boca	0	1
06 Fizeram manobras de ressuscitação cárdio-pulmonar	0	1
07 Sacudiram/bateram/beliscaram a pessoa	0	1
08 Aplicaram gelo, colocaram num banho frio, gritaram	0	1
09 Injetaram alguma droga (como naltrexone, etc.)	0	1
10 Injetaram alguma outra substância (como sal, leite, etc.)	0	1
11 Utilizaram remédios caseiros	0	1
12 Levaram a pessoa para o hospital/unidade de saúde	0	1
13 Chamaram a ambulância/pessoal especializado	0	1
14 Pediram ajuda a autoridades da justiça/polícia	0	1
15 Avisaram aos parentes da pessoa	0	1
16 Abandonaram imediatamente o local	0	1
17 Outro (_____)	0	1
<i>especificar</i>	_____	<i>código</i>

QN05 Você já viu alguém morrer de *overdose*?

[Se “*sim*”] Quantas pessoas?

[*Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta afirmativa*]

- 0 Nenhuma
- 1 Uma
- 2 Duas
- 3 Três a cinco
- 4 Seis ou mais
- 8 Recusou

XN06 Você já teve uma *overdose* grave a ponto de perder a consciência?

0 Não → **XN15**

1 Sim

8 Recusou → **XN15**

XN07 Quantas vezes isso ocorreu?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

- 1 Uma única vez
- 2 Duas vezes
- 3 3–5 vezes
- 4 6–10 vezes
- 5 Mais de 10 vezes
- 8 Recusou

XN15 Se você solicitasse auxílio médico num episódio de *overdose*, você acredita que seria notificado às autoridades da justiça/polícia?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QN17 Você já presenciou algum episódio de reação intensamente desfavorável ao consumo de drogas estimulantes/alucinógenas ou outras, como surto psicótico/“paranóia” ou pânico?

- 0 Não → **XN21**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **XN21**

QN18 Quantas vezes isso já ocorreu?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

- 1 Uma única vez
- 2 Duas vezes
- 3 3–5 vezes
- 4 6–10 vezes
- 5 Mais de 10 vezes
- 8 Recusou

QN19 Por favor, pense a respeito da última vez em que isso ocorreu. Há quanto tempo foi? *[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta afirmativa]*

- 1 Na última semana
- 2 Há mais de uma semana e há menos de um mês
- 3 Há mais de um mês e há menos de 6 meses
- 4 Há mais de 6 meses atrás e há menos de 1 ano
- 5 Há mais de um ano e há menos de 2 anos (há cerca de um ano)
- 6 Há mais de 2 anos atrás e há menos de 5 anos (há alguns anos)
- 7 Há mais de 5 anos
- 8 Recusou

QN20 O que você e as outras pessoas presentes fizeram?

[Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Nada	0	1
02 Não sabiam o que fazer	0	1
03 Carregaram [a pessoa com paranóia] para outro local	0	1
04 Fizeram respiração boca-a-boca	0	1

05 Fizeram manobras de ressuscitação cárdio-pulmonar	0	1
06 Procuraram acalmá-la	0	1
07 Levaram-no(a) para um ambiente escuro e silencioso, ou local que lhe era familiar	0	1
08 Injetaram heroína ou outra substância	0	1
09 Deram à pessoa álcool ou outras substâncias sedativas	0	1
10 Utilizaram remédios caseiros	0	1
11 Levaram a pessoa para o hospital/unidade de saúde	0	1
12 Chamaram a ambulância/pessoal especializado	0	1
13 Pediram ajuda a autoridades da justiça/polícia	0	1
14 Avisaram aos parentes da pessoa	0	1
15 Abandonaram imediatamente o local	0	1
16 Outro (_____)	0	1
<i>especificar</i>	— —	<i>código</i>

XN21 Alguma vez você tomou alguma droga estimulante/alucinógena ou outra e teve um episódio de reação intensamente desfavorável, como surto psicótico, “paranóia” ou pânico?

0 Não → **Seção O ou P**

1 Sim

8 Recusou → **Seção O ou P**

XN22 Quantas vezes isso ocorreu?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

1 Uma única vez

2 Duas vezes

3 3–5 vezes

4 6–10 vezes

5 Mais de 10 vezes

8 Recusou

SEÇÃO O: VIOLÊNCIA

(módulo de opção local)

Muitas pessoas são vítimas de violência em algum momento das suas vidas. Isso ocorre também com frequência entre pessoas que consomem drogas. Procure se lembrar de todo o período desde que você consumiu drogas pela primeira vez. Perguntarei a você acerca de suas experiências ao longo de todo esse período.

XO01 Qual das opções listadas abaixo descreve de forma mais adequada o quanto você já se machucou em brigas ou foi agredido(a)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES E

- 0 Nunca → XO06
- 1 Uma ou duas vezes
- 2 Algumas vezes
- 3 Cerca de uma vez ao ano
- 4 Cerca de uma vez ao mês
- 5 Cerca de uma vez na semana
- 7 Tão freqüente que não permite quantificar
- 8 Recusou

XO05 Quantas vezes essas agressões partiram de policiais, militares ou outras pessoas da área de segurança/justiça?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES E

- 0 Nunca
- 1 Uma ou duas vezes
- 2 Algumas vezes
- 3 Cerca de uma vez ao ano
- 4 Cerca de uma vez ao mês
- 5 Cerca de uma vez na semana
- 7 Tão freqüente que não permite quantificar
- 8 Recusou

XO06 Qual das opções listadas abaixo quantifica melhor o número de vezes, ao longo de todo esse período, em que a agressão envolveu uma arma?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES E

- 0 Nunca
- 1 Uma ou duas vezes
- 2 Algumas vezes
- 3 Cerca de uma vez ao ano
- 4 Cerca de uma vez ao mês
- 5 Cerca de uma vez na semana
- 7 Tão freqüente que não permite quantificar
- 8 Recusou

Se a resposta for “nunca” para as perguntas XO01 e XO06, pule para Seção P

Se a resposta for “nunca” apenas para a pergunta XO06, pule para XO11 → XO11

XO11 Você já teve de receber cuidados médicos em decorrência das agressões sofridas desde que você começou a usar drogas?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

SEÇÃO P: CONCLUSÃO

Para finalizar, algumas questões adicionais

QP01 Você se considera?

[Leia todas as opções de resposta pertinentes (excluindo “recusou”). Assinale uma única resposta]

- 1 Heterossexual
- 2 Homossexual/gay *[Pergunta exclusiva para homens]*
- 3 Homossexual/lésbica *[Pergunta exclusiva para mulheres]*
- 4 Bissexual
- 8 Recusou

QP02 Quantos filhos biológicos você teve? _ _

XP03 Você planeja ter outro filho?

- 0 Não
- 1 Sim
- 2 Entrevistada/parceira do entrevistado está no momento grávida
- 8 Recusou
- 9 Não sabe

XP04 Pense nos próximos 12 meses. Você acredita que haverá alguma mudança nos itens listados abaixo?

[Leia todas as opções de resposta, assinale uma resposta para cada item]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 A via principal que você utiliza para consumir drogas	0	1	8
2 Seu nível de consumo de drogas	0	1	8
3 Sua situação profissional	0	1	8
4 Sua principal fonte de renda	0	1	8
5 Seu estado de saúde	0	1	8

CARTÃO DE OPÇÕES A

Nunca/nenhuma

Menos de uma vez ao mês

1–3 vezes ao mês

Cerca de uma vez por semana

2–3 vezes por semana

4–6 vezes por semana

Cerca de uma vez por dia

2–3 vezes por dia, quase todo dia

4 ou mais vezes por dia, quase todo dia

CARTÃO DE OPÇÕES B

Nenhuma (0%)

Algumas (1–25%)

Cerca de metade (26–74%)

A maioria (75–99%)

Todas (100%)

CARTÃO DE OPÇÕES C

Nunca (0%)

Ocasionalmente (1–25%)

Aproximadamente metade das vezes (26–74%)

A maioria das vezes (75–99%)

Sempre (100%)

CARTÃO DE OPÇÕES D

Uma única vez

Duas vezes

3–5 vezes

6–10 vezes

Mais de 10 vezes

CARTÃO DE OPÇÕES E

Nunca

Uma ou duas vezes

Algumas vezes

Cerca de uma vez ao ano

Cerca de uma vez ao mês

Cerca de uma vez na semana

Tão freqüente que não permite quantificar