

Geraldo José Coelho Ribeiro

**Análise de indicadores de comportamento
de risco entre usuários de drogas injetáveis
do Projeto AjUDE-Brasil I**

Belo Horizonte
2002

Geraldo José Coelho Ribeiro

Análise de indicadores de comportamento de risco entre usuários de drogas injetáveis do Projeto AjUDE-Brasil I

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Waleska Teixeira Caiaffa

Belo Horizonte
2002

Ribeiro, Geraldo José Coelho

R484a Análise de indicadores de comportamento de risco entre usuários de drogas injetáveis do Projeto Ajude-Brasil I / Geraldo José Coelho Ribeiro. Belo Horizonte, 2002. 120p.

Dissertação.(Mestrado).Saúde Pública. Faculdade de Medicina da UFMG.

1.Infecções por HIV/prevenção e controle 2.Hepatite C/ prevenção e controle 3.Programas de troca de seringas 4.Comportamento sexual 5.Fatores de risco 6.Abuso de substâncias por via endovenosa/epidemiologia I.Título

NLM: WC 503.6

CDU: 616.988 - 084

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor e Vice-Reitor

Prof^a. Ana Lúcia Almeida Gazzola

Prof. Marcos Borato Viana

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Prof^a. Sueli Pires

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. José Aurélio Garcia Bergmann

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor e Vice-Diretor

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

Prof. Joel Alves Lamounier

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Francisco José Penna

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Geraldo Luís Moreira Guedes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Representantes docentes

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof. Antônio Leite alves

Prof^a. Elizabete Barboza França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco Campos

Prof. José Otávio Penido Fonseca

Prof^a. Maria Fernanda F. L. Costa

Prof. Mark Drew C. Guimarães

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Representantes discentes

Rosiene Maria de Freitas

Maria Angélica de Salles Dias



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 248.9641 FAX: (31) 248.9939



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **GERALDO JOSÉ COELHO RIBEIRO**, nº de registro 9968571. Às quatorze horas do dia **quatorze de junho de dois mil e dois** reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Curso para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"ANÁLISE DE INDICADORES DE COMPORTAMENTO DE RISCO ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS DO PROJETO AJUDE-BRASIL I"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Profa. Waleska Teixeira Caiaffa, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa
Prof. Francisco Inácio Bastos
Prof. Fernando Augusto Proietti

Instituição: UFMG
Instituição: FIOCRUZ
Instituição: UFMG

Indicação: APROVADO
Indicação: APROVADO
Indicação: APROVADO

Pelas indicações o candidato foi considerado aprovado.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, quatorze de junho de dois mil e dois.

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa (orientadora) Waleska Caiaffa

Prof. Francisco Inácio Bastos Francisco Bastos

Prof. Fernando Augusto Proietti Fernando Proietti

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa (coordenadora) Waleska Caiaffa

Prof^a Waleska Teixeira Caiaffa
COORD. PG. SAÚDE PÚBLICA
FAC. MEDICINA / UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

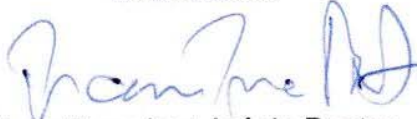
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9939

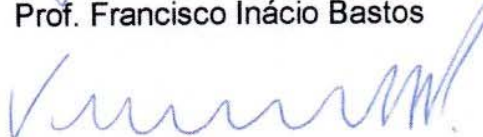


DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores, Waleska Teixeira Caiaffa, Francisco Inácio Bastos e Fernando Augusto Proietti, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“ANÁLISE DE INDICADORES DE COMPORTAMENTO DE RISCO ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS DO PROJETO AJUDE-BRASIL I”**, apresentada pelo mestrando **GERALDO JOSÉ COELHO RIBEIRO** para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 14 de junho de 2002.


Profa. Waleska Teixeira Caiaffa
Orientadora


Prof. Francisco Inácio Bastos


Prof. Fernando Augusto Proietti

Dedicatória

*À minha mãe, Dona Ruth,
que me trouxe ao mundo e desde então nunca me deixou desamparado,
sendo um exemplo vivo de dedicação e amor.
Quisera eu poder retribuir pelo menos um pouco do que dela recebi
Posso, entretanto, orar para que a sua vida seja sempre iluminada,
coberta de paz e colorida pela alegria.*

Agradecimentos

*À minha orientadora, Profa. Dra. Waleska,
responsável real pela concretização deste trabalho.
Sem a sua persistência, mesmo (e principalmente) nos meus tropeços,
aliada ao grande conhecimento científico e habilidade na orientação, a
dissertação jamais teria se tornado realidade.
A ela todo o meu profundo respeito e a minha eterna gratidão.*

*Às minhas irmãs Cida, Tonha e Fatinha,
pelo apoio incondicional em todos os momentos e pela melhor
convivência em família que alguém possa ter.*

*À Andréa, minha esposa,
pela paciência e resignação que me permitiram a concentração
necessária para este trabalho. A ela, todo o meu amor.*

*À minha avó Guilhermina, meu tio Ruy e ao meu pai, Joaquim,
fundamentais para a minha vida e minha formação como pessoa, mesmo
depois de terem partido para a vida eterna.*

*A Deus, acima de tudo,
por ter me proporcionado a convivência com todas estas pessoas.*

Resumo

Esta dissertação analisa o comportamento sexual e o hábito de uso de drogas entre os usuários de drogas injetáveis, sob o ponto de vista do risco associado à infecção pelos Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o da Hepatite C (HCV), e com a co-infecção entre estes vírus. Teve-se como objetivos o estudo sócio-demográfico e caracterização do comportamento desta população, além do confronto entre este perfil e as infecções virais abordadas. Foi realizado um estudo observacional transversal, tendo-se como base os dados obtidos através de questionários e sorologia realizados em 287 usuários de drogas injetáveis recrutados pelo Projeto AjUDE-Brasil I durante o ano de 1998 e que haviam sido abordados por programas de redução de danos em cinco cidades brasileiras. Os resultados obtidos sugerem uma predominância dos indicadores do comportamento sexual na associação com o risco da infecção pelo HIV, enquanto os indicadores do hábito de uso de drogas injetáveis predominaram na associação com o risco pela infecção pelo HCV. As variáveis que mais contribuíram na análise dos resultados obtidos foram: os marcadores da presença de doenças sexualmente transmissíveis, o relato de detenção durante a vida, o compartilhamento de seringas e agulhas e o tempo de uso de drogas injetáveis. A possibilidade de se fazer a vigilância específica para os comportamentos estudados e a constatação da necessidade da abordagem diferenciada, embora integrada, destes fatores nos programas de redução de danos, são contribuições do presente trabalho.

Abstract

This study analyzes the sexual and drug use behavior among the injecting drug users, assessing the risk associated with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the Hepatitis C Virus (HCV) infections, and the HIV/HCV coinfection. The objectives were: to obtain a social and demographic profile and to characterize the behavior of this population, beyond the confrontation between this profile and the viral infections boarded. A cross-sectional design, based on the data gathered through questionnaires and serology of 287 injecting drug users outreached by the harm reduction workers and enlisted by the Project AjUDE Brazil I during the year of 1998, was carried out. It comprised information based on five Brazilian cities. The results obtained suggest a predominance of sexual behavior markers in the association with the risk for the HIV infection, while the habit of injecting drug use had predominated in the association with the risk for the HCV infection. The significant variables using multivariate models were: markers of sexually transmitted diseases in the last six months, story of imprisonment lifetime, syringes and needles sharing lifetime and duration of injectable drugs using. The possibility of doing specific behavior surveillance and the urgency of specific approaches for this population in an integrated intervention grounded by harm reduction programs, are the recommendations of this work.

Listas

Lista de siglas e abreviaturas

Aids = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DST = doença sexualmente transmissível

HBV = Vírus da Hepatite B

HCV = Vírus da Hepatite C

HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana

IC95% = intervalo de confiança ao nível de 95%

MG = Minas Gerais

OR = odds ratio

PRD = programa de redução de danos

Relação HSH = relação sexual entre homens

RS = Rio Grande do Sul

SC = Santa Catarina

SP = São Paulo

UDI = usuário de drogas injetáveis ou usuários de drogas injetáveis

UFMG = Universidade Federal de Minas Gerais

Sumário

1. Introdução	14
1.1. Justificativa.....	15
1.2. Hipóteses	15
2. Revisão da literatura.....	17
2.1. Comportamento de risco entre usuários de drogas injetáveis.....	17
2.2. A Infecção pelo HIV	19
2.3. A Infecção pelo HCV.....	21
2.4. A Co-infecção HIV/HCV	22
2.5. Programas de redução de danos.....	23
3. Objetivos.....	31
3.1. Objetivo geral	31
3.2. Objetivos específicos	31
4. Material e métodos	33
4.1. Entrevista e questionário	33
4.2. Testes sorológicos.....	34
4.3. Grupos de estudo.....	34
4.4. Variáveis e indicadores utilizados.....	35
4.5. Análise estatística.....	37
5. Resultados	40
5.1. Características sócio-demográficas	40
5.2. Comportamento sexual.....	44
5.3. Hábito de uso de drogas injetáveis.....	51
5.3.1. Indicadores cronológicos	51
5.3.2. Estudo da correlação entre os indicadores cronológicos.....	52
5.3.3. Indicadores de compartilhamento.....	57

5.4. Análise dos modelos multivariados	60
6. Discussão	70
7. Conclusão.....	83
8. Referências bibliográficas.....	85
10. Anexos	91
Anexo A: Voto e Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP ...	92
Anexo B: Consentimento livre e esclarecido	97
Anexo C: Entrevista	100
Anexo D: Manual de instruções	112
Anexo E: Manual para coleta de sangue em papel de filtro.....	117

1. Introdução

1. Introdução

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), já em sua segunda década de existência, tem apresentado uma evolução muito dinâmica em relação aos perfis de risco de exposição, meios de diagnóstico, desenvolvimento de formas de tratamento e vacinas, morbi-mortalidade e sua distribuição sócio-demográfica (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001a).

A sobrevivência nos pacientes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) vem aumentando, ao passo em que a mortalidade por outras infecções virais vem crescendo (TULLER, 2001).

As doenças hepáticas, em especial as causadas pelo Vírus da Hepatite C (HCV), são hoje uma das principais causas de mortalidade entre os pacientes HIV soropositivos (TULLER, 2001; CACOUB, 2001).

Aproximadamente um quarto dos pacientes HIV soropositivos nos Estados Unidos são co-infectados, havendo proporções de 35% a 90% de co-infecção em determinados grupos de exposição (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001).

Além da mortalidade aumentada, um dos grandes problemas relacionados à co-infecção HIV/HCV tem sido o tratamento voltado ao HIV, o qual causa uma sobrecarga hepática, podendo gerar intolerância devido à infecção pelo HCV (TULLER, 2001).

Nos pacientes co-infectados, há ainda o agravamento de cada uma destas infecções (MONGA, 2001). Estudos mostram que a presença do HIV leva ao encontro de maiores titulações do HCV, assim como a progressão acelerada das doenças hepáticas relacionadas ao HCV e ao aumento do risco de cirrose hepática relacionada a este vírus (GARCIA-SAMANIEGO, 2001; RAGNI, 2001; CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001). Efeitos da co-infecção sobre a progressão da doença pelo HIV são descritos na literatura (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001).

Os UDI formam o grupo de exposição com maior prevalência da co-infecção HIV/HCV, com taxas de até 90% (MONGA, 2001; TEDALDI, 2001; GARCIA-SAMANIEGO, 2001; TULLER, 2001; BARTNOF, 2001; SULKOWSKI, 2000).

Os UDI representam o segundo grande grupo de exposição entre todos os casos de Aids no Brasil (18,3%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b). Em muitos países o uso de drogas

injetáveis também representa a segunda maior causa de exposição ao HIV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a).

Devido às práticas de uso de drogas os UDI apresentam diversas oportunidades de exposição, infecção e transmissão de ambos os vírus (BARTNOF, 2001; BUSH, 1999). O conhecimento e o entendimento do contexto social, das práticas de uso de drogas e do comportamento sexual assume papel prioritário no planejamento e condução de intervenções efetivas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001a).

1.1. Justificativa

Este trabalho é motivado pela necessidade de se estudar os diversos fatores de risco aos quais está exposta a população de UDI, procurando-se analisar as associações entre o comportamento sexual e hábito de uso de drogas com as possibilidades de infecção pelo HIV e pelo HCV, isoladamente e na co-infecção.

Esta análise pode trazer um maior conhecimento sobre o público atendido pelos programas de redução de danos e serviços de saúde em geral, criando-se assim a possibilidade de maior efetividade no atendimento, planejamento e operacionalização de ações preventivas.

1.2. Hipóteses

- Nos UDI, as variáveis que determinam o risco de infecção pelo HIV são diferentes das variáveis que determinam o risco de infecção pelo HCV.
- Neste mesmo grupo, o hábito de uso de drogas injetáveis e o comportamento sexual associam-se de forma diferente ao risco de infecção pelo HCV.

2. Revisão da literatura

2. Revisão da literatura

2.1. Comportamento de risco entre os usuários de droga injetáveis

O “Problema das drogas” é tema amplamente discutido na sociedade mundial e rotineiramente encontrado nas literaturas leigas e científicas. Pesquisas mostram o crescimento do consumo nas últimas décadas, havendo estimativas de que a indústria do narcotráfico movimentou cerca de 150 bilhões de dólares (IVANISSEVICH, 2002). No Brasil existem poucas estimativas sobre o número de usuários de drogas, em especial os de drogas ilícitas. Estima-se a existência de 800 mil usuários de drogas injetáveis (UDI) no País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001d).

O uso de drogas tem sido associado a crimes contra pessoas e patrimônio, à desintegração familiar, negligência infantil, desestabilização econômica e decadência social. Há estimativas americanas de que o custo social anual naquele país seja de US\$ 58,3 bilhões, relativos a perda de produtividade, acidentes automobilísticos, crimes, roubos de propriedades e tratamento para dependentes (GOSTIN, 1997).

Além deste custo social existe ainda a preocupação da associação entre o uso de drogas injetáveis e algumas epidemias que assolam o mundo atual, dentre elas as infecções de transmissão sanguínea, como a causada pelo HIV e hepatites virais (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001b, GOSTIN, 1977), abordadas no Projeto AjUDE-Brasil, objeto de estudo do presente trabalho, conforme detalhado posteriormente.

As duas principais vias de contágio para estas infecções virais são o compartilhamento de equipamentos de injeção contaminados, como seringas e agulhas, e relações sexuais sem proteção com indivíduos infectados. Mulheres infectadas através de uma destas vias podem também transmitir o HIV a seus bebês antes e durante o nascimento e através do aleitamento ao seio (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001b).

Entre os UDI, em nível nacional, encontra-se uma prevalência de infecção pelo HIV de até 52% e de 60% da infecção pelo HCV, tendo-se estimado que aproximadamente 18% dos casos de Aids estejam relacionados ao uso de drogas injetáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b). Com a nova hierarquização das categorias de exposição, este montante deve chegar a aproximadamente 25% dos casos de Aids notificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001d)

O hábito de uso de drogas injetáveis apresenta vários fatores que contribuem para o aumento do risco de contaminação pelas infecções virais. O ato de se checar se a agulha está numa veia, através de uma breve aspiração de sangue promove a contaminação da seringa (KOESTER, 1998). Outro hábito que contribui para a contaminação da seringa é o de se mover o êmbolo várias vezes para frente e para trás para se ter certeza de que toda a droga foi injetada (NORMAND, 1995). A limpeza inadequada do equipamento de injeção, através da água, não sendo eficiente para eliminar o HIV ou o HCV, também propiciam a sua disseminação através do compartilhamento (ABDALA, 1999). A utilização de água para desobstruir a seringa é outro fato semelhante aos anteriores, todos agravados pela injeção de drogas em locais onde o acesso à água é difícil, propiciando a reutilização da mesma, tanto na diluição das drogas como na limpeza do material (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001b). A cocaína, em particular, aumenta o risco de transmissão das infecções virais, já que provoca nos dependentes o desejo e a necessidade do seu uso, levando à injeção freqüente desta droga e o conseqüente aumento das oportunidades de contaminação (KOESTER, 1996). Descreve-se ainda o compartilhamento direto e o indireto de equipamentos de injeção. O primeiro ocorre quando um UDI utiliza uma seringa já utilizada por outro UDI. No compartilhamento indireto cada UDI prepara a sua própria dose da droga mas utiliza outros equipamentos necessários a esta prática, como colheres, água e algodão, já utilizados por outros UDI (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001b). São descritas, além destas, outras práticas associadas ao compartilhamento indireto (KOESTER, 1994).

Comportamentos de alto risco no uso de drogas e de alto risco no comportamento sexual são freqüentemente associados, aumentando, desta forma o risco de transmissão das infecções virais pessoa a pessoa. As práticas sexuais de risco incluem o sexo anal, oral e vaginal sem proteção, multiplicidade de parceiros e presença de doenças sexualmente transmissíveis não tratadas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001b). De forma semelhante ao estudo dos fatores associados ao compartilhamento de equipamentos de injeção, há várias formas de contato sexual associado ao alto risco para a infecção. Uma destas é a de parceiros sexuais de UDI soropositivos, sendo que estes parceiros podem tornar-se também usuários de drogas injetáveis (OUELLET, 1998). Há descrições da utilização de crack fumado por parte dos UDI, o que é realizado em conjunto com outros UDI (FRIEDMAN, 1997) e que o uso do crack está associado a atividades sexuais de alto risco, possivelmente pela perda da inibição causada por esta droga, ou ainda

pela necessidade constante da obtenção da mesma, levando muitas vezes os usuários a manter relações sexuais em troca de dinheiro (EDLIN, 1994). O comércio do sexo é citado em vários estudos, praticado por homens e mulheres, encontrando-se tanto a troca direta do sexo por drogas, como na obtenção de dinheiro para a compra de drogas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001b).

2.2. A Infecção pelo HIV

O Vírus da Imunodeficiência Humana é um RNA vírus da família *lentiviridae*. Tendo sido isolado em 1983, recebeu inicialmente duas denominações, HTLV-111 (Vírus Linfotrópico Humano tipo III) e LAV (Vírus Associado a Linfadenopatia), e em 1996 teve a sua denominação unificada para HIV (LIMA, 1996). O HIV é o agente causal da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), a qual foi reconhecida em 1981 nos Estados Unidos através de casos acima do esperado de sarcoma de Kaposi, da pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune. A identificação dos primeiros casos no Brasil ocorreu em 1982, embora um caso de 1980 tenha sido descrito retrospectivamente (LIMA, 1996; KILSZTAJN, 2001).

O HIV é transmitido através do contato sexual com uma pessoa infectada, pelo compartilhamento de seringas ou agulhas, em particular para o uso de drogas injetáveis, com alguém que esteja contaminado ou através de transfusão de sangue ou hemoderivados contaminados. Filhos de mães HIV soropositivas podem ser infectados antes e durante o nascimento ou através do aleitamento ao seio. Cita-se ainda as infecções entre os profissionais de saúde através de acidentes com agulhas utilizadas em pacientes infectados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001c).

Estimativas oficiais indicam a existência de aproximadamente 597 mil portadores do HIV no Brasil, incluindo aqueles que já desenvolveram a Aids e excluindo-se os óbitos. A mediana do tempo entre a infecção e o desenvolvimento da doença situa-se entre oito e dez anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). O Ministério da Saúde contabiliza o número de casos de Aids no Brasil como 215.810, de 1980 a junho de 2001, a maioria concentrada na Região Sudeste (68,7%), seguida pela Região Sul (16,0%), Nordeste (9,2%), Centro-Oeste (4,9%) e Norte (1,7%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001c). Segundo a Coordenação Nacional de DST/Aids, a disponibilização da terapia anti-retroviral provocou a estabilização do crescimento da epidemia no País, havendo indícios de queda para 15 mil

casos novos/ano à partir do ano 2000. A transmissão heterossexual representa 27,4% dos casos notificados no período entre 1980 e 2001, seguida pela transmissão homossexual (17%) e a bissexual (9,7%).

Nota-se, atualmente, a diminuição da relação homens/mulheres, a qual foi inicialmente de 30 homens infectados para cada mulher infectada e que encontra-se abaixo dos quatro homens infectados para cada infectada, fato este denominado feminização da epidemia (CASTILHO, 1999). Houve uma diminuição nas proporções encontradas entre os homossexuais e um aumento entre os usuários de drogas injetáveis. Verifica-se também a pauperização da epidemia (BRITO, 2001; PARKER, 2000) e a existência de diferenças regionais na distribuição da epidemia em nosso País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001c). É descrita também a interiorização da epidemia, com a chegada da mesma aos municípios considerados de pequeno porte, ou seja, de 50 mil a 200 mil habitantes (CASTILHO, 1999).

Os casos de Aids associados ao uso de drogas injetáveis correspondem a 18,3% dos casos registrados no período de 1980 a 2001. A categoria de exposição correspondente aos UDI é formada pelas seguintes categorias de exposição: Hetero/UDI, Hetero/UDI/hemofílico, Hetero/UDI/transusão (data de notificação anterior a 1998), UDI, UDI/hemofílico e UDI/transusão(data de notificação anterior a 1998) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

A ausência de uma vacina contra a infecção pelo HIV, aliada à necessidade de mudança de comportamento para combater a expansão da epidemia pelo HIV/Aids, tornaram imperativa a mensuração e o maior entendimento destas mudanças de comportamento, o que pode ser realizado através da vigilância do comportamento de risco (Des JARLAIS, 2001; FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 1997). Esta vigilância pode ser realizada através de repetidos estudos transversais em populações que apresentem risco específico, como é o caso dos usuários de drogas injetáveis.

A vigilância de comportamento de risco é utilizada na escolha de projetos de prevenção, na identificação de riscos específicos que exijam intervenção, na apresentação de indicadores de sucesso e áreas problemáticas, na definição de políticas e no subsídio para comparações sobre comportamento de risco regionalmente e entre países (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 1997).

2.3. A Infecção pelo HCV

O Vírus da Hepatite C é um RNA vírus da família *flaviviridae*, tendo o homem e o chimpanzé como as únicas espécies suscetíveis à sua infecção. O HCV causa doenças semelhantes nessas duas espécies. Este agente foi descoberto em 1989, tendo a patologia associada recebido a denominação de “hepatite C” em substituição à anterior “hepatite não-A não-B” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A hepatite C apresenta curso longo e variável, sendo que na maioria dos casos a fase aguda é assintomática (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; CROFTS, 1999b), o que dificulta a detecção de casos novos (CROFTS, 1999b). Aproximadamente 80% dos novos infectados progridem para a doença crônica. Destes, 10% a 20% desenvolvem cirrose hepática e 1% a 5% desenvolvem câncer hepático em um período de 20 a 30 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A Organização Mundial de Saúde estima que 170 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HCV em todo mundo, ou seja, 3% da população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Em geral, a prevalência do HCV é maior que a do HBV e do HIV na maioria dos países, com exceções na Suíça e Polônia (CROFTS, 1999b). A prevalência da hepatite C no Brasil está na faixa dos 2,5 a 10%, sendo esta taxa a maior entre os países da América do Sul (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002), devendo-se levar em conta os sérios problemas de notificação encontrados no País.

O contato sanguíneo direto é o principal meio de infecção pelo HCV, sendo as formas mais comuns a reutilização de seringas, agulhas ou outros equipamentos médicos esterilizados de forma inadequada, como também o compartilhamento de seringas entre os usuários de drogas injetáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A transmissão sexual é bem menos comum, sendo inclusive questionada pela literatura, podendo ser considerada menos efetiva que a transmissão do HIV ou do HBV (CROFTS, 1999b). A transmissão mãe-filho pode ocorrer em até 10% dos partos de mães infectadas, estando relacionada a uma alta titulação sanguínea do RNA-HCV e com mães infectadas pelo HCV (CROFTS, 1999b). Há relatos de transmissão através do compartilhamento de utensílios domésticos, tais como os de barbear e seringas não esterilizadas, bem como através dos rituais que envolvem o compartilhamento direto de sangue. A eficiência da transmissão do HCV pela aplicação de tatuagens é desconhecida (CROFTS, 1999b).

As populações sob maior risco para a infecção pelo HCV incluem os usuários de drogas injetáveis, recebedores de sangue não testado para o HCV, hemofílicos e pacientes de diálise (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A população carcerária também é citada diversas vezes na literatura, devido às associações, neste subgrupo, com o uso de drogas injetáveis e com os rituais envolvendo compartilhamento direto de sangue (GUIMARÃES, 2001; BURATTINI, 2000; CROFTS, 1999b).

A co-infecção apresenta altas prevalências, de 52% a 95%, entre os UDI (Quan 1993, Francisci 1995 apud CROFTS, 1999a).

As características da iniciação ao uso de drogas injetáveis, tais como a idade do UDI na fase inicial, o tempo e a frequência de uso, o tipo de droga injetada e as características do compartilhamento de agulhas e seringas são os principais fatores de risco para a infecção pelo HCV nessa população (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001, CROFTS, 1999a).

2.4. A Co-infecção HIV/HCV

A co-infecção HIV/HCV ocorre devido às vias de transmissão semelhantes para estes dois vírus. Nos Estados Unidos a prevalência dessa co-infecção foi estimada em 35% até 90% (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001). Nos homo e bissexuais que não injetam drogas, foi encontrada a prevalência de até 12% (Quan 1993, Wright 1994 *apud* CROFTS, 1999a). A transmissão do HCV parece ser mais eficiente quando observada nos co-infectados do que dos infectados apenas pelo HCV (Lissen 1993, *apud* CROFTS, 1999a), ou seja, a eficiência da infecção pelo HCV é aumentada pela infecção concomitante do HIV. Como há um efeito deletério do HIV sobre a resposta imunológica contra o HCV, o diagnóstico sorológico pode estar prejudicado (CROFTS, 1999a).

A literatura sugere uma exacerbação da morbi-mortalidade dos pacientes com HIV quanto estes são também infectados pelo HCV (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001; CACOUB, 2001). Tuller destaca o efeito deletério do HCV sobre o parênquima hepático, o que dificulta a administração das drogas para o tratamento do HIV, motivada pela intolerância aos fármacos utilizados (TULLER, 2001).

2.5. Programas de redução de danos

Os programas de redução de danos contemplam uma série de medidas que visam à diminuição das conseqüências negativas do uso de drogas.

A “normalização” na Holanda e a “medicalização” no Reino Unido, são duas das abordagens de sucesso já utilizadas internacionalmente. A primeira permite que os dependentes deixem de ser encarados como criminosos. A segunda consiste na prescrição de drogas que causam dependência, atuando como fator de proteção aos riscos inerentes ao uso de drogas de forma marginalizada. Todas as abordagens incluem um leque de programas, medidas e serviços de apoio social, educação, prevenção e tratamento, visando abranger o maior número possível de usuários de drogas, com as suas diversas características. A discussão a seguir aborda fatores históricos, modelos internacionais e experiências brasileiras na redução de danos.

- **Histórico**

As origens dessa abordagem datam do século XIX, mas ela tomou corpo como movimento internacional durante a década de 1980, em resposta à escalada da Aids. Houve a necessidade de se tomar medidas práticas a fim de se reduzir o risco de transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis (MARLATT, 1999).

O desenvolvimento de um modelo de redução de danos foi estimulado pelo sucesso obtido nas abordagens de países europeus, mais notadamente Holanda e Reino Unido, e na Austrália. As principais mediadas foram os programas de trocas de seringas e a prescrição de substâncias que causam dependência, como a metadona (MARLATT, 1999).

- **O modelo Holandês**

Na Holanda, a mudança da abordagem das drogas como um problema policial e judicial para uma ótica mais realista e prática, iniciou-se na década de 1970, como resposta aos problemas enfrentados na década anterior (BASTOS, 1998; MARLATT, 1999). A partir de 1972 foram instituídas leis que alinharam a política de drogas com a extensão dos riscos envolvidos no uso das mesmas. Medidas como classificação dos riscos e separação de mercados de circulação das drogas foram adotadas. Na década de 1980 surgiu o conceito de se mudar o foco da tentativa de eliminação do comportamento dos viciados para o da

promoção do bem-estar físico e social destes. “A incapacidade (temporária) do drogadito de abandonar o uso de drogas estava sendo aceita como fato.” (MARLATT, 1999).

Em 1984 foi lançado em Amsterdã o primeiro programa de troca de seringas, visando inicialmente à prevenção da infecção pelo vírus da Hepatite B (BASTOS, 1998). O avanço da Aids e do risco de infecção pelo HIV pelas agulhas compartilhada fez com que este programa obtivesse um grande incremento em meados daquela década. A literatura aponta para a importância da troca de seringas na redução das infecções pelo HIV nos Países Baixos (MARLATT, 1999).

Em 1985 houve nova revisão da política de drogas, quando se formulou o conceito de normalização, pelo qual “o dependente assemelha-se mais a um cidadão desempregado que a um monstro que ameaça a sociedade”. Este conceito busca atender as necessidades dos usuários de drogas, com foco na redução de danos, enquanto ajusta o cumprimento da lei para que essa seja efetiva sem provocar estigmas nesses indivíduos (MARLATT, 1999).

Na Holanda há uma variedade de programas complementares à troca de seringas, os quais criam pontes entre os profissionais de saúde e os dependentes de droga, o que pode proporcionar novas oportunidades de tratamento, atenção, prevenção e promoção à saúde. Os programas de “baixa exigência” (como nos de uso de metadona, em contraste com as comunidades terapêuticas livres de drogas, denominadas de “alta exigência”), aliados à filosofia de fácil acesso, possibilitaram o acesso à maioria dos dependentes holandeses (MARLATT, 1999).

A filosofia da baixa exigência, ao mesmo tempo em que é fundamental para a expansão do processo, representa um ponto fraco na avaliação dos programas, já que não há registro ou monitoramento dos clientes (BASTOS, 1998). Apesar disto, existem resultados positivos, como os demonstrados pela redução da porcentagem de usuários ocasionais de maconha e haxixe, nas faixas etárias de 15 e 16 anos e 17 e 18 anos. O declínio progressivo no consumo de maconha nos Países Baixos também foi demonstrado (MARLATT, 1999). A investigação de indicadores da epidemia pelo HIV mostrou que a soroprevalência manteve-se estável (em torno de 30%), enquanto a incidência entre os usuários de drogas diminuiu de 9,5 por 100 pessoas/ano em 1986 para aproximadamente 3,3 por 100 pessoas/ano em 1991 e nos anos subsequentes (BASTOS, 1998).

Pesquisadores concluem que estes programas de redução de danos são efetivos na prevenção de novas infecções pelo HIV e causaram uma forte redução nos

comportamentos de risco para a infecção. Destaca-se ainda o fato de que a implementação de programas de trocas de seringas não resultou no aumento de usuários de drogas injetáveis e nem no aumento da frequência de injeções por parte destes UDI (MARLATT, 1999).

- **O modelo do Reino Unido**

O enfoque de “medicalização” teve o seu início no Reino Unido. Neste modelo, os dependentes podem receber prescrições de manutenção de drogas tais como heroína e cocaína. A primeira conferência internacional sobre redução de danos teve sede em Liverpool, em 1990. O Departamento de Saúde de Merseyside foi o centro de trabalhos pioneiros na redução de danos (MARLATT, 1999).

O modelo adotado incluiu uma ampla gama de serviços, tais como a troca de seringas, educação comunitária, prescrição de drogas aditivas, serviços de aconselhamento, emprego e moradia. Se o paciente recusa-se a participar de tratamentos de abandono do uso de drogas, o mesmo passa a ser encarado como “cliente” ao invés de “paciente” e é incluído em programas de redução de danos (MARLATT, 1999).

A “medicalização” pode assumir quatro papéis: atuar como um meio de aliviar os sintomas de abstinência; funcionar como isca para atração de usuários de drogas e envolvimento do mesmo em programas de redução de danos; agir como estímulo à retenção visando prevenir o abandono do tratamento; atuar como promotora de mudanças, na qual o “cliente” é focado sob um sistema de metas de avanços progressivos (metas intermediárias) em relação ao seu estado de drogadição atual. O último papel é o da prescrição como estágio final, para os que não se dispõem ou não conseguem alcançar a abstinência (MARLATT, 1999).

Alguns estudos apontam a efetividade desta abordagem através da constatação da diminuição dos índices de criminalidade e melhora nas estatísticas da saúde, especialmente em relação às reduzidas taxas de infecção pelo HIV entre os UDI. Em 1991, as taxas de infecção para o HIV entre os UDI eram menor que a de todas as demais regiões da Inglaterra e da Escócia. A taxa de criminalidade apresentou o mesmo desempenho comparativo (MARLATT, 1999).

De forma semelhante à experiência Holandesa, os programas de redução de danos puderam avançar após o advento e disseminação da Aids. O termo britânico para os programas de

troca de seringas e agulhas é “minimização de danos”. Os programas de prescrição de drogas ainda encontram forte oposição em determinadas áreas do Reino Unido (MARLATT, 1999).

Estudos apontam na efetividade destes programas, creditando êxito à prevenção da epidemia de infecção pelo HIV entre os UDI (MARLATT, 1999).

- **Experiências de outros países**

Alguns países europeus, como a França e a Suécia, rejeitaram abordagens mais abertas, semelhantes à Holandesa. Um programa de Frankfurt, na Alemanha, iniciado em 1990, inclui programas de aconselhamento, troca de seringas, baixa exigência para acesso à metadona, entre outros serviços. O programa da Suíça incluiu a prescrição de drogas aos drogaditos, tendo obtido resultados positivos em relação à saúde dos dependentes, a não criação de um mercado negro, entre outros (MARLATT, 1999).

A abordagem canadense tem como um dos pilares a reformulação da educação sobre drogas, com um foco na neutralidade das informações transmitidas. Há também iniciativas de trocas de seringas e prescrição de metadona. O modelo difere das iniciativas dos Estados Unidos, onde o foco é sempre a tentativa de se alcançar a abstinência por parte dos dependentes (MARLATT, 1999).

- **A redução de danos no Brasil**

Em 1989 foi realizada na cidade de Santos a primeira experiência brasileira na área de redução de danos, dando origem a um processo de discussão e questionamento pelos diversos setores da sociedade, muitos destes opondo-se aos trabalhos desenvolvidos (BASTOS, 1998). O desenvolvimento de diferentes projetos de pesquisa e intervenção, valendo-se de metodologias qualitativas e quantitativas, conferiu ao Brasil considerável experiência em termos de programas de redução de danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Um dos argumentos utilizados é de que a disponibilização de seringas e agulhas atuaria como incentivo aos usuários e traria o aumento do consumo. Tem-se verificado, entretanto, que a indisponibilidade das agulhas e seringas limpas é que faz com que os usuários realizem o compartilhamento destes equipamentos (BASTOS, 1998; MARLATT, 1999). Um obstáculo adicional à realização de programas de distribuição ou troca de seringas o

aspecto legal, explicitado pelos artigos 12 e 13 da lei 6368/76, relativa às “medidas de proteção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica”. Uma interpretação desta lei levaria à conclusão de que os programas de redução de danos estariam incentivando ou auxiliando o uso de drogas.

A redução de danos assumiu caráter preventivo oficial a partir de 1996, através das “Diretrizes para projetos de redução de danos” da Coordenação Nacional das Doenças Sexualmente Transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Neste ano o potencial problema legal foi resolvido através da introdução do texto “...ressalvadas as ações da saúde empreendidas pela autoridade sanitária” no Projeto de Lei 1873/91, aprovado em dezembro de 1996 (BASTOS, 1998).

O primeiro projeto de troca de seringas brasileiro foi iniciado na Bahia, no ano de 1995, inspirado em experiências bem sucedidas em países europeus, na Austrália e em alguns estados americanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a). Este projeto foi desenvolvido no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com o apoio do Governo Estadual da Bahia e da Prefeitura Municipal de Salvador. Foram utilizados pontos fixos de prevenção, nos quais os agentes de redução de danos encontram-se com os UDI. Este encontro deu-se também em ruas e nos locais tradicionalmente utilizados pelo UDI para o uso de drogas. Havia ainda unidades móveis, equipados com um consultório médico, de prevenção, visando os locais de mais difícil acesso. Entre as ações desenvolvidas estão as reuniões para discussão de temas relacionados ao uso de drogas, riscos e danos associados a este hábito. Podem ser citadas ainda a distribuição de material educativo, equipamentos de prevenção, exibição de filmes educativos com debates dos mesmos. As ações eram voltadas para os usuários de drogas, seus parceiros sexuais e a para a comunidade em geral. Uma das características do projeto de redução de danos da Bahia foi a realização de parcerias com várias organizações públicas e privadas, o que proporciona a sua sobrevivência e expansão. Esta expansão pode ser apontada, entre outras, pela ampliação de cinco para 20 bairros em Salvador e pela inclusão das atividades do CETAD entre as disciplinas do currículo médico da UFBA, ambas concretizadas no ano de 2001. Nos seis primeiros anos de funcionamento, ou seja, até o ano de 2001, o Programa de Redução de Danos da Bahia havia atendido 5340 usuários de drogas injetáveis e 4534 usuários de crack, tendo passado também a atender usuários de anabolizantes, considerados também população de risco naquele projeto.

As primeiras experiências desenvolvidas em Santos permitiram que se conhecesse melhor o perfil dos UDI e formas de abordagens aos mesmos. Verificou-se também que alguns profissionais brasileiros já utilizavam práticas de redução de danos, mesmo que intuitivamente e informalmente. O movimento, entretanto, recebeu forte reação contrária partindo de diversos setores da sociedade (BASTOS, 1998).

Em 1995 houve nova tentativa de se realizar amplamente a troca de seringas, a qual contou novamente com fortes reações negativas e imposições legais. Só a partir de 1996 é que o movimento foi estabelecendo-se em termos de incentivos federais e estaduais, com avanços importantes no ano de 1997 (BASTOS, 1998).

O PRD da cidade de Porto Alegre foi elaborado em parceria com o Ministério da Saúde em 1995, tendo como objetivo primordial evitar a transmissão da Aids entre os usuários de drogas injetáveis. O programa contou com metodologias de etnografia, epidemiologia e psicologia sócio-comunitária. Uma das motivações do programa era o fato de o Sul ser a segunda região brasileira em incidência de casos de Aids. Paralelamente a isto, notou-se que as campanhas preventivas não beneficiavam a população de UDI da região (BASTOS, 1998).

Para não repetir as reações negativas encontradas no programa de Santos, o PRD de Porto Alegre foi apresentado com grande cautela dentro da comunidade, com contatos realizados inicialmente com as entidades governamentais. A seleção de monitores do programa iniciou-se em fevereiro de 1996. Foi introduzida ainda a figura do agente comunitário, pessoas que tinham contato com os monitores e que poderiam auxiliar no reconhecimento de pessoas inseridas na rede de UDI e que possuíam características de liderança positiva, necessárias ao programa. Tanto a aceitação quanto a resistência ao programa foram observados (BASTOS, 1998).

A atividade inicial era representada pela distribuição de seringas e foi aos poucos sendo substituída pela troca das mesmas. Estas trocas foram realizadas inicialmente nos postos de saúde e passaram, posteriormente, a serem realizadas na própria comunidade, junto aos agentes comunitários (BASTOS, 1998).

A partir destas primeiras experiências, vários outros programas de redução de danos foram lançados em algumas cidades brasileiras. Estes estudos necessitam de uma análise de efetividade, visando a ampliação do processo e estabelecimento de novas abordagens. Como os PRD iniciaram-se no Brasil com as epidemias de HIV e de hepatite C já

presentes, nem sempre houve, a curto prazo, diminuição da prevalência e da incidência destas epidemias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001d).

O Projeto AjUDE-Brasil , apoiado pelo Projeto Drogas & Aids da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CAIAFFA, 1998), apresentou como objetivo geral o conhecimento do perfil dos usuários de drogas injetáveis participantes de programas de redução de danos de cinco cidades brasileiras: Itajaí, Porto Alegre, São José do Rio Preto, São Paulo e Sorocaba. Os resultados deste projeto formam a base de dados utilizada nesta dissertação.

3. Objetivos

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Discriminar os riscos relacionados ao comportamento sexual e os relacionados ao hábito de uso de drogas injetáveis, comparando ambos quanto a sua associação às infecções pelos vírus HIV e HCV, assim como à sua co-infecção, tomando-se como base a análise do banco de dados do Projeto AjUDE-Brasil I (CAIAFFA, 2001).

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterização sócio-demográfica dos UDI entrevistados;
- Caracterização do comportamento sexual dos UDI;
- Determinação do perfil de uso de drogas pelos UDI;
- Estudo da associação do comportamento sexual dos UDI à infecção pelo HIV, verificando se este é mais importante quando comparado ao hábito do uso de drogas neste grupo.
- Estudo da associação do hábito do uso de drogas entre os UDI à infecção pelo HIV, verificando se este é mais importante quando comparado ao comportamento sexual destes.
- Estudo das diferenças entre fatores de risco e às infecções pelo HIV, pelo HCV e pela co-infecção HIV/HCV, determinando-se o fator discriminante em cada uma destas infecções.

4. Material e métodos

4. Material e métodos

Este é um estudo observacional transversal, no qual foi realizada a análise do banco de dados do Projeto AjUDE-Brasil I (CAIAFFA, 2001). Este banco refere-se a dados colhidos de 287 UDI recrutados através dos PRD de cinco cidades brasileiras durante o ano de 1998, quais sejam: São Paulo (SP), Sorocaba (SP), São José do Rio Preto (SP), Itajaí (SC) e Porto Alegre (RS). O tamanho da amostra para o estudo quantitativo do projeto foi calculado entre 250 e 500, tendo-se considerado a menor e a maior soroprevalência descritas no Brasil, 20% e 66%, respectivamente, com nível de confiança de 95% e 2 o menor OR detectável pela amostra (CAIAFFA, 2001).

Os dados coletados durante o Projeto AjUDE-Brasil I correspondem a uma pesquisa quantitativa, à realização de testes sorológicos e a uma pesquisa qualitativa. Apenas os dados relativos aos dois primeiros estudos serão utilizados no presente trabalho.

A pesquisa quantitativa baseou-se em questionário aplicado aos UDI durante entrevista realizada por entrevistadores previamente capacitados.

4.1. Entrevista e questionário

A participação dos UDI foi voluntária, sendo que os que responderam o questionário por completo e permitiram a coleta da amostra de sangue receberam um tíquete refeição visando à compensação pelo tempo despendido e despesas de transporte. O “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (ANEXO B) foi lido ou oferecido para a leitura do entrevistado e assinado por este. O tempo médio da entrevista e da coleta do sangue ficou em torno de 30 a 45 minutos.

A entrevista (ANEXO C) contém questões relativas ao local da entrevista, às características demográficas dos UDI, suas características sócio-econômicas, hábitos de utilização de drogas e seu comportamento sexual em diferentes épocas da vida.

O armazenamento informatizado dos dados coletados através destes questionários foi feito utilizando-se dupla digitação, com objetivo de se detectar e corrigir eventuais erros nos registros.

A pesquisa do Projeto AjUDE-Brasil I foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo obedecido às orientações da Resolução nº 196/96 e normativas éticas da Declaração de Helsinki (ANEXO A).

4.2. Testes sorológicos

No Projeto AjUDE-Brasil I foram padronizados testes sorológicos para os vírus da imunodeficiência humana (HIV-1/2), os vírus linfotrópicos humanos I e II (HTLV-I/II) e da hepatite C (HCV).

Entrevistadores previamente treinados colheram uma amostra de sangue da polpa digital dos UDI entrevistados utilizando lancetas. Esta amostra era então depositada em papel filtro e enviada ao Núcleo de Pesquisas em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFMG, em Belo Horizonte - MG, onde era recebido, registrado, acondicionado de forma apropriada e enviado à Fundação Hemominas e ao Núcleo de Pesquisas e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG.

Os resultados da sorologia para os vírus HIV e HCV foram utilizados no presente estudo. Para a sorologia dos vírus HIV foram utilizados os kits ELISA Sanofi-Pasteur® e Abbott®. Para a dos vírus HCV foi utilizado o kit HCV Umelisa®. Para ambos os estudos foi realizado estudo prévio de padronização das técnicas (CAIAFFA, 2001).

Enquanto a literatura apresenta trabalhos que corroborem a utilização da técnica do papel filtro para o diagnóstico da infecção pelo HIV, essa mesma técnica ainda requer estudos aprofundados em relação ao diagnóstico pelo HCV (CAIAFFA, 2001). O presente trabalho pressupõe que essa circunstância possa ser compensada pelo fato de que a infecção pelo HCV apresente alta prevalência, gerando um bom valor preditivo positivo dessa técnica.

4.3. Grupos de estudo

Foram estudados quatro grupos mutuamente exclusivos (FIG 1) e que receberam as seguintes denominações:

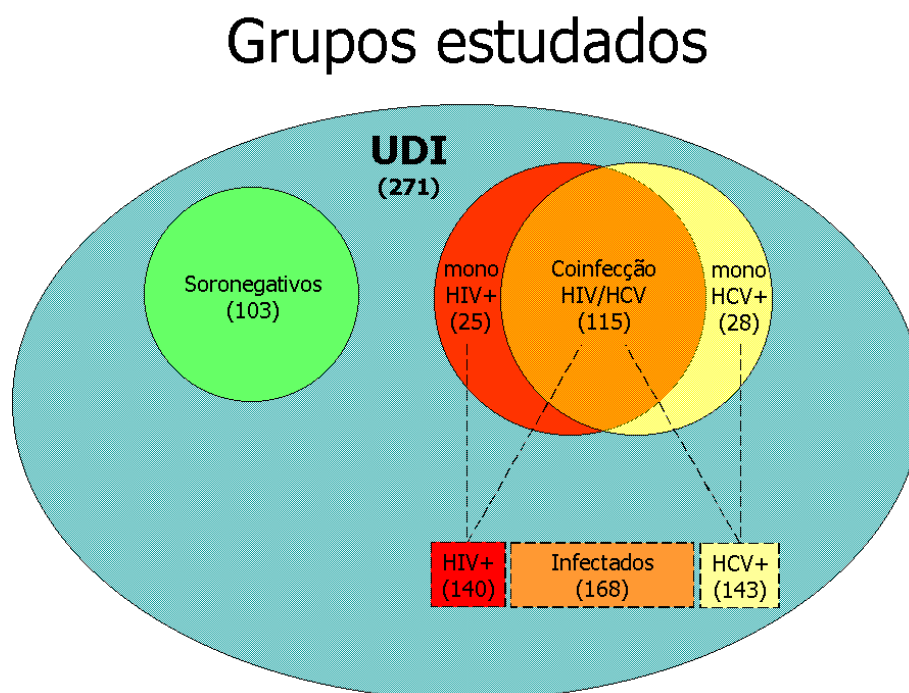
- **Soronegativos:** UDI que não apresentaram sorologia positiva para os vírus HIV e HCV;
- **Monoinfectados HIV:** UDI que apresentaram sorologia positiva exclusivamente para o vírus HIV e negativa para o HCV;
- **Monoinfectados HCV:** UDI que apresentaram sorologia positiva exclusivamente para o vírus HCV e negativa para o HIV;
- **Co-infecção HIV/HCV:** UDI que apresentaram sorologias positivas para ambos os vírus abordados.

De acordo com os grupos acima foram encontrados: 103 UDI soronegativos (38%), 25 monoinfectados pelo HIV (9,2%), 28 monoinfectados pelo HCV (10,3%) e 115 com a co-infecção HIV/HCV (42,4%).

Foram formados ainda mais três grupos que englobam alguns dos descritos acima:

- **HIV soropositivos:** todos UDI com sorologia positiva para o HIV, incluindo os com a co-infecção HIV/HCV. Constituiu-se de 140 UDI.
- **HCV soropositivos:** todos UDI com sorologia positiva para o HCV, incluindo os com a co-infecção HIV/HCV. Constituiu-se de 143 UDI.
- **Infectados:** formado pelo somatório dos grupos de monoinfectados pelo HIV, monoinfectados pelo HCV e dos com a co-infecção HIV/HCV, ou seja, todos os UDI que apresentaram pelo menos uma das infecções estudadas. Constituiu-se de 168 UDI.

FIGURA 1. Diagrama mostrando a distribuição dos grupos de UDI estudados



4.4. Variáveis e indicadores utilizados

- **Aspectos demográficos**
 - **Gênero:** gênero do UDI, observado pelo entrevistador;
 - **Idade:** idade em anos relatada pelo UDI no momento da entrevista;

- **Cor da pele:** cor da pele do UDI, de acordo com o observado pelo entrevistador no questionário. Para as análises deste trabalho as cores de pele foram agrupadas em branca e não branca (“mulato”, “preto”, “amarelo”, “pardo/moreno”);
 - **Ocupação nos últimos seis meses:** a principal ocupação relatada pelo entrevistado;
 - **“Sabe ler”:** relatado pelo entrevistado;
 - **Cidade do PRD:** cidade na qual está localizado o PRD em que o UDI foi recrutado.
- **Hábito de uso de drogas injetáveis**
- **Idade de início do uso de drogas injetáveis:** relatada pelo UDI no momento da entrevista;
 - **Droga injetada pela primeira vez:** idem;
 - **Tempo de uso de drogas injetáveis:** variável calculada pela diferença entre a idade do UDI à data da entrevista e a idade de início do uso de drogas injetáveis. Calculado a posteriori;
 - **Deu seringa alguma vez na vida e nos últimos seis meses:** variável que descreve o compartilhamento de seringa, por meio do relato de ter dado seringa ou agulha a outro UDI;
 - **Recebeu seringa alguma vez na vida e recebeu seringa nos últimos seis meses:** variável que descreve o compartilhamento de seringa, por meio do relato de ter recebido seringa ou agulha de outro UDI.
- **Comportamento sexual**
- **Idade da primeira relação sexual:** relatada pelo entrevistado no momento da entrevista;
 - **Idade da primeira relação HSH:** idem;
 - **Idade da última relação HSH:** idem;

- **Intervalo para a primeira relação HSH:** variável calculada pela diferença entre a idade da primeira relação HSH e a da primeira relação sexual. Calculado *a posteriori*;
 - **Ferida nos órgãos sexuais nos últimos seis meses:** relatado pelo entrevistado;
 - **Corrimentos nos órgãos sexuais nos últimos seis meses:** idem;
 - **Relação sexual com o sexo oposto nos últimos seis meses:** idem;
 - **Uso de preservativo com o sexo oposto nos últimos seis meses:** idem;
 - **Relação sexual com o sexo oposto por drogas nos últimos seis meses:** idem;
 - **Relação sexual com homem na vida (relação HSH):** idem;
 - **Relação HSH nos últimos seis meses:** idem;
 - **Uso de preservativo com homens nos últimos seis meses:** idem;
 - **Relação HSH por droga nos últimos seis meses:** idem.
- **Outros indicadores**
- **Relato de detenção ou prisão na vida:** relatado pelo entrevistado;
 - **Relato de detenção ou prisão nos últimos seis meses:** idem.

4.5. Análise estatística

A descrição destas variáveis foi realizada através de distribuições de frequências, medidas de tendência central e dispersão. A associação entre as variáveis discretas foi medida por meio do teste do qui-quadrado, tendo-se utilizado o teste de Fisher quando necessário. A magnitude dessas associações foi verificada por meio do odds ratio. As variáveis contínuas foram analisadas pelo teste T quando se estudou dois grupos e pela análise de variância quando houve mais de dois grupos envolvidos.

A magnitude e a direção da associação entre duas variáveis contínuas foram estudadas através da correlação, expressa pelo Coeficiente de Correlação Linear de Pearson (r). A expressão gráfica desta associação foi mostrada através de diagrama de dispersão no qual foi traçada a reta gerada através de regressão linear.

O coeficiente de correlação linear foi classificado da seguinte forma: correlação perfeita ($r = 1$), correlação forte ($r > 0,75$), correlação moderada ($r > 0,5$), correlação fraca ($r < 0,5$) e correlação inexistente ($r = 0$) (DORIA-FILHO, 1999; TRIOLA, 1998).

Foram criados modelos multivariados através da utilização de regressão logística binária e multinomial, visando a análise da relação entre as associações de variáveis independentes e as dependentes. Para cada modelo foram comparadas, individualmente, as infecções pelo HIV, pelo HCV e a co-infecção HIV/HCV com os soronegativos.

A título de análise exploratória, foram criados modelos multivariados através da técnica *stepwise*, utilizando todas as variáveis e indicadores descritos acima como variáveis independentes e o resultado da sorologia como variável dependente. Para os modelos multivariados finais, foi utilizado o método de entrada direta, tendo-se adotado o seguinte critério para escolha de variáveis independentes e ordem de entrada no modelo: magnitude da associação verificada nos testes bivariados, relevância epidemiológica e relevância biológica, de acordo com a literatura pertinente.

Foram utilizados os softwares Microsoft Excel versão 2000, Epi-Info versão 6.02b, SPSS versão 11.0. O nível de significância estatística adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$).

5. Resultados

5. Resultados

As análises a seguir correspondem à descrição de cada um dos grupos estudados em relação aos diversos indicadores abordados e da comparação do grupo de soronegativos com os demais grupos de infecção, utilizando-se os mesmos indicadores, ou seja, as verificações de associação foram realizadas entre os monoinfectados pelo HIV, os monoinfectados pelo HCV, aqueles com a co-infecção HIV/HCV e os soronegativos.

5.1. Características sócio-demográficas

Das cinco cidades onde foram realizadas as entrevistas, três apresentaram uma porcentagem maior de infectados do que soronegativos (TAB. 1): Porto Alegre (n = 77; 59,2%), Itajaí (n = 41; 87,2%) e São José do Rio Preto (n = 29; 67,4%). Esta proporção inverteu-se na cidade de Sorocaba, onde apenas 14 (36,8%) dos UDI entrevistados apresentaram sorologia positiva para o HIV ou para o HCV. Em São Paulo, a proporção entre infectados e soronegativos foi semelhante, com sete infectados (53,8%). A comparação entre as cidades dos PRDs, por meio de tabelas de contingência contendo cada uma das cidades em relação à soma das restantes, mostrou que a cidade de Itajaí apresentou a maior proporção de soropositivos em relação às demais ($p < 0,01$), enquanto a cidade de Sorocaba apresentou a menor proporção ($p < 0,01$).

A caracterização sócio-demográfica foi descrita através dos dados contidos nas TAB. 2 e 4. Houve 45 mulheres (16,7%) e 225 homens (83,3%) no grupo estudado (TAB. 2). Os UDI do sexo masculino apresentaram a seguinte distribuição: 87 (84,5%) soronegativos, 17 (68,0%) monoinfectados pelo HIV, 23 (82,1%) monoinfectados pelo HCV e 98 (86,0%) com a co-infecção HIV/HCV. A razão homens/mulheres entre os UDI com a monoinfecção pelo HCV foi de 4,6, enquanto nos com a co-infecção HIV/HCV ela foi de 6,1. Esta razão caiu para apenas 2,1 nos UDI monoinfectados pelo HIV. Não foi encontrada associação significativa entre gênero e as infecções estudadas.

Encontrou-se 134 (49,6%) pessoas de cor branca e 136 (50,4%) de cor não branca (TAB. 2). Os UDI de cor branca soronegativos foram 44 (42,7%) e os de cor não branca foram 59 (57,3%). A monoinfecção pelo HIV (n = 15; 6%) e a co-infecção HIV/HCV (n = 62; 53,9%) foram as infecções mais presentes entre os UDI de cor branca. Houve uma porcentagem de UDI de cor não branca com a monoinfecção pelo HCV (n = 14; 51,9%) ligeiramente superior aos de cor branca. Entretanto, nenhuma associação entre a cor da pele e as infecções estudadas foi encontrada.

TABELA 1. Distribuição de frequências dos grupos de sorologia de acordo com as cidades do PRD

Grupo de sorologia	Cidade do PRD					Total
	Porto Alegre	Itajaí ¹	São José do Rio Preto	Sorocaba ²	São Paulo	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Soronegativo	53 (40,8)	6 (12,8)	14 (32,6)	24 (63,2)	6 (46,2)	103 (38,0)
Monoinfecção HIV	8 (6,2)	6 (12,8)	9 (20,9)	2 (5,3)	0 (0,0)	25 (9,2)
Monoinfecção HCV	15 (11,5)	4 (8,5)	2 (4,7)	7 (18,4)	0 (0,0)	28 (10,3)
Co-infecção HIV/HCV	54 (41,5)	31 (66,0)	18 (41,9)	5 (13,2)	7 (53,8)	115 (42,4)
Total	130	47	43	38	13	271

¹ O PRD da cidade de Itajaí apresentou a maior proporção de soropositivos, quando comparado aos PRDs das demais cidades ($p < 0,01$).

² O PRD da cidade de Itajaí apresentou a menor proporção de soropositivos, quando comparado aos PRDs das demais cidades ($p < 0,01$).

TABELA 2. Caracterização demográfica e sócio-econômica dos UDI de acordo com a distribuição das sorologias

Característica	Pessoas n (%)	Soronegativos n (%)	Monoinfecção HIV		Monoinfecção HCV			Co-infecção HIV/HCV			
			n (%)	OR	IC 95%	n (%)	OR	IC 95%	n (%)	OR	IC 95%
Gênero											
Masculino	225 (83,3)	87 (84,5)	17 (68,0)	0,39	[0,13; 1,18]	23 (82,1)	0,85	[0,26; 3,27]	98 (86,0)	1,13	[0,50; 2,54]
Feminino	45 (16,7)	16 (15,5)	8 (32,0)	1,00		5 (17,9)	1,00		16 (14,0)	1,00	
Cor da pele											
Branca	134 (49,6)	44 (42,7)	15 (60,0)	2,01	[0,76; 5,38]	13 (48,1)	1,25	[0,49; 3,16]	62 (53,9)	1,57	[0,89; 2,78]
Não branca	136 (50,4)	59 (57,3)	10 (40,0)	1,00		14 (51,9)	1,00		53 (46,1)	1,00	
Ocupação nos últimos seis meses											
Sim	185 (69,8)	71 (72,4)	16 (64,0)	0,68	[0,24; 1,89]	24 (85,7)	2,28	[0,69; 9,83]	74 (64,9)	0,7	[0,37; 1,32]
Não	80 (30,2)	27 (27,6)	9 (36,0)	1,00		4 (14,3)	1,00		40 (35,1)	1,00	
Sabe ler											
Não	34 (12,5)	14 (13,6)	2 (8,0)	0,55	[0,06; 2,70]	4 (14,3)	1,06	[0,23; 3,80]	14 (12,2)	0,88	[0,37; 2,09]
Sim	237 (87,5)	89 (86,4)	23 (92,0)	1,00		24 (85,7)	1,00		101 (87,8)	1,00	
Detido ou preso durante a vida											
Sim	132 (77,6)	59 (57,3)	23 (92,0)	8,58	[1,92; 77,91]	22 (78,6)	2,73	[0,96; 8,89]	86 (76,1)	2,38	[1,28; 4,44]
Não	38 (22,4)	44 (42,7)	2 (8,0)	1,00		6 (21,4)	1,00		27 (23,9)	1,00	
Detido ou preso nos últimos seis meses											
Sim	70 (38,3)	30 (52,6)	7 (30,4)	0,39	[0,12; 1,22]	4 (18,2)	0,2	[0,04; 0,72]	29 (35,8)	0,5	[0,24; 1,06]
Não	113 (61,7)	27 (47,4)	16 (69,6)	1,00		18 (81,8)	1,00		52 (64,2)	1,00	

Variáveis cronológicas estão dispostas na TAB. 4 e serão mencionadas ao longo de todos os resultados. No contexto sócio-demográfico, a primeira linha da tabela mostra que a média de idade foi de $29,2 \pm 7,9$ anos, com o mínimo de 18 anos e o máximo de 61 anos e mediana de 28 anos. Quanto aos UDI mono infectados pelo HCV encontrou-se uma média de idade de $33,9 \pm 9,1$ anos (mediana = 34 anos), a maior média encontrada entre os grupos estudados (TAB 4). Em relação àqueles com a co-infecção HIV/HCV esta média foi de $31,1 \pm 6,9$ anos (mediana = 30 anos), enquanto nos mono infectados pelo HIV esta média foi igual a $29,8 \pm 6,1$ anos (mediana = 29 anos). A média de idade entre os soronegativos ($25,7 \pm 7,8$ anos; mediana = 24 anos) foi significativamente menor que a de cada um dos três grupos de infectados.

Dos UDI avaliados, 185 (69,8%) relataram alguma ocupação nos últimos seis meses que antecederam a entrevista, enquanto 80 (30,2%) não relataram tal ocupação (TAB. 2). A maioria dos UDI soronegativos (n=71, 72,4%) relatou alguma ocupação no período perguntado. Os UDI que possuíam ocupação também apresentaram as maiores porcentagens de infecção, conforme se segue: 16 (64,0%) com a monoinfecção pelo HIV, 24 (85,7%) com a monoinfecção pelo HCV e 74 (64,9%) com a co-infecção HIV/HCV. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o relato de ocupação nos seis meses anteriores ao questionário e as infecções pesquisadas.

Um total de 237 (87,5%) entrevistados relatou saber ler, enquanto 34 (12,5%) negaram tal habilidade (TAB. 2). Dos UDI soronegativos, apenas 14 (13,6%) não sabiam ler. A maioria dos infectados (n = 148; 62,5%) disse saber ler. A distribuição por grupo de infecção é a seguinte: 23 (92,0%) UDI mono infectados pelo HIV, 24 (85,7%) mono infectados pelo HCV e 101 (12,2%) com a co-infecção HIV/HCV. Não se encontrou significância estatística na associação entre as infecções e o relato de se saber ler.

A maioria dos UDI (n = 132; 77,6%) relatou ter sido preso ou detido alguma vez durante a vida (TAB. 2). Setenta e três (55,3%) dos UDI que relataram terem sido presos apresentaram uma das infecções estudadas, enquanto 59 (44,7%) foram soronegativos. De acordo com o grupo de infecção, obteve-se a seguinte distribuição: 23 (92,0%) com a monoinfecção pelo HIV, 22 (78,6%) com a monoinfecção pelo HCV e 86 (76,1%) com a co-infecção HIV/HCV. O relato de detenção ou prisão na vida apresentou associação significativa com a monoinfecção pelo HIV (OR = 8,58; IC95% [1,92; 77,91]) e com a co-infecção HIV/HCV (OR = 2,38; IC95% [1,28; 4,44]). A significância da associação entre o relato da prisão e a monoinfecção pelo HCV foi limítrofe (OR = 2,73; IC95% [0,96; 8,89]).

Ainda quanto ao relato de prisão, verificou-se uma proporção diferente de UDI quando a questão referia-se especificamente aos seis meses anteriores à entrevista (TAB. 2). A maioria (n = 113; 61,7%) relatou não ter sido preso ou detido neste período, enquanto 70 (38,3%) responderam afirmativamente à questão. Quarenta (57,1%) destes UDI com relato mais recente de prisão ou detenção apresentaram alguma das infecções, ao passo que 30 (42,9%) eram soronegativos. A distribuição daqueles 40 UDI infectados em cada um dos grupos de infecção foi: sete (30,4%) monoinfectados pelo HIV, quatro (18,2%) monoinfectados pelo HCV e 29 (35,8) com a co-infecção HIV/HCV. A associação entre o relato de prisão ou detenção recente e as infecções apresentou inversão da direção e diminuição da magnitude, quando comparada com os valores encontrados na análise envolvendo o relato de prisão ou detenção durante a vida. O OR para a monoinfecção pelo HIV foi igual a 0,39 e o OR para a co-infecção HIV/HCV foi igual a 0,5, não havendo significância estatística para nenhuma das duas medidas. Apenas a associação com a monoinfecção pelo HCV apresentou significância (OR = 0,2; IC95% [0,04; 0,72]), mantendo a inversão notada para os outros grupos de infecção.

5.2. Comportamento sexual

Os indicadores de comportamento sexual são apresentados nas TAB. 3 e 4; estando as variáveis cronológicas nessa última.

A maior parte dos UDI (n = 238; 88,5%) relatou ter mantido relações sexuais com pessoas do sexo oposto durante os seis meses anteriores à entrevista (TAB. 3). Entre estes UDI, 94 (39,5%) eram soronegativos e 144 (60,5%) pertenciam a um dos grupos de infectados. Quando analisados dentro de cada grupo de infecção, os 144 UDI infectados encontravam-se assim distribuídos: 20 (80,0%) monoinfectados pelo HIV, 28 (100,0%) monoinfectados pelo HCV e 96 (85,0%) com a co-infecção HIV/HCV. Embora a maioria dos UDI infectados tivesse relatado relações sexuais recentes, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre este relato e as infecções estudadas.

TABELA 3. Indicadores do comportamento sexual dos UDI de acordo com a distribuição das sorologias (continua)

Indicador	Pessoas n (%)	Soronegativos n (%)	Monoinfecção HIV		Monoinfecção HCV			Co-infecção HIV/HCV			
			n (%)	OR	IC 95%	n (%)	OR	IC 95%	n (%)	OR	IC 95%
Relação sexual com o sexo oposto nos últimos seis meses											
Não	31 (11,5)	9 (8,7)	5 (20,0)	2,61	[0,61; 9,75]	0 (0)	0,37	[0,01; 2,92]	17 (15,0)	1,85	[0,73; 4,75]
Sim	238 (88,5)	94 (91,3)	20 (80,0)	1,00		28 (100)	1,00		96 (85,0)		
Uso de preservativo com o sexo oposto nos últimos seis meses											
Menos da metade ou nunca	139 (58,6)	56 (60,2)	12 (60,0)	0,99	[0,34; 2,97]	18 (64,3)	1,19	[0,46; 3,14]	53 (55,2)	0,81	[0,44; 1,51]
Maioria ou todas	98 (41,4)	37 (39,8)	8 (40,0)	1,00		10 (35,7)	1,00		43 (44,8)	1,00	
Corrimentos nos órgãos sexuais nos últimos seis meses											
Sim	24 (9,0)	7 (6,9)	4 (16,0)	2,59	[0,50; 11,21]	3 (10,7)	1,63	[0,25; 7,76]	10 (8,8)	1,32	[0,44; 4,02]
Não	244 (91,0)	95 (93,1)	21 (84,0)	1,00		25 (89,3)	1,00		103 (91,2)		
Feridas nos órgãos sexuais nos últimos seis meses											
Sim	19 (7,1)	1 (1,0)	3 (12,0)	13,77	[1,02; 729,83]	0 (0)	3,61	[0,04; 285,87]	15 (13,2)	15,3	[2,25; 650,45]
Não	250 (92,9)	101 (99,0)	22 (88,0)	1,00		28 (100)	1,00		99 (86,8)	1,00	
Relação sexual com o sexo oposto por drogas nos últimos seis meses											
Sim	21 (8,9)	3 (3,2)	4 (20,0)	7,50	[1,12; 54,64]	2 (7,1)	2,31	[0,18; 21,11]	12 (12,5)	4,29	[1,10; 24,31]
Não	216 (91,1)	90 (96,8)	16 (80,0)	1,00		26 (92,9)	1,00		84 (87,5)		
Relação sexual com homem (HSH) na vida											
Sim	74 (33,5)	19 (22,1)	10 (58,8)	5,04	[1,50; 17,30]	6 (26,1)	1,24	[0,38; 3,92]	39 (41,1)	2,46	[1,22; 4,98]
Não	147 (66,5)	67 (77,9)	7 (41,2)	1,00		17 (73,9)	1,00		56 (58,9)		

TABELA 3. Indicadores do comportamento sexual dos UDI de acordo com a distribuição das sorologias (conclusão)

Indicador	Pessoas n (%)	Soronegativos n (%)	Monoinfecção HIV		Monoinfecção HCV			Co-infecção HIV/HCV			
			n (%)	OR	IC 95%	n (%)	OR	IC 95%	n (%)	OR	IC 95%
Relação sexual com homem (HSH) nos últimos seis meses											
Sim	13 (18,3)	4 (23,5)	4 (40,0)	2,17	[0,29; 16,01]	0 (0)	0,54	[0,01; 7,45]	5 (13,2)	0,49	[0,09; 2,93]
Não	58 (81,7)	13 (76,5)	6 (60,0)	1,00		6 (100)	1,00		33 (86,8)		
Uso de preservativo com homem (HSH) nos últimos seis meses											
Menos da metade ou nunca	10 (35,7)	1 (25,0)	0 (0)	0,75	[0,01; 78,30]	5 (35,7)	1,67	[0,10; 104,75]	4 (66,7)	6,00	[0,22; 391,99]
Maioria ou todas	18 (64,3)	3 (75,0)	4 (100)	1,00		9 (64,3)	1,00		2 (33,3)	1,00	
Relação sexual com homem (HSH) por droga nos últimos seis meses											
Sim	14 (50,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	0,11	[0,00; 4,72]	7 (50,0)	0,33	[0,01; 5,74]	3 (50,0)	0,33	[0,00; 8,60]
Não	14 (50,0)	1 (25,0)	3 (75,0)	1,00		7 (50,0)	1,00		3 (50,0)		

TABELA 4. Indicadores cronológicos demográficos, do comportamento sexual e do uso de drogas dos UDI de acordo com a distribuição das sorologias.

Indicadores (em anos)	Soronegativo	Monoinfecção HIV		Monoinfecção HCV		Co-infecção HIV/HCV	
	$\bar{X} \pm \sigma$	$\bar{X} \pm \sigma$	p ¹	$\bar{X} \pm \sigma$	p ¹	$\bar{X} \pm \sigma$	p ¹
Idade	25,7 ± 7,8	29,8 ± 6,1	< 0,05	33,9 ± 9,1	< 0,001	31,1 ± 6,9	< 0,001
Idade da primeira relação sexual	13,8 ± 2,8	13,6 ± 3,8	0,773	13,0 ± 2,4	0,169	13,6 ± 3,1	0,603
Idade da primeira relação HSH	16,9 ± 5,6	14,2 ± 3,1	0,175	18,7 ± 3,3	0,474	15,4 ± 5,1	0,32
Idade da última relação HSH	19,8 ± 5,4	21,8 ± 6,1	0,386	20,7 ± 3,8	0,731	19,9 ± 6,8	0,986
Intervalo entre a primeira relação sexual e a primeira relação HSH	4,1 ± 4,9	2,6 ± 2,9	0,408	5,8 ± 2,1	0,411	3,3 ± 3,6	0,579
Idade de início do uso de drogas injetáveis	16,6 ± 4,5	18,5 ± 4,9	0,06	18,0 ± 4,5	0,131	18,1 ± 5,6	0,025
Tempo de uso de drogas injetáveis	9,1 ± 7,0	11,3 ± 6,6	0,153	15,9 ± 10,5	< 0,001	12,9 ± 6,9	< 0,001

¹Obtido através do Teste-t em relação aos UDI soronegativos, admitindo-se variâncias iguais entre os dois grupos.

A média de idade da primeira relação sexual encontrada entre os UDI soronegativos foi igual a $13,8 \pm 2,8$ anos, a qual foi semelhante à média de idade nos grupos de infecção: monoinfectados pelo HIV ($13,6 \pm 3,8$ anos), monoinfectados pelo HCV ($13,0 \pm 2,4$ anos) e co-infectados ($13,6 \pm 3,1$ anos). Não houve diferença estatística entre estes grupos e o dos soronegativos (TAB. 4).

Menos da metade dos UDI ($n = 98$; 41,4%) relatou o uso de preservativos na maioria ou em todas as relações com o sexo oposto durante os seis meses que antecederam a entrevista (TAB. 3). Dos 139 UDI restantes, 56 (40,3%) eram soronegativos, enquanto 83 (59,7%) encontravam-se em um dos grupos de infectados. Os 56 soronegativos que negaram o uso freqüente de preservativos com o sexo oposto correspondiam a 60,2% do total de UDI soronegativos. Entre os monoinfectados pelo HIV, 12 (60,0%) relataram nunca usar preservativos ou usá-los em menos da metade das relações sexuais com o sexo oposto durante os seis meses anteriores à entrevista. O mesmo foi observado entre os 18 (64,3%) monoinfectados pelo HCV e os 53 (55,2%) UDI com a co-infecção HIV/HCV. Não foi observada, entretanto, associação significativa entre o relato de uso recente de preservativos com o sexo oposto e as infecções analisadas.

A maior parte dos UDI ($n = 244$; 91,0%) não referiu corrimentos nos órgãos sexuais nos últimos seis meses antes da entrevista (TAB. 3). Entre os 24 que relataram o corrimento, a maioria ($n = 17$; 70,8%) pertencia a um dos grupos de infecção e sete (29,2%) eram soronegativos. A distribuição daqueles 17 UDI que relataram corrimentos recentes dentro de cada grupo de infecção é a seguinte: quatro (16%) monoinfectados pelo HIV, três (10,7%) monoinfectados pelo HCV e 10 (8,8%) com a co-infecção HIV/HCV. O relato de corrimento, portanto, foi feito pela minoria dos UDI em todos os grupos, inclusive o dos soronegativos ($n = 7$; 6,9%). Apesar disto, não houve relação estatisticamente significativa entre o relato de corrimentos nos órgãos sexuais e as infecções abordadas.

A maioria dos UDI entrevistados ($n = 250$, 92,9%) negou a existência de feridas em seus órgãos sexuais durante os seis meses que antecederam a entrevista (TAB. 3). Dos 19 que relataram a presença de feridas nos órgãos sexuais, apenas um (5,3%) era soronegativo e 18 (94,7%) eram infectados. O UDI soronegativo com o relato de feridas recentes nos órgãos sexuais correspondia a apenas 1,0% do total de UDI soronegativos. Distribuídos dentro dos grupos de infecção, aqueles 18 UDI apresentaram-se da seguinte forma: três (12,0%) monoinfectados pelo HIV e 15 (13,2%) com a co-infecção HIV/HCV. Não houve UDI com a monoinfecção pelo HCV que tenha relatado feridas nos órgãos sexuais nos seis

meses antecedentes à entrevista. Detectou-se a associação significativa entre o relato de feridas e a co-infecção HIV/HCV (OR = 15,3; IC95% [2,25; 650,45]), assim como com a monoinfecção pelo HIV (OR = 13,77 IC95% [1,02; 729,83]).

Somente 21 (8,9%) dos entrevistados relataram ter mantido relações sexuais com o sexo oposto em troca de drogas nos seis meses anteriores à entrevista (TAB. 3). Compunham este subgrupo oito UDI do sexo feminino (19,5% das mulheres) e 13 do sexo masculino (6,6% dos homens), tendo-se verificado associação significativa entre ser do sexo feminino e o relato de relação sexual com o sexo oposto por drogas nos seis meses anteriores à entrevista (OR = 3,41; IC95% [1,31; 8,87]). Estes 21 UDI compreendiam três (14,3%) soronegativos e 18 (85,7%) nos grupos de infectados. Os três soronegativos representavam 3,2% do total de UDI soronegativos. Ao se observar a distribuição dos 18 UDI restantes em cada um dos grupos de infecção, obteve-se o seguinte cenário: quatro (20,0%) monoinfectados pelo HIV, dois (7,1%) monoinfectados pelo HCV e 12 (12,5%) com a co-infecção HIV/HCV. Foi detectada associação significativa entre o relato de relações sexuais recentes com o sexo oposto por drogas e a monoinfecção pelo HIV (OR = 7,50 IC95% [1,12; 54,64]) e com a co-infecção HIV/HCV (OR = 4,29 IC95% [1,10; 24,31]). Esta mesma associação não foi verificada em relação à monoinfecção pelo HCV.

Dos 221 UDI do sexo masculino perguntados sobre relações com outros homens, aproximadamente um terço (n = 74; 33,5%) relatou este tipo de relação durante a vida (TAB. 3). Destes 74, 19 (25,7%) eram soronegativos e 55 (74,3%) encontravam-se em um dos grupos de infecção. Os 19 homens UDI soronegativos que relataram as relações com outros homens correspondiam a 22,1% do total de soronegativos que responderam a este item do questionário. Houve 10 (58,8%) homens UDI monoinfectados pelo HIV com relato de relação com outros homens durante a vida, o que mostrou associação estatisticamente significativa entre esta infecção e esse comportamento sexual (OR = 5,04; IC95% [1,50; 17,30]). Esta associação também ocorreu no grupo de UDI com a co-infecção HIV/HCV, com 39 (41,1%) indivíduos (OR = 2,46; IC95% [1,22; 4,98]). No grupo dos monoinfectados pelo HCV, com seis (26,1%) pessoas, não foi encontrada associação com o relato de relação HSH.

A maior média de idade da primeira relação HSH foi encontrada entre os UDI com a monoinfecção pelo HCV (18, 7 ± 3,3 anos), seguida pela média verificada nos UDI soronegativos (16,9 ± 5,6 anos), pela média observada no grupo com a co-infecção HIV/HCV (15,4 ± 5,1 anos) e pela média encontrada nos monoinfectados pelo HIV (14,2 ±

3,1 anos), conforme mostra a TAB. 4. Estas médias, entretanto, não se mostraram significativamente diferentes entre si ou nas comparações entre infectados e soronegativos.

Também não foi observada diferença significativa entre as médias dos grupos estudados quanto à idade da última relação entre homens. Em ordem decrescente de médias, observou-se o seguinte: $21,8 \pm 6,1$ anos nos monoinfectados pelo HIV, $20,7 \pm 3,8$ anos nos monoinfectados pelo HCV, $19,9 \pm 6,8$ anos nos UDI com a co-infecção HIV/HCV e $19,8 \pm 5,4$ anos nos soronegativos (TAB. 4). A diferença média entre a última relação entre homens e a idade do UDI à época da entrevista foi de $10,1 \pm 8,9$ anos, com mediana igual de nove anos, o que sugere que este comportamento poderia não ser freqüente entre os entrevistados, ou que este mesmo comportamento pudesse estar sendo abandonado ou não reportado por eles.

O intervalo médio da amplitude entre a primeira relação sexual e a primeira relação entre homens foi encontrada nos UDI com a monoinfecção pelo HCV ($5,8 \pm 2,1$), de acordo com a TAB. 5. As demais médias deste intervalo foram: $4,1 \pm 4,9$ anos nos soronegativos, $3,3 \pm 3,6$ anos naqueles com a co-infecção HIV/HCV e $2,6 \pm 2,9$ anos nos monoinfectados pelo HIV. Embora a média encontrada nos monoinfectados pelo HIV indique o início das relações entre homens mais precocemente nos UDI deste grupo, não houve diferença estatística na comparação entre as médias verificadas.

Entre os 71 UDI do sexo masculino que relataram relação com outros homens na vida, 13 (18,3%) relataram relação com outros homens durante os seis meses antecedentes a entrevista (TAB. 3). Dentre estes 13 UDI, a maioria, nove (69,2%) estava em um dos grupos de infecção, enquanto quatro (30,8%) eram soronegativos. A distribuição destes nove UDI dentro de cada grupo de infecção foi a seguinte: quatro (40,0%) monoinfectados pelo HIV e cinco (13,2%) com a co-infecção HIV/HCV, não tendo sido observados UDI no grupo com a co-infecção pelo HCV. Embora a maioria dos UDI que relataram relação HSH recente estivessem entre os infectados, não houve associação significativa entre este tipo de relação e as infecções abordadas.

Entre os 28 UDI do sexo masculino que relataram relação HSH recente, a maior parte ($n = 18$; 64,3%) afirmou usar preservativo na maioria ou todas as relações. Os 10 restantes (35,7%) relataram o uso do preservativo em menos da metade ou em nenhuma das relações HSH. Destes 10 que negaram o uso freqüente de preservativos nas relações HSH recentes, apenas um era soronegativo e os nove demais pertenciam a um dos grupos de infecção. Desses nove, cinco eram monoinfectados pelo HCV e quatro eram do grupo com a co-

infecção HIV/HCV. Não houve monoinfectados pelo HIV neste subgrupo de estudo. Embora a maioria dos UDI soronegativos ($n = 3$) deste subgrupo ter relatado o uso de preservativos, não foi detectada associação significativa entre o relato de uso de preservativos nas relações entre homens recentes e as infecções estudadas.

Ainda entre aqueles 28 UDI do sexo masculino que relataram relações recentes com outros homens, a metade relatou ter mantido estas relações em troca de drogas (TAB. 3). A maior parte ($n = 11$) dos 14 UDI que relataram a relação entre homens em troca de drogas pertencia a um dos grupos de infecção, enquanto apenas três eram soronegativos. Estes três últimos correspondiam a 75,0% dos soronegativos questionados sobre relações recentes entre homens em troca de drogas. Os 11 UDI infectados estavam distribuídos da seguinte forma dentro de cada grupo de infecção: um monoinfectado pelo HIV, sete monoinfectados pelo HCV e três com a co-infecção HIV/HCV. Apesar de a maioria dos UDI neste subgrupo estar distribuída entre os grupos de infectados, não houve associação significativa entre o relato de relação sexual entre homens em troca de drogas nos seis meses anteriores à entrevista e a presença de alguma das infecções abordadas.

5.3. Hábito de uso de drogas injetáveis

Foram abordados fatores relacionados à cronologia envolvida no uso das drogas injetáveis (TAB. 4 e TAB. 5; FIG. 1, 2 e 3) e relativos ao hábito de compartilhamento de seringas e agulhas (TAB. 6) pelos UDI entrevistados.

5.3.1. Indicadores cronológicos

As médias de idade de início de drogas injetáveis foram semelhantes entre os grupos de infectados e todos foram maiores que a média encontrada entre os soronegativos, com significância estatística ou associação com significância estatística limítrofe entre dois dos três grupos de infecção estudados. A média de idade de início entre os UDI soronegativos foi de $16,6 \pm 4,5$ anos (TAB. 4). Já a média encontrada entre os UDI com a monoinfecção pelo HIV foi de $18,5 \pm 4,9$ anos, ou seja, foi maior que a média verificada entre os soronegativos ($p = 0,06$). O mesmo ocorreu com a média de início de uso de drogas injetáveis entre os UDI com a co-infecção HIV/HCV, a qual foi de $18,1 \pm 5,6$ anos, significativamente maior que a encontrada nos soronegativos ($p < 0,05$). Os monoinfectados pelo HCV apresentaram a menor média de idade de início para as drogas injetáveis, $18,0 \pm 4,5$ anos, embora esta não seja significativamente diferente das demais médias entre os infectados, nem tenha sido estatisticamente maior que a dos soronegativos.

O tempo médio de uso de drogas injetáveis também foi maior entre os UDI que apresentaram infecções que nos UDI soronegativos, havendo significância estatística na associação entre os monoinfectados pelo HIV e entre os UDI com a co-infecção HIV/HCV. A média do tempo de uso de drogas injetáveis entre os soronegativos foi de $9,1 \pm 7,0$ anos (TAB. 4). O maior tempo médio de uso de drogas injetáveis foi encontrado entre os monoinfectados pelo HCV ($15,9 \pm 10,5$ anos), sendo este significativamente maior que o verificado para os soronegativos ($p < 0,001$). Esta forte associação foi também verificada entre os UDI com a co-infecção HIV/HCV, entre os quais o tempo médio de uso de drogas injetáveis foi de $12,9 \pm 6,9$ anos, maior que a média de tempo de uso encontrado entre os soronegativos ($p < 0,001$). O tempo médio de uso entre os UDI soropositivos para o HIV foi de $11,3 \pm 6,6$ anos, ainda maior que o tempo médio entre os UDI soronegativos, embora sem significância estatística.

5.3.2. Estudo da correlação entre os indicadores cronológicos

A correlação entre a idade do UDI à época da entrevista e a idade de início de drogas injetáveis foi fraca ou não apresentou significância estatística nos quatro grupos estudados (TAB. 5). Esta correlação foi positiva, embora fraca entre os soronegativos ($r = 0,45$; $p < 0,01$) e entre os com a co-infecção HIV/HCV ($r = 0,41$; $p < 0,01$). Não houve significância na associação entre os grupos de monoinfectados pelo HIV e de monoinfectados pelo HCV. Os diagramas de dispersão da FIG. 1 e os coeficientes apresentados na TAB. 5 mostram que não houve bom ajuste para a equação de regressão linear, conforme era esperado a partir dos resultados encontrados para as correlações descritas acima.

TABELA 5. Estudo da correlação entre as variáveis cronológicas associadas ao uso de drogas injetáveis, de acordo com os grupos de infecção

Variáveis cronológicas	Soronegativos			Monoinfectados HIV			Monoinfectados HCV			Co-infectados HIV/HCV		
	r	β	r^2	r	β	r^2	r	β	r^2	r	β	r^2
Idade de início do uso de drogas injetáveis em função da idade do UDI	0,45 (p < 0,01)	0,26	0,20	0,29 (p = 0,15)	0,24	0,09	-0,10 (p = 0,61)	-0,05	0,01	0,41 (p < 0,01)	0,33	0,17
Tempo de uso de drogas injetáveis em função da idade do UDI	0,82 (p < 0,01)	0,74	0,67	0,70 (p < 0,01)	0,76	0,50	0,91 (p < 0,01)	1,05	0,82	0,68 (p < 0,01)	0,67	0,46
Tempo de uso de drogas injetáveis em função da idade de início do uso de drogas injetáveis	-0,14 (p = 0,16)	-0,22	0,02	-0,47 (p < 0,05)	-0,63	0,22	-0,51 (p < 0,01)	-1,21	0,26	-0,39 (p < 0,01)	-0,48	0,15

Nota: β = coeficiente angular da equação de regressão linear. r^2 = coeficiente de determinação da equação de regressão linear.

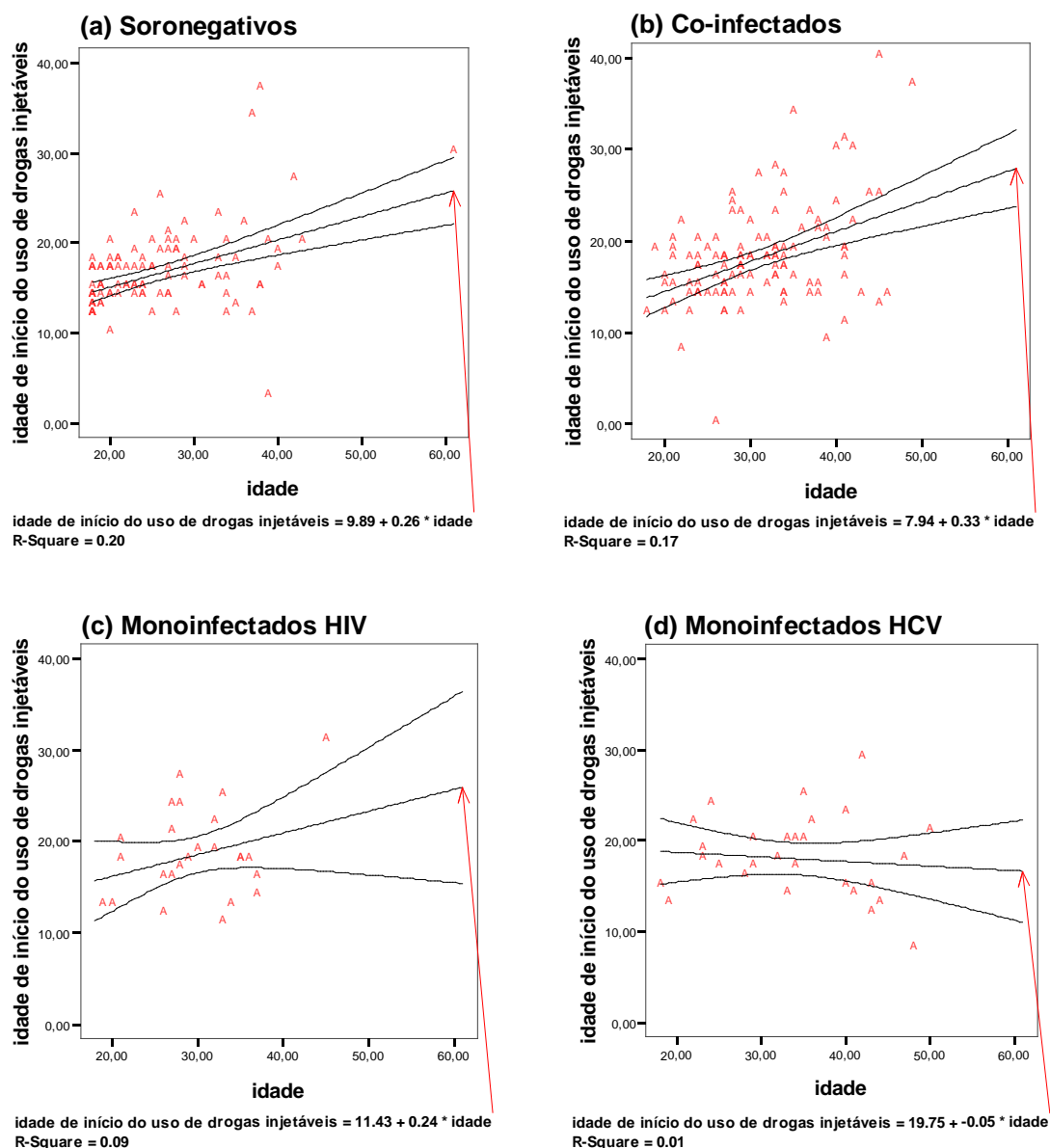


FIGURA 2. Diagramas de dispersão para estudo da associação entre a idade do UDI e sua idade no início do uso de drogas injetáveis, de acordo com os grupos sorológicos.

Entretanto, o estudo da correlação entre a idade do UDI e o seu tempo de uso de drogas injetáveis mostrou vários resultados interessantes, sendo as correlações encontradas fortes ou moderadas, todas positivas. A correlação mais forte foi encontrada no grupo de monoinfectados pelo HCV ($r = 0,91$; $p < 0,01$), indicando que, para cada ano adicional na idade do UDI, haveria um aumento correspondente de quase um ano no tempo de uso de drogas injetáveis (TAB. 5). A segunda maior correlação foi encontrada no grupo de soronegativos ($r = 0,82$; $p < 0,01$), seguida pela encontrada entre os monoinfectados pelo HIV ($r = 0,70$; $p < 0,01$), ambas positivas e fortes. No grupo com a co-infecção HIV/HCV

esta correlação também foi positiva, embora moderada. Os diagramas de dispersão da FIG. 2, assim como os coeficientes contidos na TAB. 8. mostram que há um ótimo ajuste no estudo da regressão no grupo de monoinfectados pelo HCV ($r^2 = 0,82$) e ajustes razoáveis em relação aos soronegativos ($r^2 = 0,67$) e aos monoinfectados pelo HIV ($r^2 = 0,50$).

Os achados relativos à correlação entre a idade do UDI e o tempo de uso de drogas injetáveis, sugerem que os UDI mais velhos utilizam as drogas injetáveis há mais tempo que os mais jovens, sendo esta tendência mais evidente entre os monoinfectados pelo HCV.

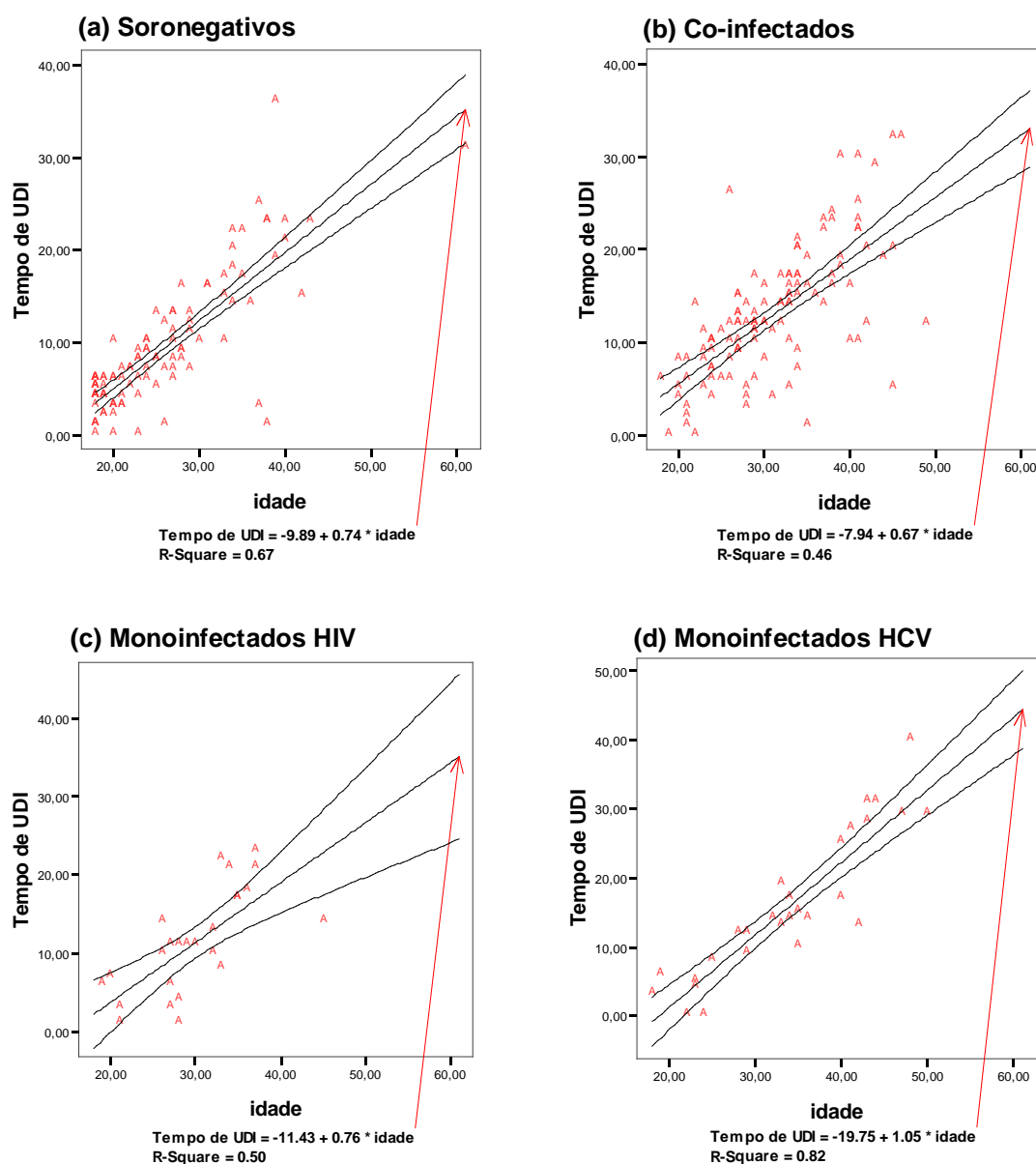


FIGURA 3. Diagramas de dispersão para estudo da associação entre a idade do UDI e o seu tempo de uso de drogas injetáveis, de acordo com os grupos sorológicos.

O estudo da correlação entre a idade de início e o tempo de uso de drogas injetáveis mostrou que estas duas variáveis evoluem em sentidos opostos nos quatro grupos estudados. Embora as correlações encontradas tenham sido de fracas a moderadas, o fato de as mesmas serem negativas aponta para um cenário no qual os UDI que iniciaram o uso de drogas mais precocemente seriam os que mantiveram este uso por um tempo mais longo.

Entre os monoinfectados pelo HCV houve correlação negativa moderada entre a idade de início do uso e o tempo de uso de drogas injetáveis ($r = -0,51$, $p < 0,01$), indicando que, a cada ano adicional na idade de início deste hábito, haveria uma diminuição correspondente de aproximadamente meio ano no tempo de uso das drogas injetáveis. Houve correlação negativa fraca entre os monoinfectados pelo HIV ($r = -0,47$; $p < 0,05$) e entre os com a co-infecção HIV/HCV ($r = -0,39$, $p < 0,01$). Não houve significância na correlação entre os soronegativos. Como pode ser verificado nos diagramas de dispersão da FIG. 3 e nos coeficientes da TAB. 5, e como seria esperado pelos coeficientes de correlação encontrados, não houve coeficientes de determinação da equação de regressão significativos.

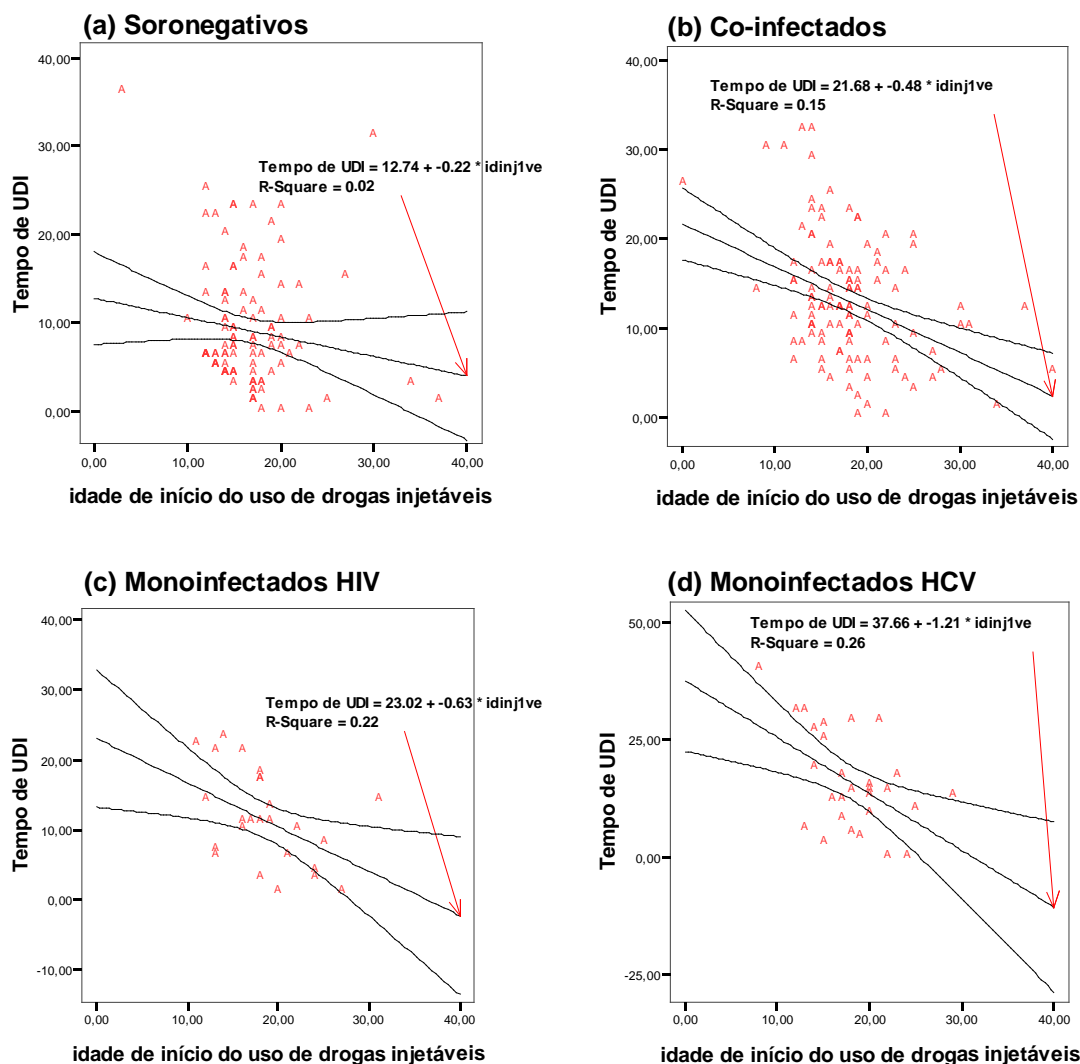


FIGURA 4. Diagramas de dispersão para estudo da associação entre a idade de início do uso de drogas injetáveis e o tempo de uso de drogas injetáveis, de acordo com os grupos sorológicos.

5.3.3. Indicadores de compartilhamento

A TAB 6. mostra os resultados relativos ao relato de ter recebido ou dado seringas ou agulhas durante a vida e nos últimos seis meses anteriores à entrevista, em ações de compartilhamento de equipamento com outros UDI. Noventa e nove UDI (36,7%) relataram ter recebido seringa de outro UDI alguma vez na vida. Entre estes 99 UDI havia 10 (10,1%) soronegativos e 89 (89,9%) entre os grupos de infectados. Estes 10 soronegativos que relataram ter recebido seringas correspondiam a 9,8% dos 102 UDI soronegativos que responderam a esta pergunta. Os 89 UDI infectados estavam distribuídos da seguinte forma em cada um dos grupos de infectados: 13 (52,0%) mono infectados pelo HIV, seis (21,4%) mono infectados pelo HCV e 70 (60,9%) com a co-

infecção HIV/HCV. Houve associação significativa entre o relato do UDI ter recebido seringa durante a vida e a co-infecção HIV/HCV (OR = 14,31; IC95% [6,41; 32,76]). Houve também associação significativa, com menos intensidade que a anterior, entre aquele relato e a monoinfecção pelo HIV (OR = 9,97; IC95% [3,22; 31,63]). A mesma associação entre os monoinfectados pelo HCV não foi detectada, sendo que o OR de 2,51 foi visivelmente menor que nos outros dois grupos de infectados.

Um dos outros indicadores de compartilhamento, o relato de se ter dado seringa a outro UDI durante a vida, foi significativamente associado à detecção das três possibilidades de infecção estudadas. A TAB. 6 mostra que 107 (39,6%) dos UDI relataram ter dado seringa durante a vida, sendo que 15 (14,0%) destes eram soronegativos e 92 (86,0%), infectados. Entre os 102 UDI soronegativos que responderam a esta questão, 15 (14,7%) relataram ter dado seringas durante a vida. Os 107 UDI infectados que responderam afirmativamente sobre este indicador de compartilhamento, encontravam-se distribuídos dentro de cada um dos grupos de infecção como se segue: 12 (48,0%) de monoinfectados pelo HIV, 11 (39,3%) com a co-infecção pelo HCV e 69 (60,0%) com a co-infecção HIV/HCV. A associação de maior magnitude entre este indicador e as infecções foi encontrada entre os co-infectados HIV/HCV (OR = 8,70; IC95% [4,28; 17,89]). O segundo maior OR foi encontrado no grupo de monoinfectados pelo HIV (OR = 5,35; IC95% [1,86; 15,59]) e o menor foi verificado entre os monoinfectados pelo HCV (OR = 3,75; IC95% [1,33; 10,59]).

A análise dos outros dois indicadores, relativos ao compartilhamento recente, ou seja, durante os seis meses anteriores à entrevista, a direção da associação inverteu-se em comparação aos indicadores de compartilhamento durante a vida. Esta inversão foi uniforme em todos os grupos de infecção, embora não tenha sido observada significância estatística em nenhum destes grupos.

TABELA 6. Indicadores do hábito no uso de drogas injetáveis pelos UDI de acordo com a distribuição das sorologias

Indicador	Pessoas n (%)	Soronegativos n (%)	Monoinfecção HIV			Monoinfecção HCV			Co-infecção HIV/HCV		
			n (%)	OR	IC 95%	n (%)	OR	IC 95%	n (%)	OR	IC 95%
Recebeu seringa alguma vez na vida											
Sim	99 (36,7)	10 (9,8)	13 (52,0)	9,97	[3,22; 31,63]	6 (21,4)	2,51	[0,67; 8,56]	70 (60,9)	14,31	[6,41; 32,76]
Não	171 (63,3)	92 (90,2)	12 (48,0)	1,00		22 (78,6)	1,00		45 (39,1)		
Deu seringa alguma vez na vida											
Sim	107 (39,6)	15 (14,7)	12 (48,0)	5,35	[1,86; 15,59]	11 (39,3)	3,75	[1,33; 10,59]	69 (60,0)	8,70	[4,28; 17,89]
Não	163 (60,4)	87 (85,3)	13 (52,0)	1,00		17 (60,7)	1,00		46 (40,0)		
Recebeu seringa nos últimos seis meses											
Sim	34 (37,8)	7 (70,0)	4 (36,4)	0,24	[0,03; 2,03]	1 (20,0)	0,11	[0; 1,99]	22 (34,4)	0,22	[0,04; 1,13]
Não	56 (62,2)	3 (30,0)	7 (63,6)	1,00		4 (80,0)	1,00		42 (65,6)	1,00	
Deu seringa nos últimos seis meses											
Sim	40 (41,2)	7 (46,7)	4 (40,0)	0,75	[0,11; 5,01]	4 (40,0)	0,75	[0,11; 5,01]	25 (40,3)	0,77	[0,22; 2,76]
Não	57 (58,8)	8 (53,3)	6 (60,0)	1,00		6 (60,0)	1,00		37 (59,7)	1,00	

Do subgrupo de 99 UDI que haviam relatado o recebimento de seringas de outros UDI durante a vida, 90 responderam sobre este tipo de compartilhamento nos seis meses que antecederam a entrevista (TAB. 6). Destes 90, 34 (37,8%) relataram ter recebido seringa de outro UDI recentemente. Entre estes 34 havia sete (20,6%) soronegativos e 27 (79,4%) infectados. Em cada um dos grupos de infectados, os 27 UDI que relataram ter recebido seringas recentemente apresentavam-se distribuídos da seguinte maneira: quatro (36,4%) monoinfectados pelo HIV, um (20,0%) monoinfectado pelo HCV e 22 (34,4%) com a co-infecção HIV/HCV. Embora o número de infectados tenha sido 3,9 vezes maior que a que de soronegativos, não foi encontrada associação significativa entre o relato do UDI de ter recebido seringa por compartilhamento recentemente e as infecções estudadas.

Dos 107 UDI que relataram ter dado seringa a outros UDI durante a vida, 97 responderam sobre este compartilhamento nos últimos seis meses anteriores à entrevista (TAB. 6). Entre estes 97, 40 (41,2%) relataram ter dado seringa a outro UDI recentemente. Este subgrupo de 40 UDI apresentava sete (17,5%) soronegativos e 33 (82,5%) soropositivos. Estes últimos 33 UDI, infectados, que relataram ter dado seringa a outro UDI recentemente, encontravam-se em cada um dos grupos de acordo com a seguinte distribuição: quatro (40,0%) com a monoinfecção pelo HIV, quatro (40,0%) com a co-infecção pelo HCV e 25 (40,3%) com a co-infecção HIV/HCV. Mesmo com o número de infectados tendo sido de 4,7 vezes maior que o número de soronegativos, não houve associação significativa entre o relato do UDI de ter dado seringa em compartilhamento e as infecções abordadas.

A diferença entre os OR encontrados para o relato de ter dado seringas a outro UDI e o de ter recebido seringas suscitou a hipótese de que estas duas variáveis pudessem ser interpretadas como indicadoras distintas de compartilhamento.

5.4. Análise dos modelos multivariados

À luz da hipótese da presença de dois indicadores para o compartilhamento de seringas, o trabalho foi direcionado para a criação de dois modelos multivariados distintos, um envolvendo o relato do entrevistado de ter dado seringa a outro UDI durante a vida, e outro envolvendo o relato de ter recebido seringa de outro UDI durante a vida.

Na análise multivariada foram gerados seis modelos distintos, ou seja, dois modelos para cada um dos três grupos de infecção estudados. Em um modelo de cada grupo de infecção foi utilizada a variável “recebeu seringa alguma vez na vida” e no outro modelo a variável “deu seringa alguma vez na vida” como variáveis independentes. As demais variáveis

independentes foram selecionadas de acordo com a magnitude da associação verificada na análise bivariada, como também da relevância epidemiológica e a relevância biológica. A análise exploratória, pela técnica *stepwise* com todas as variáveis do questionário, confirmou a entrada apenas das variáveis envolvidas nos testes bivariados que resultaram em significância estatística.

- Utilização da variável “recebeu seringa alguma vez na vida” como indicador de compartilhamento (TAB. 7)

O modelo final envolvendo a co-infecção HIV/HCV demonstrou a associação deste tipo de infecção com o relato de ter recebido seringa durante a vida e com tempo do uso de drogas injetáveis. A magnitude de associação entre este tipo de infecção e a variável “receber seringa” foi importante (OR = 10,02; IC95% [4,58; 21,94]), indicando que a prática desta forma de compartilhamento aumentaria em 10 vezes a chance de infecção para o UDI que a praticasse, controladas as demais variáveis. A outra variável associada à co-infecção foi o tempo de uso de drogas injetáveis (OR = 1,05; IC95% [1,01; 1,10]), indicando que cada ano adicionado ao tempo de uso de drogas aumentaria em 5% o risco de infecção do UDI, desde que as demais variáveis se mantivessem inalteradas.

O modelo no qual a monoinfecção pelo HCV foi utilizada como variável dependente apresentou a associação desta infecção com o tempo de uso de drogas injetáveis (OR = 1,12; IC95% [1,06; 1,19]). Esta magnitude de associação mostra que cada incremento de um ano no tempo de uso de drogas injetáveis aumentaria o risco da monoinfecção pelo HCV em 12%, sugerindo que este indicador seja mais importante neste tipo de infecção que na co-infecção HIV/HCV.

Ao se observar o modelo que utilizou a análise da monoinfecção pelo HIV, detectou-se associação significativa entre esta infecção e o relato do UDI de ter recebido seringa (OR = 6,91; IC95% [2,37; 20,15]), assim como o relato de ter sido detido ou preso durante a vida (OR = 7,25; IC95% [1,56; 33,62]). A magnitude da associação entre a monoinfecção pelo HIV e o relato de ter recebido seringa indica que este tipo de compartilhamento eleva em 6,9 vezes o risco do UDI em apresentar aquela infecção, mantidas constantes as demais variáveis do modelo. Este valor sugere que esta forma de compartilhamento seja de grande importância para o aparecimento da monoinfecção pelo HIV e para a co-infecção HIV/HCV. Os resultados relativos ao tempo de detenção indicam que a presença deste relato aumentaria em 7,3 vezes o risco de o UDI apresentar a monoinfecção pelo HIV,

controladas as outras variáveis. Este achado sugere que a detenção foi mais importante na associação com este tipo de infecção do que com a monoinfecção pelo HCV e com a co-infecção HIV/HCV.

TABELA 7. Modelagem das variáveis associadas às infecções virais encontradas entre os UDI, utilizando-se a variável "recebeu seringa alguma vez na vida" como marcador de compartilhamento.

Testes de significância e ajuste dos modelos	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
-2 Log Likelihood final	26,19(p < 0,001)	49,12(p < 0,001)	350,94(p < 0,001)	351,40(p < 0,001)
Razão de verossimilhança	$\chi^2=71,77$ (p < 0,001)	$\chi^2=12,31$ (p < 0,05)	$\chi^2=11,27$ (p < 0,05)	$\chi^2=47,01$ (p < 0,001)

Modelos ajustados para a co-infecção HIV-HCV								
Variáveis (ordenadas por entrada no modelo)	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Recebeu seringa alguma vez na vida	14,31	[6,74; 30,37]	13,70	[6,41; 29,26]	12,02	[5,58; 25,89]	10,02	[4,58; 21,94]
Detido ou preso na vida	-	-	1,93	[0,99; 3,78]	1,86	[0,95; 3,67]	1,88	[0,94; 3,75]
Tempo de uso de drogas injetáveis	-	-	-	-	1,05	[1,01; 1,10]	1,05	[1,01; 1,10]
Ferida nos órgãos sexuais nos últimos seis meses	-	-	-	-	-	-	5,07	[0,61; 42,05]

Modelos ajustados para a monoinfecção pelo HCV								
Variáveis (ordenadas por entrada no modelo)	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Recebeu seringa alguma vez na vida	2,51	[0,82; 7,64]	2,34	[0,76; 7,19]	1,87	[0,59; 5,88]	1,76	[0,55; 5,59]
Detido ou preso na vida	-	-	2,58	[0,96; 6,92]	2,42	[0,87; 6,72]	2,44	[0,87; 6,85]
Tempo de uso de drogas injetáveis	-	-	-	-	1,12	[1,06; 1,18]	1,12	[1,06; 1,19]
Ferida nos órgãos sexuais nos últimos seis meses	-	-	-	-	-	-	7,26E-09	-

Modelos ajustados para a monoinfecção pelo HIV								
Variáveis (ordenadas por entrada no modelo)	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Recebeu seringa alguma vez na vida	9,97	[3,59; 27,66]	8,91	[3,15; 25,18]	8,33	[2,90; 23,88]	6,91	[2,37; 20,15]
Detido ou preso na vida	-	-	7,28	[1,59; 33,23]	7,11	[1,56; 32,52]	7,25	[1,56; 33,62]
Tempo de uso de drogas injetáveis	-	-	-	-	1,03	[0,96; 1,10]	1,02	[0,95; 1,09]
Ferida nos órgãos sexuais nos últimos seis meses	-	-	-	-	-	-	5,93	[0,54; 64,88]

- Utilização da variável “deu seringa alguma vez na vida” como indicador de compartilhamento (TAB. 8)

Com a utilização desta variável como indicadora de compartilhamento, houve diferenças em relação aos modelos nos quais foi utilizado o relato de dar seringa durante a vida como variável indicadora.

No modelo relativo à co-infecção HIV/HCV, verificou-se a associação significativa desta modalidade de infecção com o relato de ter dado seringa durante a vida, com o tempo de uso de drogas injetáveis e com o relato de feridas nos órgãos sexuais nos seis meses anteriores à entrevista. A associação deste relato de feridas nos órgãos sexuais com a co-infecção HIV/HCV apresentou uma magnitude importante, apesar de um amplo intervalo de confiança (OR = 18,64; IC95% [2,19; 158,15]), indicando que os UDI que relataram tais feridas apresentaram um risco quase 19 vezes maior de apresentar a co-infecção que os UDI que os entrevistados que não fizeram este relato. Cabe também ressaltar que esta variável não apresentou associação significativa à co-infecção HIV/HCV quando foi utilizada no modelo a variável receber seringa. O relato de dar seringa alguma vez na vida apresentou a segunda maior magnitude de associação com a co-infecção HIV/HCV (OR = 7,53; IC95% [3,76; 15,07]), o que pode ser interpretado como um risco 7,5 vezes maior de apresentar esta co-infecção entre os UDI que relataram esta forma de compartilhamento em relação aos que não o relataram, controladas as outras variáveis. Houve aqui nova diferença entre este modelo e aquele onde se utilizou o relato de receber seringa, no qual este compartilhamento estaria aumentando em 10 vezes o risco da co-infecção. A terceira variável para a qual foi verificada associação com a co-infecção HIV/HCV foi o tempo de uso de drogas injetáveis (OR = 1,06; IC95% [1,02; 1,11]), o que pode ser interpretado como um aumento do risco da co-infecção em 6% para cada ano adicional no tempo de uso de drogas injetáveis, mantidas constantes as demais variáveis. Este aumento de risco foi bem semelhante ao encontrado no modelo que incluiu o relato de receber seringas, cujo aumento seria de 5%.

O modelo no qual a monoinfecção pelo HCV foi utilizada como variável dependente e o relato de dar seringa como uma das variáveis independentes, também apresentou resultados distintos em comparação ao modelo em que o relato de receber seringa foi utilizado. O risco associado ao tempo de uso de drogas injetáveis manteve-se semelhante (OR = 1,12; IC95% [1,06; 1,19]), enquanto o risco associado ao o relato de dar seringa também foi acrescentado por ter sido significativo (OR = 2,80; IC95% [1,06; 7,41]). Estes valores

indicam que, conforme ocorrido no modelo utilizando o relato de receber seringa, cada incremento de um ano no tempo de uso de drogas injetáveis aumentaria em 12% o risco da monoinfecção pelo HCV, controladas as demais variáveis. Já a associação com a variável de compartilhamento indicaria que o relato de dar seringa aumentaria em 2,8 vezes o risco da desta infecção entre os UDI que relataram tal compartilhamento.

Na mesma forma que nos dois modelos descritos anteriormente, o modelo que incluiu a monoinfecção pelo HIV e no qual se utilizou o relato de dar seringa como indicador de compartilhamento apresentou diferenças em relação ao modelo que utilizou o relato de receber seringa. O relato de prisão ou detenção durante a vida apresentou associação significativa com a monoinfecção pelo HIV (OR = 7,23; IC95% [1,56; 33,62]), com magnitude semelhante ao modelo utilizando o relato de receber seringa. A variável de compartilhamento expressada pelo relato de dar seringas apresentou a segunda maior magnitude de associação com a monoinfecção pelo HIV (OR = 4,15; IC95% [1,55; 11,09]). O relato de ferida nos órgãos sexuais apresentou grande magnitude de associação com a monoinfecção pelo HIV (OR = 18,74; IC95% [1,66; 211,22]), sendo que esta variável não foi associada a esta infecção no modelo que incluiu o relato de receber seringa. Estes resultados indicam que, neste modelo, o relato de dar seringa alguma vez na vida aumentaria em 4,2 vezes o risco do UDI apresentar a monoinfecção pelo HIV, como também o relato de detenção ou prisão durante a vida aumentaria em 7,2 vezes o risco desta infecção e que o relato de ferida nos órgãos sexuais nos seis meses anteriores à entrevista aumentaria aquele risco em 18,7 vezes, desde que, para uma destas variáveis as outras envolvidas permanecessem constantes.

TABELA 8. Modelagem das variáveis associadas às infecções virais encontradas entre os UDI, utilizando-se a variável "deu seringa alguma vez na vida" como marcador de compartilhamento.

Testes de significância e ajuste dos modelos	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
-2 Log Likelihood final	26,85 (p < 0,001)		45,03 (p < 0,001)		371,86 (p < 0,001)		372,18 (p < 0,001)	
Razão de verossimilhança	$\chi^2=50,48$ (p < 0,001)		$\chi^2=11,45$ (p < 0,05)		$\chi^2=9,55$ (p < 0,05)		$\chi^2=19,31$ (p < 0,001)	
Modelos ajustados para a co-infecção HIV-HCV								
Variáveis (ordenadas por entrada no modelo)	OR	IC95% ¹	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Deu seringa alguma vez na vida	8,70	[4,48; 16,88]	8,13	[4,16; 15,89]	7,39	[3,74; 14,61]	7,53	[3,76; 15,07]
Detido ou preso na vida	-	-	1,78	[0,94; 3,39]	1,65	[0,85; 3,19]	1,79	[0,89; 3,58]
Tempo de uso de drogas injetáveis	-	-	-	-	1,07	[1,02; 1,18]	1,06	[1,02; 1,11]
Ferida nos órgãos sexuais nos últimos seis meses	-	-	-	-	-	-	18,64	[2,19; 158,15]
Modelos ajustados para a monoinfecção pelo HCV								
Variáveis (ordenadas por entrada no modelo)	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Deu seringa alguma vez na vida	3,75	[1,47; 9,57]	3,38	[1,31; 8,70]	3,05	[1,16; 8,00]	2,81	[1,06; 7,41]
Detido ou preso na vida	-	-	2,34	[0,86; 6,36]	2,08	[0,74; 5,84]	2,16	[0,77; 6,10]
Tempo de uso de drogas injetáveis	-	-	-	-	1,12	[1,06; 1,19]	1,12	[1,06; 1,19]
Ferida nos órgãos sexuais nos últimos seis meses	-	-	-	-	-	-	3,33E-08	-
Modelos ajustados para a monoinfecção pelo HIV								
Variáveis (ordenadas por entrada no modelo)	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Deu seringa alguma vez na vida	5,35	[2,06; 13,94]	4,47	[1,69; 11,83]	4,13	[1,56; 10,96]	4,15	[1,55; 11,09]
Detido ou preso na vida	-	-	7,06	[1,56; 31,92]	6,51	[1,43; 29,58]	7,23	[1,56; 33,62]
Tempo de uso de drogas injetáveis	-	-	-	-	1,04	[0,97; 1,11]	1,03	[0,97; 1,11]
Ferida nos órgãos sexuais nos últimos seis meses	-	-	-	-	-	-	18,74	[1,66; 211,22]

A comparação entre os dois grupos de modelos (TAB. 7 e 8) pode ser sintetizada da seguinte forma:

-Quanto à co-infecção HIV/HCV, o tempo de uso de drogas injetáveis foi igualmente associado nos modelos utilizando o relato de dar e o de receber seringas. O compartilhamento também foi significativo em ambos os modelos, sendo que o relato de receber seringas apresentou uma magnitude de associação maior (OR = 10,02) que o relato de dar seringa (OR = 7,53), cada um dentro de seu respectivo modelo. O relato de feridas nos órgãos sexuais foi associado significativamente apenas no modelo utilizando o relato de dar seringa como variável de compartilhamento.

-Quanto à monoinfecção pelo HCV, o tempo de uso de drogas injetáveis apresentou associação significativa idêntica àquela infecção no modelo utilizando o relato de receber seringa como naquele utilizando o relato de dar seringa. O compartilhamento foi associado significativamente apenas no modelo em que se utilizou o relato de dar seringa alguma vez na vida.

Outro enfoque analítico pode ser dado aos resultados apresentados ao se comparar a magnitude de associação de cada variável dentro dos modelos preditores de cada uma das infecções avaliadas. Nos modelos em que foi utilizado o relato de se receber seringa como indicador de compartilhamento (TAB. 7), este relato foi mais fortemente associado à co-infecção HIC/HCV do que na monoinfecção pelo HIV ou pelo HCV. Na co-infecção o aumento do risco causado pelo compartilhamento foi de 10 vezes, enquanto que, para o HIV este aumento foi de 6,9 vezes. Em relação ao HCV, esta associação não foi significativa. A significância da associação com o tempo de uso de drogas injetáveis foi semelhante na co-infecção HIV/HCV e na monoinfecção pelo HCV, o que não ocorreu na monoinfecção pelo HIV, para a qual não houve associação significativa. O relato de detenção foi a outra variável associada significativamente à monoinfecção pelo HIV, ainda utilizando-se o relato de receber seringas no modelo.

A comparação descrita acima também foi aplicada aos modelos que utilizaram o relato de dar seringas como indicadores de compartilhamento (TAB. 8). Neste grupo de modelos, o compartilhamento foi significativamente associado às três formas de infecção abordadas. A maior magnitude de associação foi encontrada para a co-infecção HIV/HCV (OR = 7,53), seguida pela monoinfecção pelo HIV (OR = 4,15) e pela monoinfecção pelo HCV (OR = 2,80). O risco associado ao relato de dar seringa foi, portanto, 2,6 vezes maior nos UDI com a co-infecção do que naqueles com a monoinfecção pelo HCV e 1,8 vez maior nos

primeiros do que naqueles com a monoinfecção pelo HIV. Estas diferenças podem sugerir que o compartilhamento nesta modalidade foi mais importante para o risco da co-infecção HIV/HCV que para as demais infecções. Estas diferenças não foram tão importantes ao se analisar as outras variáveis que foram associadas às infecções. A magnitude da associação entre o tempo de uso de drogas injetáveis e a co-infecção HIV/HCV (OR = 1,06) foi semelhante à encontrada para a monoinfecção pelo HCV (OR = 1,12), não tendo sido verificada em relação à monoinfecção pelo HIV. Fato análogo ocorreu em relação ao tempo de uso de drogas injetáveis, o qual foi associado significativamente à co-infecção HIV/HCV com magnitude semelhante à encontrada para a monoinfecção pelo HCV (OR = 1,06 e OR = 1,12, respectivamente). Não houve associação significativa entre este relato de ferida nos órgãos sexuais e a monoinfecção pelo HIV. O relato de ferida sexual nos seis meses antecedentes à entrevista apresentou associação significativa com a co-infecção HIV/HCV e com a monoinfecção pelo HIV; novamente com magnitudes semelhantes (OR = 18,64 e OR = 18,74, respectivamente). Em contraste, não houve associação significativa entre este relato de ferida e a monoinfecção pelo HCV. Por fim, o relato de detenção ou prisão durante a vida esteve associado apenas à monoinfecção pelo HIV.

Pressupondo que os cinco PRD analisados possuem diferenças entre si e que estas apresentam potencial para afetar os resultados obtidos e descritos acima, os modelos multivariados foram ajustados pelos PRD. Os resultados finais destes modelos ajustados por PRD não foram diferentes daqueles obtidos nos modelos englobando os cinco PRD simultaneamente, o que poderia ser interpretado como uma validação da análise realizada.

6. Discussão

6. Discussão

Os resultados encontrados mostraram ser possível a análise dos fatores envolvidos no comportamento sexual e no hábito do uso de drogas injetáveis, na determinação do risco de infecções envolvendo o HIV e o HCV entre populações de UDI. Assim, verificou-se no presente estudo, a predominância dos indicadores do comportamento sexual na determinação de risco para a infecção pelo HIV. Este comportamento foi sinalizado principalmente pelo relato de presença de feridas nos órgãos sexuais, forte marcador de DST e do uso inadequado de preservativos. Em relação ao HCV, observou-se a tendência de associação com as variáveis do uso de drogas injetáveis, sugerindo que o compartilhamento seria o fator mais importante para a determinação desta associação, com uma magnitude maior que aquela verificada para o tempo de uso de drogas injetáveis e para as demais variáveis. Foi possível ainda notar que o relato de dar seringa e o de receber seringa possam ser abordados como indicadores distintos do compartilhamento de equipamentos para uso de drogas injetáveis. Já a co-infecção HIV/HCV não apresenta um padrão claro de associação ao comportamento sexual ou ao hábito de uso de drogas injetáveis, acompanhando ora a tendência verificada para a monoinfecção pelo HIV, ora aquela encontrada para a monoinfecção pelo HCV. Deve-se salientar que, em várias análises de associação entre risco e infecções, a co-infecção apresentou magnitudes superiores às detectadas nas monoinfecções citadas. Uma inspeção final sugere que os fatores de risco associados à co-infecção HIV/HCV possam ser interpretados como um somatório dos fatores de risco associados às monoinfecções pelo HIV e pelo HCV.

A FIG. 5 sumariza os achados da modelagem multivariada, mostrando as variáveis contidas nos modelos finais e associadas às três possibilidades de infecção estudadas.

Figura 5. Magnitude de associação (OR) entre as variáveis presentes nos modelos multivariados e as infecções estudadas.

Variáveis utilizadas nos modelos multivariados finais	Conjunto de modelos criados para cada tipo de infecção					
	Monoinfecção pelo HIV		Monoinfecção pelo HCV		Co-infecção HIV/HCV	
	Receber seringa	Dar seringa	Receber seringa	Dar seringa	Receber seringa	Dar seringa
Recebeu seringa durante a vida	6,91	NA	-	NA	10,02	NA
Deu seringa durante a vida	NA	4,15	NA	2,80	NA	7,53
Detido ou preso durante a vida	7,25	7,23	-	-	-	-
Tempo de uso de drogas injetáveis	-	-	1,12	1,12	1,05	1,06
Feridas nos órgãos sexuais nos últimos seis meses	-	18,74	-	-	-	18,64

NA = não se aplica. “-“ = variável não apresentou significância estatística no respectivo modelo.

As variáveis que forneceram mais elementos para estudo da associação entre o comportamento sexual e a infecção pelo HIV foram: o relato da presença de feridas nos órgãos sexuais, o relato de relações sexuais com o sexo oposto em troca de drogas e o de relações entre homens durante a vida. O relato de detenção ou prisão durante a vida também contribuiu para o delineamento do perfil de risco dos UDI infectados pelo HIV. Destas variáveis, foram incluídas nos modelos multivariados o relato da presença de feridas nos órgãos sexuais e o relato de prisão ou detenção (FIG. 5), ambas descritas na literatura como marcadores biológicos de sexo desprotegido.

A existência de feridas nos órgãos sexuais nos seis meses anteriores à entrevista foi negada pela maioria dos UDI entrevistados. Houve, entretanto, associação estatisticamente significativa entre este relato de feridas e a monoinfecção pelo HIV, tendo o mesmo fato ocorrido em relação à co-infecção HIV/HCV. Esta associação confirmou-se no modelo multivariado que utilizou o relato de dar seringa como indicador de compartilhamento. Neste modelo, o relato de feridas recentes também foi incluído no modelo para a monoinfecção pelo HCV, embora com uma magnitude dezoito vezes menor que a encontrada para a monoinfecção para o HIV e para a co-infecção HIV/HCV. Estes achados sugerem que a transmissão sexual seja a principal via de transmissão para o HIV entre os UDI, além de não ser uma via eficiente para o HCV, conforme já descrito pela literatura (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2001a; BURATTINI, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; CROFTS, 1999).

O relato de relações sexuais por drogas com o sexo oposto foi dado por poucos UDI, sendo que destes, a maior parte era composta de soropositivos. Foi ainda verificada a associação significativa entre os UDI do sexo feminino e este relato de relações sexuais por droga. De forma semelhante ao ocorrido na análise do relato de feridas nos órgãos sexuais, o relato de relações sexuais com o sexo oposto por drogas apresentou-se significativamente associada à monoinfecção pelo HIV e à co-infecção HIV/HCV neste grupo. Da mesma forma, esta variável não se mostrou associada à monoinfecção pelo HCV. Embora não tenha participado dos modelos multivariados finais, o relato de relações sexuais por drogas poderia reforçar a hipótese de que a transmissão sexual é mais eficiente para o HIV do que para o HCV, entre os UDI avaliados.

Entre os UDI do sexo masculino, as relações HSH foram relatadas por aproximadamente um terço dos entrevistados. A maior parte destes foi composta por soropositivos, tendo-se verificado associação significativa entre as relações HSH e a monoinfecção pelo HIV,

assim como a co-infecção HIV/HCV. Como ocorrido em outros indicadores de comportamento sexual, o relato das relações HSH não apresentou associação à monoinfecção HCV, o que representaria mais um reforço à idéia de que a transmissão sexual é mais eficiente para a infecção pelo HIV.

Uma grande parte dos entrevistados apresentou relato de prisão ou detenção alguma vez durante a vida, sendo que um pouco mais da metade eram soropositivos. Observou-se associação positiva deste relato de prisão com a monoinfecção pelo HIV e pela co-infecção HIV/HCV, além de uma magnitude de associação limítrofe com a monoinfecção pelo HCV. Este fato corresponde aos achados na literatura, nos quais a detenção é sempre apontada como fator de risco para diversas doenças, em especial a Aids e as hepatites virais (GUIMARÃES, 2001; TEIXEIRA, 2001; BURATTINI, 2000; CATALAN-SOARES, 2000). O compartilhamento de equipamentos para consumo de drogas injetáveis, a prática de rituais de passagem envolvendo contato sanguíneo e as práticas homossexuais são comportamentos frequentemente encontrados entre as populações carcerárias, de acordo com vários estudos (CROFTS, 1999b).

Deve ser feita menção à diferença encontrada entre os indicadores de compartilhamento associados à monoinfecção pelo HIV (FIG. 5), já que o risco associado ao relato de receber seringa foi aproximadamente 1,6 vez maior que o risco associado ao relato de dar seringa. Uma das possíveis justificativas para isto seria a atitude dos UDI que, tendo consciência de sua soropositividade evitariam dar o equipamento de utilização de drogas injetáveis a outros UDI, mas não recusaria o recebimento destes equipamentos de outros UDI.

A associação da infecção pelo HCV ao hábito do uso de drogas injetáveis foi verificada principalmente por meio dos indicadores de compartilhamento e do tempo de uso de drogas injetáveis (FIG. 5). Os relatos de compartilhamento dos equipamentos de injeção durante a vida apresentaram associação significativa à soropositividade, conforme discutido adiante. O relato de compartilhamento relativo aos seis meses anteriores à consulta não apresentou associação à infecção pelo HCV. Um fato de grande interesse, entretanto, foi a constatação de que o relato do UDI de dar seringa a outro UDI durante a vida e o relato de receber seringa terem apresentado comportamentos diferentes nas análises bivariadas e multivariadas, o que sugeriu a hipótese de que essas duas variáveis são marcadores diferentes de compartilhamento.

Conforme apresentado anteriormente na seção de resultados, a diferença entre as formas de compartilhamento motivou a criação de modelos multivariados distintos incluindo cada

uma destas variáveis. O primeiro passo nesta direção aconteceu durante a modelagem multivariada exploratória quando foi notado que a adição de uma destas variáveis de cada vez gerava resultados bem diversos no modelo. O segundo foi a verificação da associação entre estas duas variáveis, por meio do teste do qui-quadrado. Foi detectado então que, nos grupos de soronegativos, de monoinfectados pelo HIV e de co-infectados houve associação e concordância significativas entre o relato de dar e o de receber seringas. Já no grupo de monoinfectados pelo HCV não houve associação ou concordância significativas. Estes resultados sugerem que as variáveis “receber seringa” e “dar seringa” constituem dois indicadores distintos de compartilhamento, especialmente para aqueles UDI monoinfectados pelo HCV. O relato de receber seringa foi significativamente associado à co-infecção HIV/HCV e à monoinfecção pelo HIV, sendo a primeira aquela com a maior magnitude observada. Já o relato de dar seringa foi associado, em ordem decrescente de magnitude, à co-infecção HIV/HCV, à monoinfecção pelo HIV e à monoinfecção pelo HCV. As magnitudes encontradas na análise envolvendo o relato de receber seringa foram maiores que aquelas relativas ao relato de dar seringa.

O tempo de uso de drogas injetáveis apresentou-se como um dos preditores de infecção mais importantes entre as variáveis estudadas. O tempo médio de uso entre os soropositivos foi maior que aquele entre os soronegativos, tendo-se verificado alta significância estatística na associação entre esta variável e a monoinfecção pelo HCV e a co-infecção HIV/HCV. Uma análise mais aprofundada dos aspectos cronológicos foi realizada através do estudo da correlação envolvendo a idade do UDI durante entrevista, o seu tempo de uso de drogas injetáveis e a idade ao início deste hábito. Destacaram-se as fortes correlações entre a idade e o tempo de uso de drogas injetáveis, mantidas de forma consistente nos três grupos de infecção estudados, embora muito mais acentuadas entre os UDI com a co-infecção pelo HCV. Estes resultados não se repetiram na análise envolvendo a idade do UDI e a idade ao início das drogas injetáveis, onde foi detectada apenas uma correlação fraca entre estas duas variáveis no grupo de co-infectados. A verificação da correlação negativa entre idade de início das drogas injetáveis e o tempo do uso de drogas injetáveis, embora moderada entre os monoinfectados pelo HCV e fraca entre os demais soropositivos, poderia sugerir que os UDI que iniciam este hábito mais precocemente tenderiam a mantê-lo por um tempo mais prolongado.

Percebe-se na presente análise a tendência da relação entre o tempo de uso de drogas injetáveis e a soropositividade, em especial entre os monoinfectados pelo HCV, o mesmo

acontecendo para a idade de início de uso das drogas injetáveis. Houve indícios, portanto, de que os UDI que iniciaram o uso de drogas injetáveis mais precocemente teriam maior risco de prolongar este hábito, o que, por sua vez, estaria associado a um maior risco de infecção, particularmente pelo HCV.

Os resultados apontaram outros componentes importantes na definição do perfil da população de UDI estudada. Destaca-se inicialmente a descrição das cidades onde cada PRD analisado ocorreu, cidades estas que apresentam diferenças geográficas, de abordagem do projeto e de perfis dos UDI atendidos. Em relação aos cinco PRDs estudados, nota-se uma discrepância entre o de São Paulo, com apenas 13 entrevistados e o de Porto Alegre, com 130. As outras três cidades, Itajaí, São José do Rio Preto e Sorocaba, apresentaram números próximos entre si, ou seja, 47, 43 e 38 entrevistados, respectivamente. A maior proporção de infectados em relação aos entrevistados foi encontrada no PRD de Itajaí e a menor foi verificada na cidade de Sorocaba. Esta última, inclusive, foi a única cidade em que o número de soropositivos foi menor que o de soronegativos. Considerando que estas diferenças pudessem minimizar a capacidade de generalização dos resultados obtidos neste trabalho, as análises mais importantes foram estratificadas por PRD. No geral, a maioria das variáveis pode ser descrita para toda a amostra, ou seja, para o somatório de UDI entrevistados em todos os PRDs.

A análise dos aspectos demográficos dos UDI mostrou que os soropositivos apresentaram média de idade significativamente maior que a média de idade dos soronegativos. Apesar disto, a variável idade não figurou entre as presentes nos modelos multivariados finais, o que se explica pela correlação existente entre a idade do UDI e o tempo de uso de drogas injetáveis, a qual foi incluída naqueles modelos. O aumento do risco em função da idade do UDI poderia assim ser explicada pelo maior exposição à utilização de drogas injetáveis. Outra informação interessante é fornecida pela média ($29,2 \pm 7,9$ anos, mediana = 28), sugerindo o fato de que os adultos seriam os maiores frequentadores dos PRDs, em relação aos adolescentes e adultos jovens.

Quanto ao gênero, houve clara predominância dos homens em relação às mulheres entre os UDI entrevistados. Verificou-se também que a maioria dos soropositivos, em geral e em cada grupo de infecção, foi do sexo masculino. Mesmo assim, não foi observada associação significativa entre sexo e infecção, embora tenha sido encontrado valor limítrofe entre o sexo masculino e a monoinfecção pelo HIV. Foi verificado ainda que a razão homens/mulheres foi menor neste grupo de infecção do que nos grupos de

monoinfectados pelo HCV e de co-infecção HIV/HCV. A tentativa de se explicar este fato pela comparação entre este grupo de infecção e os demais, através de outras variáveis relacionadas, tais como o relato de feridas nos órgãos sexuais, uso de preservativo, relato de relações sexuais por drogas e tempo de uso de drogas injetáveis, não foi conclusiva.

Em relação à cor dos entrevistados, notou-se uma distribuição bem equilibrada entre brancos e não brancos. Este equilíbrio manteve-se durante a descrição deste variável em relação aos soronegativos e aos soropositivos, de forma que não foi verificada associação significativa entre a cor do UDI e as infecções verificadas.

“Alguma ocupação” foi relatada pela maioria dos entrevistados. Dos que relataram uma ocupação, a maior parte era composta de soropositivos, tendência esta que se manteve em cada um dos grupos de infecção estudados. Apesar destes achados, não foi verificada significância estatística na associação entre ocupação e soropositividade. Fato semelhante ocorreu em relação ao relato de leitura, habilidade que foi relatada pela maioria dos UDI entrevistados. A maioria dos soropositivos sabia ler e, em cada grupo de infecção esta maioria se manteve. Contudo, não foi encontrada significância estatística na associação entre o relato do UDI de saber ler e as infecções estudadas. Nota-se, entretanto, que a maior parte desta população relata ocupação e habilidade de leitura, possíveis indicadores de um nível sócio-econômico pelo menos em nível básico para a sobrevivência, o que difere do perfil de outras patologias que afligem amplamente outras camadas da sociedade brasileira, onde outras drogas como a cola de sapateiro e o thinner são adquiridas mais facilmente.

O relato de prisão recente, ou seja, nos seis meses anteriores à entrevista, revelou resultados contrários àqueles relativos à prisão ou detenção durante a vida. Houve inversão na direção das associações, sendo que houve significância estatística apenas para a monoinfecção pelo HCV. Isto poderia levar à interpretação de que as detenções ou prisões recentes atuariam como fator protetor em relação às infecções. O primeiro aspecto a ser levantado é a existência de um possível viés, já que os entrevistados poderiam ter se sentido constrangidos ao admitir as detenções recentes, preocupados em tentar preservar minimamente a sua imagem perante o entrevistador. Outros aspectos surgem durante a descrição estatística e epidemiológica deste subgrupo de UDI.

Conforme foi relatado nos resultados, os UDI com relato de prisão ou detenção nos seis meses anteriores à entrevista apresentam média de idade menor, assim como a média de tempo de uso de drogas menor do que aquelas encontradas entre os UDI que relataram ter

sido presos ou detidos durante a vida, mas não recentemente. Como estas duas variáveis, idade do UDI e tempo de uso de drogas injetáveis, foram associadas às sorologias positivas, sendo que os maiores valores de ambas apresentaram associação a um maior risco de infecção, pode-se sugerir que no grupo que relatou prisões ou detenções recentes estavam concentrados os UDI com menor risco de infecção no tocante aos fatores cronológicos, os quais mostraram-se importantes nos modelos preditivos desenvolvidos. Dito de outra maneira, o relato de detenção ou prisão recentes poderia ser considerado como uma variável de confusão envolvida na associação entre as características cronológicas dos UDI e as infecções abordadas.

O aprofundamento destes últimos resultados exigiu a análise de outras variáveis, a fim de se identificar melhor este grupo de UDI que relatou prisão ou detenção recentes. A média de idade deste subgrupo é de $28,2 \pm 8,1$ anos, a qual é menor que a dos UDI que relataram prisão ou detenção durante a vida, mas não nos últimos seis meses ($30,6 \pm 7,1$ anos), sendo esta diferença entre médias estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Uma vez que se observou uma associação significativa entre a idade dos UDI e as infecções, junto à associação entre a idade do entrevistado e o relato de prisão ou detenção recente e, finalmente, entre a associação entre o relato de detenção e as infecções, há indícios da existência de variável de confusão. Sob esta ótica, a menor prevalência das infecções entre aqueles que relataram prisão ou detenção, seria devida ao fato de que estes UDI são mais jovens e, por conseguinte, estariam menos expostos aos fatores de risco estudados, especialmente pelo fato de que o tempo de exposição ser um componente importante no aparecimento das infecções.

A média do tempo de uso de drogas injetáveis, variável detalhada abaixo no item 5.3, foi igual a $10,6 \pm 7,1$ anos no grupo que relatou prisão ou detenção recente, enquanto que a encontrada no grupo que relatou ter sido preso ou detido durante a vida foi de $12,9 \pm 7,6$ anos. Esta diferença também foi significativa ($p < 0,05$), resultado este que, somado à constatação de que o tempo de uso de drogas injetáveis está correlacionado positivamente com as infecções (vide item 5.3.2), sugere que os UDI que relataram as prisões ou detenções recentes são os com menos tempo de uso de drogas injetáveis, e, por conseguinte, apresentariam menor risco de infecção, o que poderia contribuir para a já citada inversão da associação entre infecções e detenções durante a vida.

A idade da primeira relação sexual foi bastante homogênea entre os soronegativos e os grupos de infectados, tendo a média mantido-se entre os 13 e 14 anos de idade, a qual não

difere da população em geral nas mesmas faixas etárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Não houve associação entre esta média de idade e soropositividade. Deve-se notar que, segundo estudos do Ministério da Saúde, verifica-se a precocidade na iniciação sexual em relação às coortes mais velhas, ao mesmo tempo em que haveria uma tendência da epidemia de HIV/Aids em retardar a idade da primeira relação sexual nas coortes mais jovens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Este retardo poderia estar relacionado à efetividade de programas educativos e de intervenções com foco na população adolescente.

A maioria dos UDI relatou relações sexuais com o sexo oposto nos seis meses que antecederam a entrevista. Embora esta variável não tenha sido associada significativamente às infecções, ela sugere que os UDI mantêm vida sexual ativa.

Essas relações sexuais, entretanto, foram realizadas predominantemente sem o uso de preservativos, de acordo com o relato da maioria dos UDI. Apesar disso, não houve associação significativa entre o uso de preservativos nas relações recentes com o sexo oposto e as infecções abordadas. Esta baixa utilização de preservativos poderia indicar, por um lado, uma deficiência nas campanhas de conscientização ou na logística de distribuição de preservativos, como também a dificuldade desta população em manter práticas de sexo seguro sob o efeito das drogas. Haveria então a necessidade de rever as práticas de redução de danos relativas especificamente às doenças sexualmente transmissíveis.

Em relação aos “corrimentos” nos órgãos sexuais, variável indicadora de ausência de práticas de sexo seguro e das DST, embora menos específico que o relato de feridas, menos de 10% dos entrevistados apresentaram tal relato. Esta variável também não apresentou associação às infecções.

Quanto aos UDI que relataram relações HSH, encontrou-se médias de idade de início deste comportamento estatisticamente semelhantes. O início mais tardio foi encontrado entre os UDI com a monoinfecção pelo HCV, o que poderia sugerir que o início precoce deste comportamento estivesse ligado ao maior risco das infecções de transmissão sexual. Não houve, entretanto, associação significativa entre a idade de início das relações HSH e as infecções estudadas.

Com relação à idade quando da última relação entre homens, também não foi encontrada associação significativa com as infecções. Quando idade do UDI no momento da entrevista foi comparada à sua idade durante a última relação entre homens, verificou-se que estas relações não ocorreram, em média, em épocas próximas à entrevista. Isto poderia sugerir

uma mudança neste comportamento, traduzida pela diminuição de sua ocorrência ou mesmo da frequência daquelas relações. Há indícios, ao menos, de que as relações entre homens não foram recentes no grupo de UDI entrevistado. Esta idéia é reforçada pelo achado de poucos UDI apresentando relato de relações entre homens nos seis meses anteriores à entrevista. Embora estes últimos fossem em sua maioria soropositivos, não houve associação entre esta variável e as infecções abordadas.

A precocidade do início das relações de homens com outros homens não foi significativamente associada a nenhuma das infecções, sendo que o início mais precoce foi verificado entre os UDI com a co-infecção HIV/HCV e o mais tardio entre aqueles com a monoinfecção HCV. Isto poderia indicar que o tempo de exposição às relações entre homens não seria tão importante quanto o tempo de exposição ao uso de drogas injetáveis na associação com as infecções, conforme descrito nos resultados e discutido abaixo.

Os UDI que relataram relações de homens com outros homens nos seis meses anteriores à entrevista, relataram também, em sua maioria, o uso de preservativos na maior parte ou na totalidade daquelas relações. Embora não tenha havido associação estatística entre este uso de preservativos e a soropositividade, este hábito poderia refletir a mudança de hábito específica entre os homossexuais, mudança esta que poderia estar motivando a diminuição da contribuição específica deste grupo para os motivos de novas infecções pelo HIV nas últimas décadas.

Quando foi abordado o relato de relações entre homens em troca de drogas, entre os UDI que haviam relatado relações de homens com outros homens nos seis meses anteriores à entrevista, encontrou-se uma maior proporção de infectados entre aqueles que relataram tal comportamento. Apesar disto, não houve associação significativa entre esta variável e as infecções.

O estudo do hábito de uso de drogas injetáveis utilizou fundamentalmente os indicadores cronológicos e os de compartilhamento de seringas para se traçar um perfil dos UDI e verificar associações entre fatores de risco e a presença das infecções abordadas. As condições presentes durante a iniciação dos dependentes no uso de drogas, apontados na literatura como tendo associação aos riscos de infecção, não foram abordados pelo questionário, embora tenham sido objeto de estudo da pesquisa qualitativa do Projeto AJUDE-Brasil (CAIAFFA, 1998).

A idade média do início do uso de drogas injetáveis se deu entre 18 e 19 anos entre os soropositivos e em torno dos 16 anos e meio entre os soronegativos. Observou-se diferença significativa destas médias entre os soronegativos e os co-infectados. Esta diferença foi limítrofe quando foram comparados os soronegativos com os monoinfectados pelo HIV. Os UDI monoinfectados pelo HCV apresentaram uma idade média de início mais precoce, embora esta não tenha sido significativamente diferente das demais, incluindo-se aí a dos soronegativos. Nota-se que esta variável não foi mantida nos modelos multivariados, tendo prevalecido o tempo de uso de drogas injetáveis, discutido anteriormente.

Uma discussão das limitações deste trabalho poderia iniciar pelo comentário a respeito do tamanho da amostra. O tamanho reduzido disponível gera análises que produzem intervalos de confiança muito grandes, o que pode comprometer a sua interpretação. Outro problema ligado ao tamanho da amostra é que algumas análises ficam impossibilitadas por questões da metodologia estatística, embora as variáveis envolvidas pudessem contribuir bastante para o estudo. Outro efeito disto é a interferência na estratificação para elucidação de variáveis de confusão, já que em alguns casos os testes estatísticos não poderiam ser realizados devido à insuficiência de casos a analisar.

Outro aspecto é inerente ao assunto abordado pelo questionário e a população à qual o mesmo se destina, no sentido de que haveria grande possibilidade de as respostas sofrerem o efeito das respostas socialmente desejáveis (“socially desirable answers”), as quais poderiam conduzir à subestimação ou superestimação da exposição (LEITE, 1995). Para estudar melhor este efeito, foi feita uma contraposição das variáveis que poderiam indicar o conhecimento do entrevistado sobre o seu status sorológico e algumas variáveis indicadoras de risco de comportamento sexual e de compartilhamento de material de injeção. Não houve associação entre o relato de pensar em realizar os testes sorológicos para o HIV e os indicadores de risco. Houve associação estatisticamente significativa entre o relato de ter pensado e realizado a sorologia para o HIV e as variáveis relativas ao compartilhamento de material de injeção, ou seja, receber seringas (OR = 2,46; IC95% [1,49; 4,05]) e dar seringas (OR = 1,92; IC95% [1,18; 3,13]). Esta associação não foi detectada em relação ao relato de corrimentos ou feridas nos órgãos sexuais nos seis meses anteriores à entrevista. Na análise do relato dos que fizeram a sorologia para o HIV e procuraram o resultado, não foi encontrada associação com os indicadores de comportamento sexual ou de uso de drogas injetáveis. À luz desta análise, poderia ser

concluído que alguma preocupação em relação ao status sorológico esteve presente e parcialmente associado aos indicadores de compartilhamento.

Das possibilidades de ocorrência de viés poderíamos citar o de seleção, já que seria impossível tentar a aleatorizaros entrevistados e a escolha destes poderia ser influenciada pelo relacionamento dos mesmos com o responsável pelo recrutamento. O viés de memória deve também ser levantado, especialmente naquelas variáveis relativas à cronologia relacionada ao início do uso de drogas injetáveis e iniciação sexual. De forma análoga, o viés de informação deve ser lembrado, já que os entrevistados poderiam ter motivações, tais como receio de envolvimento legal ou julgamento moral por parte dos entrevistados, para alterar a veracidade das respostas.

Mesmo com o cuidado tomado no sentido da detecção de variáveis de confusão, levando em conta a presença de alguns fatores de risco e as vias de transmissão em comum para as infecções pelo HIV e HCV, há a possibilidade de ocorrência da confusão residual, a qual torna impossível a discriminação de um fator preponderante e determinante de risco dentro de um conjunto de indicadores.

Um marcador de comportamento sexual descrito em trabalhos semelhantes ao presente estudo é a sorologia para o HBV, a qual não foi realizada nesta fase do Projeto AjUDE-Brasil devido à necessidade de melhoria da técnica laboratorial. Este indicador auxiliaria na elucidação da associação entre fatores de risco ligados a este comportamento e as demais infecções estudadas.

Apesar das limitações descritas acima, as análises que puderam ser realizadas trouxeram resultados que apresentaram consistência interna, além de sentido do ponto de vista epidemiológico e concordância com a literatura vigente.

O prosseguimento deste trabalho poderá explorar os aspectos cronológicos envolvidos na exposição e aparecimento das infecções, na tentativa do melhor entendimento da evolução histórica destas infecções, através da pesquisa da ocorrência do efeito-coorte ou efeito-calendário.

A comparação dos resultados aqui descritos com os que serão obtidos no Projeto AjUDE-Brasil II poderá elucidar melhor a associação entre comportamento de risco, hábito de uso de drogas e as infecções pelo HIV e HCV. A realização de estudos seriados permitirá assim o monitoramento de comportamento de risco, contribuindo para a melhoria contínua

dos projetos de redução de danos, definição de políticas, detecção de prioridades e aferição de sucesso de projetos e intervenções

7. Conclusão

7. Conclusão

1. Dentre os fatores de risco aos quais os usuários de drogas injetáveis estão expostos, é possível a discriminação de variáveis associadas ao risco da infecção pelo HIV, diferentes das que podem ser associadas ao HCV.
2. O comportamento sexual de risco esteve consistentemente associado ao HIV quando se compararam os resultados obtidos no estudo da associação deste comportamento com o HCV. Isto reforça a idéia de que a via sexual tem sido mais eficiente para a transmissão do HIV, ocorrendo o oposto com o HCV.
3. O tempo de exposição aos comportamentos de risco mostrou-se mais marcante durante a análise da associação destes comportamentos com a infecção pelo HCV.
4. O relato de dar seringa e o de recebê-la podem ser considerados como indicadores distintos de compartilhamento, inclusive com diferentes padrões de associação às infecções abordadas. O ato de dar o equipamento poderia ser um sinal da “solidariedade” descrita nos estudos qualitativos, enquanto o de receber indicaria fases iniciais de tempo de uso das drogas injetáveis, traduzido pela menor experiência do UDI e menor tempo de exposição aos programas de intervenção e redução de danos. Os UDI mais experientes poderiam estar mais sensibilizados quanto aos riscos no recebimento do equipamento mas não se negariam a dar o seu equipamento para os demais.
5. O comportamento sexual de risco encontrado entre os UDI avaliados neste trabalho sugere a necessidade de uma abordagem específica deste comportamento nos programas de redução de danos, já que, em algumas ocasiões este risco foi maior que o risco associado ao compartilhamento de equipamentos de injeção.

8. Referências bibliográficas

8. Referências bibliográficas

- ABDALA, N.; STEPHENS, P.C.; GRIFFITH, B.P. et al. *Survival of HIV-1 in syringes*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology. n.20(1), p.73-80, 1999.
- BARTNOF, H.S. *HIV/HCV Co-infected patient profile described at UCSD*. Disponível na world wide web em <http://www.hivandhepatitis.com/hiv_hcv_co_inf/060700.html>.
- BASTOS, F.I.; MESQUISTA, F.; MARQUES, L.F. (Org.). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 212p.
- BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C.L. *AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. n.2, v.34, p. 431-436, abril 2001.
- BUSH, T.W. et al. *Hepatitis and HIV knowledg base among Denver IDU*. Abstract 224. 1999 National HIV Prevention Conference. USA, 1999.
- CACOUB, P. et al. *Mortality among human immunodeficiency virus-infected patients with cirrhosis or hepatocellular carcinoma due to hepatitis C virus in French Departments of Internal Medicine/Infectious Diseases, in 1995 and 1997*. Clinical Infectious Diseases. n.32, p.1207-1214, 2001.
- CAIAFFA, W.T. *Projeto AjUDE-BRASIL. Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos Apoiados pela CN-DST/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 344p.
- CASTILHO, E.A.; CHEQUER, P.; SZWARCOWALD, C.L. A AIDS no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 5ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap.11, p271-284.
- CATALAN-SOARES, B.C.; ALMEIDA, R.T.P.; CARNEIRO-PROIETTI, B.F. *Prevalence of HIV-1/2, HTLV-I/II, hepatitis B vírus (HBV), hepatitis C virus (HCV), Treponema pallidum and Trypanosoma cruzi among prison inmates at Manhuaçu, Minas Gerais State, Brazil*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. n.1, v.33, 2000.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION. *Frequently asked questions and answers about coinfection with HIV and Hepatitis C virus*. Disponível na world wide web em <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/HIV-HCV_Coinfection.htm>, 2001.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION. *Injection drug users play a key role in the transmission of hiv and other blood-borne infections*. Disponível na world wide web em <<http://www.cdc.gov/idu/pubs/ca/chapter1.htm>>, 2001a.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION. *HIV and Its Transmission – Fact Sheet*. Disponível na world wide web em <<http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/transmission.htm>>, 2001b.
- CROFTS, N.; AITKEN, C.K.; KALDOR, J.M. *The force of numbers: why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not*. Medical Journal of Australia. n.170, p.220-221, 1999a.
- CROFTS, N.; THOMPSON, S.; KALDOR, J. *Epidemiology of hepatitis C virus*. Canberra: Communicable Diseases Network Australia and New Zealand - Technical Reports Series. n.3, 1999b. 193p.
- Des JARLAIS, D.C.; DEHNE, K.; CASABONA, J. *HIV surveillance among injecting drug users*. AIDS. n.15, suppl.3, p513-522, 2001.
- DOHERTY, M.C.; GARFEIN, R.S.; MONTERROSO, E. et al. *Correlates of HIV infection among young adult short-term injection drug users*. AIDS. n.14, p717-726, 2000.
- DORIA-FILHO, U. *Introdução à bioestatística*. São Paulo: Negócio, 1999. p115-127.
- EDLIN, B.R.; IRWIN, K.L.; FARUQUE, S. et al. *Intersecting epidemics-crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults*. Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. New England Journal of Medicine. v.331(21), p.1422-1427, 1994.
- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. *HIV risk behavioral surveillance surveys (BSS): Methodology and issues in monitoring HIV risk behaviors*. Summary from the workshop “HIV risk behavioral surveillance: country examples, lessons learned, and recommendations for the future”. Thailand, august 11-14, 1997.
- FRANÇA, J.L. et al. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 5. ed. rev. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001. 210p.

- FRIEDMAN S.R.; NEAIGUS A.; JOSE, B. et al. *Sociometric risk networks and risk for HIV infection*. American Journal of Public Health. v.87, p.1289-1296, 1997.
- GARCIA-SAMANIEGO, J. et al. *Hepatocellular carcinoma in HIV-infected patients with chronic hepatitis C*. American Journal of Gastroenterology. n.96, p.179-183, 2001.
- GARFEIN, R.S.; DOHERTY, M.C.; MONTERROSO, E. et al. *Prevalence and Incidence of Hepatitis C Virus Infection Among Young Adult Injection Drug Users*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology. n.18 (suppl 1), S11-S19, 1998.
- GOSTIN, L.O.; LAZZARINI, Z.; JONES, T.S. et al. *Prevalence of HIV/AIDS and Other Blood-Borne Diseases Among Injection Drug Users*. Journal of The American Medical Association. v.277, n.1, p53-62, 1997.
- GUIMARÃES, T.; GRANATO, C.F.; VARELLA, D. et al. *High prevalence of hepatitis C infection in a brazilian prison: identification of risk factors for infection*. Brazilian Journal of Infectious Diseases. n.5(3), p.111-118, 2001.
- HOSMER-Jr., D.W.; LEMESHOW, S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989. 307p.
- IVANISSEVICH, A. *Drogas; reflexões sobre uma indústria altamente rentável*. Ciência Hoje. v. 31, n. 181, p.30-31, 2002.
- KILSZTAJN, S.; CAMARA, M.B. *Aids in Sao Paulo, Brazil: Generation, Transmission Categories and Gender*. XXIV General Population Conference, IUSSP, 2001.
- KOESTER, S. *Following the blood: syringe reuse leads to blood-borne virus transmission among injection drug users*. [letter] Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology. v18(Suppl 1), S139, 1998.
- KOESTER S.; BOOTH R.E.; ZHANG, Y. *The prevalence of additional injection-related HIV risk behaviors among injection drug users*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology. v.12(2), p.202-207, 1996.
- KOESTER S.; HOFFER, L. *Indirect sharing: additional HIV risks associated with drug injection*. AIDS and Public Policy Journal. v 9(2), p.100-105, 1994.
- LEITE, M.L.C.; NICOLOSI, A.; OSELLA, A.R. et al. *Modeling Incidence Rate Ratio and Rate Difference: Additivity or Multiplivativity of Human Immunodeficiency Virus*

- Parenteral and Sexual Transmission among Intravenous Drug Users*. American Journal of Epidemiology. v.141, n.1, p.16-24.
- LIMA, A.L.M.; KIFFER, C.R.; UIP, D. *HIV/AIDS: Perguntas e respostas*. São Paulo: Atheneu, 1996. 352p.
- MARLATT, G.A. *Redução de danos; Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed, 1999. 275p.
- MARQUES, L.F.; DONEDA, D.; SERAFIM, D. O uso indevido de drogas e a aids. In: *CADERNOS JUVENTUDE, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO*. Brasília: Ministério da Saúde, v.1., 1999. p.173-183.
- MENDES-CORRÊA, M.C.J.; BARONE, A.A.; GUASTINI, C. *Hepatitis C virus seroprevalence and risk factors among patients with HIV infection*. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, v.43(1), 2001. p.15-19.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Diretrizes para projetos de redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 114p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Boletim Epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde, Ano XIV, n.1, janeiro-março/2001b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Boletim Epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde, Ano XIV, n.1, abril-junho/2001c.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Prevenção; Populações - Usuários de Drogas (de um modo geral) e Usuários de Drogas Injetáveis*. Disponível na world wide web em <<http://www.aids.gov.br>>. 2001d.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, outubro de 2000. 248p.

- MONGA, H.K. et al. *Hepatitis C virus infection-related morbidity and mortality among patients with human immunodeficiency virus infection*. *Clinical Infectious Diseases*. n.33, p.240-247, 2001.
- NASTI, G. et al. *Chronic hepatitis C in HIV infection: feasibility and sustained efficacy of therapy with interferon alfa-2b and tribavirin*. *AIDS*. n.15, p.1783-1787, 2001.
- NORMAND, J., VLAHOV, D., MOSES, L.E., editors. (National Research Council and Institute of Medicine). *Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach*. Washington (DC): National Academy Press; 1995.
- OUELLET, L.J.; RAHIMIAN, A.; WIEBEL, W.W. *The onset of drug injection among sex partners of injection drug users*. *AIDS Education and Prevention*. v.10(4), p.341-350, 1998.
- PARKER, R.; CAMARGO-JR., K.R. *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos*. *Cadernos de Saúde Pública*. v.16, suppl.1, 2000.
- RAGNI, M.V.; BELLE, S.H. *Impact of human immunodeficiency virus infection on progression to end-stage liver disease in individuals with hemophilia and hepatitis C virus infection*. *The Journal of Infectious Diseases*. n.183, p.1112-1115, 2001.
- REICHEN, J. *HIV and HCV coinfection*. Disponível na world wide web em <<http://www.cx.unibe.ch/ikp/lab2/HCVHIV.html>>.
- SOTO, B. et al. *Human immunodeficiency virus infection modifies the natural history of chronic parenterally-acquired hepatitis C with an unusually rapid progression to cirrhosis*. *Journal of Hepatology*. n.26, p.1-5, 1997.
- SOUZA, M.S.L. *Guia para redação e apresentação de teses*. 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2002. 130p.
- SPSS Inc. *AnswerTree Algorithm Summary*. Chigago, USA: SPSS Inc, 1999. 7p.
- SULKOWSKI, M.S. et al. *Hepatitis C virus infection as an opportunistic disease in persons infected with human immunodeficiency virus*. *Clinical Infectious Diseases*. Suppl 1:S77-84, 2000.
- TEDALDI, E. et al. *Prevalence and characteristics of HCV co-infection in a community based HIV clinical based HIV clinical trials group*. Abstract 545. 1st IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Buenos Aires, Argentina: July 8-11, 2001.

- TEIXEIRA, P.R. Boletim Direitos Humanos: A aids nos presídios. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids – Ministério da Saúde. Ano V, n.1, 2001.
- TRIOLA, M.F. *Introdução à estatística*. 7ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999. 410p.
- TULLER, D. *Hepatitis C poses new threat to many with AIDS*. The New York Times. 1st may, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Hepatitis C*. Fact Sheet n. 164, 1998, (revised october 2000).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. June 2000a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Weekly epidemiological record*. 8 February 2002, 77th Year. No. 6, 2002, 77, 41–48

9. Anexos

Anexo A

Voto e Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP

Parecer nº : ETIC 056/98
Interessada : Waleska Teixeira Caiaffa
Projeto : "AjUDE-BRASIL: situação de base dos usuários de droga injetável (UDIs) dos projetos de redução de danos (PRDs) apoiados pelo projeto DROGAS & Aids da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis (DST) e Aids"

VOTO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP aprova definitivamente no dia 11.03.98 o projeto "AjUDE-BRASIL: situação de base dos usuários de droga injetável (UDIs) dos projetos de redução de danos (PRDs) apoiados pelo projeto DROGAS & Aids da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis (DST) e Aids" de interesse de Waleska Teixeira Caiaffa. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco
Presidente da COEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Comissão de Ética em Pesquisa (COEP)

PARECER

PROCESSO Nº : **ETIC-056/97**

SOLICITANTE: Waleska Teixeira Calafra
PROJETO: AJUDE-BRASIL: SITUAÇÃO DE BASE DOS USUÁRIOS DE DROGA INJETÁVEL (UDIs)
APOIOS PELA PROGRAMA DROGAS & Aids DA COORDENAÇÃO NACIONAL DE
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
ORIENTADOR: Waleska Teixeira Calafra

PARECER CONCLUSIVO:

(X) RECOMENDADO
() NÃO RECOMENDADO

JUSTIFICATIVA:

1) PROJETO

a. Relevância

a.1. Do ponto de vista do desenvolvimento científico da área:

O presente projeto de pesquisa, na área de Medicina Preventiva e Social, dá continuidade a uma série de pesquisas que fazem parte de um projeto mais amplo, o projeto AJUDE-BRASIL, que é integrado, por sua vez, ao Projeto de Redução de Danos (PRDs) Drogas & Aids, apoiado pelo Projeto Drogas & Aids da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids.

O estudo visa determinar a situação de base dos usuários de droga injetável inscritos em várias PRDs espalhadas pelo país, e procura estabelecer informações epidemiológicas, para esta população, que sejam relevantes tanto no que se refere ao seu perfil sócio-demográfico, como no tocante aos padrões de comportamento de risco relacionados à infecção pelo HIV.

A importância do problema proposto, tanto social como científica, se relaciona à necessidade de maiores informações sobre o perfil destes grupos, devido ao fato de constituírem uma população heterogênea, sujeita a contínuas transformações, e com taxas de prevalência e incidência do HIV bastante variáveis. A determinação de variáveis relacionadas à maiores ou menores taxas de incidência de HIV constitui, portanto, um passo indispensável aos estudos e projetos posteriores que objetivam prevenir o desenvolvimento da epidemia em nosso país.

a.2. Do ponto de vista do desenvolvimento nacional e regional

O estudo mostra-se relevante, do ponto de vista do desenvolvimento nacional e regional, no tocante à questões de saúde pública que concernem à prevenção epidemiológica do vírus da HIV.

b. Qualidade do projeto:

b.1. Clareza	Projeto Claro
b.2. Fundamentação teórica	Bem fundamentado
b.3. Abrangência	Adequada
b.4. Abordagem e metodologia	Adequada

2. Viabilidade Técnico-científica

O projeto é viável científica e tecnicamente. O problema proposto é claro, e a metodologia escolhida é adequada ao problema. Os sujeitos se encontram disponíveis e já se encontram recrutados por seis projetos de Redução de Danos (PRDs), espalhados através de cinco cidades brasileiras.

3. Compatibilização com a instituição de vínculo do solicitante

Há compatibilidade.

3. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA PROPOSTA

Muito bem qualificado.

4. Aspectos éticos

Em se tratando fundamentalmente de uma "survey" — não há manipulação experimental dos sujeitos da pesquisa — onde o desconforto provocado é mínimo, consistindo apenas numa coleta de informações através de (1) questionários padronizados e (2) retirada de amostra de sangue da polpa digital em papel de filtro, os problemas éticos da pesquisa referem-se sobretudo à utilização de informação privilegiada e às questões de sigilo profissional.

Há o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos participantes da pesquisa. O projeto possui como anexo um termo de consentimento elaborado de acordo com os padrões universais atualmente aceitos.

É com relação ao princípio ético da não maleficência, que postula que a necessidade de garantias de que danos previsíveis serão evitados — tanto para os sujeitos da pesquisa como para terceiros — é que surgem alguns dilemas relacionados à utilização de informação privilegiada e à norma de sigilo profissional. Respondendo a este princípio, os pesquisadores responsáveis pelo estudo se comprometem a tomar todas as medidas sensatamente necessárias para se evitar uma identificação formal dos sujeitos da pesquisa, que neste caso são — como usuários de drogas injetáveis — praticantes de atos legais.

O problema ético maior se coloca quando as informações fornecidas evidenciam um comportamento criminoso que voluntária e efetivamente coloca em risco a vida de terceiros. Este é o caso, por exemplo, de indivíduos que perversa e deliberadamente fazem de sua contaminação pelo HIV uma arma terrível contra a vida dos outros. Por exemplo: se um indivíduo revela a um profissional que ele vai subir em uma torre e exterminar toda a população de um campus, pode e deve o profissional manter a obrigação de sigilo e evitar a identificação do criminoso em potencial?

A meu ver, o estudo deveria prever maneiras de lidar com estes possíveis problemas que podem advir da problemática ética referente à questões de sigilo. E não o faz. Devemos, no entanto, reconhecer que se tratam de verdadeiros dilemas, e que as respostas para estas questões são difíceis.

No que se refere à ponderação entre riscos e benefícios, fica evidente no projeto que os possíveis benefícios advindos da pesquisa, em relação à população estudada, são sensivelmente maiores do que os possíveis riscos advindos da coleta de sangue da polpa digital e do submissão a um questionário.

Finalmente, a pesquisa é relevante, garante a consideração dos interesses dos portadores do vírus da HIV, e não perde de vista o princípio de sua destinação sócio-humanitária.

5. Reconsideração Final CONCLUSIVA SOBRE A SOLICITAÇÃO

Salvo melhor juízo, sou de parecer favorável à aprovação deste projeto.

Sem mais para o momento, e colocando-me inteiramente ao dispor da Comissão de Ética para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, subscrevo-me,

atenciosamente,

Belo Horizonte, 8 de março de 1998

6065
Atenciosamente
11/13/98
ju

Anexo B

Consentimento livre e esclarecido

Projeto AJUDE-Brasil
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DO PROJETO:
Estudo Quantitativo

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

O Projeto AJUDE-Brasil tem como objetivo conhecer atitudes, hábitos e costumes dos frequentadores dos PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS (PRDs).

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

Ao concordar em participar você deverá:

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

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

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

Como benefício, esta pesquisa poderá contribuir para um melhor entendimento das condições de vida e saúde dos frequentadores dos PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS (PRDs) e a partir deste conhecimento

providenciar formas de contribuir para melhorar a qualidade e nível de vida e saúde.

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

Sua participação é totalmente voluntária e você poderá recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Independente de sua participação, você contará com o apoio deste PRD, no sentido de obter orientação quanto à solicitação e encaminhamento para qualquer atenção médica ou laboratorial.

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

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

Local: _____

Date: ____ / ____ / ____

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

ENTREVISTA PARA OS FREQUENTADORES DOS PRDs

INTRODUÇÃO:

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

I-1. Etiqueta:

I-2. Data: ___/___/___

Horas: ___:___ h

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

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

I-5. Local da entrevista:

Sede do PRD.....	1		
Local público (rua).....	2		
Casa do redutor.....	3		
Casa do UCI.....	4		
Outro _____	5	[]	[]

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

I-7. O entrevistado aceitou participar? Sim.....1 *Vá para a questão I-9
Não.....2 *Vá para a questão I-8

I-8. Qual o motivo que o(a) entrevistado(a) não quis participar? (Deixe-o(a) responder de forma livre. Procure uma das opções abaixo que melhor represente a razão. Caso contrário, descreva na opção OUTROS)

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

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

Sexo feminino.....	1
Sexo masculino.....	2
Não sabe dizer.....	3

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

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

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

- Branca..... 1
Mulato..... 2
Preta..... 3
Amarelo..... 4
Outros: _____ 5
Não respondeu..... 9

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

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

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

_____ Estado []

II-3. Qual é sua idade? _____ anos

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

- _____ 1 []
Não tem 2
Não respondeu 9

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

- Emprego com salário mensal..... 1
Trabalhos temporários com salário. 2
Faz bicos..... 3 Qual? _____ []
Outros: _____ 4 []
Não respondeu..... 9

II-6. Você sabe ler?

- Sim1
Não2
Não respondeu9

II-7. Até que série você estuda ou estudou? Sim..... 1 ___ série ___ grau []

Não estudou..... 2

Outros..... 3 Qual? _____ []

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

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

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

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

Casado(a) ou vive com alguém..... 2

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

Viúvo(a)..... 4

Não respondeu 9

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

Não sabe00
Não se aplica.....88

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II-21. Você já respondeu a este questionário?

Sim.....	1	Quando? _____	[]
Não.....	2		
Não respondeu.....	9		

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

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

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

Mês:	1 a 3 vezes por mês.....	1
Semana:	1 vez por semana.....	2
	2 a 4 vezes por semana.....	3
	5 a 6 vezes por semana.....	4
Dia:	Todos os dias, 1 vez por dia.....	5
	Todos os dias, 2 a 3 vezes por dia.....	6
	Todos os dias, mais de 3 vezes por dia..	7
	Outra (Especificar no local).....	8
	Não se aplica.....	88
	Não respondeu.....	99
	Não sabe.....	00

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

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

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

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

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

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

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

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

V-6. Nos últimos 6 meses (Entrevistador: diga o mês e ano equivalentes ao período anterior a 6 meses) onde você deixou suas seringas e agulhas usadas? Cite pelo menos dois locais (Exemplo: rua, lixo, local onde se injeta, com o redutor, etc....) _____ |]
 _____ |]

AINDA FALANDO SOBRE AGULHAS E SERINGAS, MESMO QUE UMA VEZ, VOCÊ JÁ ...

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

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

	Usou...		
VI-1. Maconha?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-2. Crack?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-3. Cocaína cheirada?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-4. Cocaína injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-5. Cocaína e heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-6. Heroína cheirada?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-7. Heroína fumada?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-8. Heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-9. Anfetamina oral?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-10. Anfetamina injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-11. Tranqüilizante oral?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-12. Tranqüilizante injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-13. Bebidas alcoólicas (círcule qual): pinga, rum, uisque, vinho, cerveja? Outra: _____ [] Se sim, quantos copos de cada vez? ____ copos (1 garrafa = 4 copos)	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-14. Outra droga? _____ [] Via: _____ []	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
VI-15. Outra droga? _____ [] Via: _____ []	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu

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

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

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

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

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

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

VOCE JÁ ...

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

VIII- AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII-10. Nos últimos 6 meses, você teve relações sexuais para obter drogas (sexo em troca de drogas ou dinheiro para comprar drogas)?

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII-14. No último mês, você teve relações sexuais para obter drogas (sexo em troca de drogas ou dinheiro para comprar drogas)?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Em todas as vezes.....	1
Na maioria das vezes.....	2
Em menos da metade das vezes.....	3
Em nenhuma das vezes.....	4
Não se aplica.....	8
Não respondeu.....	9
Não sabe.....	0

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

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

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

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

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

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

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

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

Em todas as vezes.....	1
Na maioria das vezes.....	2
Em menos da metade das vezes.....	3
Em nenhuma das vezes.....	4
Não se aplica.....	8
Não respondeu.....	9
Não sabe.....	0

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

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

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

1. AGRADEÇA AO ENTREVISTADO PELA PARTICIPAÇÃO;
2. VERIFIQUE SE A COLETA DE SANGUE FOI FEITA ADEQUADAMENTE;
3. ENTREGUE O TÍQUETE ALIMENTAÇÃO;
4. CONTINUE PREENCHENDO O RESTANTE DO QUESTIONÁRIO.

Horas: ___:___ h

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

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

IX-3. O sangue do entrevistado foi coletado?

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

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

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

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

_____ []

Anexo D

Manual de instruções

PROJETO AJUDE - BRASIL

CN DST/Aids e Faculdade de Medicina - UFMG

INSTRUÇÕES GERAIS

COMO PROCEDER NA ENTREVISTA DO PROJETO AJUDE-BRASIL

1 - Como abordar o entrevistado?

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

- Fale sobre a importância de sua participação.

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

- Leia ou ofereça para a leitura o termo de consentimento livre e esclarecido. O entrevistado que concordar, deve rubricar o Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma cópia será lacrada em envelope pequeno e assinado atrás pelo entrevistador. Este envelope deve ser anexado ao material da entrevista dentro do envelope pardo. A outra cópia do termo de consentimento deve ser entregue ao entrevistado.

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

- Assinale as opções com um círculo e preencha os espaços com letra legível.

2 - Primeira parte do questionário (PARTE I)

- A primeira parte do questionário é para o entrevistador preencher sem perguntar ao entrevistado. Esta seção consta de algumas informações que objetivam localizar o questionário (PRD/Cidade) e caracterizar o entrevistado.

- Não se esqueça de preencher nenhum campo, lembre-se de que todas as informações são importantes.

3 - Segunda parte do questionário (PARTE II)

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

Leia o questionário com voz firme e clara, assim facilita a compreensão do entrevistado.

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

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

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

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

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

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

- Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, caso o entrevistado relate o consumo de doses, peça a ele para transformar a mesma em copo americano.

5 - Quarta parte do questionário (PARTE VIII)

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

Observe bem as informações para o preenchimento correto, siga as instruções. Quando estiver falando de **últimos 6 meses ou último mês**, leia pausadamente, reforce se for necessário.

6 - Quinta parte do questionário (PARTE IX)

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

7 - E depois de realizada a entrevista?

- Não se esqueça de agradecer ao entrevistado pela sua participação.
 - Faça a coleta do sangue seguindo todos os passos recomendados.
 - Dê a ele o ticket alimentação referente à entrevista e à coleta de sangue, caso ele tenha participado das duas etapas.
 - Guarde corretamente cada questionário dentro do seu envelope.
- Lembre-se é muito importante que não haja trocas.

- Entregue ao seu coordenador de projeto todos os envelopes, cada um contendo a entrevista quantitativa, o envelope lacrado com o termo de consentimento, os dois papéis de filtro com o sangue coletado dentro do envelope apropriado, todos devidamente identificados.

Coordenador do PRD:

- Confira cada envelope e veja se eles estão contendo todos os itens.
- Após conferidos todos o envelopes e seus conteúdos, registre na planilha. Envie para Belo Horizonte via Sedex, os envelopes e as planilhas. Este envio deverá ser realizado de 7 em 7 dias, nas datas previamente agendadas.

Endereço para o envio do material:

Profa. Waleska Teixeira Caiiffa

Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais

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

30.130-100 Belo Horizonte, Minas Gerais

Fone/fax: (031) 224-0911 Fax: (031) 273-6309

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

A quem procurar?

Coordenadora do projeto:

Dra Waleska Teixeira Caiiffa

Faculdade de Medicina da UFMG -

Tel/fax: (031) 224-0911 Fax: (031) 273-6309

Supervisora de Campo

Aline Cristine Sousa Lopes

Faculdade de Medicina da UFMG -

Tel/fax: (031) 224-0911 Fax: (031) 273-6309

Assistente Administrativa

Adriana Chateaubriand Monteiro

Faculdade de Medicina da UFMG -

Tel/fax: (031) 224-0911 Fax: (031) 273-6309

Anexo E

Manual para coleta de sangue em papel de filtro



PROJETO AjUDE - BRASIL

CN DST/Aids e Faculdade de Medicina - UFMG

COLETA DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO

Prof.^a Anna Bárbara Carneiro-Proietti

Material Necessário

1. Papel de filtro em envelope.
2. Lancetas estéreis.
3. Algodão com álcool comum.
4. Sacos plásticos (individuais) para o papel de filtro.
5. Caneta esferográfica.
6. Frasco plástico com hipoclorito de sódio para descarte de estiletes.

Normas de Biossegurança para a Coleta de Sangue

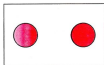
1. Usar luvas.
2. Descartar lancetas no hipoclorito após uso.
3. Em caso de acidente na pele, lavar o local com água abundante e aplicar hipoclorito 1%.
4. Não usar agulhas.

Conduta para a Coleta de Sangue

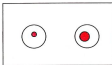
1. Identificar o papel de filtro com caneta esferográfica.
2. Fazer assepsia com álcool comum no dedo médio da mão.
3. Penetrar firmemente toda a ponta da lanceta no dedo médio e faça uma pequena rotação para a direita e para a esquerda.
4. Deixe formar uma grande gota.
5. Preencha completamente todos os cinco círculos com sangue, usando dois papéis por paciente.

6. O sangue deve penetrar toda a espessura do papel e ser visto no verso.
7. Havendo pouco sangue, faça a "ordenha" do dedo.
8. Secar em temperatura ambiente por 2 a 4 horas, na horizontal e preso por prendedores de roupa.

Coleta correta:



Coleta incorreta:



NORMAS DE BIOSSEGURANÇA

VEDAS (Índia): * Pela manhã banhar-se, limpar os dentes, pingar colírio nos olhos, perfumar-se, mudar a roupa e adorar os deuses.*

1. Definições:

Artigos críticos: esterilizar.

Não críticos: desinfetar.

Degermação: Remoção ou redução de bactérias de pele por limpeza mecânica e/ou agentes químicos.

2. Normas Gerais:

- * Usar sempre luvas.
- * Usar jaleco ou roupa protetora.
- * Descartar adequadamente o material contaminado (em hipoclorito de sódio a 0,5% por pelo menos 5').
- * Não reencapar a lanceta.
- * Não deixar a lanceta encostar em lugar nenhum antes ou depois de usada.

* Somente tirar as luvas após descarte da lanceta e término da manipulação do papel de filtro.

* Lavar as mão em etanol a 25% após retirada das luvas.

* Evitar fumar ou se alimentar durante o trabalho.

3. Diluição:

- Hipoclorito comercial - 10% 1:20 (50 ml em 950 ml de água).
 Água sanitária - 2-5,25% 1:10 (100 ml em 900 ml de água).

Preparar sempre fresco, é instável.

- Glutareldeído - 2% (Lidex, Glutacide, Glutarex).

4 - Fluxograma

