

Mauro Nogueira Cardoso

**PROJETO AJUDE – BRASIL II :
INCIDÊNCIA DE AIDS E MORTALIDADE EM USUÁRIOS DE
DROGAS INJETÁVEIS.**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG**

2005

Mauro Nogueira Cardoso

**PROJETO AjUDE – BRASIL II:
INCIDÊNCIA DE AIDS E MORTALIDADE EM USUÁRIOS DE
DROGAS INJETÁVEIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

Orientador: Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa
Co-orientadora: Prof^a. Sueli Aparecida Mingoti

Belo Horizonte

2005

Cardoso, Mauro Nogueira
C268p Projeto Ajude – Brasil II: incidência de Aids e mortalidade em
usuários de drogas injetáveis/Mauro Nogueira Cardoso. Belo
Horizonte, 2005.
95p.
Dissertação.(Mestrado).Saúde Pública.Faculdade de Medicina
da Universidade Federal de Minas Gerais.
1.Síndrome de imunodeficiência adquirida/epidemiologia
2.Abuso de substâncias por via endovenosa/mortalidade 3.Fatores
de risco 4.Estudos de coortes 5.Vigilância epidemiológica
6.Programas de troca de seringas I.Título

NLM: WC 503.4
CDU: 616.988-036.22

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof^a. Ana Lúcia Almeida Gazzola

Vice-Reitor

Prof. Marcos Borato Viana

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró Reitor de Pesquisa

Prof. José Aurélio Garcia Bergmann

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Elza Machado de Melo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a Ada Ávila Assunção

Sub-Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Colegiado:

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Elizabeth Barboza França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. José Otávio Penido Fonseca

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Waleska Teixeira Caiafa

Cláudia Marques Canabrava

Maria das Graças Braga Ceccato



**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



10.

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **MAURO NOGUEIRA CARDOSO** nº de registro 2003211904. Às quatorze horas do dia **dezesseis de março de dois mil e cinco** reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"PROJETO AJUDE - BRASIL II: INCIDÊNCIA DE AIDS E MORTALIDADE EM USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a 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/orientadora.
Profa. Sueli Aparecida Mingoti/co-orientadora
Prof. Fernando Augusto Proietti
Profa. Maria Goretti Pereira Fonseca

Instituição: UFMG
Instituição: UFMG
Instituição: UFMG
Instituição: Minist.da Saúde

Indicação: aprovado
Indicação: aprovado
Indicação: aprovado
Indicação: aprovado

Pelas indicações o candidato foi considerado APROVADO.
O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de março de 2005.

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa (orientadora) Waleska Caiaffa

Profa. Sueli Aparecida Mingoti/co-orientadora Sueli Mingoti

Prof. Fernando Augusto Proietti Fernando Proietti

Profa. Maria Goretti Pereira Fonseca Maria Goretti

Profª. Ada Ávila Assunção (Coordenadora) Ada Ávila Assunção

Profª. Ada Ávila Assunção
Coord. PG. Saúde Pública
Fac. Medicina UFMG

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

O candidato deverá cumprir com todas recomendações
propostas pela banca no prazo de trinta dias ANUAL

CONFERE COM O COORDENADOR
Centro de Pós-Graduação

A todos aqueles que, de alguma
forma, participaram do Projeto AjUDE
– Brasil II.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Professora Waleska Teixeira Caiaffa, pela amizade, dedicação, pelos valiosos ensinamentos, pela confiança, e pela oportunidade de participar desta pesquisa.

A minha co-orientadora, Professora Sueli Aparecida Mingoti, pelos ensinamentos e pela confiança.

Ao Professor Fernando Augusto Proietti, pela amizade e incentivo.

A Divane Leite Matos, pela dedicação e oportunidade de participar desta pesquisa.

Aos professores do curso de Pós-Graduação, sobretudo Emília Sakurai, Mark Drew Crossland Guimarães e Ada Ávila Assunção pelo apoio e aprendizado.

A Stela Brener Vertchenko, pela ajuda nos momentos de insegurança e pela amizade.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, pela troca de experiências.

“... Aqui no PRD. É a minha Salvação”.

Relato de um usuário de drogas injetáveis de Porto Alegre

Resumo

Este estudo apresenta a incidência de Aids e a mortalidade em usuários de drogas injetáveis (UDI) participantes do Projeto AjUDE – Brasil II. Uma coorte de 478 indivíduos entrevistados nas cidades de Porto Alegre (RS), São José do Rio Preto (SP) e Itajaí (SC) foi acompanhada nos sistemas de vigilância brasileiros entre 2000 e 2001. Encontrou-se incidência de Aids de 1,1 casos por 100 pessoas-ano e taxa de mortalidade de 2,8 óbitos por 100 pessoas-ano. Casos de Aids ocorreram somente em UDI que relataram compartilhar seringas. Sexo feminino (RR = 5,30), relato de ausência de local para morar (RR = 6,16) e de relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (RR = 6,21) estiveram associados à ocorrência de Aids. Relato de ausência de local para morar (RR = 3,00) e de fonte de renda (RR = 2,65), ser HIV soropositivos (RR = 4,52) e nunca ter sido encarcerado (RR = 3,71) se associaram aos óbitos, que ocorreram somente em homens. Esses achados parecem confirmar que diferenças de gênero e condições econômicas são determinantes para a morbimortalidade de UDI brasileiros.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids); Usuários de Drogas Injetáveis (UDI); Incidência; Mortalidade.

Abstract

This paper presents the incidence of Aids and mortality among outreached Injecting Drug Users (IDU) of the AJUDE-Brasil II Project. From a cross-sectional survey, 478 IDU were interviewed in three Brazilian cities named Porto Alegre (RS), São José do Rio Preto (SP) and Itajaí (SC). This cohort was followed up in the Brazilian surveillance database for Aids and death during 2000 and 2001. Aids incidence was 1.1 cases per 100 persons-years and the mortality rate was 2.8 deaths per 100 persons-years. Aids cases occurred only among IDU who ever have reported syringe sharing. Female gender (RR = 5.30), homeless condition (RR = 6.16) and report of previous sexual intercourse with same-sex partner (RR = 6.21) were associated with Aids. Deaths occurred only among males. Being homeless (RR = 3.00), without income (RR = 2.65), HIV seropositive (RR = 4.52) and never being incarcerated (RR = 3.71) were also associated with death. These findings support evidences that gender and socio-economical conditions are both determinants for morbidity and mortality of Brazilian IDU.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids); Injecting Drug Users (IDU); Incidence; Mortality

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
2. OBJETIVOS	14
3. ARTIGO 1	15
Resumo	17
Abstract	18
Introdução	19
Metodologia	20
Resultados	22
Discussão	26
Referências	29
4. ARTIGO 2	39
Resumo	41
Abstract	42
Introdução	43
Metodologia	43
Resultados	46
Discussão	50
Referências	52
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6. APÊNDICES	64
APÊNDICE A – Tabelas completas da análise univariada	65
APÊNDICE B – Projeto de pesquisa	68
APÊNDICE C – Instrumentos de pesquisa utilizados nas entrevistas	97
7. ANEXOS	122
ANEXO A – Aprovação do projeto no Comitê de Ética da UFMG	123
ANEXO B – Consentimento livre e esclarecido	125
ANEXO C – Participantes do Projeto AjUDE Brasil II	128
ANEXO D – Relatório da pesquisa de dados de morbimortalidade	131
ANEXO E – Certificado de Qualificação	140

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A redução de danos, tradução do termo inglês “*harm reduction*” está entre as mais importantes ações que podem ser implementadas pelos órgãos governamentais para controlar a transmissão de doenças através de seringas contaminadas. O modelo de prevenção específica destes projetos é reconhecido, de maneira leiga, pela distribuição de seringas junto aos Usuários de drogas injetáveis (UDI). Obviamente, as atividades dos Programas de redução de danos (PRD) vão bem além dessa única ação, e incluem, com base em várias experiências internacionais, a troca controlada e supervisionada de seringas, onde o usuário traz seringas utilizadas e as troca por equipamentos esterilizados, preservativos, material para desinfecção local e material educativo onde orienta o uso “limpo” dos equipamentos e dá referências, inclusive para tratamento da dependência de droga. A redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas retira de circulação o material contaminado e tem sido o único instrumento comprovadamente eficaz que possui a saúde pública para controlar o curso da epidemia de HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis. Sabe-se que países que adotaram programa de redução de danos, o índice de soroconversão tem se matido estável em torno de 5 a 6% na população de UDI.

Neste sentido, a redução de danos é uma estratégia pragmática de saúde pública com o objetivo de reduzir as conseqüências adversas do uso indevido de drogas em um período da vida em que o indivíduo tem um comportamento de mais alto risco para vários agravos à saúde.

Os programas de redução de danos, podem também reduzir óbitos por outras causas que não a própria AIDS, como hepatites, tuberculose, malária, doença de Chagas e outras doenças com possibilidade de transmissão parenteral.

Este trabalho é parte integrante do Projeto AjUDE Brasil II. Este projeto nasceu da necessidade de se estudar o comportamento de usuários de drogas injetáveis (UDI) e avaliar os Programas de Redução de Danos (PRD), uma vez que essa prática foi adotada como estratégia de prevenção da morbimortalidade em UDI pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde do Brasil. Para justificar a manutenção e/ou ampliação

dessa estratégia surgiu a necessidade de que estudos científicos fossem feitos para melhor avaliar as tendências de morbi-mortalidade e comportamentos dos UDI no Brasil.

Esta possibilidade torna-se concreta com a realização do Projeto AjUDE-Brasil II, um estudo multicêntrico encomendado pela Coordenação Nacional de DST e AIDS (CN DST/AIDS) e delineado, a partir de entrevistas, com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico, sócio-demográfico e comportamental (atitudes, hábitos, costumes) dos UDI, com descrição dos padrões de comportamento sexual e quanto ao uso de drogas, caracterização das agulhas e seus cuidados, condições de vida e descrição da morbidade e grau de informação dos usuários de drogas injetáveis (UDI) frequentadores dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela Unidade de Drogas e AIDS da CN DST/AIDS. Trata-se de um estudo transversal (inquérito) realizado em 2000-2001 nas cidades brasileiras de Salvador, São José do Rio Preto, Florianópolis, Itajaí, Gravataí e Porto Alegre.

O Projeto AjUDE – Brasil II previa uma continuação dos trabalhos através da busca dos UDI entrevistados nos registros dos sistemas nacionais de vigilância para eventos de saúde nos anos posteriores ao início do projeto. Esse sub-estudo ocorreu nas cidades de São José do Rio Preto, Itajaí e Porto Alegre. Foram pesquisados eventos como incidência de Aids, tuberculose, mortalidade, encarceramento e utilização hospitalar.

São de interesse deste trabalho de dissertação, a análise da incidência de Aids e mortalidade. Procurou-se medir a ocorrência desses eventos na população de UDI, bem como esclarecer quais foram os seus principais determinantes.

A apresentação deste trabalho está dividida em duas partes. Cada uma delas trata de analisar e discutir os dois eventos propostos aqui propostos: incidência de Aids e mortalidade. As partes em questão estão apresentadas em formato de artigos científicos conforme os critérios estabelecidos para a publicação nos Cadernos de Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Espera-se que os resultados encontrados e a discussão aqui proposta possam ser proveitosos para a melhoria das condições de saúde e de vida dos UDI, principalmente pelo controle da epidemia de HIV/Aids nessa população.

2. OBJETIVOS

O objetivo geral desta investigação foi analisar a ocorrência de casos novos de Aids e de óbitos em UDI participantes do Projeto AjUDE-Brasil II no contexto dos Projetos de Redução de Danos (PRD), bem como explorar os principais determinantes para esses eventos.

2.1 Objetivos específicos

1. Estimar a incidência de Aids em UDI participantes do Projeto AjUDE-Brasil II
2. Estimar a taxa mortalidade em UDI participantes do Projeto AjUDE-Brasil II
3. Explorar os principais determinantes sócio-demográficos, comportamentais e epidemiológicos para esses dois eventos em UDI inseridos em um contexto de redução de danos

3. ARTIGO 1

**PROJETO AJUDE – BRASIL II: INCIDÊNCIA DE AIDS EM USUÁRIOS
DE DROGAS INJETÁVEIS**

**THE AJUDE – BRAZIL II PROJECT: AIDS INCIDENCE IN INJECTING
DRUG USERS**

Incidência de Aids em Usuários de Drogas Injetáveis

Incidence of Aids in Injecting Drug Users

Mauro Nogueira Cardoso¹Waleska Teixeira Caiaffa^{2,3,4}Sueli Aparecida Mingoti⁵

Projeto AjUDE-Brasil II

¹ Aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; ² Departamento de Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); ³ Observatório em Saúde Urbana em Belo Horizonte (OSUBH); Grupo de Pesquisa em Epidemiologia – GPE-UFMG; ⁴ Conselho Nacional de Desenvolvimento de Pesquisa – CNPq (bolsa de produtividade); ⁵ Departamento de Estatística, Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Minas Gerais.

Correspondência: Dra. Waleska T. Caiaffa, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190, 10º andar, Belo Horizonte MG – 30130100. email:

wcaiaffa@medicina.ufmg.br

Resumo

Este estudo objetivou analisar a incidência de Aids em usuários de drogas injetáveis (UDI) no contexto dos Programas de Redução de Danos (PRD). A partir de um estudo transversal (Projeto AjUDE - Brasil II) onde UDI foram entrevistados no período de maio de 2000 a fevereiro de 2001, 478 usuários das cidades brasileiras de Porto Alegre (RS), São José do Rio Preto (SP) e Itajaí (SC) formaram uma coorte que foi acompanhada prospectivamente no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) por tempo médio de 1,29 anos. Seis indivíduos foram notificados como casos incidentes de Aids no SINAN, com uma densidade de incidência de 1,1 casos por 100 pessoas-ano; casos de Aids ocorreram somente entre UDI que relataram compartilhamento de agulhas e seringas e uso dos serviços dos PRD. Ausência de local de moradia nos últimos seis meses foi o único fator associado significativamente à ocorrência de Aids ($RR = 6,12$ e $p = 0,041$). Ser do sexo feminino ($RR = 5,30$ e $p = 0,088$) e relatar relação sexual com pessoas do mesmo sexo no passado ($RR=6,16$ e $p = 0,057$) são apresentados apesar de não atingirem a significância estatística usual. Esses achados confirmam a importância dos UDI na dinâmica da epidemia de Aids e de determinantes demográficos e sócio-econômicos na morbidade dessa parcela da população inserida nos segmentos sociais mais vulneráveis. É relevante a participação das mulheres como grupo de risco para a doença. Medidas preventivas ligadas ao uso indevido de drogas e melhores condições de vida devem ser buscadas para essa população.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids); Usuários de Drogas Injetáveis (UDI); Incidência;

Abstract

This paper presents the incidence of AIDS among outreached Injecting Drug Users (IDU) attending Needle Syringe Exchange Programs (SEP). From a cross-sectional survey (The AjUDE-Brazil II Project) 478 outreached IDU were interviewed from May, 2000 to February, 2001 in three Brazilian cities named Porto Alegre (RS), São José do Rio Preto (SP) and Itajaí (SC). They constituted a cohort, followed up during an average of 1.29 years, in the Brazilian surveillance database for Aids. Six IDU were newly diagnosed with Aids (1.1 cases per100 persons-years). Aids cases occurred only among IDU who ever have reported needle and syringe sharing and attended SEP. Homeless condition in the past six months were the only significantly variable associated with Aids (RR = 6,20 e p = 0,041). Female gender (RR = 5,30 e p = 0,088) and previous sexual intercourse with same-sex partner report (RR = 6,12 e p = 0,057) are presented but were not significant at usual levels. These findings reaffirm the importance of IDU in the dynamic of Brazilian Aids epidemic, and that demographics and social-economic factors are relevant in the morbidity of these vulnerable population. Also relevant it is the female participation in the Aids determinations. IDU are at increased risk of Aids, indicating the continued need for permanent surveillance and preventive strategies.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids); Injecting Drug Users (IDU); Incidence

Introdução

No Brasil, dos 362.363 casos de Aids notificados ao Ministério da Saúde pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) de 1980 a 30 de junho de 2004, 16,4% foram atribuídos ao uso de drogas injetáveis (Brasil, 2004). Em 1985, usuários de drogas injetáveis (UDI) representavam 2,7% do total destes casos e, a partir desse ano, houve um aumento expressivo na proporção de casos em UDI até o ano de 1993, quando cerca de 30% dos casos de Aids no Brasil estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis (Brasil, 2004).

Apesar de atualmente haver uma tendência de diminuição da proporção dos UDI nos casos novos de Aids, essa diminuição não se dá de forma homogênea em todo o território nacional, onde ainda encontramos cidades ou regiões, principalmente, no sul do país, onde os UDI constituem ainda um componente bastante significativo da epidemia de Aids (Caiaffa et al., 2003). Se, para o ano de 2003, a incidência geral de Aids na população brasileira foi estimada em 18,4 casos por 100.000 habitantes, não foram encontradas estimativas para a incidência da doença em UDI. Sabe-se apenas que a soroprevalência de HIV entre UDI em algumas cidades brasileiras se situa na faixa de 30%. Em cidades como Santos em São Paulo e em Itajaí em Santa Catarina, a prevalência de HIV entre usuários de drogas injetáveis já chegou a 60%, alcançando alarmante índice de mais de 65% em locais da região sul como Porto Alegre (Caiaffa et al., 2003).

Quanto à incidência de infecção pelo HIV entre UDI, estimada em 3,25 por 100 pessoas-ano nos Estados Unidos entre 1991 e 1994, foi relatado um declínio para 1,84 por 100 pessoas-ano no período de 1995 a 1998. São fatores de risco reconhecidos para infecção pelo HIV a injeção de cocaína, a frequência da injeção, o compartilhamento de agulhas e seringas, além de comportamentos sexuais como relações homossexuais e sexo com outro UDI (Nelson et al., 2002). Em outro estudo encontrou-se incidência de 1 a 3 casos por 100 pessoas ano em todos os Estados Unidos durante a década de 1990 (Vu et al., 2002)

A epidemia de Aids cresce com maior rapidez nas populações de menor escolaridade e nível sócio econômico (Bastos et al., 2000; Fonseca et al., 2000; Fonseca et al., 2002)

sendo que os casos de Aids em UDI fazem parte do grupo com a pior situação sócio-econômica desde o início da epidemia (Fonseca, 2003).

O presente estudo objetivou estimar a incidência de Aids em UDI participantes do Projeto AjUDE-Brasil II, bem como explorar os principais determinantes para esse evento.

Metodologia

O Projeto AjUDE-Brasil II foi um estudo transversal realizado de maio de 2000 a fevereiro de 2001 para entrevistar os freqüentadores dos PRD apoiados pela Unidade de Drogas e Aids do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (PN DST/Aids). O estudo objetivou caracterizar os perfis sócio-demográfico, comportamental e sorológico dos UDI acessados através dos PRD. Entrevistas estruturadas foram realizadas por técnicos e/ou agente redutores, devidamente treinados. Informações coletadas dos UDI abrangiam comportamento social, sexual, e do uso de drogas, além da caracterização da busca por tratamento de saúde tanto de drogas quanto em geral, além do histórico criminal. A coleta de sangue de polpa digital em papel filtro foi feita para a determinação da soroprevalência para o HIV, através da técnica do teste ELISA, realizada por dois métodos independentes (Caiaffa et al., 2001; Caiaffa et al., 2004). O uso do ELISA como único exame sorológico se justificou pela alta soroprevalência de HIV na população de UDI e conseqüente alto valor preditivo positivo para os testes usados (Caiaffa et al., 2001).

O universo deste estudo compreende três das seis cidades brasileiras do projeto AjUDE-Brasil II onde foi realizado um sub-estudo prospectivo: Porto Alegre (POA) no Rio Grande do Sul, São José do Rio Preto (SJP) em São Paulo e Itajaí (ITJ) em Santa Catarina. Estas cidades foram escolhidas baseadas no fato de possuírem PRD estruturados e terem possibilitado o acesso aos sistemas de vigilância epidemiológicos locais. Os 478 indivíduos entrevistados nestas cidades constituíram uma coorte, acompanhada nos anos de 2000 e 2001, para estimar, entre outros, a incidência de Aids nessa população. As informações coletadas na linha de base do inquérito foram utilizadas como variáveis de exposição e, em geral, referem-se aos seis meses prévios à entrevista.

A identificação dos casos novos de Aids foi obtida a partir de uma listagem dos UDI entrevistados na linha de base do Projeto Ajude-Brasil II, com nomes completos, data de nascimento, iniciais do nome das mães de todos os participantes, e busca ativa destes indivíduos nos bancos de dados completos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação para a Aids (SINAN-Aids), fornecido pelas respectivas Secretarias Municipais e/ou Estaduais de saúde. Também foram pesquisadas informações sobre mortalidade e encarceramento no Sistema Nacional de Mortalidade (SIM) e registros penitenciários locais, respectivamente. A partir da identificação e comprovação dos nomes dos UDI nestas listas, foram anotadas, quando disponíveis, as datas dos eventos. A data do diagnóstico de Aids foi considerada como a data da incidência de Aids.

Casos novos de Aids foram definidos como todos aqueles UDI comprovadamente encontrados no SINAN-Aids, no período de 10 de maio de 2000 a 31 de dezembro de 2001 e que não haviam sido registrados com data anterior à entrevista do UDI no estudo de campo do Projeto AjUDE-Brasil II. Seis indivíduos (n=6) preencheram esses critérios e foram considerados como casos incidentes.

Outros 56 casos de Aids, identificados como casos prevalentes por apresentarem data de diagnóstico anterior ao início do estudo, foram excluídos das análises de incidência de Aids. Sendo assim, 422 indivíduos permaneceram na amostra.

Para a análise estatística, algumas variáveis foram dicotomizadas da seguinte maneira: idade foi dicotomizada em duas categorias tendo como ponto de corte o número natural mais próximo à mediana; casados foram considerados aqueles que também viviam com algum companheiro (a) e solteiros incluíam separados e viúvos; HIV e HCV soropositivos foram aqueles ELISA positivos em qualquer amostra; risco sexual foi definido como relato de relações sexuais sem uso de preservativos em 100% das vezes nos últimos seis meses, independentemente do tipo da relação (homo ou heterossexual). Foi procurado passado de encarceramento nos UDI através das entrevistas. Foram considerados aqueles que relataram encarceramento anterior ou cumpriram pena no passado, além daqueles que constavam nos registros penitenciários locais antes do início das entrevistas. Indivíduos que foram encarcerados após as entrevistas (casos incidentes de encarceramento) não

foram considerados como tendo passado de encarceramento neste estudo. Demais informações foram obtidas pela resposta direta ao questionário.

Considerou-se o tempo de contribuição de cada indivíduo ao estudo para as medidas da incidência de Aids. Após análise descritiva dos 422 integrantes deste sub-estudo, procedeu-se a análise univariada entre os fatores de exposição e o evento de interesse. Comparações das taxas de densidade de incidência foram feitas pela técnica de regressão de Poisson ou teste do Qui-quadrado exato de Fischer, quando apropriado. Busca por associação entre duas variáveis de exposição foram feitas pelo teste do Qui-quadrado para proporções. A estimativa do risco relativo foi feita pela Razão do Risco (RR) e seu respectivo Intervalo de Confiança a 95% (IC). Gráficos utilizando a técnica de Kaplan-Meier (Bustamante-Teixeira, 2002) foram produzidos para visualizar a tendência de sobrevida dos UDI para o evento de interesse. Fatores de exposição significativos ou que apresentaram $p\text{-valor} \leq 0,20$ foram selecionados para a análise multivariada utilizando o modelo proporcional de Cox, com o intuito de produzir um modelo ajustado para fatores de confundimento (Bustamante-Teixeira, 2002). Análises de resíduos Martingale e Deviance foram feitas para todos os modelos multivariados (Hosmer, Lemeshow; 1998).

A pesquisa obedeceu às orientações e normas técnicas da Resolução 196/96 (CNS, 1996) tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG - N° ETIC 168/99.

Resultados

Análise descritiva:

Dos 422 UDI incluídos neste sub-estudo, pouco mais da metade (52,8%) eram procedentes de Porto Alegre (POA), 25,1% eram de São José do Rio Preto (SJP) e os outros 22,0% se encontravam em Itajaí (ITJ); homens formavam 79,4% da amostra e 63,3% dos UDI eram solteiros. Mais da metade (55,5%) tinha idade menor que 30 anos e 54,3% tinha relato de pele branca. A maioria dos UDI referiu possuir algum tipo de fonte de renda (87,9%), mas 81,2% relataram estar desempregado nos últimos 6 meses; cerca de um quarto (24,8%) não possuía local de moradia.

Mais da metade (64,6%) eram soropositivos para o HCV e 42,7% para o HIV. Do total de UDI estudado, 10,3% estavam submetidos a algum tipo de tratamento para HIV/Aids nos últimos seis meses e 52,4% já realizaram um teste para HIV na vida. A maior parte deles relatou nunca ter procurado tratamento de drogas (82,8%) ou de saúde (63,1%), sendo que 28,7% nunca usaram os serviços dos PRD. Também na tabela 1 observa-se algumas características daqueles 56 UDI que foram retirados da amostra. Esse grupo era significativamente diferente do anterior para algumas características como a soroprevalência para HIV de 98,2% e a proporção dos UDI que estavam fazendo algum tipo de tratamento para HIV-Aids nos últimos seis meses anteriores à entrevista foi de 58,9%.

Medianamente, o início do uso de drogas ocorreu aos 14 anos de idade e aos 18 já faziam uso de drogas injetáveis. A maioria relatou o uso de várias drogas simultaneamente incluindo álcool, tabaco, maconha, cocaína e *crack*. Três quartos (75,1%) relataram ter injetado alguma vez nos últimos seis meses e 7,4% o faziam mais de três vezes ao dia. Mais da metade da amostra compartilhou agulhas e seringas; 52,3% relataram ter recebido ou usado seringas de alguém na vida e 58,6% ter fornecido ou emprestado para alguém esses objetos.

O início da atividade sexual dos UDI se deu em torno de 14 anos de idade e 29,8% dos UDI relataram já ter tido relações sexuais com indivíduos do mesmo sexo, na maioria homens. Do grupo de UDI pesquisado, 42,1% relataram usar preservativos em 100% de suas relações sexuais ou estavam em abstinência sexual nos últimos seis meses, sendo considerados, neste estudo, como não apresentando risco sexual para DST.

A grande maioria relatou ter sido detida pela polícia (79,7%) e 43,3% cumpriram pena ou foram encarcerados na vida, com tempo mediano de um mês e meio de detenção. A análise descritiva encontra-se resumida na Tabela 1, comparando os indivíduos que restaram no estudo com aqueles que foram excluídos da análise por já apresentarem diagnóstico de Aids.

Para este estudo, o tempo médio de acompanhamento foi de 1,29 anos e 422 usuários compuseram um total de 544,08 pessoas-ano de observação. Dos seis novos casos

identificados, três eram de POA, dois de SJRP e um de ITJ. A densidade de incidência geral foi de 1,103 casos por 100 pessoas-ano sendo de 1,074 em POA, 1,420 em SJRP e 0,807 em ITJ por 100 pessoas-ano. Não foi encontrada diferença estatística destas taxas entre as localidades ($p = 0,68$).

Um caso incidente de Aids apresentou óbito três meses e meio após a data do diagnóstico da doença. A curva de probabilidade dos UDI para a ocorrência de Aids pode ser observada na Figura 1. Observa-se uma maior incidência no início do período. Ao final de 1 ano a chance de apresentar a síndrome da Aids era de mais de 2%.

Análise univariada:

Estado civil, idade, cor de pele, capacidade de ler, fonte de renda, relato de desemprego, sorologia para HCV, busca por tratamento de drogas nos últimos seis meses, tabagismo, uso de maconha, crack ou de drogas injetáveis nos últimos seis meses, idade de início de injeção de drogas e de início de vida sexual, histórico de brigas por causa de drogas e histórico de detenções não se associaram ao evento, apresentando valores de p superiores a 0,20. Outras variáveis estão nas Tabelas 2 e 3.

Todos os seis novos casos de Aids identificados tinham sorologia prévia positiva para o HIV e também relataram previamente práticas de compartilhamento de agulhas e/ou seringas, exposições consideradas de maior risco para Aids neste estudo, com risco relativo não podendo ser estimado nesse caso. Todos os casos também relataram já ter feito algum teste para detecção do HIV. Essa proporção foi significativamente diferente dos não-casos (0,031) proporção. Indivíduos que não possuíam local de moradia apresentaram seis vezes ($RR = 5,99$) mais chance de desenvolver a síndrome ($p = 0,04$). A influência do local de moradia na sobrevida dos UDI para Aids pode ser visualizada no gráfico 2. Observa-se uma diferença entre as curvas, com UDI sem local de moradia apresentando maior incidência da doença (Log-rank = 5,75 e $p = 0,016$).

Os UDI que relataram qualquer tipo de tratamento médico nos últimos seis meses ou estavam em tratamento para o HIV/Aids tinham, respectivamente, oito ($RR = 8,33$, $p = 0,049$) e quatro vezes e meia ($RR = 4,45$ e $p = 0,085$) maior a chance de já apresentarem o

diagnóstico de Aids quando comparados aos indivíduos que não tinham procurado tratamento, o que já era esperado. Apesar de não significativo, todos os casos incidentes de Aids relataram uso prévio dos serviços do PRD ($p = 0,19$). O menor uso de bebidas alcoólicas ou de cocaína cheirada no grupo de incidência de Aids demonstrou seguir o mesmo caminho da associação, indicando que indivíduos no início da síndrome diminuem o consumo de drogas com o avançar da doença. Quanto à exposição sexual, indivíduos categorizados como tendo usado preservativos de modo adequado apresentaram 7 vezes ($RR = 7,14$) mais chance de ter o diagnóstico de Aids ($p = 0,08$). A tabela 4 auxilia a entender esses fatos. Observa-se, para aqueles indivíduos HIV soropositivos, com notificação de Aids no SINAN ou com relato de estarem em tratamento para HIV/Aids, que há uma tendência maior para a procura pelo PRD ou por tratamento de saúde, para a diminuição no consumo de cocaína e álcool e para o aumento da proporção de indivíduos que praticam sexo seguro.

Mulheres (2 casos) apresentaram duas vezes ($RR = 2,04$) mais chances de contrair Aids em comparação aos homens, mas a associação não foi significativa, ($p = 0,41$). Os quatro casos restantes ocorreram em homens, sendo que em todos houve relato de relações sexuais com outros homens na vida, proporção de relato significativamente diferente dos não-casos ($p = 0,006$).

Quanto ao uso de álcool e drogas, as estimativas de ponto do RR apontaram para uma associação em direção ao grupo que negava o uso das mesmas. UDI que não usaram bebidas alcoólicas, que negaram o uso de cocaína cheirada assim como o uso de injetáveis nos 6 meses anteriores à entrevista apresentaram mais chance de ser diagnosticados com Aids, respectivamente com riscos de 4,48; 5,15 e 1,54 (Tabela 3).

Todas as variáveis de exposição que apresentaram associação com a incidência de Aids com valores de p menor ou igual a 0,20 foram candidatas para a análise de regressão de Cox. Exposições relativas ao compartilhamento de agulhas e seringas não foram usadas nessa etapa da análise, pois as incidências nulas nos grupos não expostos não o permitiam. Em detrimento de que o único fator de risco estatisticamente significativo encontrado nos modelos tenha sido a ausência de local de moradia nos seis meses prévios à entrevista ($RR=6,2$, $p=0,041$), optou-se por um modelo final que incluía história de relação sexual

com o mesmo sexo na vida ($RR=6,2$, $p=0,057$) e sexo feminino do UDI ($RR=5,3$, $p=0,088$), considerando a magnitude da associação, a plausibilidade biológica e o baixo poder de detecção dos testes. A análise de regressão pelo método de riscos proporcionais de Cox está apresentada na Tabela 5. Análises de resíduos mostrou uma boa adequação e ajuste dos modelos finais.

Discussão

Neste estudo, foram encontradas taxas de incidência de Aids entre UDI superiores a 1%. Não foram encontradas referências nacionais e internacionais para comparação dessas taxas em UDI, na época de conclusão desse estudo. Quando comparadas pela taxa de infecção pelo HIV, observa-se que ela fica próxima da taxa de 1 a 3 casos por 100 pessoas-ano encontrada atualmente nos Estados Unidos, com tendência a queda (Vu et al., 2002).

Verifica-se que houve diferenças significativas nas características que compunham o grupo de 56 indivíduos excluídos da amostra por já apresentarem o diagnóstico de Aids antes do período de estudo (tabela 1). Entretanto, já era esperado que as características com diferenças mais significativas seriam aquelas que são fatores de risco já conhecidos para o desenvolvimento de Aids.

O risco de desenvolvimento de Aids associou-se aos fatores de risco para a infecção pelo HIV neste grupo, representado pelo compartilhamento de agulhas e/ou seringas, ser do sexo feminino e relatar relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, além de um marcador de baixas condições de vida, apontando para a vulnerabilidade a que está submetida essa população. Os UDI podem estar, provavelmente, representando um dos grupos de maior risco para agravos à saúde, inclusive para HIV/Aids. Reforça-se aqui a importância de se investir em medidas preventivas nessa parcela da população.

O estudo confirma o uso compartilhado de agulhas e/ou seringas como um dos principais determinantes da incidência de HIV/Aids. Reforça-se também, a importância das formas de prevenção para inibir a prática de uso coletivo de equipamentos contaminados.

Em 2003, existiam 18,8 casos de Aids para cada 100 mil habitantes no Brasil. Patamares de estabilização da epidemia ocorrem somente para homens, sendo registrado para mulheres 14 casos para cada 100 mil habitantes, número que vem crescendo, comparado com os anos anteriores. (Brasil 2002). Neste estudo observou-se uma incidência maior em mulheres o que parece confirmar a hipótese de que as mulheres estão se tornando mais vulneráveis à Aids (Brasil 2002, Vermelho, 1999).

Observa-se a importância de indicadores de nível sócio-econômico como marcadores da morbidade em UDI. Esses dados parecem confirmar a pauperização da Epidemia de HIV/Aids (Szwarcwald et al., 2000). Torna-se importante a necessidade de se eleger os indivíduos de nível sócio-econômico mais baixo como alvo principal dos programas de prevenção em saúde.

Esse estudo possui algumas limitações. A principal delas é o pequeno número de eventos que foram coletados no curto espaço de acompanhamento. Várias associações podem não ter sido encontradas por falta de poder estatístico nos testes utilizados. Isso justifica consideração de que podem ser consideradas significativas as associações estatísticas encontradas que apresentaram valores de p limítrofes abaixo de 0,10. Seria necessário o acompanhamento de um número maior de UDI por um tempo maior para podermos garantir a significância e elucidar melhor todos os fatores de risco para a morbidade por Aids em UDI.

Vale ressaltar que as incidências aqui apresentadas apresentam valores que podem estar aquém daqueles encontrados na realidade dos UDI visto que o SINAN pode apresentar uma subnotificação acentuada, tal como a de 42,7% observada no município do Rio de Janeiro (Ferreira et al., 1999). Observaram-se seis casos de UDI que foram incluídos no SINAN como apresentando Aids na ocasião de seu óbito. Não foi considerado prudente incluí-los na análise pois não se pode afirmar que sejam casos incidentes, uma vez que eles só se revelaram no instante do óbito. Mas se, por exercício, considerá-los casos incidentes e somá-los aos seis casos incidentes deste estudo, poder-se-ia imaginar um atraso de notificação de 50% . Sendo assim, esse atraso significa que as taxas de incidência de Aids podem, guardados os cuidados, ser até duas vezes maiores que as aqui apresentadas.

Outra limitação importante desse estudo é a presença de vieses de prevalência. Para esse estudo de incidência de Aids, algumas variáveis de exposição que representam fatores de risco clássicos para a Aids se comportaram como fatores de proteção. Hipotetizamos que indivíduos com sintomas prévios ao diagnóstico da Síndrome de Aids poderiam inverter o seu comportamento de risco. Isso explica o relato de três vezes mais chances de Aids entre aqueles que relataram algum tipo de tratamento médico nos últimos seis meses quando comparado aos indivíduos sem tratamento e o menor uso de bebidas alcoólicas ou de cocaína cheirada no grupo de incidência de Aids. Esse viés parece explicar também o maior risco para apresentar Aids nos indivíduos com uso de preservativos adequado.

O uso do PRD esteve associado à maior incidência de Aids. Esse achado encontra respaldo em publicações internacionais (Bruneau et al., 1997), sugerindo que os PRD destas cidades estão acessando uma parcela dos UDI, provavelmente em precárias condições de saúde e vida, onde muitos já estão contaminados pelo HIV e procuram tardiamente o serviço para tratamento de saúde, quando já apresentam os sintomas iniciais da doença.

Devido ao pequeno número de eventos coletados, certas exposições apresentaram uma tendência para a associação ($p < 0,20$) ou estimativas de risco relativo importantes, algumas acima de 2,0, mas não foram estatisticamente significativas. Isso pode se dever ao baixo poder dos testes estatísticos usados na busca por associações.

A função de redução de danos e prevenção desempenhada pelos PRD pode não estar atingindo todos aqueles que deveriam ser o alvo de suas ações nos momentos apropriados, isto é, antes da contaminação pelo HIV. O PRD pode estar cumprindo de maneira satisfatória apenas o seu papel como instrumento de prevenção secundária ou terciária, mas ainda existem falhas no acesso aos UDI para a prevenção primária e promoção da saúde.

Outras pesquisas são necessárias para esclarecer melhor os determinantes da morbidade dos UDI. Entretanto, este estudo ressalta a importância da Aids na vida dos UDI e a importância dos UDI na epidemia de Aids. Quaisquer medidas que venha a ser tomadas para a melhoria do controle da epidemia de HIV/Aids devem incluir de forma prioritária essa parcela da população e os PRD enquanto os mecanismos mais eficientes para atingi-la.

Agradecimentos

Este estudo foi realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, com o apoio técnico e financeiro do Projeto de Cooperação entre o Programa Nacional de DST e Aids e o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime, UNODC, no. AD/BRA/99/EO2.

Referências

Brasil 2002. Boletim Epidemiológico de AIDS XVI; Ano XVIII nº 01- 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2004. Brasília. Ministério da Saúde.

Caiaffa, W. T., 2003. *Projeto AjUDE – Brasil II: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de drogas injetáveis dos Projetos de Redução de danos apoiados pelo PN-DST/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Caiaffa WT 2003. The Dynamics of the human Immunodeficiency Virus Epidemics in the South of Brazil: Increasing Role of Injection Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*; 37(5): S376-81

Nelson KE, Galai N, Safaeian M, Strathdee SA, Celentano DD, Vlahov D. Temporal trends in the incidence of human immunodeficiency virus infection and risk behavior among injection drug users in Baltimore, Maryland, 1988-1998. *Am J Epidemiol* 2002 Oct 1;156(7):641-53.

Caiaffa WT. Projeto AjUDE-Brasil. Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CNDST e Aids. Brasília, CNDST e Aids/Ministério da Saúde, Série Avaliação no. 6, Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 324p. www.aids.gov.br

Bastos, FI Szwarcwald, CL. 2000. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, 2000, vol.16 supl.1, p.65-76.

Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, 2000. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública*, vol.16 supl.1, p.77-87

Fonseca MGP, Szwarcwald CI e Bastos FI, 2002. Análise sociodemográfica da epidemia de AIDS no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pública*;36(6):678-85

Fonseca MGP, Travassos C, Bastos FI, 2003. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad. Saúde Pública*, set./out. vol.19, no.5, p.1351-1363.

Bustamante-Teixeira MT, Faerstein E, Latorre MR. Técnicas de análise de sobrevida. *Cad. Saúde Pública*, Jun 2002, vol.18, no.3, p.579-594.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Survival Analysis: regression modeling of time to event data*. New York: Wiley series in probability and statistics; 1998.

Ferreira VMB, Portela MC. Avaliação da subnotificação de casos de Aids no Município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Abr 1999, vol.15, no.2, p.317-324.

Riley ED, Bangsberg DR, Guzman D, Perry S, Moss AR. Antiretroviral Therapy, Hepatitis C Virus, and AIDS Mortality Among San Francisco's Homeless and Marginally Housed. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005 Feb 1;38(2):191-195.

Vermelho LL, Barbosa RH, Nogueira SA. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. *Cad Saude Publica* 1999 Apr;15(2):369-79.

Vu MQ, Steketee RW, Valleroy L, Weinstock H, Karon J, Janssen R. HIV incidence in the United States, 1978-1999. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002 Oct 1;31(2):188-201.

Bruneau J, Lamothe F, Franco E, Lachance N, Desy M, Soto J, et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *Am J Epidemiol* 1997 Dec 15;146(12):994-1002.

Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Erringer EA, Edlin BR. The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *AIDS* 2000 Mar 31;14(5):605-11.

Brown LS, Jr. Seroepidemiology of HIV infection in two cohorts of intravenous drug users in New York City. *J Natl Med Assoc* 1988 Dec;80(12):1313-7.

Caiaffa WT, Mingoti SA, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Silva RC, Lopes AC, et al. Estimation of the number of injecting drug users attending an outreach syringe-exchange program and infection with human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C virus: the AjUDE-Brasil project. *J Urban Health* 2003 Mar;80(1):106-14.

Des J, Marmor M, Friedmann P, Titus S, Aviles E, Deren S, et al. HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. *Am J Public Health* 2000 Mar;90(3):352-9.

Nelson KE, Vlahov D, Solomon L, Cohn S, Munoz A. Temporal trends of incident human immunodeficiency virus infection in a cohort of injecting drug users in Baltimore, Md. *Arch Intern Med* 1995 Jun 26;155(12):1305-11.

Strathdee SA, Galai N, Safaiean M, Celentano DD, Vlahov D, Johnson L, et al. Sex differences in risk factors for hiv seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Arch Intern Med* 2001 May 28;161(10):1281-8.

Tabela 1. Características selecionadas de 422 UDI participantes e 56 UDI excluídos do estudo de Incidência de Aids do Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001

Características	Participantes (n)	%	Excluídos (n)	%	p
Demográficas					
Sexo masculino	335	79,4	41	73,2	0,29
Idade < 30 anos	234	55,5	14	25,0	<0,001
Vive só	266	63,3	39	69,6	0,355
Cor de pele branca	229	54,3	37	66,1	0,098
Sabem ler	365	86,5	52	92,9	0,18
Possuíam alguma renda ¹	355	87,9	46	82,1	0,23
Desempregado ¹	336	81,2	48	90,6	0,092
Com local de moradia ¹	315	75,2	38	67,9	0,239
Condições de saúde					
Soroprevalentes para HCV	244	64,6	50	90,9	<0,001
Soroprevalentes para HIV	180	42,7	55	98,2	<0,001
Em tratamento para HIV/Aids ¹	42	10,3	33	58,9	<0,001
Busca pelo teste para HIV na vida	221	52,4	51	91,1	<0,001
Busca por tratamento de drogas ¹	347	82,8	43	78,2	0,397
Busca por tratamento de saúde ¹	262	63,1	19	33,9	<0,001
Uso do PRD na vida	301	71,3	53	94,6	<0,001
Comportamento de drogas					
Idade de início de uso de drogas < 14 anos	159	37,7	30	53,6	0,022
Idade de início de injeção de drogas < 18 anos	205	48,6	30	53,6	0,483
Uso de drogas injetáveis ¹	317	75,1	47	83,9	0,146
Frequência diária de injeção maior que três vezes	31	7,4	6	10,7	0,391
Uso de bebidas alcoólicas	380	90,3	48	85,7	0,292
Tabagismo	360	85,3	45	80,4	0,333
Uso de maconha	356	84,4	42	75,0	0,078
Uso de cocaína cheirada	303	72,1	33	58,9	0,041
Uso de crack	198	47,3	23	41,1	0,384
Recebeu ou usou seringas na vida	216	52,3	43	79,6	<0,001
Deu ou emprestou seringas na vida	243	58,6	42	77,8	0,006
Comportamento sexual					
Idade de início da vida sexual < 14 anos	171	40,5	28	50,0	0,176
Relato de feridas ou corrimentos ¹	75	18,2	15	28,3	0,080
Risco Sexual: sexo 100% não protegido ¹	242	57,9	22	39,3	0,008
Relação sexual com parceiros do mesmo sexo na vida	125	29,8	18	32,7	0,652
Comportamento social					
Brigas e agressões por drogas na vida	188	46,7	30	55,6	0,219
Detenção pela polícia na vida	321	79,7	49	89,1	0,096
Cumpriu pena ou foi condenado na vida	174	43,3	35	63,6	0,004

Informações ignoradas variaram de 1(0,2%) a 45(9,4%). ¹Informação referente aos últimos seis meses.

Tabela 2. Incidência de Aids de acordo com características demográfica e de condições de saúde selecionadas dos 422 UDI participantes o Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Exposições	Incidência de Aids		
	N (DI)¹	RR² (IC 95%)	p
Sexo			
Masculino	4 (0,92)	1,00	
Feminino	2 (1,87)	2,04 (0,37 - 11,11)	0,410
Estado Civil			
Casado	1 (0,51)	1,00	
Solteiro	5 (1,44)	2,80 (0,32 - 24,02)	0,346
Fonte de renda nos últimos 6 meses			
Sim	5 (1,1)	1,00	
Não	1 (1,56)	1,41 (0,16 - 12,06)	0,754
Local de moradia nos últimos 6 meses			
Sim	2 (0,49)	1,00	
Não	4 (2,96)	5,99 (1,09 - 32,70)	0,039
Soroprevalência para HCV			
Negativo	1 (0,60)	1,00	
Positivo	5 (1,57)	2,62 (0,31 - 22,49)	0,378
Soroprevalência para HIV			
Negativo	0 (0)	-	
Positivo	6 (2,54)	-	0,006
Fez tratamento para HIV/Aids nos últimos 6 meses			
Não	2 (0,84)	1,00	
Sim	4 (3,75)	4,45 (0,82 - 4,33)	0,085
Fez teste para HIV/Aids na vida			
Não	0(0,00)	-	
Sim	6 (2,07)	-	0,031
Busca por tratamento de drogas nos últimos 6 meses			
Sim	1 (1,09)	1,00	
Não	5 (1,12)	1,03 (0,12 - 8,79)	0,981
Busca por tratamento de saúde nos últimos 6 meses			
Não	1 (0,3)	1,00	
Sim	5 (2,54)	8,33 (1,01 - 71,43)	0,049
Uso do PRD durante a vida			
Sim	6 (1,52)	-	0,190
Não	0 (0)	-	

¹Densidade de Incidência. ²Razão de Risco com intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3. Incidência de Aids de acordo com características de uso de drogas, comportamento sexual e social selecionadas dos 422 UDI participantes o Projeto AjUDE - Brasil II, 2000-2001.

Exposições	Incidência de Aids		
	N (DI)¹	RR (IC 95%)²	P
Idade de início do uso de drogas			
≥14 anos	2 (0,59)	1,00	
<14 anos	4 (1,95)	3,33 (0,61 - 16,67)	0,167
Uso de drogas injetáveis nos últimos 6 meses			
Sim	4 (0,97)	1,00	
Não	2 (1,5)	1,54 (0,28 - 8,33)	0,620
Uso de bebidas alcoólicas nos últimos seis meses			
Sim	4 (0,82)	1,00	
Não	2 (3,75)	4,48 (0,82 - 24,45)	0,078
Uso de cocaína cheirada nos últimos seis meses			
Sim	2 (0,51)	1,00	
Não	4 (2,67)	5,15 (0,94 - 28,01)	0,056
Recebeu ou usou seringas de alguém na vida			
Nunca	0 (0)	-	
Sim	6 (2,14)	-	0,031
Deu ou emprestou seringas para alguém na vida			
Nunca	0 (0)	-	
Sim	6 (1,9)	-	0,044
Risco Sexual			
Presente	1 (0,32)	1,00	
Ausente	5 (2,21)	6,71 (0,78 - 57,47)	0,077
Relação sexual com parceiros do mesmo sexo			
Não	2 (0,56)	1,00	
Sim	4 (2,47)	4,68 (0,86 - 25,54)	0,075
Cumpriu pena ou foi condenado na vida			
Não	2 (0,68)	1,00	
Sim	4 (1,77)	2,61 (0,48- 14,26)	0,267

¹Densidade de Incidência. ²Razão de Risco com intervalo de confiança de 95%.

Tabela 4: Associação entre indicadores de doença por HIV e Aids e algumas exposições sujeitas a viés de prevalência.

	HIV ¹ %	p	Aids ² %	p	Tratamento para Aids ³ %	p
Busca de tratamento de saúde 6 meses prévios						
Sim	68,8	<0,001	19,5	<0,001	54,8	<0,001
Não	36,7		6,8		16,4	
Uso do PRD na vida						
Sim	51,4	0,11	15,0	<0,001	42,4	0,066
Não	43,1		2,4		25	
Uso de bebidas alcoólicas nos últimos seis meses						
Sim	48,5	0,25	11,2	0,29	37,2	0,073
Não	57,1		16,3		56,0	
Uso de cocaína cheirada nos últimos seis meses						
Sim	47,3	0,15	9,8	0,04	38,3	0,627
Não	54,7		16,4		42,1	
Risco Sexual						
Sim	43,0	0,002	8,3	0,008	30,7	0,018
Não (Sexo seguro)	57,6		16,2		47,5	

¹Proporção de UDI HIV positivos confirmados pelo ELISA. ²Proporção de UDI

diagnosticados para Aids no SINAN. ³Relato de algum tratamento para HIV/Aids nos últimos seis meses.

Tabela 5: Estimativas da razão de densidade de incidência para Aids ajustada pelo método de regressão de Cox.

	Estimativa	Razão de Risco	Intervalo de Confiança	Valor de p
Sexo feminino ¹	1,67	5,304	(0,78 - 36,08)	0,088
Ausência de local de moradia nos 6 meses anteriores ²	1,82	6,206	(0,95 - 40,62)	0,041
Relação sexual com parceiro do mesmo sexo ³	1,82	6,162	(1,07 - 35,31)	0,057

¹comparação com sexo masculino. ²comparação com indivíduos que relataram ter local de moradia nos últimos seis meses. ³comparação com indivíduos que só relataram relações sexuais com o sexo oposto incluindo homens e mulheres.

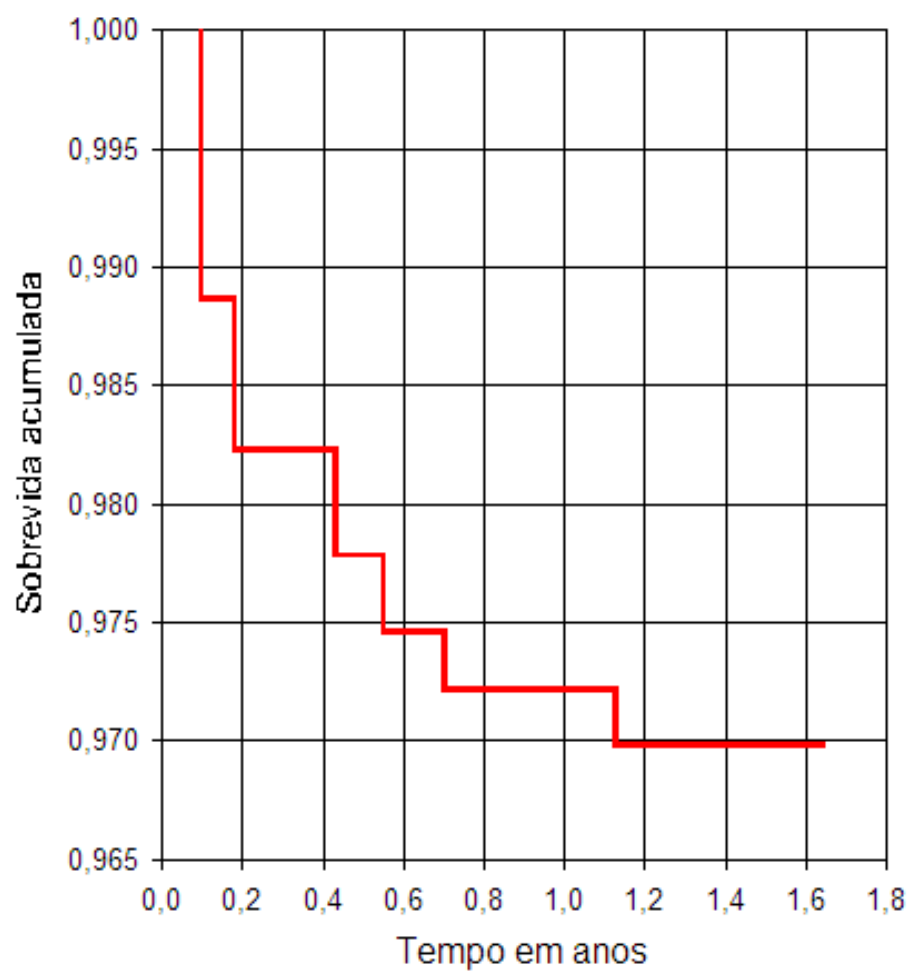


Gráfico 1. Probabilidade de desenvolvimento de Aids em UDI pelo método de Kaplan-Meier.

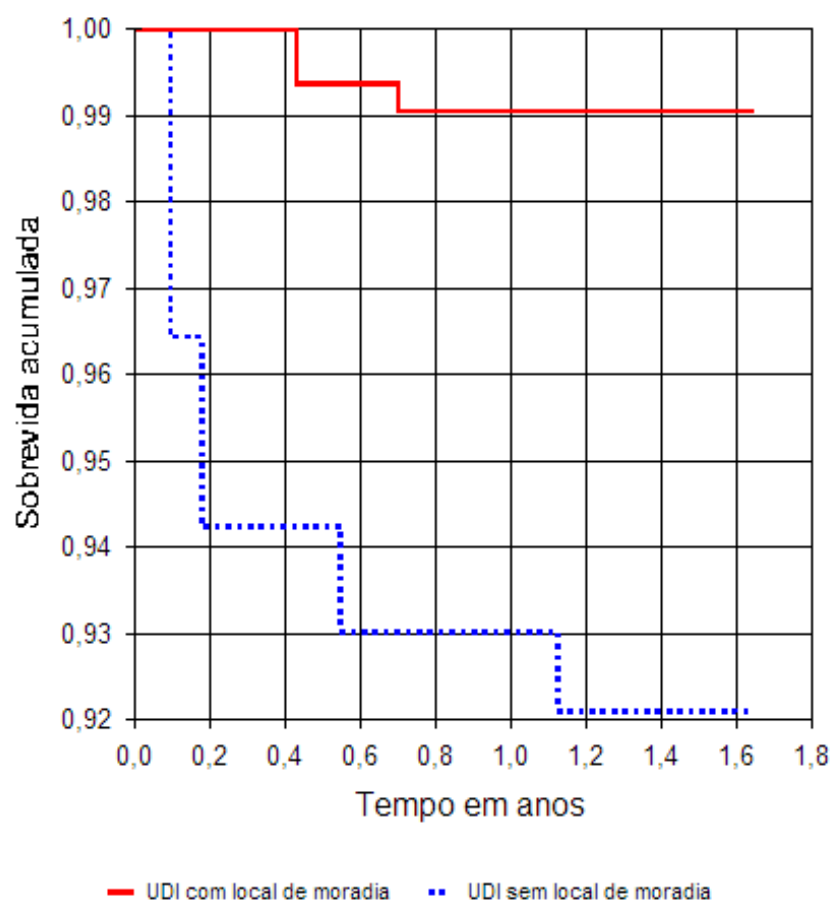


Gráfico 2. Probabilidade de desenvolvimento de Aids em UDI pelo método de Kaplan-Meier estratificado por condição de moradia.

4. ARTIGO 2

**PROJETO AJUDE – BRASIL II: MORTALIDADE EM USUÁRIOS DE
DROGAS INJETÁVEIS**

**THE AJUDE – BRAZIL II PROJECT: MORTALITY IN INJECTING
DRUG USERS**

Mortalidade em Usuários de Drogas Injetáveis

Mortality in Injecting Drug Users

Mauro Nogueira Cardoso¹

Waleska Teixeira Caiaffa^{2,3,4}

Sueli Aparecida Mingoti⁵

Projeto AjUDE-Brasil II

¹ Aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; ² Departamento de Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); ³ Observatório em Saúde Urbana em Belo Horizonte (OSUBH); Grupo de Pesquisa em Epidemiologia – GPE-UFMG; ⁴ Conselho Nacional de Desenvolvimento de Pesquisa – CNPq (bolsa de produtividade); ⁵ Departamento de Estatística, Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Minas Gerais.

Correspondência: Dra. Waleska T. Caiaffa, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190, 10º andar, Belo Horizonte MG – 30130100. email: wcaiaffa@medicina.ufmg.br

Resumo

Este estudo objetivou analisar a mortalidade em usuários de drogas injetáveis (UDI) no contexto dos Programas de Redução de Danos (PRD). A partir de um estudo transversal (Projeto AjUDE - Brasil II) onde UDI foram entrevistados no período de maio de 2000 a fevereiro de 2001, 478 usuários das cidades brasileiras de Porto Alegre (RS), São José do Rio Preto (SP) e Itajaí (SC) formaram uma coorte que foi acompanhada prospectivamente nos sistemas nacionais de vigilância por tempo médio de 1,29 anos. Dezesete (17) óbitos foram identificados no Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), com uma taxa de mortalidade de 2,8 óbitos por 100 pessoas-ano. Óbitos, foram observados somente entre homens e entre aqueles que negaram busca de tratamento para o uso de drogas. Os fatores de exposição significativamente associados foram: não possuir local de moradia ($RR = 3,0$ e $p = 0,047$) e fonte de renda ($RR = 2,6$ e $p = 0,055$), ser HIV soropositivo ($RR = 4,5$ e $p = 0,021$) e nunca ter sido encarcerado ($RR = 3,7$ e $p = 0,018$). Esses achados confirmam a importância dos UDI como grupo em alto risco para óbitos e de determinantes demográficos e sócio-econômicos na mortalidade dessa parcela da população inserida nos segmentos sociais mais vulneráveis. É relevante a participação dos homens como grupo de risco para os óbitos. Medidas preventivas ligadas ao uso indevido de drogas e melhores condições de vida devem ser buscadas para essa população.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids); Usuários de Drogas Injetáveis (UDI); Mortalidade

Abstract

This paper presents the mortality among outreach Injecting Drug Users (IDU) attending Needle Syringe Exchange Programs (SEP). From a cross-sectional survey (The AjUDE-Brazil II Project) 478 IDU were interviewed from May, 2000 to February, 2001 in three Brazilian cities named Porto Alegre (RS), São José do Rio Preto (SP) and Itajaí (SC). They constituted a cohort, followed up during an average of 1.29 years, in the Brazilian surveillance database for death. 17 deaths were reported, with a mortality rate of 2.8 deaths per 100 persons-years.

Deaths occurred only among males and those who did not look for mental health treatment, with the following significant variables associated: being homeless ($RR = 3,0$ e $p = 0,047$) and without income ($RR = 2,6$ e $p = 0,055$), HIV seropositive ($RR = 4,5$ e $p = 0,021$) and never being incarcerated ($RR = 3,7$ e $p = 0,018$). These findings reaffirm the importance of IDU in the Brazilian death rates and that demographics and social-economic factors are relevant in the mortality of these vulnerable population. Also relevant it is the male participation in the mortality profile. IDU are at increased risk mortality, indicating the continued need for permanent surveillance and preventive strategies.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids); Injecting Drug Users (IDU); Mortality

Introdução

Usuários de Drogas Injetáveis estão entre a parcela da população exposta aos maiores riscos de mortalidade. Não só no Brasil, mas em vários países, as altas taxas de mortalidade em UDI são amplamente reconhecidas (Vlahov et al., 2004, Copeland et al., 2004).

Dentre as principais causas de óbito em UDI destacam-se aquelas ligadas à overdose devido ao uso de drogas injetáveis, pneumonia e endocardite bacteriana, e causas externas como suicídios e homicídios. Atualmente, devido à epidemia de HIV/Aids, as causas relacionadas à doença por HIV constituem a principal causa de óbito nessa população (Zaccarelli et al., 1994; Van Ameijden et al., 2001).

As taxas de mortalidade, estimadas em 6,4 por 100 pessoas-ano na Holanda de 1985 a 1993 para UDI soropositivos para o HIV e de 1,8 para UDI soronegativos (van Haastrecht et al., 1996), variaram a 3,3 óbitos por 100 pessoas-ano para o período de 1999 a 2000 nos EUA (Vlahov et al., 2004) e 2,3 óbitos por 100 pessoas-anos em Edinburgh de 1980 a 2001, na Escócia (Copeland et al., 2004). Não foram encontradas estimativas brasileiras para essa taxa.

Os fatores de risco mais relevantes associados aos óbitos no grupo de UDI são as doenças infecciosas transmissíveis, sobretudo aquelas relacionadas à Aids, infecção pelo HIV, diagnóstico clínico de Aids e diminuição dos níveis de linfócitos CD4 (Vlahov et al., 2004; Copeland et al., 2004).

O presente estudo objetivou estimar a mortalidade em UDI participantes do Projeto AjUDE-Brasil II, bem como explorar os principais determinantes para esse evento.

Metodologia

O Projeto AjUDE-Brasil II foi um estudo transversal realizado de maio de 2000 a fevereiro de 2001 para entrevistar freqüentadores dos PRD apoiados pela Unidade de Drogas e Aids

do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (PN DST/Aids). O estudo objetivou caracterizar os perfis sócio-demográfico, comportamental e sorológico dos UDI acessados através dos PRD. Entrevistas estruturadas foram realizadas por técnicos e/ou agente redutores, devidamente treinados. Informações coletadas dos UDI abrangiam comportamento social, sexual, e do uso de drogas, além da caracterização da busca por tratamento de saúde tanto de drogas quanto em geral, além do histórico criminal. Coleta de sangue em papel filtro e o uso da técnica do ELISA possibilitaram determinar a soroprevalência para o HIV e do vírus da Hepatite C, dentre outras. (Caiaffa, 2001; Caiaffa et al., 2004).

O universo deste estudo compreende três das seis cidades brasileiras do projeto geral onde foi realizado um sub-estudo prospectivo: Porto Alegre (POA) no Rio Grande do Sul, São José do Rio Preto (SJP) em São Paulo e Itajaí (ITJ) em Santa Catarina. Estas cidades foram escolhidas baseadas no fato de possuírem PRD estruturados e terem possibilitado o acesso e busca ativa nos sistemas de vigilância locais. Os 478 indivíduos entrevistados nestas cidades constituíram uma coorte, acompanhada nos anos de 2000 e 2001, para estimar, entre outros, a mortalidade nessa população. As informações coletadas na linha de base do inquérito foram utilizadas como variáveis de exposição e, em geral, referem-se aos seis meses prévios à entrevista, quando não especificado o contrário.

A identificação dos óbitos foi obtida a partir de uma listagem dos UDI entrevistados na linha de base do Projeto Ajude-Brasil II, com nomes completos, data de nascimento, iniciais do nome das mães de todos os participantes, e busca ativa destes indivíduos nos bancos de dados completos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação para a Aids (SINAN-Aids) e Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) locais, fornecidos pelas respectivas Secretarias Municipais e/ou Estaduais. A partir da identificação e comprovação dos nomes dos UDI nestas listas, foram anotadas, quando disponíveis, as datas dos óbitos e a causa básica do óbito, quando pertinente.

Óbitos (n=17) foram definidos como todos UDI comprovadamente encontrados no SIM, no período de 10 de maio de 2000 a 31 de dezembro de 2001, do total de 478 indivíduos entrevistados.

Para a análise estatística, algumas variáveis foram dicotomizadas da seguinte maneira: idade foi dicotomizada em duas categorias tendo como ponto de corte o número natural mais próximo à mediana; casados foram considerados aqueles que também viviam com algum companheiro (a) e solteiros incluíam separados e viúvos; HIV e HCV soropositivos foram aqueles ELISA positivos em qualquer amostra; risco sexual foi definida como relato de relações sexuais sem uso de preservativos em 100% das vezes nos últimos seis meses, independentemente do tipo da relação (homo ou heterossexual). A história pregressa de encarceramento foi procurado nesse estudo. Foram considerados aqueles que relataram encarceramento anterior ou cumpriram pena no passado, além daqueles que constavam nos registros penitenciários locais antes do início das entrevistas. Indivíduos que apresentaram um encarceramento após o início das entrevistas (casos incidentes de encarceramento) não foram considerados como tendo passado de encarceramento neste estudo. Os indivíduos que apresentaram Aids em data anterior à entrevista no registro do Sistema Nacional de Agravos de Notificação para Aids (SINAN - Aids) para as três localidades pesquisadas foram anotados. Casos incidentes de Aids foram considerados neste estudo. Demais informações foram obtidas pela resposta direta ao questionário.

Considerou-se o tempo de contribuição de cada indivíduo ao estudo para o cálculo da mortalidade. Após análise descritiva dos 478 integrantes deste sub-estudo, procedeu-se à análise univariada entre os fatores de exposição e o evento de interesse. Comparações das taxas de densidade de incidência de óbitos foram feitas pela técnica de regressão de Poisson ou teste do Qui-quadrado exato de Fisher, quando apropriado. Busca por associação entre duas variáveis de exposição foram feitas pelo teste do Qui-quadrado para proporções. A estimativa do risco relativo foi feita pela Razão do Risco (RR) e seu respectivo Intervalo de Confiança a 95% (IC). Gráficos utilizando a técnica de Kaplan-Meier (Bustamante-Teixeira, 2002) foram produzidos para visualizar a tendência de sobrevida dos UDI de acordo com exposições de interesse. Fatores de exposição significativos ou que apresentaram $p \leq 0,20$ foram selecionados para a análise multivariada utilizando o modelo proporcional de Cox, com o intuito de produzir um modelo ajustado para fatores de confusão (Bustamante-Teixeira, 2002). Análises de resíduos Martingale e Deviance foram feitas para todos os modelos multivariados. (Hosmer, Lemeshow; 1998).

A pesquisa obedeceu às orientações e normas técnicas da Resolução 196/96 (CNS, 1996) tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG - N° ETIC 168/99.

Resultados

Análise descritiva:

Dos 478 UDI incluídos neste estudo, pouco mais da metade (52,9%) eram procedentes de Porto Alegre (POA), 26,8% eram de São José do Rio Preto (SJP) e os outros 20,3% se encontravam em Itajaí (ITJ); 78,7% eram homens e 64,1% solteiros. Apresentavam idade média de $30 \pm 8,7$ anos e 55,8% foram considerados como tendo cor de pele branca. A maioria dos UDI referiu possuir algum tipo de fonte de renda (87,2%), mas 82,2% relataram estar desempregado nos últimos 6 meses; cerca de um quarto (25,7%) não possuía local de moradia.

Dois terços (67,9%) eram soropositivos para o HCV e metade (49,3%) para o HIV. A maior parte deles relatou nunca ter procurado tratamento de drogas (82,3%) ou de saúde (59,7%), sendo que 74,1% relataram nunca ter usado os serviços dos PRD. Quanto ao HIV/Aids, 16,1% relataram estar submetido a algum tipo de tratamento para HIV/Aids nos últimos seis meses e 56,9% já tinha realizado o teste para HIV em algum momento da vida.

Em média, o início do uso de drogas ocorreu aos 14 anos de idade e aos 18 já faziam uso de drogas injetáveis. Em geral, relataram o uso de várias drogas simultaneamente incluindo álcool, tabaco, maconha, cocaína e *crack*. Três quartos (76,2%) relataram ter injetado alguma vez nos últimos seis meses e 7,7% o faziam mais de três vezes ao dia. Mais da metade da amostra compartilhou agulhas e seringas; 55,5% relataram ter recebido ou usado seringas de alguém na vida e 60,8% forneceu ou emprestou para alguém esses objetos.

O início da atividade sexual dos UDI se deu em torno de 14 anos e 35,2% dos UDI masculinos relataram já ter tido relações sexuais com homens na vida. 44,3% relataram usar preservativos em 100% de suas relações sexuais ou estavam em abstinência sexual nos últimos seis meses, sendo considerados, neste estudo, como não apresentando risco sexual para DST;.

A grande maioria dos UDI foi detida pela polícia (81,4%) e 45,7% cumpriu pena em regime de encarceramento na vida, com tempo mediano de um mês e meio. A análise descritiva encontra-se na Tabela 1.

Considerando que ocorreram 17 óbitos após o estudo de campo, a taxa de mortalidade geral foi calculada como sendo de 2,77 por 100 pessoas-ano, por período médio de acompanhamento de 1,28 anos. Por cidade foi encontrada uma taxa de 1,16 óbitos por 100 pessoas-ano em SJRP (n=2) e 1,56 óbitos por 100 pessoas-ano (n=2) em ITJ. POA apresentou a maior mortalidade, com 4,16 óbitos por 100 pessoas-ano (n=13), comportando-se de maneira estatisticamente diferente do conjunto das outras duas cidades ($p = 0,047$).

Na Figura 1 é apresentada a curva de sobrevida dos UDI. Observa-se uma mortalidade acentuada no início do período e, ao final de um ano, mais de 3% da amostra havia falecido.

A causa básica do óbito mais comumente relatada foi doença pelo vírus da imunodeficiência humana (66,7%, n=10), seguida por agressões (20,0%, n=3), septicemia (6,7%, n=1) e pneumonia (6,7%, n=1). O óbito por pneumonia ocorreu em um indivíduo com diagnóstico de Aids no SINAN. Dois óbitos ocorridos em SJRP não tiveram suas causas definidas no SIM, mas um deles foi encontrado com diagnóstico da Aids no SINAN.

Um indivíduo apresentou diagnóstico de Aids e óbito após a entrevista, tendo o óbito ocorrido três meses e meio após a data do diagnóstico de Aids registrada no SINAN. Outros doze UDI que faleceram foram também encontrados nos registros do SINAN: seis apresentaram data de diagnóstico igual à data do óbito e outros seis apresentaram data de diagnóstico anterior ao inquérito tendo o óbito ocorrido cerca de 2 anos após o registro do diagnóstico (média de 1,98 anos e mediana de 2,11 anos),

Análise univariada:

Idade, cor de pele, capacidade de ler, sorologia para HCV, idade de início de injeção de drogas e de início de vida sexual, relato de desemprego, tabagismo, uso de maconha, crack ou de drogas injetáveis nos últimos seis meses, histórico de brigas por causa de drogas e histórico de detenções não se associaram à ocorrência de óbito, com valores de p superiores a 0,20. Outras variáveis estão incluídas nas Tabelas 2 e 3.

Na Figura 2 é apresentada a curva de sobrevida dos UDI estratificada pela ausência de local de moradia. Observa-se uma maior probabilidade de morrer no grupo sem moradia, com teste log-rank indicando que as curvas são estatisticamente diferentes (log-rank = 4,29 e $p = 0,0384$).

Todos os 17 óbitos ocorreram em UDI do sexo masculino, e que relataram não ter procurado tratamento de drogas nos últimos seis meses. Diagnóstico prévio de Aids no SINAN também foi importante preditor de óbitos. Indivíduos com a síndrome apresentaram um risco quase vinte vezes maior ($RR = 19,35$) de morrerem ($p < 0,001$). De maneira similar, indivíduos HIV soropositivos também morreram mais ($RR = 4,65$ e $p = 0,02$).

Outras variáveis associadas à mortalidade foram ausência de fonte de renda ($p = 0,04$), ausência de local de moradia ($p = 0,05$) e a condição de ser solteiro (viver só) ($p = 0,06$), aumentando o risco de morrer em cerca de três, duas e meia e quatro vezes, respectivamente.

O relato do indivíduo nunca ter sido encarcerado ou condenado durante a vida aumentou o risco de morrer em cerca de três vezes ($p=0,058$). Entretanto, quando foram adicionados os indivíduos encontrados nos registros penitenciários em momento anterior à entrevista, observa-se uma diminuição desse risco relativo para 1,60 ($p = 0,35$). Quanto ao histórico criminal, ausência de encarceramento ou condenação na vida não aumentou significativamente o risco de morrer na análise univariada; entretanto, analisando-se apenas o estrato masculino, o RR elevou para 2,04 ($p=0,158$).

Com o intuito de entender melhor esta característica, buscou-se a associação entre casos de Aids registrados no SINAN-Aids e o relato de condenação. A proporção de casos de Aids

dobro na comparação entre UDI com ausência de história penal (8,1%) com aqueles que já a tiveram (16,7%), ($p=0,004$). Também, comparando a frequência do número de registros obtidos nas penitenciárias locais, observa-se a mesma tendência para o diagnóstico de Aids, em que a menor proporção de registros de Aids ocorreu naqueles que cumpriram apenas uma pena (14,8%) e cujo tempo da pena foi menos de um mês e meio (13,2%) quando comparados com aqueles que cumpriram mais de uma pena (28,6%) e cujo tempo foi mais de um mês e meio (22,4%). Quando a média do tempo de encarceramento foi comparada entre UDI soronegativos e positivos para HIV, não foi encontrada diferenças estatisticamente significativas, respectivamente 2,25 anos e 2,75 anos ($p = 0,36$), porém, quando comparado o tempo médio de pena cumprida para UDI com Aids (3,78 anos) e sem Aids (2,32 anos) foi encontrada diferença significativa ($p = 0,039$). O mesmo ocorreu para outras variáveis: o tempo médio de pena cumprida para aqueles que relataram ter buscado testes para HIV na vida (3,08 versus 1,50 anos) para aqueles nunca o fizeram ($p = 0,04$); tempo médio de pena cumprida de 3,55 anos para UDI que relataram tratamento de Aids nos últimos seis meses e 2,23 para aqueles sem tratamento ($p = 0,029$). A tabela 4 ajuda a entender esses achados.

Para a análise de regressão de Cox, foram usadas as variáveis de exposição com valores de p menores ou iguais a 0,20. Apesar de não preencher o critério, foi mantida a variável relativa ao passado de encarceramento para melhor compreensão de seu comportamento como possível fator de confusão. A exposição relativa à ausência de busca por tratamento de drogas nos últimos seis meses não foi usada nessa etapa da análise, pois a incidência nula no grupo não-exposto não o permitia. Do mesmo modo, o modelo proposto se refere apenas ao sexo masculino visto que todos os óbitos ocorreram neste grupo. A presença de Aids também não foi incluída no modelo por se tratar de uma causa proximal dos óbitos, visto que seis indivíduos registrados no SINAN apresentaram o diagnóstico de Aids no momento do óbito.

As exposições marcadoras de status sócio-econômico que se mantiveram estatisticamente significativas no modelo foram a ausência de local de moradia e a ausência de fonte de renda, aumentando, respectivamente, o risco de óbito em cerca de três vezes ($RR = 2,65$ e $p = 0,055$) e ($RR = 3,0$ e $p = 0,047$). A presença do HIV aumentou cinco vezes ($RR = 4,52$ e $p = 0,021$) e o relato de passagem por alguma instituição penal diminuiu o risco de óbito.

Os indivíduos que nunca foram presos apresentaram quase quatro vezes mais chance de vir a óbito quando comparado com aqueles que já o fizeram ($RR = 3,71$ e $p = 0,018$). A análise de regressão pelo método de riscos proporcionais de Cox está apresentada na Tabela 5. Análises de resíduos mostrou uma boa adequação e ajuste dos modelos finais.

Discussão

Neste estudo foi encontrada uma alta taxa de mortalidade entre UDI brasileiros, superior a 2% ao ano, associada à infecção pelo HIV, precárias condições de vida e naqueles que, possivelmente, tiveram menor permeabilidade às medidas de promoção e restauração à saúde .

A maioria dos óbitos teve como causa básica as condições de infecção pelo HIV e Aids, confirmando a participação desta infecção como importante causa de morte em uma parcela jovem da população, embora as causas externas não possam ser negligenciadas (Vlavov et al., 2004).

Outro fator que mostra toda a vulnerabilidade a que está submetida essa população foi o encontro da associação de óbito com marcadores de precárias condições de vida, confirmando também a pauperização dos desfechos negativos da epidemia de HIV/Aids (Szwarcwald et al., 2000).

A ausência de óbitos em mulheres sugerindo que homens apresentavam risco acrescido de morrer, poderia estar refletindo a peculiar dinâmica da epidemia neste grupo, onde ainda é preponderante a presença masculina, em detrimento da participação crescente das mulheres na epidemia infectadas mais recentemente pelo uso de drogas injetáveis e pela transmissão heterossexual (Vermelho et al., 1999; Brasil, 2004)

São intrigantes dois achados deste estudo: 100% dos óbitos ocorreram no grupo de indivíduos que relataram não ter buscado tratamento de drogas e um menor risco de morte foi encontrado entre aqueles que relataram ter passado por uma instituição penal. Uma hipótese seria de que estes dados poderiam estar apontando para uma participação direta ou indireta dos serviços de atenção à saúde de grupos vulneráveis, seja em nível primário ou

de atenção especializada, como nos presídios, sugerindo que UDI que têm mais exposições a estes, poderiam ter maior chance de diagnóstico (evidenciado neste estudo pela maior proporção de casos de Aids registrados no SINAN-Aids nos UDI que relataram já ter cumprido pena na vida) e de tratamento, apresentando, assim, menor chance de óbitos, principalmente relacionados ao HIV/Aids.

Também colabora para esta hipótese o achado de Havens et al (Havens, 2004) que encontra, em um estudo de coorte em UDI, uma maior associação entre busca de tratamento mental e redução de óbito. Os serviços de saúde mental ou aqueles prestados pelas penitenciárias, sob a égide da superação da dicotomia entre tratamento e prevenção (Blower, 2000), poderiam, neste estudo, funcionar como possíveis marcadores da redução na mortalidade devido ao maior acesso ao diagnóstico e tratamento ao HIV/Aids que oferecem para esta população.

Também os PRD poderiam estar fazendo parte desta abordagem uma vez que, embora não significativo, os óbitos estiveram associados ao uso dos serviços dos PRD, sugerindo, uma vez mais, que continuam acessando parcelas mais vulneráveis deste grupo populacional tanto para a doença Aids quanto para aqueles com risco acrescido de morrer.

Entre as limitações que existiram na execução desse estudo, a principal delas refere-se ao pequeno número de eventos que foram coletados no curto tempo de acompanhamento. Várias associações podem não ter sido encontradas por falta de poder dos testes estatísticos utilizados. Idealmente seria importante o acompanhamento de um maior número de UDI por um mais tempo para aumentar o poder de inferência. Entretanto, confrontando as estimativas aqui descritas com estudos internacionais contemporâneos, observa-se uma relativa semelhança das taxas de mortalidade, variando de 2,8 a 3,3 por 100 pessoas-ano, o que pode promover uma comparabilidade externa desta investigação, mas com cautela pois existem diferenças entre as metodologias destes estudos

É razoável imaginar, também, a ocorrência de subestimação dos casos de óbitos (SIM) devido à demora de notificação visto que problemas de classificação são comuns, como já foi descrito em trabalhos realizados no Rio de Janeiro e em Belo Horizonte (Ferreira, 1999; Oliveira 2000). Além disso, a subestimação poderia ocorrer devido a uma alta co-

morbidade e mortalidade por causas competitivas nesta na população de UDI (Copeland, 2004; Vlahov, 2004).

Apesar das limitações, podemos antecipar que UDI brasileiros estão vivendo e morrendo em precárias condições de vida e saúde com considerável risco de morte devido ao HIV/Aids, em um país de incontestável papel de liderança na implementação de iniciativas inovadoras no âmbito da prevenção principalmente para a população de UDI, além de albergar o maior programa de âmbito nacional de oferta de medicamentos anti-retrovirais a custo zero para os pacientes. Assim, a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento além de estratégias de prevenção específicas para UDI certamente contribuirão para redução dos óbitos por Aids nesta população.

Mais pesquisas são necessárias para confirmar os determinantes da mortalidade dos UDI aqui encontrados. Entretanto, este estudo ressalta a importância da Aids na vida dos UDI e de sua vulnerabilidade social e de saúde. Quaisquer medidas que venham a ser tomadas para a melhoria do controle da epidemia de HIV/Aids nesta população deverão incluir oferta de melhor acesso e utilização dos serviços de saúde.

Agradecimentos

Este estudo foi realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, com o apoio técnico e financeiro do Projeto de Cooperação entre o Programa Nacional de DST e Aids e o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime, UNODC, no. AD/BRA/99/EO2.

Referências

Brasil 2002. Boletim Epidemiológico de AIDS XVI; Ano XVIII nº 01- 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2004. Brasília. Ministério da Saúde.

Caiaffa, W. T., 2003. Projeto AjUDE – Brasil II: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de drogas injetáveis dos Projetos de Redução de danos apoiados pelo PN-DST/AIDS.

Brasília: Ministério da Saúde.

Caiaffa WT 2003. The Dynamics of the human Immunodeficiency Virus Epidemics in the South of Brazil: Increasing Role of Injection Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*; 37(5): S376-81

Caiaffa WT. Projeto AjUDE-Brasil. Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CNDST e Aids. Brasília, CNDST e Aids/Ministério da Saúde, Série Avaliação no. 6, Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 324p. www.aids.gov.br

Bastos, FI Szwarcwald, CL. 2000. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, 2000, vol.16 supl.1, p.65-76.

Vlahov D, Wang CL, Galai N, 2004. Mortality risk among new onset injection drug users. *Addiction*. Aug;99(8):946-54.

van Haastrecht,H.J.; Van Ameijden,E.J.; van den Hoek,J.A.; Mientjes,G.H.; Bax,J.S.; Coutinho,R.A. Predictors of mortality in the Amsterdam cohort of human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative drug users.

Tyndall MW, Craib KJ, Currie S, Li K, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Impact of HIV infection on mortality in a cohort of injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001 Dec 1;28(4):351-7.

Van Ameijden EJ, Krol A, Vlahov D, Flynn C, van Haastrecht HJ, Coutinho RA. Pre-AIDS mortality and morbidity among injection drug users in Amsterdam and Baltimore: an ecological comparison. *Subst Use Misuse* 1999 May;34(6):845-65.

Vlahov D, Wang CL, Galai N, Bareta J, Mehta SH, Strathdee SA, et al. Mortality risk among new onset injection drug users. *Addiction* 2004 Aug;99(8):946-54.

Zaccarelli M, Gattari P, Rezza G, Conti S, Spizzichino L, Vlahov D, et al. Impact of HIV infection on non-AIDS mortality among Italian injecting drug users. *AIDS* 1994 Mar;8(3):345-50.

Copeland L, Budd J, Robertson JR, Elton RA. Changing patterns in causes of death in a cohort of injecting drug users, 1980-2001. *Arch Intern Med*. 2004 Jun 14;164(11):1214-20.

Blower SM, Gershengorn HB, Grant RM. A tale of two futures: HIV and antiretroviral therapy in San Francisco. *Science* 2000; 287:650-4

Havens JR, Strathdee SA, Fuller CM, Ikeda R, Friedman SR, Des J, et al. Correlates of attempted suicide among young injection drug users in a multi-site cohort. *Drug Alcohol Depend* 2004 Sep 6;75(3):261-9.

Vermelho LL, Barbosa RH, Nogueira SA. Mulheres com Aids:

desvendando histórias de risco. Cad Saude Publica 1999 Apr;15(2):369-79.

Oliveira MTC, Caiaffa, WT, Mingoti, SA et al. Underreporting of Aids Cases in Brazil:

Applications of Capture-Recapture Methods. In: XIII International Aids Conference, 2000,

Durban. XIII International Aids Conference, 2000. v. 2. p. 378-378

Bustamante-Teixeira MT, Faerstein E, Latorre MR. Técnicas de análise de sobrevida. Cad.

Saúde Pública, Jun 2002, vol.18, no.3, p.579-594.

Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Survival Analysis: regression modeling of time to

event data. New York: Wiley series in probability and statistics; 1998.

Ferreira VMB, Portela MC. Avaliação da subnotificação de casos de Aids no Município do

Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema

Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Abr 1999, vol.15, no.2, p.317-324.

Vlahov D, Fuller CM, Ompad DC, Galea S, Des Jarlais DC. Updating the Infection Risk

Reduction Hierarchy: Preventing Transition into Injection. Journal of Urban Health, 2004,

81:14-9

Caiaffa WT, Vlahov D, Graham NM, et al. Drug smoking, *Pneumocystis carinii*

pneumonia, and immunosuppression increase risk of bacterial pneumonia in human

immunodeficiency virus-seropositive injection drug users. Am J Respir Crit Care Med.

1994;150:1493-8)

Tabela 1. Características selecionadas de 478 UDI participantes do sub-estudo prospectivo do Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001

Características	n	%
Demográficas		
Sexo masculino	376	78,7
Vive só	305	63,8
Idade < 30 anos	248	51,9
Cor de pele branca	266	55,8
Sabem ler	417	87,2
Sem fonte de renda *	59	12,8
Ficou desempregado *	384	82,2
Sem local para morar *	122	25,7
Condições de saúde		
Soroprevalentes para HCV	294	61,5
Soroprevalentes para HIV	235	49,2
Busca por tratamento de drogas *	84	17,7
Busca por tratamento de saúde *	190	40,3
Está em tratamento para HIV/Aids *	75	16,1
Busca por teste para HIV na vida	272	56,9
Uso do PRD na vida	124	25,9
Comportamento de drogas		
Idade de início de uso de drogas < 14 anos	189	39,5
Idade de início do uso injetável < 18 anos	235	49,2
Uso de drogas injetáveis *	364	76,2
Frequência de injeção (> 3 três vezes ao dia) *	37	7,7
Recebeu ou usou seringas na vida	259	55,5
Deu ou emprestou seringas na vida	285	60,8
Uso de bebidas alcoólicas *	428	89,7
Tabagismo *	405	84,7
Uso de maconha *	398	83,3
Uso de cocaína cheirada *	336	70,6
Uso de crack *	221	46,5
Comportamento sexual		
Idade de início da vida sexual < 14 anos	199	41,6
Relação com parceiro do mesmo sexo na vida	143	30,1
Risco Sexual: sexo não protegido *	264	55,7
Relato de feridas ou corrimentos genitais *	90	19,4
Comportamento social na vida		
Detenção pela polícia	370	80,2
Cumpriu pena ou foi condenado	209	45,7
Brigas e Agressões por drogas	218	47,7

Informações ignoradas variaram de 1(0,2%) a 45(9,4%). * Informação referente aos últimos seis meses.

Tabela 2. Incidência de Óbitos de acordo com características demográficas e de condições de saúde selecionadas dos 478 UDI participantes o Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Exposições	Óbitos		
	N (DI) ¹	RR (IC 95%) ²	p
Sexo			
Feminino	0 (0,00)	-	0,030
Masculino	17 (3,52)	-	
Estado Civil			
Casado	2 (0,92)	1,00	0,058
Solteiro	15 (3,83)	4,16 (0,95 -18,21)	
Fonte de renda nos últimos 6 meses			
Sim	11 (2,15)	1,00	0,039
Não	5 (6,56)	3,05 (1,06 -8,77)	
Local de moradia nos últimos 6 meses			
Sim	9 (1,99)	1,00	0,054
Não	8 (5,08)	2,55 (0,98 - 6,60)	
Soroprevalência para HCV			
Negativo	3 (0,98)	1,00	0,291
Positivo	13 (3,40)	1,96 (0,56 – 6,89)	
Soroprevalência para HIV			
Negativo	3 (0,98)	1,00	0,016
Positivo	14 (4,57)	4,65 (1,34 -16,19)	
Fez tratamento para HIV/Aids nos últimos 6 meses			
Não	13 (3,23)	1,00	0,344
Sim	4 (5,55)	1,72 (0,56 - 5,27)	
Fez exame para HIV na vida			
Não	4 (1,56)	1,00	0,136
Sim	13 (3,65)	2,34 (0,76 - 7,19)	
Diagnóstico de Aids³			
Não	5 (0,92)	1,00	<0,001
Sim	12 (17,74)	19,35 (6,82-54,92)	
Busca por tratamento de drogas nos últimos 6 meses			
Sim	0 (0,00)	-	0,052
Não	17 (3,41)	-	
Busca por tratamento de saúde nos últimos 6 meses			
Sim	6 (2,39)	1,00	0,748
Não	10 (2,83)	1,18 (0,43 - 3,25)	
Uso do PRD durante a vida			
Não	2 (1,32)	1,00	0,230
Sim	15 (3,25)	2,47 (0,56 -10,79)	

¹Densidade de Incidência. ²Razão de Risco com intervalo de confiança de 95%. ³Retirados

casos de Aids prevalentes diagnosticados pelo SINAN.

Tabela 3. Incidência de Óbitos de acordo com características de uso de drogas, comportamento sexual e social selecionadas dos 478 UDI participantes o Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Exposições	N (DI) ¹	Óbitos RR (IC 95%) ²	P
Idade de início do uso de drogas			
≥14 anos	8 (2,16)	1,00	0,269
<14 anos	9 (3,70)	1,71 (0,66 – 4,43)	
Uso de drogas injetáveis nos últimos 6 meses			
Não	1 (0,68)	1,00	0,116
Sim	16 (3,43)	5,05 (0,67 - 38,06)	
Uso de bebidas alcoólicas nos últimos seis meses			
Sim	14 (2,55)	1,00	0,329
Não	3 (4,75)	1,86 (0,53 – 6,47)	
Uso de cocaína cheirada nos últimos seis meses			
Sim	11 (2,55)	1,00	0,597
Não	6 (3,34)	1,31 (0,38 - 3,54)	
Recebeu ou usou seringas de alguém na vida			
Sim	9 (2,65)	1,00	0,748
Nunca	8 (3,10)	1,17 (0,45 - 3,03)	
Deu ou emprestou seringas para alguém na vida			
Nunca	5 (2,17)	1,00	0,452
Sim	12 (3,24)	1,49 (0,53 -4,24)	
Risco Sexual			
Presente	7 (2,07)	1,00	0,238
Ausente	10 (3,70)	1,79 (0,68 - 4,70)	
Relação sexual com parceiros do mesmo sexo			
Sim	4 (2,13)	1,00	0,516
Não	13 (3,09)	1,45 (0,47 - 4,44)	
Cumpriu pena ou foi condenado na vida			
Sim	6 (2,19)	1,00	0,352
Não	11 (3,51)	1,60 (0,59 - 4,34)	

¹Densidade de Incidência. ²Razão de Risco com intervalo de confiança de 95%. ³Retirados casos de Aids prevalentes diagnosticados pelo SINAN.

Tabela 4: Associação entre indicadores de tratamento de HIV e Aids e algumas exposições relativas ao histórico penal.

	HIV ¹ %	p	Aids ² %	p	Tratamento para Aids ³ %	p	Busca por teste para HIV %	p
Cumpriu pena no passado								
Não	39,9	<0,001	8,1	0,004	10,0	<0,001	51,6	0,001
Sim	62,5		16,7		24,4		67,0	
Numero de vezes que cumpriu pena								
1	63,6	0,53	14,8	0,089	16,0	0,13	63,9	0,69
>1	57,1		28,6		28,6		67,9	
Tempo total de pena cumprida								
< 1,5 meses	62,7	1,00	13,2	0,16	15,2	0,29	66,2	0,67
> 1,5 meses	62,7		22,4		22,4		62,7	

¹Proporção de UDI HIV soropositivos confirmados pelo ELISA. ²Proporção de UDI diagnosticados no SINAN.

Tabela 5: Estimativas da razão de densidade de incidência de óbitos ajustada pelo método de regressão de Cox.

	Estimativa	Razão de Risco	Intervalo de Confiança de 95% para RR	Valor de p
Sem local de moradia ¹	0,97	2,65	(0,98 - 7,17)	0,055
Sem renda ²	1,09	3,00	(1,01 – 8,73)	0,047
HIV soropositivo ³	1,51	4,52	(1,26 – 16,21)	0,021
Ausência de encarceramento na vida ⁴	1,31	3,71	(1,26 – 10,94)	0,018

¹Comparação com UDI que relataram ter local de moradia. ²Comparação com UDI que relataram ter fonte de renda. ³Comparação com UDI soronegativos para HIV.

⁴Comparação com UDI que cumpriram pena na vida.

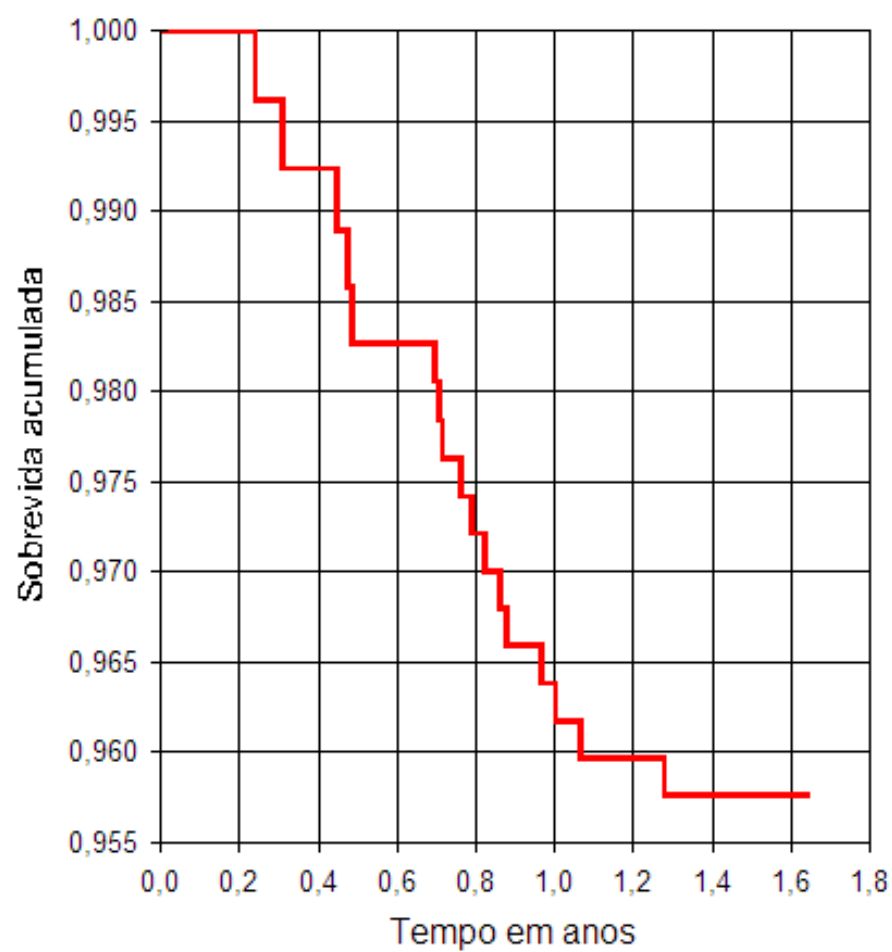


Gráfico 1. Probabilidade de sobrevivência dos UDI pelo método de Kaplan-Meier.

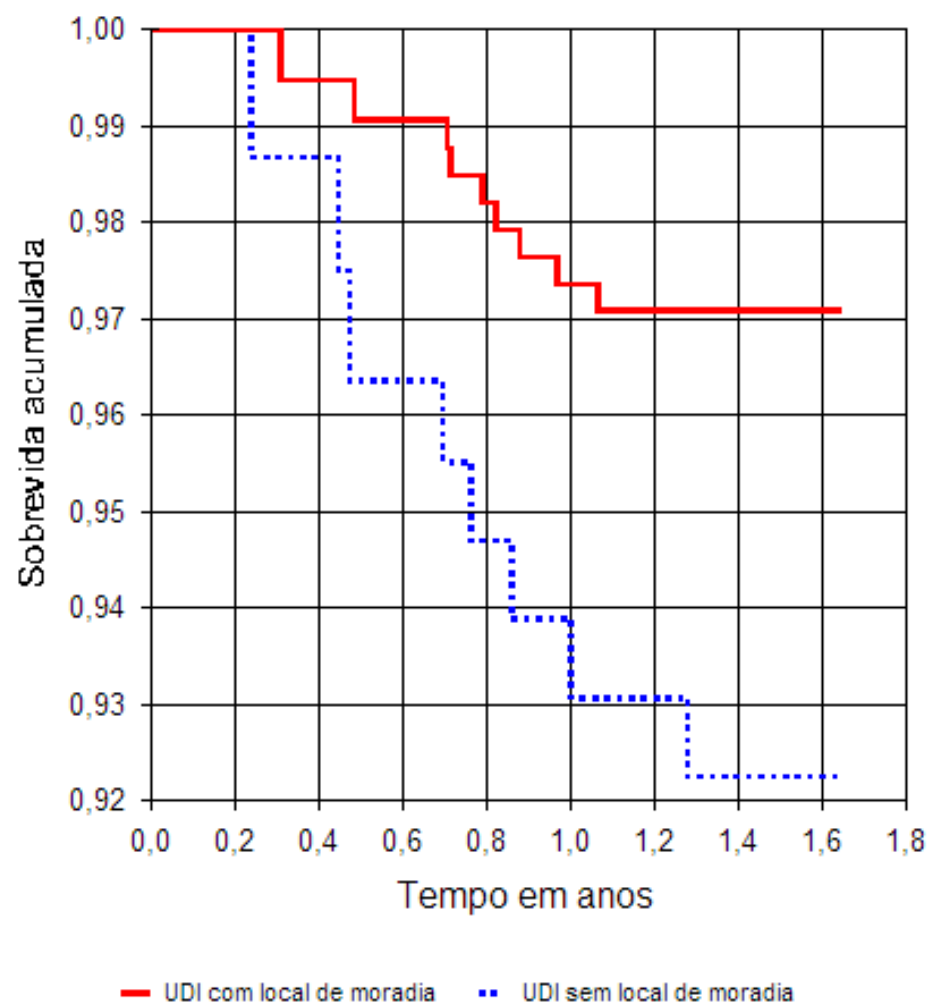


Gráfico 2. Probabilidade de sobrevivência dos UDI pelo método de Kaplan-Meier estratificado por condição de moradia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho procurou-se definir e caracterizar a incidência de Aids e a mortalidade na população brasileira de usuários de drogas injetáveis (UDI) no contexto dos Programas de Redução de Danos (PRD) através dos participantes do Projeto AjUDE-Brasil II. As taxas encontradas foram consideradas altas quando comparadas à população geral. Mesmo sabendo que essas podem não refletir a realidade de todos os UDI brasileiros, medidas de saúde pública devem ser tomadas pois os valores reais desses indicadores são provavelmente maiores do que os que aqui foram descritos.

É confirmada a importância dos UDI na dinâmica da epidemia de Aids. Os UDI representam um grupo de risco para o desenvolvimento de Aids e para óbitos.

Nota-se que as mulheres estão sob risco maior para o desenvolvimento da doença, enquanto homens estão sob maior risco para os óbitos. Pode-se dizer que a morbidade encontrada foi maior em mulheres e a mortalidade foi maior nos homens.

Determinantes sócio-demográficos, como a ausência de moradia, foram muito importantes tanto para o desenvolvimento de Aids quanto para óbitos. O baixo nível sócio-econômico desses indivíduos os coloca como alvo prioritários de campanhas de promoção de saúde e prevenção de doenças, sobretudo aquelas ligadas ao HIV.

Enquanto fatores ligados a comportamento de risco para infecção para o HIV, como o compartilhamento de agulhas e seringas, foram responsáveis pelo desenvolvimento de novos casos de Aids, fatores ligados ao não-acesso a tratamento de saúde foram entendidos como sendo responsáveis por alguns óbitos. A direção das medidas preventivas adotadas devem levar em conta essas considerações.

O entendimento adequado de todos os fatores de risco e suas inter-relações deve ser buscado em profundidade mas só pode ser alcançado com novas pesquisas nessa população, inserida nos estratos mais desfavorecidos da população.

6. APÊNDICES

APÊNDICE A

TABELAS COMPLETAS DA ANÁLISE UNIVARIADA DE AMBOS OS ARTIGOS

Tabela 1: Análise univariada do estudo de morbimortalidade do Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001.

Principais exposições	Incidência de AIDS ¹			Mortalidade		
	n (DI)	RR (IC 95%)	p	N (DI)	RR (IC 95%)	p
Taxa Geral	6 (1,10)	-	-	17 (2,77)	-	-
PRD						
P. Alegre	3 (1,07)	-		13 (4,16)	3,12 (1,02 - 9,57) ³	0,0466
S. J. R. P.	2 (1,42)	1,43 (0,26 - 7,82) ²	0,6787	2 (1,16)	-	
Itajaí	1 (0,81)	-		2 (1,56)	-	
Sexo						
Feminino	2 (1,87)	2,04 (0,37 - 11,11)	0,4104	0 (0,00)	-	
Masculino	4 (0,92)	1,00		17 (3,52)	-	0,030*
Idade						
< 30 em anos	3 (1)	1,00		8 (2,56)	1,00	
≥ 30 em anos	3 (1,22)	1,22 (0,25 - 6,04)	0,8078	9 (3,00)	1,17 (0,45 - 3,03)	0,746
Estado Civil						
Casado	1 (0,51)	1,00		2 (0,92)	1,00	
Solteiro	5 (1,44)	2,80 (0,32 - 24,02)	0,3462	15 (3,83)	4,16 (0,95 - 18,21)	0,0581
Cor de Pele						
Branca	3 (0,98)	1,00		10 (2,85)	1,06 (0,40 - 2,79)	0,9028
Outra	3 (1,27)	1,30 (0,26 - 6,25)	0,7533	7 (2,68)	1,00	
Habilidade de leitura						
Sim	6 (1,27)	-	1,000*	16 (3,80)	2,24 (0,30 - 16,89)	0,434
Não	0 (0,0)	-		1 (1,60)	1,00	
Fonte de renda nos últimos 6 meses						
Sim	5 (1,1)	1,00		11 (2,15)	1,00	
Não	1 (1,56)	1,41 (0,16 - 12,06)	0,7545	5 (6,56)	3,05 (1,06 - 8,77)	0,0389
Emprego nos últimos 6 meses						
Sim	0 (0)	-		2 (1,86)	1,00	
Não	6 (1,38)	-	0,599*	14 (2,84)	1,52 (0,35 - 6,69)	0,579
Local de moradia nos últimos 6 meses						
Sim	2 (0,49)	1,00		9 (1,99)	1,00	
Não	4 (2,96)	5,99 (1,09 - 32,70)	0,0387	8 (5,08)	2,55 (0,98 - 6,60)	0,0543
Soroprevalência para HCV						
Negativo	1 (0,6)	1,00		3 (1,73)	1,00	
Positivo	5 (1,57)	2,62 (0,31 - 22,49)	0,3778	13 (3,40)	1,96 (0,56 - 6,89)	0,2918
Soroprevalência para HIV						
Negativo	0 (0)	-		3 (0,98)	1,00	
Positivo	6 (2,54)	-	0,006*	14 (4,57)	4,65 (1,34 - 16,19)	0,0157
Diagnóstico de AIDS ¹						
Não	-	-	-	5 (0,92)	1,00	
Sim	-	-		12 (17,74)	19,35 (6,82 - 54,92)	<0,001
Busca por tratamento de drogas nos últimos 6 meses						
Sim	1 (1,09)	1,00		0 (0,00)	-	
Não	5 (1,12)	1,03 (0,12 - 8,79)	0,981	17 (3,41)	-	0,052*
Busca por tratamento de saúde nos últimos 6 meses						
Sim	5 (2,54)	8,33 (1,01 - 71,43)	0,0495	6 (2,39)	1,00	
Não	1 (0,3)	1,00		10 (2,83)	1,18 (0,43 - 3,25)	0,7481
Faz tratamento para HIV/AIDS						
Não	2 (0,84)	1,00	0,0845	13 (2,62%)	1,00	
Sim	4 (3,75)	4,45 (0,82 - 4,33)		4 (4,00%)	1,53 (0,50 - 4,69)	0,4580
Fez teste para HIV na vida						
Não	0 (0,00)	-		4 (1,56%)	1,00	
Sim	6 (2,07)	-	0,031	13 (3,65%)	2,34 (0,76 - 7,19)	0,1362
Uso do PRD durante a vida						
Sim	6 (1,52)	-	0,189*	15 (3,25)	2,47 (0,56 - 10,79)	0,2304
Não	0 (0)	-		2 (1,32)		

¹Excluídos os casos prevalentes no SINAN. ²Comparação feita usando SJRP como referência. ³Comparação feita usando POA como referência *Valores de p calculados pelo χ^2 de Fisher.

Tabela 1: Análise univariada do estudo de morbimortalidade do Projeto AjUDE-Brasil II, 2000-2001 (continuação).

Principais exposições	Incidência de AIDS ¹			Mortalidade		
Idade de início do uso de drogas						
≥14 anos	2 (0,59)	1,00		8 (2,16)	1,00	
<14 anos	4 (1,95)	3,33 (16,67 - 0,61)	0,1677	9 (3,70)	1,71 (0,66 - 4,43)	0,269
Idade de início da injeção de drogas						
≥ 18 anos	3 (1,08)	1,00		8 (2,64)	1,00	
< 18 anos	3 (1,13)	1,05 (5,26 - 0,22)	0,9521	9 (2,91)	1,10 (0,43 - 2,86)	0,8397
Uso de drogas injetáveis nos últimos 6 meses						
Não	2 (1,5)	1,54 (0,28 - 8,33)	0,6204	1 (0,68)	1,00	
Sim	4 (0,97)	1,00		16 (3,43)	5,05 (0,67 - 38,06)	0,1163
Frequência diária de Injeção nos últimos 6 meses						
< 3 vezes	5 (1,01)	1,00		15 (2,69)	1,00	
≥ 3 vezes	1 (2,38)	2,36 (0,28 - 20,21)	0,4329	2 (4,11)	1,53 (0,35 - 6,69)	0,5727
Uso de bebidas alcoólicas nos últimos seis meses						
Não	2 (3,75)	4,54 (0,84 - 25,0)	0,0786	3 (4,75)	1,86 (0,53 - 6,47)	0,3297
Sim	4 (0,82)	1,00		14 (2,55)	1,00	
Tabagismo nos últimos seis meses						
Não	1 (1,27)	1,19 (0,14 - 10,0)	0,8763	2 (2,14)	1,00	
Sim	5 (1,07)	1,00		15 (2,89)	1,35 (0,31 - 5,89)	0,6925
Uso de maconha nos últimos seis meses						
Não	1 (1,19)	1,10 (0,13 - 9,09)	0,9351	3 (2,97)	1,04 (0,31 - 3,85)	0,8951
Sim	5 (1,09)	1,00		14 (2,73)	1,00	
Uso de cocaína cheirada nos últimos seis meses						
Não	4 (2,67)	5,26 (0,96 - 33,33)	0,0561	6 (3,34)	1,31 (0,38 - 3,54)	0,597
Sim	2 (0,51)	1,00		11 (2,55)	1,00	
Uso de crack nos últimos seis meses						
Não	2 (0,71)	1,00		10 (3,12)	1,30 (0,49 - 4,35)	0,6097
Sim	4 (1,55)	2,18 (0,40 - 11,90)	0,3685	7 (2,43)	1,00	
Recebeu ou usou seringas de alguém durante a vida						
Nunca	0 (0)	-		8 (3,10)	1,17 (0,45 - 3,03)	0,748
Sim	6 (2,14)	-	0,031*	9 (2,65)	1,00	
Deu ou emprestou seringas para alguém durante a vida						
Nunca	0 (0)	-		5 (2,17)	1,00	
Sim	6 (1,9)	-	0,044*	12 (3,24)	1,49 (0,53 - 4,24)	0,4526
Idade de início da vida sexual						
≥ 14 anos	2 (0,62)	1,00		8 (2,23)	1,00	
< 14 anos	4 (1,81)	2,94 (0,53 - 16,67)	0,2151	9 (3,53)	1,59 (0,61 - 4,17)	0,3459
Feridas ou Corrimentos genitais nos últimos 6 meses						
Não	6 (1,38)	-		15 (3,13)	3,70 (0,48 - 25,0)	0,2105
Sim	0 (0)	-	0,597*	1 (0,86)	1,00	
Risco Sexual						
Ausente	5 (2,21)			10 (3,70)	1,79 (0,68 - 4,70)	0,2382
Presente	1 (0,32)	7,14 (0,81 - 50,00)	0,0777	7 (2,07)	1,00	
Relação sexual com parceiros do mesmo sexo						
Não	2 (0,56)	1,00	0,0748	13 (3,09)	1,45 (0,47 - 4,44)	0,5163
Sim	4 (2,47)	4,68 (0,86 - 25,54)		4 (2,13)	1,00	
Envolvimento em Brigas e Agressões durante a vida ¹⁹						
Não	2 (0,73)	1,00		8 (2,67)	1,00	
Sim	4 (1,62)	2,21 (0,40 - 12,06)	0,3602	8 (2,78)	1,04 (0,39 - 2,77)	0,9371
Detenção pela polícia durante a vida						
Não	0 (0)	-		2 (1,85)	1,00	
Sim	6 (1,43)	-	0,606*	15 (3,12)	1,69 (0,39 - 7,40)	0,485
Cumpriu pena ou foi condenado durante a vida						
Não	2 (0,68)	1,00		11 (3,51)	1,60 (0,59 - 4,34)	0,3518
Sim	4 (1,77)	2,61 (0,48 - 14,26)	0,2675	6 (2,19)	1,00	

¹Excluídos os casos prevalentes no SINAN. ²Comparação feita usando SJRP como referência. ³Comparação feita usando POA como referência *Valores de p calculados pelo χ^2 de Fisher.

APÊNDICE B
PROJETO DE PESQUISA

Mauro Nogueira Cardoso

**Projeto AjUDE-Brasil II: usuários de drogas injetáveis em prospectiva –
eventos adversos à saúde**

BELO HORIZONTE

2004

Mauro Nogueira Cardoso

**Projeto AjUDE-Brasil II: usuários de drogas injetáveis em prospectiva –
eventos adversos à saúde**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA,
NÍVEL MESTRADO, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM
EPIDEMIOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE MINAS GERAIS

ORIENTADORA: PROF^a. WALESKA TEIXEIRA CAIAFFA

BELO HORIZONTE

2004

SUMÁRIO

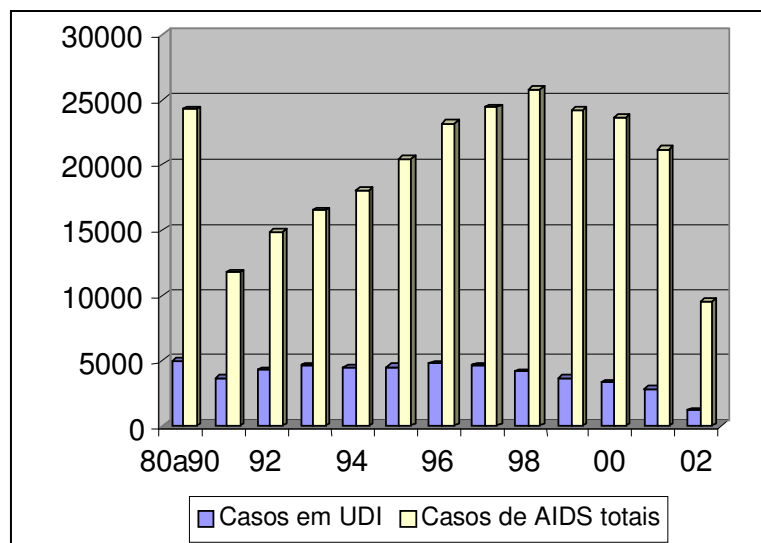
1. Introdução
2. Revisão da Literatura
3. Objetivos
4. Material e Métodos
 - 4.1 Caracterização da população, local e tempo do estudo
 - 4.2 Coleta de dados e formação do banco de dados
 - 4.3 Análise estatística
5. Limitações do Estudo
6. Considerações Éticas
7. Viabilidade
8. Cronograma
9. Resultados Preliminares
10. Redação dos Artigos
11. Referências Bibliográficas

1. INTRODUÇÃO

No Brasil de hoje, dos 257.780 casos de AIDS que foram relatados ao Ministério da Saúde pelo sistema nacional de agravos de notificação (SINAN), 50.738, ou cerca de 20% deles, foram atribuídos à exposição ao uso de drogas injetáveis¹. Em 1982, se registrou o primeiro caso de AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e, principalmente, a partir de 1985, quando este número representava 2,7% do total (14 casos), houve um aumento dos casos de AIDS na população dos UDI. Esse aumento foi bastante expressivo até o início da década seguinte com 18,2% (736 casos) em 1990. Nos anos de 1991 a 1993, cerca de 30% dos casos de AIDS no Brasil estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis¹. Embora haja uma visível tendência de queda dos casos entre UDI, essa diminuição não se dá de forma homogênea em todo o território nacional, onde ainda encontramos cidades ou regiões, principalmente, no sul do país, onde os UDI constituem ainda um componente bastante significativo da epidemia de AIDS. Em várias cidades, a soroprevalência de HIV entre UDI se situa na faixa de 30%. Em cidades como Santos em São Paulo e em Itajaí em Santa Catarina, a prevalência de HIV entre usuários de drogas injetáveis chega a 60%, alcançando o alarmante índice de mais de 65% em locais da região sul como Porto Alegre³. Estes padrões são distintos a nível nacional quanto internacional da epidemia, contrastando com Sidney, por exemplo, na Austrália, onde a presença da redução de danos como política de governo associa-se, de forma relevante, à reduzida soroprevalência de HIV entre usuários de drogas injetáveis que é de 2%^{3,4}.

Vale também ressaltar que, através da análise de dados do SINAN, a epidemia de AIDS vem crescendo em subgrupos de indivíduos com menor escolaridade, dos quais incluem grande parte dos UDI⁵.

Gráfico 1 - Casos de AIDS totais e em UDI, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002.



Os casos de HIV/AIDS entre UDI são importantes também, pois são responsáveis por parte do aumento dos casos entre mulheres, parceiras sexuais dos usuários, e, conseqüentemente, dos casos pediátricos revelando o complexo quadro em que a epidemia se transformou.

Nesse sentido, as políticas de controle e prevenção de novos casos de HIV/AIDS no país devem incluir de forma prioritária os UDI se se pretende estabelecer um controle da epidemia do HIV/AIDS, notadamente em determinadas regiões do país⁶.

A redução de danos (*harm reduction*) está entre as mais importantes ações que podem ser implementadas pelos órgãos governamentais para controlar a transmissão através de seringas contaminadas. O modelo de prevenção específica destes projetos é reconhecido, de maneira leiga, pela distribuição de seringas junto aos UDI. Obviamente, as atividades dos programas ou projetos de redução de danos (PRD) vão bem além dessa única ação, e incluem, com base em várias experiências internacionais, a troca controlada e supervisionada de seringas, onde o usuário traz seringas utilizadas e as trocas por equipamentos esterilizados, preservativos, material para desinfecção local e material educativo onde orienta o uso "limpo" dos equipamentos e dá referências, inclusive para tratamento da dependência de droga. A redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas retira de circulação o material contaminado e tem sido o único instrumento comprovadamente eficaz que possui a saúde pública para controlar o curso da epidemia entre os usuários de drogas injetáveis. Sabe-se que em países que adotaram a redução de

danos mantém o índice de soroconversão controlado em torno de 5 a 6%. Considerando a alta prevalência do HIV entre UDI justifica-se a manutenção e ampliação da estratégia da redução de danos no país^{7,8,9,10}.

Neste sentido, a redução de danos é uma estratégia pragmática de saúde pública com o objetivo de reduzir não só as consequências adversas do uso indevido de drogas em um período da vida em que o indivíduo tem um comportamento de mais alto risco para vários agravos à saúde como o óbito por outras causas que não a própria AIDS, hepatites, tuberculose, malária, doença de Chagas e outras doenças com possibilidade de transmissão parenteral.

Faz-se necessário, então, que sejam realizados estudos nesta direção para melhor avaliar as tendências de morbi-mortalidade e comportamentos dos UDI no Brasil. Esta possibilidade torna-se concreta com a realização do Projeto AjUDE-Brasil II, um estudo multicêntrico encomendado pela Coordenação Nacional de DST e AIDS (CN DST/AIDS) e delineado, a partir de entrevistas, com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico, sócio-demográfico e comportamental (atitudes, hábitos, costumes) dos UDI, com descrição dos padrões de comportamento sexual e quanto ao uso de drogas, caracterização das agulhas e seus cuidados, condições de vida e descrição da morbidade e grau de informação dos usuários de drogas injetáveis (UDI) frequentadores dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela Unidade de Drogas e AIDS da CN DST/AIDS. Trata-se de um estudo transversal realizado em 2000-2001, com um pequeno componente longitudinal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Em detrimento do achado de que estudos internacionais têm mostrado declínio da incidência e mortalidade por HIV/AIDS entre UDI^{11,12,13,14}, a importância dos UDI na epidemia de HIV/AIDS ainda é relevante, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil^{6,14,15}. Ademais, estudos brasileiros com componente prospectivo de morbidade, mortalidade e comportamentos de risco em UDI no contexto dos PRD são inexistentes. Internacionalmente, estudos de seguimento ou coorte de UDI foram localizados abordando estimativas de incidência da infecção pelo HIV como as encontradas de 3,8% por ano em Baltimore, EUA¹², maior em mulheres e usuários jovens¹³, com tendência a queda (1,84% entre 1995 e 1998)¹³.

Outros estudos têm avaliado alguns possíveis determinantes de comportamentos de risco e infecção pelo HIV entre UDI. No tocante à morbidade, são fatores associados à infecção pelo HIV a injeção de cocaína, o uso frequente, o compartilhamento de seringas e agulhas e a idade precoce do uso de injetáveis, além de fatores sexuais como presença de DST, comportamento homossexual masculino e relato de sexo frequente com outros UDI^{12,16,17,18}.

Vários outros estudos destacam o papel importante do encarceramento na epidemia de HIV/AIDS nesta população. O encarceramento é apontado como um fator independente para a infecção pelo HIV entre UDI^{19,20}. Por sua vez, são apontados como fatores de risco para o encarceramento o relato de trabalhos informais ou ilegais, o baixo nível educacional e início precoce do uso de injetáveis²¹. No entanto, estudos estimando a incidência de encarceramento nos UDI não foram localizados na literatura de saúde pública.

Também existem poucos estudos observando padrões comportamentais longitudinais dos UDI^{22,23}. A interrupção do uso de drogas injetáveis tem sido relacionada à história de encarceramento, à idade mais jovem, ao acesso a serviços de saúde, e o relato de overdose recente além de realização de sexo por motivos comerciais²³.

Estudos buscando os determinantes do comportamento de compartilhamento de agulhas e seringas no uso de drogas injetáveis são raros, principalmente, aqueles que são compostos

pelos relatos de cenas de uso das drogas injetáveis²⁴. Associa-se a estes a observação de que o compartilhamento de agulhas e seringas ainda é considerado alto neste grupo²⁵. Entretanto, há alguns estudos comprovando uma diminuição de uma série de comportamentos de risco e de incidência de HIV/AIDS em usuários que mantêm contato com PRD^{12,13,14,26,27,28,29,30,31}, apesar de alguns poucos estudos com relatos de resultados opostos³². A manutenção de comportamento de risco, principalmente do compartilhamento de agulhas e seringas tem sido associada à menor idade, raça não-branca, uso de drogas injetáveis ou não, ter parceiro sexual UDI e ter menos acesso a serviços de saúde³³.

Em relação ao evento óbito, sabe-se que a mortalidade é bem maior para os UDI do que para a população geral e alguns estudos apontam para uma maior chance do evento para UDI com idade avançada, com história de overdose e positividade para o HIV além do uso de cocaína^{34,35}. Ao contrário, tem sido relatada com menos ocorrência entre UDI com acesso aos serviços de saúde³⁶.

Estudos brasileiros abordando tais componentes de morbidade, mortalidade e de comportamento de risco, de forma prospectiva, são inexistentes.

Sendo assim, este estudo tem como objetivos responder duas perguntas básicas:

Existem indícios de mudança de comportamento de risco com o decorrer do tempo entre UDI brasileiros no contexto dos PRD?

Quais seriam os possíveis determinantes da sobrevida dos UDI para eventos adversos e de morbi-mortalidade?

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Caracterizar as tendências de mudanças temporais ocorridas nos perfis epidemiológicos e comportamentais dos usuários de drogas injetáveis (UDI) frequentadores dos programas de redução de danos (PRD) estudados pelo Projeto AjUDE-Brasil II.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar possíveis indícios de mudança nos padrões comportamentais dos UDI utilizando-se as variáveis da descrição das cenas do uso de drogas nos diferentes períodos de entrevistas do projeto AjUDE-Brasil II. (Estudo de comportamento durante as cenas de uso.)
2. Observar e caracterizar a ocorrência de eventos adversos e de morbi-mortalidade a partir de outras fontes de dados como SIM, SINAN, SIH e registros penitenciários, obtidos em três cidades sítios do Projeto AjUDE-Brasil II (Estudo de morbi-mortalidade).

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização da população, local e tempo do estudo.

A população do estudo é composta pelos UDI das cidades sítios do Projeto Ajude-Brasil II (São José do Rio Preto, Salvador, Porto Alegre e Itajaí) nos períodos de 2000-2001, inicialmente identificados em um estudo transversal e posteriormente procurados em seus locais a partir de seu banco de dados.

Durante o projeto AjUDE-Brasil II foram realizadas 1050 entrevistas com os UDI participantes dos seis PRD; 14 entrevistas eram duplicadas, ou seja, dos mesmos indivíduos, e 179 eram do estudo de recaptura, explicado posteriormente. Para o estudo de situação de base, 857 indivíduos distintos foram considerados (Figura 1). Quase 30% das entrevistas eram procedentes do PRD de Porto Alegre (RS), 14,9% do PRD de São José do Rio Preto (SP), 11,3% do PRD de Itajaí (SC), 6,9% de Florianópolis (SC), 23,7% de Salvador (BA), e 13,4% de Gravataí (RS). Nas cidades de Porto Alegre, Salvador e São José do Rio Preto, o Projeto AjUDE-Brasil II utilizou a técnica de captura-recaptura³⁷ para estimar o número de usuários de drogas injetáveis (UDI) da área de abrangência dos PRD, que consiste na seleção de uma amostra “capturada” dos UDI (n), e uma nova seleção, em um segundo momento (m), onde se verifica quantos dos “capturados” da primeira vez foram “recapturados” (s). A partir de fórmulas estatísticas (1) como a do estimador de Lincoln-Petersen, o mais simples deles, estima-se o verdadeiro “N”, ou seja, o número de usuários totais em potencial de atendimento pelos PRD.

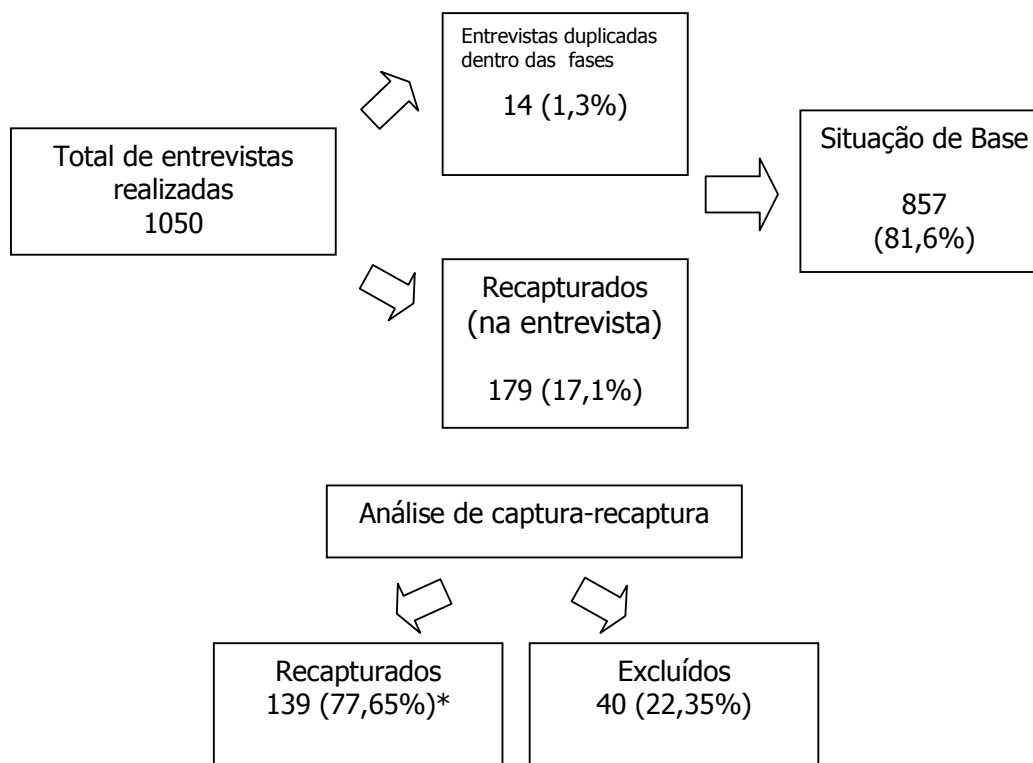
$$N = \frac{n \times m}{s} \quad (1)$$

A presença de dois momentos de coleta de dados e de entrevistas dos UDI em momentos diferentes permitiu o estudo aqui proposto com descrição dos perfis comportamentais.

O primeiro período de coleta de dados foi realizado, em sua maior parte, entre maio e julho de 2000, fase correspondente à captura de indivíduos. De novembro a dezembro do mesmo ano fez-se a coleta de dados relacionada à recaptura. Os indivíduos recapturados responderam, então, a um questionário com partes semelhantes ao primeiro, abordando temas relativos ao uso de drogas, tornando possível a comparação de respostas nos dois

momentos distintos da pesquisa. Para o estudo de comportamento sobre as cenas de uso serão usados os grupos emparelhados formados pelos mesmos indivíduos capturados e recapturados em um momento “antes” e em outro “depois”. São, ao todo, 139 indivíduos.

Figura 1- Diagrama das entrevistas



*Considerados recapturados pelos critérios adotados no Estudo de estimação de UDI³²

Para o estudo de morbi-mortalidade usar-se-á a informação dos UDI de três localidades inseridas no Projeto Ajude II: Itajaí em Santa Catarina; São José do Rio Preto, em São Paulo e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, nos anos de 1999, 2000 e 2001. Será utilizado o número de indivíduos da situação de base encontrado nas três cidades onde o estudo foi realizado, respectivamente 97 UDI em Itajaí, 128 em São José do Rio Preto e 255 em Porto Alegre, totalizando 480 indivíduos. Estes sujeitos, a partir de uma lista, foram ativamente buscados em várias bases de dados durante os anos de 1999, 2000 e 2001 em suas respectivas cidades.

4.2 Coleta de dados, formação do banco de dados.

O estudo utilizará o banco de dados do Projeto AjUDE-Brasil II segundo os procedimentos da comissão regulamentadora dos dados do Projeto AjUDE-Brasil II.

Para o estudo de comportamento das cenas de uso serão pesquisadas informações comportamentais das mesmas como: local, data, frequência, número de indivíduos na secção e, principalmente, dar ou emprestar agulhas/seringas, receber agulhas/seringas que outros usaram e usar algum material (pote, copo, gaze, algodão, outro) de outro(s) companheiro(s). Como exposições observaremos o tempo (antes e depois), sexo, idade, idade de início de uso de drogas, tipo de droga inicial e preferida, e acesso ao PRD e a serviços de saúde, presença de infecções como o HIV, uso de preservativo, dentre outras.

Para o estudo de morbi-mortalidade a coleta dos bancos de dados foi realizada nas três localidades do Projeto Ajude II: Itajaí em Santa Catarina; São José do Rio Preto, em São Paulo e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. A coleta da informação foi feita pela visita local da equipe do Projeto Ajude nas pessoas de Divane Leite Matos (Consultora) e Dra. Waleska Teixeira Caiaffa (Coordenadora do Projeto Ajude). Esta pesquisa teve que ser realizada em cada município, porque a consulta ao banco de dados se daria mediante o nome das pessoas participantes, já que os bancos de dados disponíveis pelo DATASUS/MS não contêm o nome das pessoas.

Em Itajaí, a pesquisa foi realizada no período de 13 a 15 de agosto de 2001 sendo coletados os seguintes bancos:

SINAN: AIDS e Tuberculose em 1999, 2000 e 2001;

SIM:SIM/2000 e 2001;

SIH/SUS – AIH: Foi pesquisado, o ano de 2000 e 2001. O ano de 1999 não foi consultado, pois este não fazia parte dados do Sistema Municipal de Controle e Avaliação;

Registro de dados das penitenciárias e ou presídios: A pesquisa foi realizada no livro de registro de entrada e saída;

Em São Jose do Rio Preto, a pesquisa foi realizada no período de 27 a 29 de agosto de 2001, e foram coletados os seguintes bancos:

SINAN: AIDS e Tuberculose 1999, 2000 e 2001;

SIM: SIM/2000 e 2001;

Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - AIH: Hospital de Base da Faculdade de Medicina: a pesquisa foi realizada no banco de dados do hospital. No serviço de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, consultou-se diretamente no sistema de AIH o ano de 1999 (julho a dezembro);

Registros locais de dados das penitenciárias e ou presídios: Cadeia de São José do Rio Preto e Penitenciária de Mulheres José Bonifácio.

Em Porto Alegre, a pesquisa foi realizada no período de 23 a 26 de outubro de 2001, e foram coletados os seguintes bancos:

SINAN;

SIM:SIM/2000 e 2001;

Registro de dados das penitenciárias e ou presídios: Conselho Penitenciário – SUSEPE (informatizada)

Para este estudo, como eventos de interesse, serão pesquisadas as informações de casos novos de AIDS, tuberculose, além de internações hospitalares e suas respectivas causas, mortalidade e detenção em presídios ou penitenciárias. Como exposições observaremos sexo, idade, idade de início de uso de drogas, tipo de droga inicial e preferida, prática de compartilhar agulhas e seringas e acesso ao PRD e a serviços de saúde e, principalmente, sorologia para HIV.

4.3 Análise estatística

Para comparar as três cidades envolvidas em cada um dos dois estudos deste projeto será usada a técnica de Análise de Variância (ANOVA).

Para o estudo de comportamento durante as cenas de uso deseja-se realizar uma análise comparativa emparelhada usando os indivíduos recapturados. Os pares serão os mesmos indivíduos analisados em dois momentos diferentes (antes e depois). Serão feitas análises bivariadas comparando médias e proporções, com testes χ^2 , t de student, McNemar. Propõe-se também um pequeno estudo de confiabilidade dos dados com medidas de concordância simples, Kappa e regressão linear para variáveis tempo-independentes.

Para o estudo de morbi-mortalidade, deseja-se observar a ocorrência de eventos adversos e de morbi-mortalidade. A incidência desses eventos será estimada levando-se em consideração o tempo de contribuição de cada indivíduo ao estudo (pessoas-tempo). Pretende-se comparar a incidência nos grupos com algumas exposições já citadas. Pretende-se realizar um estudo de sobrevida³⁸ para os indivíduos da coorte de UDI observada. As curvas de sobrevida serão comparadas de acordo com os diferentes tipos de exposição, por exemplo, pacientes HIV positivos e negativos na época do início do estudo.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este projeto de pesquisa utiliza as informações já coletadas pelo Projeto Ajude Brasil II, e está sujeito às limitações do projeto original e deste subestudo específico. Por ser um estudo transversal, está sujeito a vieses de prevalência podendo a informação coletada ser tendenciosa a descrever os UDI “sobreviventes” a vários eventos como morte ou doenças graves bem como mudanças frequentes de endereços. Entretanto como este projeto busca informações de caráter prospectivo, essas limitações, estarão, de certa forma, sendo avaliadas pela primeira vez.

Existe uma outra limitação importante caracterizada pela tendência ao uso de respostas socialmente aceitas ou desejáveis por parte dos UDI, principalmente quanto às questões comportamentais³⁹. Este tipo de limitação será muito bem discutido, principalmente nas questões relativas ao objetivo 1 ou ao estudo de comportamento durante as cenas de uso.

Outras limitações mais relacionadas ao estudo de morbi-mortalidade são, em primeiro lugar, o pressuposto de que os indivíduos participantes da coorte original do Projeto AjUDE que não forem localizados nos bancos de dados secundários pesquisados serão considerados como se não tivessem apresentados os eventos em questão. Por exemplo, se um UDI, não estiver notificado no SINAN para AIDS, ele é considerado como não apresentando a referida doença. Esse pressuposto tende a diminuir a proporção de indivíduos que desenvolveram os eventos em virtude da subnotificação e/ou demora da notificação nos bancos consultados. Outra limitação será a censura de informações futuras dos indivíduos envolvidos no estudo de morbi-mortalidade⁴⁰.

Em relação ao poder dos testes estatísticos que serão usados, os dois estudos propostos apresentam amostras relativamente pequenas ($n = 139$ e $n = 480$) e haverá dificuldade em detectar-se pequenas diferenças estatisticamente significantes entre médias ou proporções, principalmente, no estudo de comportamento durante as cenas de uso, como pode ser visto no item 9, resultados preliminares.

Apesar destas limitações, ainda, sim, encontramos um estudo que poderá nos proporcionar informações novas no que se refere à “historia natural dos UDI” HIV-positivos ou não, bem como às exposições que interferem nessa evolução.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para inclusão no Projeto AjUDE-Brasil II, os sujeitos da pesquisa foram recrutados a participar de forma voluntária. Não havia diferenciação do acesso dos usuários de drogas aos PRD caso houvesse recusa em participar da pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido foi usado para informar o participante sobre a pesquisa, bem como os procedimentos utilizados durante as entrevistas e coleta de sangue e garantir ao mesmo a confidencialidade dos dados coletados. No termo de consentimento livre e esclarecido foi explicitado que toda e qualquer informação coletada seria tratada sem a identificação dos sujeitos e as informações publicadas de forma que não conteriam nenhuma identificação individual. A participação dos indivíduos da pesquisa foi, então, totalmente voluntária, e a recusa em participar da mesma não acarretou em prejuízo aos mesmos. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais em seu parecer ETIC 168/99, seguindo os princípios da resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996.

Para o estudo desta dissertação, os mesmos compromissos éticos firmados no projeto AjUDE-Brasil II, serão seguidos nas pesquisas realizadas com seus dados secundários.

7. VIABILIDADE

A maior parte do trabalho consistirá em uma reconstrução, síntese e análise minuciosa dos bancos de dados já disponíveis. Não haverá nova coleta de dados ou nova pesquisa de campo. Todas as atividades referentes à revisão bibliográfica, consulta e tratamento estatístico de dados e redação dos resultados encontrados está a cargo deste autor, com a supervisão de sua orientadora e de seus colaboradores. Neste aspecto, o projeto torna-se viável, com custos mínimos e um cronograma, que, se bem executado, poderá ser cumprido até o final do prazo estabelecido pelo programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. O projeto conta com o financiamento da CAPES através do benefício da bolsa de mestrado.

9. RESULTADOS PRELIMINARES

Estudo de comportamento durante as cenas de uso:

Para o estudo de comportamento durante as cenas de uso observamos um intervalo médio entre as entrevistas de 157 ± 42 dias. Foi encontrada redução não significativa do comportamento de risco de dar ou emprestar agulhas ou seringas durante as secções de uso de drogas de modo geral (tabela 1). Quando analisados de forma emparelhada, observamos uma diferença média de $0,015 \pm 0,34$ e $p=0,62$ obtido através do teste t para proporções em amostras pareadas, indicando também não haver redução significativa do comportamento de risco entre os usuários nos dois períodos investigados.

Tabela 1 - Proporção de usuários com comportamento de risco. Análise não emparelhada.

Cidade	n	Proporção antes	Proporção depois	p	poder
Porto Alegre	61	10%	6%	0,52	13%
São José do Rio Preto	36	14,3%	17,1%	0,74	6%
Salvador	42	9,5%	4,8%	0,4	13%
Total	139	10,9%	8,7%	0,53	9%

Estudo de morbi-mortalidade:

Para o estudo de morbi-mortalidade, os dados descritivos referentes ao número de indivíduos participantes do Projeto AjUDE-Brasil II encontrados nos bancos de dados citados estão resumidos na Tabela 2.

Tabela 2 - Resumo do quantitativo das informações coletadas para o estudo de morbi-mortalidade do Projeto Ajude II, segundo município pesquisado.

Município (n da lista de participantes)						
	Itajaí		São José do Rio Preto		Porto Alegre	
	(n = 97)		(n = 128)		(n = 255)	
	n	%	n	%	n	%
AIDS	06	6,1	24	16,9	28	10,1
Tuberculose	03	3,1	07	4,9	31	11,2
AIH	11	11,2	33	23,2	-	*
SIM/2000	0	0,0	01	0,7	04	1,4
SIM/2001	02	2,0	01	0,7	10	3,6
Penitenciárias	20	20,4	45	31,7	77	27,9

*sem informação

Foi observada uma taxa de incidência elevada para doenças como AIDS e tuberculose. Observamos também uma elevada mortalidade, principalmente em Porto Alegre e uma grande incidência de internações em todos os municípios. Entretanto, nesta tabela, o dado mais impressionante é o número bastante elevado de indivíduos encontrados em presídios ou penitenciárias. Vale a pena lembrar que ainda não foram distintos os UDI HIV-positivos dos negativos.

10. REDAÇÃO DOS ARTIGOS

Propõe-se a divulgação dos resultados deste estudo em dois artigos científicos abordando os dois objetivos específicos já citados e respondendo as duas perguntas básicas propostas:

1º Artigo - Existem indícios de mudança de comportamento de risco com o decorrer do tempo entre UDI brasileiros nas cidades observadas?

2º Artigo - Quais seriam os possíveis determinantes da sobrevida dos UDI para eventos adversos e de morbi-mortalidade?

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil.(2002). Boletim Epidemiológico de AIDS XVI; no 01: 14^a a 52^a semanas epidemiológicas abril a dezembro de 2002. Brasília. Ministério da Saúde.
2. Fonseca MGP, Szwarcwald CI e Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de AIDS no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pública* 2002;36(6):678-85
3. Law MG, Batey RG. Injecting drug use in Australia: needle/syringe programs prove their worth, but hepatitis C still on the increase. *Med J Aust* 2003; 178: 197-198. <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/hac.htm>
4. Commonwealth Department of Health and Ageing. Return on investment in needle and syringe programs in Australia. Canberra: Department of Health and Ageing, 2002. Available at: <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/hac.htm>
5. Caiaffa, W. T. 2003. Projeto AjUDE – Brasil II: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de drogas injetáveis dos Projetos de Redução de danos apoiados pelo PN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.
6. Caiaffa, W. T. The Dynamics of the human Immunodeficiency Virus Epidemics in the South of Brazil: Increasing Role of Injection Drug Users. *Clinical Infectious Diseases* 2003; 37(5): S376-81
7. Hurley S, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle and syringe exchange programs for prevention of HIV transmission. *Lancet* 1997 Jun 21; 349(9068): 1797-1800.
8. MacDonald M, Law M, Kaldor J, Hales J, Dore G. Effectiveness of needle and syringe exchange programs for prevention of HIV transmission. *International Journal of Drug Policy*. 2003 14; 353-57.
9. Caiaffa WT, Proietti FA. Ecological Analyses and the evaluation of needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy*. 2003 14; 359-60.
10. Caiaffa WT, Bastos FI, Proietti FA, Reis ACM, Mingoti SA, Gandolfi D, Doneda D. Practices surrounding syringe acquisition and disposal: effects of Syringe Exchange Programmes from different Brazilian regions – the AjUDE-Brasil II Project. *International Journal of Drug Policy*. 2003 14; 365-71.
11. van Amedijen EJC, Coutinho RA. Large decline in injecting drug users in Amsterdam, 1986-1998 explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *J Epidemiol Community Health* 2001 May; 55(5):356-63.

12. Nelson KE et al. Temporal trends in the incidence of human immunodeficiency virus infection and risk behavior among injection drug users in Baltimore, Maryland, 1988-1998. *Am J Epidemiol* 2002 Oct 1;156(7):641-53
13. Nelson KE, Vlahov D, Solomon L, Cohn S, Munoz A. Temporal trends of incident human immunodeficiency virus infection in a cohort of injecting drug users in Baltimore, Md. *Arch.Intern.Med.*, 1995 Jun; 155: 1305-1311.
14. Nelson KE, Eiumtrakul S, Celentano DD et al. HIV infection in young men in northern Thailand, 1991-1998: increasing role of injection drug use. *J.Acquir.Immune.Defic.Syindr.*, 2002 Jan; 29: 62-68.
15. Fonseca, MP, Castilho EA, 1997. Os casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1980-97. Boletim Epidemiológico – AIDS X:6-14.
16. Strathdee SA, Galai N, Safaiean M et al. Sex differences in risk factors for hiv seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Arch.Intern.Med.*, 2001 May; 161: 1281-1288.
17. Solomon L, Astemborski J, Warren D et al. Differences in risk factors for human immunodeficiency virus type 1 seroconversion among male and female intravenous drug users. *Am.J.Epidemiol.*, 1993 Apr; 137: 892-898.
18. Chitwood DD, Griffin DK, Comerford M et al. Risk factors for HIV-1 seroconversion among injection drug users: a case-control study. *Am.J.Public Health*, 1995 Nov; 85: 1538-1542.
19. Beyrer C, Jittiwutikarn J, Teokul W, Razak MH, Suriyanon V, Srirak N, Vongchuk T, Tovanabutra S, Sripaipan T, Celentano DD. Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand. *AIDS Behav.* 2003 Jun;7(2):153-61.
20. Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, Sawanpanyalert P, Chadbanchachai C, Rojanawiwat A, Kongpromsook W, Paungtubtim W, Sri-Ngam P, Jaisue R. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis.* 2003 Oct 28;3(1):25.
21. Estebanez P, Zunzunegui MV, Aguilar MD, Russell N, Cifuentes I, Hankins C. The role of prisons in the HIV epidemic among female injecting drug users. *AIDS Care.* 2002 Feb;14(1):95-104.
22. Galai N, Safaiean M, Vlahov D, Bolotin A, Celentano DD; ALIVE Study. Longitudinal patterns of drug injection behavior in the ALIVE Study cohort,1988-2000: description and determinants. *Am J Epidemiol.* 2003 Oct 1;158(7):695-704.

23. Celentano DD, Munoz A, Cohn S, Nelson KE, Vlahov D. Drug-related behavior change for HIV transmission among American injection drug users. *Addiction*, 1994 Oct; 89: 1309-1317.
24. Latkin C et al. People and places: behavioral settings and personal network characteristics as correlates of needle sharing. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996 Nov 1; 13(3): 273-80.
25. Wood E, Tyndall MW, Spittal PM et al. Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help? *CMAJ.*, 2001 Aug; 165: 405-410.
26. Bailey SL, Huo D, Garfein RS, Ouellet LJ. The use of needle exchange by young injection drug users. *J.Acquir.Immune.Defic.Syndr.*, 2003 Sep; 34: 67-70.
27. Hagan H, McGough JP, Thiede H, Hopkins S, Duchin J, Alexander ER. Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle-exchange participation in Seattle drug injectors. *J.Subst.Abuse Treat.*, 2000 Oct; 19: 247-252.
28. Hagan H, Thiede H. Changes in injection risk behavior associated with participation in the Seattle needle-exchange program. *J.Urban.Health*, 2000 Sep; 77: 369-382.
29. Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Erringer EA, Edlin BR. The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *AIDS*, 2000 Mar; 14: 605-611.
30. Schoenbaum EE, Hartel DM, Gourevitch MN. Needle exchange use among a cohort of injecting drug users. *AIDS*, 1996 Dec; 10: 1729-1734.
31. Des Jarlais D, Marmor M, Paone D et al. HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet*, 2000 Mar; 348: 987-991.
32. Bruneau J, Lamothe F, Franco E et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *Am.J.Epidemiol.*, 1997 Dec; 146: 994-1002.
33. Saxon AJ, Calsyn DA, Jackson TR. Longitudinal changes in injection behaviors in a cohort of injection drug users. *Addiction*, 1994 Feb; 89: 191-202.
34. Tyndall MW, Craib KJ, Currie S, Li K, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Impact of HIV infection on mortality in a cohort of injection drug users. *J.Acquir.Immune.Defic.Syndr.*, 2001 Dec; 28: 351-357.

35. van Haastrecht HJ, Van Ameijden EJ, van den Hoek JA, Mientjes GH, Bax JS, Coutinho RA. Predictors of mortality in the Amsterdam cohort of human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative drug users. *Am.J.Epidemiol.*, 1996 Feb; 143: 380-391.
36. Webber MP, Schoenbaum EE, Gourevitch MN, Buono D, Chang CJ, Klein RS. Temporal trends in the progression of human immunodeficiency virus disease in a cohort of drug users. *Epidemiology*, 1998 Nov; 9: 613-617.
37. Caiaffa WT, Mingoti SA, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Silva RC, Lopes AC, Doneda D. Estimation of the number of injecting drug users attending an outreach syringe-exchange program and infection with human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C virus: the AjUDE-Brasil project. *J Urban Health*. 2003 Mar;80(1):106-14.
38. Bustamante-Teixeira MA, Faerstein E., Latorre MR, Técnicas de Análise de Sobrevida. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18(3): 579-594, mai-jun,2002.
39. Latkin CA, Vlahov D. Socially desirable response tendency as a correlate of accuracy of self-reported HIV serostatus for HIV seropositive injection drug users. *Addiction*. 1998 Aug;93(8):1191-7.
40. Beyrer C, Nelson KE. Loss to follow-up effect in investigations of HIV-1 incidence. *Lancet*, 1997 Mar; 349: 649-650.
41. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies. A practical manual. WHO, Geneva, 1991.
42. Guenter CD, Fonseca K, Nielsen DM, Wheeler VJ, Pim CP. HIV prevalence remains low among Calgary's needle exchange program participants. *Can J Public Health*. 2000 Mar-Apr;91(2):129-32.
43. Vlahov D, Junge B. The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Rep*. 1998 Jun;113 Suppl 1:75-80.
44. Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*. 1997 Jul;11(8):F59-65.
46. Raboud JM, Boily MC, Rajeswaran J, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. The impact of needle-exchange programs on the spread of HIV among injection drug users: a simulation study. *J Urban Health*. 2003 Jun;80(2):302-20.

47. Dolan K, Rutter S, Wodak AD. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*. 2003 Feb;98(2):153-8.
48. Estrada AL. Epidemiology of HIV/AIDS, hepatitis B, hepatitis C, and tuberculosis among minority injection drug users. *Public Health Rep*. 2002;117 Suppl 1:S126-34.
49. Gibson DR, Brand R, Anderson K, Kahn JG, Perales D, Guydish J. Two- to sixfold decreased odds of HIV risk behavior associated with use of syringe exchange. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 Oct 1;31(2):237-42.
50. van Ameijden EJ, Coutinho RA. Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users. *AIDS*. 1998 Apr 16;12(6):625-33.
51. van Haastrecht HJ, Bindels PJ, van den Hoek AA, Coutinho RA. Estimating the size of the HIV epidemic among injecting drug users in Amsterdam. *Eur J Epidemiol*. 1997 Apr;13(3):261-5
52. Edwards A, Curtis S, Sherrard J. Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS*. 1999 Jul;10(7):464-6.
53. Gaskin S, Brazil C, Pickering D. The sharing of injecting paraphernalia by intravenous drug users (IDUs) within a Worcestershire cohort, with specific reference to water and filters. *Int. J. Drug Policy*. 2000 Dec 1;11(6):423-435.
54. Wood E, Kerr T, Spittal PM, Li K, Small W, Tyndall MW, Hogg RS, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003 Jan 1;32(1):2-8.
55. Mientjes GH, van Ameijden EJ, van den Hoek AJ, Goudsmit J, Miedema F, Coutinho RA. Progression of HIV infection among injecting drug users: indications for a lower rate of progression among those who have frequently borrowed injecting equipment. *AIDS*. 1993 Oct;7(10):1363-70.
56. Van Ameijden EJ, Langendam MW, Notenboom J, Coutinho RA. Continuing injecting risk behaviour: results from the Amsterdam Cohort Study of drug users. *Addiction*. 1999 Jul;94(7):1051-61.
57. Strathdee SA, van Ameijden EJ, Mesquita F, Wodak A, Rana S, Vlahov D. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS*. 1998;12 Suppl A:S71-9.
58. Van Ameijden EJ, Van den Hoek JA, Mientjes GH, Coutinho RA. A longitudinal study on the incidence and transmission patterns of HIV, HBV and HCV infection among drug users in Amsterdam. *Eur J Epidemiol*. 1993 May;9(3):255-62

59. Hartgers C, van Ameijden EJ, van den Hoek JA, Coutinho RA. Needle sharing and participation in the Amsterdam Syringe Exchange program among HIV-seronegative injecting drug users. *Public Health Rep.* 1992 Nov-Dec;107(6):675-81.
60. Mientjes GH, van Ameijden EJ, van den Hoek AJ, Coutinho RA. Increasing morbidity without rise in non-AIDS mortality among HIV-infected intravenous drug users in Amsterdam. *AIDS.* 1992 Feb;6(2):207-12.
61. Valente TW, Vlahov D. Selective risk taking among needle exchange participants: implications for supplemental interventions. *Am J Public Health.* 2001 Mar;91(3):406-11.

APÊNDICE C
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA AS ENTREVISTAS DO
PROJETO AJUDE – BRASIL II:

PROJETO AjUDE-Brasil II
Coordenação Nacional DST/AIDS, UNDCP, Faculdade de Medicina - UFMG

ENTREVISTA DO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

INTRODUÇÃO:

Entrevistador, convide o entrevistado para participar do estudo e ofereça para leitura ou leia para ele(a) o CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

A SEGUIR PREENCHA SEM PERGUNTAR DE 1-2 A 1-14.

Não se esqueça de preencher com LETRA LEGÍVEL a informação solicitada no consentimento.

1-1. Etiqueta:

1-2. Data: ____/____/____ []/[]/[]

1-3. Horas: ____:____ h []:[]

1-4. PRD/Cidade: _____ [] []

1-5. Nome completo do ENTREVISTADOR: _____ [] []

1-6. Local da entrevista:

Sede do PRD.....	1	
Local público (rua).....	2	
Casa do redutor.....	3	
Casa do UDI.....	4	
Outro	5	
Não preencheu.....	9	[] []

1-7. Local ou área de atuação do PRD: _____ [] []

1-8. O entrevistado usou droga injetável nos últimos 5 anos?

Ainda não sei.....0

Sim.....1

Não.....2 *Agradecer e encerrar a entrevista explicando que não é este o público da pesquisa*

[]

1-9. Esta entrevista está acontecendo como?

Somente com o entrevistado..... 1

Com pessoas próximas ao entrevistado..... 2

Outra situação..... 3

Não preencheu..... 9 [] []

1-10. O entrevistado aceitou participar? Sim.....1 *Vá para a questão 1-12*

Não.....2 *Vá para a questão 1-11*

[]

1-11. Por 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
 Não respondeu..... 9 [] []

1-12. Qual o sexo do(a) entrevistado(a)? (Preencha sem perguntar)

Não sabe dizer..... 0
 Sexo feminino..... 1
 Sexo masculino..... 2
 Não preencheu..... 9 []

1-13. Qual a idade aproximada do(a) entrevistado(a)? (Preencha sem perguntar)

Não sabe..... 0
 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 preencheu..... 9 []

1-14. Qual a opção que melhor descreve a cor de pele do(a) entrevistado(a)?

Não sabe..... 0
 Branca..... 1
 Parda..... 2
 Preta..... 3
 Amarelo..... 4
 Outra: 5
 Não preencheu..... 9 [] []

Entrevistador:

PARA AQUELES QUE SE NEGARAM A PARTICIPAR, O PREENCHIMENTO DA ENTREVISTA ENCERRA AQUI.

PARA AQUELES QUE CONCORDARAM E ASSINARAM O TERMO DE CONSENTIMENTO, CONTINUE.

AGORA VOCÊ DEVE LER CADA PERGUNTA E CADA OPÇÃO, EXCETO QUANDO ESPECIFICADO

2-1. Qual é o dia, mês e ano de seu nascimento? ____/____/____ []/____/____

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

_____ Estado []

2-3. Qual é sua idade? ____ anos []

2-4. Qual a sua principal ocupação nos últimos 6 meses?

Não tem 000
 Não respondeu 999 [] []

2-5. Qual tem sido sua principal fonte de renda nos últimos 6 meses?

Emprego com salário mensal..... 1
 Trabalho temporário com salário..... 2
 Outra: 3
 Não tem 0
 Não respondeu 9 [] []

2-6. Você sabe ler?

Sim 1
 Não 2
 Não respondeu 9 []

2-7. Até que série você estuda ou estudou? _____ série _____ grau

Não estudou..... 00
 Não sabe..... 77
 Não respondeu..... 99 []

2-8. Você já fez algum curso profissionalizante?

(Entrevistador: caso haja dúvida, cite como exemplo: bombeiro, eletricista, pintor, etc...)

Sim 1
 Não 2 Vá para a questão 2-9
 Não respondeu 9 Vá para a questão 2-9

2-8a. Se sim, qual foi? _____ []

2-9. Qual seu município de residência? _____ []**2-10. Há quanto tempo mora neste município? _____ ano(s) _____ mês(es) [] []****2-11. Em que bairro você mora? _____ []****2-12. Você é...?**

Solteiro(a).....1
 Casado(a) ou vive com alguém.....2
 Separado(a)/Divorciado(a).....3
 Viúvo(a).....4
 Não respondeu 9 []

2-13. Qual sua religião?

Não tem.....0
 Católica.....1
 Evangélica/crente.....2
 Umbanda/candomblé.....3
 Outra.....4
 Não respondeu 9 [] []

Entrevistador:
Para as questões 2-14 a 2-20 circule as duas letras correspondentes ao solicitado.
Se necessário, use os códigos abaixo e preencha ao lado da pergunta:
 Não sabe00
 Não se aplica.....88
 Não respondeu.....99

2-14. Quais são as duas primeiras letras de seu primeiro nome? __ __

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [] []

2-15. Quais são as duas primeiras letras de seu último nome? __ __

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [] []

2-16. Quais são as duas primeiras letras de seu segundo nome? __ __

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [] []

2-17. Quais são as duas primeiras letras do primeiro nome de sua MÃE? __ __

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [] []

2-18. Quais são as duas primeiras letras do último nome de sua MÃE? __ __

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [] []

2-19. Quais são as duas primeiras letras do primeiro nome de seu PAI? __ __

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [] []

2-20. Quais são as duas primeiras letras do último nome de seu PAI? __ __

1a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2a. Letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [] []

2-21. Qual seu(a) artista preferido(a)? _____ [] []

2-22. Você usa ou já usou os serviços deste PRD?

- Sim, através do redutor1
 Sim, através do agente morador.....2
 Sim, através do redutor e do agente morador...3
 Sim, outra forma: 4
 Não 5
 Não respondeu 9
- Vá para a questão 2-23
 Vá para a questão 2-23 [] []

2-22a. Se sim, há quanto tempo? _____ anos _____ meses _____ dias (____)(____)

2-23. Você já respondeu a questionário semelhante a este (ou da pesquisa da coleta de sangue no dedo)?

- Sim 1
 Não 2 *Vá para a questão 3-1*
 Não respondeu 9 *Vá para a questão 3-1*

2-23a. Se sim, quando foi? /
Mês Ano

3-1. Quantos anos você tinha quando usou drogas pela primeira vez? anos []

3-2. Que droga você usou pela primeira vez? _____

3-3. Quantos anos você tinha quando injetou drogas pela primeira vez? _____ anos [_____]

3-4. Que droga você injetou pela primeira vez? _____ []

Entrevistador:
SE O ENTREVISTADO NÃO USOU DROGAS INJETÁVEIS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, ELE NÃO É ELEGÍVEL PARA O ESTUDO.

AGRADEÇA, EXPLIQUE QUE A PESQUISA OBJETIVA TRABALHAR COM USUÁRIOS INJETÁVEIS.

3-5. Na primeira vez que você injetou, como conseguiu a droga?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| De meu(minha) parceiro(a) sexual..... | 2 |
| De um parente..... | 3 |
| De amigo íntimo..... | 4 |
| De um conhecido..... | 5 |
| Traficante..... | 6 |
| Outra: _____ | 7 |
| Não respondeu..... | 9 |

3-6. Na primeira vez que você injetou, como conseguiu o material para se injetar, tal como agulha e seringa?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Eu adquirir na farmácia..... | 1 |
| De meu(minha) parceiro(a) sexual..... | 2 |
| De um parente..... | 3 |
| De amigo íntimo..... | 4 |
| De um conhecido..... | 5 |
| Traficante..... | 6 |

Outra: _____ 7
 Não respondeu.....9 ☐ ☐

3-7. Na primeira vez que você injetou, quem injetou a droga em você?

Eu mesmo, sem nenhuma ajuda1
 Meu(minha) parceiro(a) sexual.....2
 Um parente.....3
 Um amigo íntimo.....4
 Um conhecido.....5
 Traficante.....6
 Outra: _____ 7
 Não respondeu.....9 ☐ ☐

Entrevistador:

As questões 4-1 a 5-16 referem-se ao período dos ÚLTIMOS 6 MESES.

Por favor, diga o mês e ano equivalente.

Por exemplo: se a entrevista está sendo realizada no mês de Maio de 2000, explique que a pergunta refere-se ao período de Dezembro de 1999 a Maio de 2000.

4- AGORA VOU PERGUNTAR SE NOS ÚLTIMOS 6 MESES VOCÊ USOU ...

(Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

4-1. Maconha?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-2. Crack?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-3. Cocaína cheirada?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-4. Cocaína injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-5. Cocaína e heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-6. Heroína cheirada?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-7. Heroína fumada?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-8. Heroína injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-9. Anfetamina (arrebite/bolinha) oral?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-10. Anfetamina injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-11. Tranquilizante oral?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-12. Tranquilizante injetável?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-13. Bebidas alcoólicas (pinga, rum, uísque, vinho, cerveja, etc)?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
4-14. Cigarros de tabaco?	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu	☐
Se sim, quantos/dia? _____				☐ ☐

4-15. Outra droga?* _____ Via: _____	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu
4-16. Outra droga?* _____ Via: _____	1. Sim	2. Não	9. Não respondeu

[]	[]
[]	[]

* Entrevistador: se usou nome popular para a droga, favor explicar abaixo o que é.
Exemplo: macaquinho (maconha com cocaína), etc....

5- NOS ÚLTIMOS 6 MESES COMO VOCÊ TEM CONSEGUIDO AGULHAS E SERINGAS PARA SE INJETAR?
(Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
5-1. Com um amigo íntimo (que não seja o redutor)?	1	2	8	9	[]
5-2. Com um companheiro de sessão?	1	2	8	9	[]
5-3. Com um(a) parceiro (a) sexual regular? <i>Parceiro sexual regular: é aquele(a) que é seu(a) esposo(a), ou que mora com você ou é seu(a) namorado(a) fixo(a)</i>	1	2	8	9	[]
5-4. Com um (a) parceiro(a) sexual eventual? <i>Parceiro sexual eventual: é aquele(a) com quem você não é casado, nem vive com ele(a) e que faz sexo eventualmente</i>	1	2	8	9	[]
5-5. Com um desconhecido?	1	2	8	9	[]
5-6. Com um agente ou redutor do projeto?	1	2	8	9	[]
5-7. Em farmácias ou outras casas comerciais?	1	2	8	9	[]
5-8. Em hospitais ou centros de saúde ?	1	2	8	9	[]
5-9. Conseguiu de outras formas?	1	2	8	9	[]
5-9a. Se sim, qual?					[]

5-10. Nos últimos 6 meses, quando você ganhou seringas ou agulhas de parceiros, amigos e companheiros de sessão, geralmente estas seringas eram:

Novas.....1
Usadas.....2
Novas e usadas3
Não se aplica.....8
Não respondeu.....9

[]

AGORA VOU PERGUNTAR SE NOS ÚLTIMOS 6 MESES EM ALGUMA SESSÃO DE USO VOCÊ USO U DE ALGUM(A) COMPANHEIRO(A) ... (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
5-11. O mesmo recipiente para diluir a droga (pote ou copinho)?	1	2	8	9	[]
5-12. A mesma colher?	1	2	8	9	[]
5-13. O mesmo algodão?	1	2	8	9	[]
5-14. A mesma água ou outro diluente?	1	2	8	9	[]
5-15. Outro material ou substância?	1	2	8	9	[]
5-15a. Se sim, qual?					[]

5-16. Nos últimos 6 meses, onde (em que local) 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, VOCÊ JÁ ...

(Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
5-17. Deu ou emprestou agulhas/seringas que você usou para outra pessoa usar ou injetar					
Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
Se sim, para quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)</i>	_____				[]
No último mês?	1	2	8	9	[]
Se sim, para quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)</i>	_____				[]
5-18. Recebeu e usou para se injetar agulhas/seringas usadas de outra pessoa					
Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
Se sim, de quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)</i>	_____				[]
No último mês?	1	2	8	9	[]
Se sim, de quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)</i>	_____				[]
5-19. Limpou suas agulhas/seringas com alguma substância?					
Alguma vez em sua vida?	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
Se sim, qual? <i>(Água, álcool, hipodorito, outra)</i>	_____				[]
No último mês?	1	2	8	9	[]
Se sim, qual? <i>(Água, álcool, hipodorito, outra)</i>	_____				[]

Entrevistador:
As questões 6-1 a 6-7 referem-se ao período do ÚLTIMO MÊS.
Por favor, diga o mês e ano equivalente.
Por exemplo: se a entrevista está sendo realizada no mês de Maio de 2000, explique que a pergunta refere-se ao período de Abril a Maio de 2000.

6- AGORA VOU PERGUNTAR SE NO ÚLTIMO MÊS ...

6-1. Você se injetou?

Sim.....1 *Se sim, vá para a questão 6-2*
 Não.....2 *Se não, vá para a questão 6-1a*
 Não respondeu.....9

[]

6-1a. Se você não injetou no último mês, poderia me dizer por quê? *A seguir, vá para a questão 6-8*

[]

6-2. Qual foi a última droga que você injetou?

[]

6-3. No último mês, em média, com que frequência você se injetou?

Mês: 1a 3 vezes por mês.....2
Semana: 1 vez por semana.....3
 2 a 4 vezes por semana.....4
 5 a 6 vezes por semana.....5
Dia: Todos os dias, 1 vez por dia.....6
 Todos os dias, 2 a 3 vezes por dia.....7
 Todos os dias, mais de 3 vezes por dia.....8
 Outra9
 Não se aplica.....88
 Não respondeu.....99
 Não sabe.....00

[] []

6-4. Quantos dias no total você se injetou no último mês?

____ dias

[]

6-5. No último mês, normalmente em cada sessão de uso, quantas vezes você se injetou?

____ vezes

[]

6-6. No último mês, na maioria das vezes, onde(em que local) você se injetou?

Cite pelo menos dois locais. (Exemplo: lugar onde mora, rua, casa abandonada, etc...)

_____ []

_____ []

6-7. No último mês, onde(em que local) você deixou suas seringas e agulhas usadas?

Cite pelo menos dois locais (Exemplo: rua, lixo, local onde se injeta, com o redutor, etc...)

_____ []

_____ []

AGORA, GOSTARIA QUE VOCÊ DESCREVESSE SUA ÚLTIMA SESSÃO DE USO ...

(Entrevistador: pergunte cada uma e preencha ou circule a resposta do entrevistado)

6-8. Quando foi?	— / — / — — — — [] []
6-9. Onde foi? <i>(Exemplo: lugar onde mora, rua, casa abandonada, etc...)</i>	_____ [] []
6-10. Quantas pessoas estavam presentes e usando drogas injetáveis além de você?	— — — — [] [] Sozinho.....000 Não sabe.....777 Não se aplica.....888 Não respondeu...999
6-11. Deu ou emprestou agulhas/seringas que você usou para outra pessoa usar ou injetar	Não sabe.....0 [] Sim.....1 Não2 Não se aplica8 Não respondeu...9
Se sim, para quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)</i>	_____ [] [] _____ [] []
6-12. Recebeu e usou para se injetar agulhas/seringas usadas de outra pessoa	Não sabe.....0 Sim.....1 Não2 Não se aplica8 [] Não respondeu...9
Se sim, de quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, outro)</i>	_____ [] [] _____ [] []
6-13. Usou algum material de algum (a) companheiro(a) ...	Não sabe.....0 Sim.....1 Não2 Não se aplica8 [] Não respondeu...9
Se sim, qual (is)? <i>(Pote, copinho, gaze, algodão, outro)</i>	_____ [] [] _____ [] []

7- AGORA VOU PERGUNTAR DE ALGUMAS CONDIÇÕES DE SUA VIDA. VOCÊ....
(Entrevistador: pergunte cada uma e preencha ou circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
7-1. Ficou desempregado nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
7-2. Qual local você tem vivido (morado) na maior parte do tempo? <i>(Casa, abrigo, local abandonado, rua, prisão, outros)</i>					[]
7-3. Ficou sem local para morar nos últimos 6 meses?	1	2	8	9	[]
Se sim, onde ficou morando?					[]
7-4. Procurou formas de tratamento de drogas? Alguma vez na vida? <i>Se não, vá para questão 7-5</i>	1	2	8	9	[]
Nos últimos 12 meses? <i>Se não, vá para questão 7-5</i>	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses? <i>Se não, vá para questão 7-5</i>	1	2	8	9	[]
Se sim, chegou a se tratar?	1	2	8	9	[]
Onde foi?					[]
Qual foi o tipo de tratamento?					[]
7-5. Procurou outra forma de tratamento de saúde que não tenha sido para o uso de drogas? <i>(Exemplo: para tratamento de pressão alta ou outra doença, visita médica de rotina, ou de urgência, etc...)</i>					[]
Alguma vez na vida? <i>Se não, vá para questão 7-6</i>	1	2	8	9	
Nos últimos 12 meses? <i>Se não, vá para questão 7-6</i>	1	2	8	9	[]
Nos últimos 6 meses? <i>Se não, vá para questão 7-6</i>	1	2	8	9	[]
Se sim, chegou a se tratar?	1	2	8	9	[]
Onde foi?					[]
Qual foi o tratamento?					[]

COM RELAÇÃO AO TESTE DO HIV VOCÊ...

(Entrevistador: pergunte cada uma e preencha ou circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
7-6. Pensou alguma vez na vida fazer o teste?	1	2	8	9	[]
7-7. Conhece onde fazer o teste? <i>Se não, vá para questão 7-8</i>	1	2	8	9	[]
Se sim, qual é o local?	_____				[]
7-8. Alguma vez na vida você fez o teste do HIV? <i>Se não, vá para questão 7-9</i>	1	2	8	9	[]
Se sim, de quem foi a decisão?	Não sabe.....0 Decisão própria.....1 Sugestão de alguém.....2 Ambos3 Não se aplica8 Não respondeu.....9				[]
No total, quantas vezes você já fez o teste do HIV?	_____				[]
Quando foi(ram) e qual(is) o(s) resultado(s)? Comece do mais antigo até o mais recente.	Ano _____ _____ _____ _____	Resultado 1.Pos 2.Neg 3.Não procurou 8.NA 9.NR _____ 1.Pos 2.Neg 3.Não procurou 8.NA 9.NR _____ 1.Pos 2.Neg 3.Não procurou 8.NA 9.NR _____ 1.Pos 2.Neg 3.Não procurou 8.NA 9.NR _____			() () () () () () () ()
7-9. Em relação ao HIV, você acha que é.. <i>Se negativo, vá para questão 7-11</i>	Não sabe.....0 Positivo1 Negativo2 Não respondeu.....9				[]
7-10. Se você é HIV positivo, nos últimos 6 meses está fazendo algum tratamento?	Não sabe0 Sim.....1 <i>Vá para a questão 7-10a</i> Não.....2 <i>Vá para a questão 7-10b</i> Não respondeu.....9				[]
7-10a. Se sim, qual tratamento?	_____				[]
Onde está se tratando?	_____				[]
7-10b. Se não, por quê?	_____				[]

7-11. VOCÊ JÁ FOI DETIDO PELA POLÍCIA, INCLUINDO QUANDO ERA MENOR?

	Sim	Não	Não respondeu	
Alguma vez em sua vida? <i>Se não, vá para questão 7-12</i>	1	2	9	[]
Se sim: quantas vezes?	_____			[]
Nos últimos 6 meses?	1	2	9	[]
Se sim: quantas vezes?	_____			[]
No último mês?	1	2	9	[]
Se sim: quantas vezes?	_____			[]

7-12. VOCÊ JÁ CUMPRIU PENA OU FOI CONDENADO?

	Sim	Não	Não respondeu	
Alguma vez em sua vida? <i>Se não, vá para questão 7-13</i>	1	2	9	[]
Se sim: poderia dizer a razão?	_____			[]
Por quanto tempo esteve cumprindo pena?	_____ meses			[] []
Você usou drogas injetáveis enquanto estava cumprindo pena?	1	2	9	[]
Como conseguia seringas e agulhas?	_____ _____			[] []

7-13. VOCÊ JÁ SE MACHUCOU EM BRIGAS OU FOI AGREDIDO(A) POR CAUSA DE DROGAS?

	Sim	Não	Não respondeu	
Alguma vez em sua vida? <i>Se não, vá para questão 8</i>	1	2	9	[]
Se sim: quantas vezes?	_____			[]
Nos últimos 6 meses?	1	2	9	[]
Se sim: quantas vezes?	_____			[]
Com quem? <i>(Parceiro sexual, amigo íntimo, companheiro, desconhecido, polícia ou militar, outro)</i>	_____ _____			[] []
Você teve de receber cuidados médicos por causa destas agressões?	1	2	9	[]

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

8- AGORA

VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA VIDA SEXUAL

8-1. Você já teve relação sexual alguma vez em sua vida?

(Entrevistador: relação sexual deve ser entendida como penetração vaginal ou anal).

Sim..... 1
 Não..... 2 Se não, ir para a questão 9
 Não respondeu..... 9
 Não sabe 0

[]

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

8-2. Quantos anos você tinha em sua primeira relação sexual? ____ anos

[]

8-3. Quantos anos você tinha em sua última relação sexual? ____ anos

[]

Entrevistador:

As questões 8-4 a 8-33 referem-se ao período dos **ÚLTIMOS 6 MESES**.

Por favor, diga o mês e ano equivalente.

Por exemplo: se a entrevista está sendo realizada no mês de Maio de 2000, explique que a pergunta refere-se ao período de Dezembro de 1999 a Maio de 2000.

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

Nos últimos 6 meses você teve alguma doença ou sintoma de doença como:

(Entrevistador: pergunte cada uma e preencha ou circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não responde u	
8-4. Feridas no pênis ou vagina(tipo sífilis, herpes, condiloma ou crista de galo, cancro mole ou cavalo e bubão)?	1	2	9	[]

8-5. Corrimentos no pênis ou vagina (tipo gonorréia, blenorragia, tricomoniase)?	1	2	9	[]
--	---	---	---	-----

8-6. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual com pessoas do sexo oposto ao seu?
(Entrevistador: para homens perguntar com mulheres; para mulheres perguntar com homens)

Sim.....1
 Não.....2 Se não ir para a questão 8-19
 Não respondeu...9

[]

Entrevistador:

Se o entrevistado(a) não teve parceiro(a) regular, vá para a questão 8-12. Caso contrário, prossiga.

8-7. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM PARCEIROS (AS) DO SEXO OPOSTO AO SEU, VOCÊ DESCREVERIA SEUS(AS) PARCEIROS(AS) SEXUAL(AIS) COMO... (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu
8-7a. Um(a) parceiro(a) sexual regular, ou seja aquele(a) que é seu(a) esposo(a), ou que mora com você ou é seu(a) namorado(a) fixo(a)	1	2	8	9
8-8. Esta pessoa também usa drogas injetáveis?	1	2	8	9

[]

[]

PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM SEU(A) PARCEIRO(A) REGULAR NOS ÚLTIMOS 6 MESES VOCÊ DIRIA QUE ELAS FORAM...

8-9. Com que frequência?

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

[]

8-10. Sob o efeito de droga... (injetável ou não)?

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	[]

8-11. Você ou seu parceiro(a) usou camisinha ou preservativo...

Em todas as vezes.....	1	<i>Se sim, ir para 8-11b</i>
Na maioria das vezes.....	2	<i>Se sim, ir para 8-11b</i>
Em menos da metade das vezes.....	3	<i>Se sim, ir para 8-11b</i>
Em nenhuma das vezes.....	4	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-11a. Se a camisinha não foi usada em nenhuma das vezes, você poderia me dizer por quê?

_____ *Ir para a questão 8-12* []

8-11b. Quem sugeriu o uso da camisinha foi...

Eu mesmo.....	1	
Meu (minha) parceiro (a).....	2	
Os dois.....	3	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-12. AINDA PENSANDO NOS ÚLTIMOS 6 MESES, EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM PESSOAS DO SEXO OPOSTO AO SEU, VOCÊ DESCREVERIA SEUS(AS) PARCEIROS(AS) SEXUAL(AIS) COMO... *(Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)*

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
8-12a. Um(a) parceiro(a) sexual eventual, ou seja aquele(a) com quem você não é casado, nem vive com ele(a) mas tem relação sexual ocasionalmente	1	2	8	9	[]
8-13. Esta(s) pessoa(s) também usa(m) drogas injetáveis.	1	2	8	9	[]

Entrevistador:

Se o entrevistado(a) não teve parceiro(a) eventual, vá para a questão 8-19. Caso contrário, prossiga.

PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM SEU (A) PARCEIRO(A) SEXUAL EVENTUAL NOS ÚLTIMOS 6 MESES VOCÊ DIRIA QUE ELAS FORAM...

8-14. Com que frequência?

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	[]

8-15. Sob o efeito de droga... (injetável ou não)

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	[]

8-16. Falando de seu(a) parceiro(a) eventual, este(a) foi:

A mesma pessoa.....	1	
A maioria das vezes a mesma pessoa.....	2	
A maioria das vezes pessoas diferentes.....	3	
Todas as vezes pessoas diferentes.....	4	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	
Não sabe.....	0	[]

8-17. Você ou seu(a) parceiro(a) usou camisinha ou preservativo...

Em todas as vezes.....	1	<i>Se sim, ir para 8-17b</i>
Na maioria das vezes.....	2	<i>Se sim, ir para 8-17b</i>
Em menos da metade das vezes.....	3	<i>Se sim, ir para 8-17b</i>
Em nenhuma das vezes.....	4	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-17a. Se a camisinha não foi usada em nenhuma das vezes, você poderia me dizer por quê?

_____ *Ir para a questão 8-18* []

8-17b. Quem sugeriu o uso da camisinha foi...

Eu mesmo.....	1	
Meu(minha) parceiro(a).....	2	
Os dois.....	3	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-18. 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	[]

8-19. Alguma vez na vida, você teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo?

Sim..... 1
 Não..... 2 Se não, ir para a questão 9
 Não respondeu..... 9 Se não respondeu, ir para a questão 9 []

8-20. Quantos anos você tinha em sua primeira relação sexual com alguém do mesmo sexo?

____ anos []

8-21. Quantos anos você tinha em sua última relação sexual com alguém do mesmo sexo?

____ anos []

Entrevistador:

Rever a idade do(a) entrevistado(a) na página 2. Se a idade da última relação com alguém do mesmo sexo for menor que dois anos da idade do(a) entrevistado(a), vá para a questão 9.

Caso contrário, ou em caso de dúvida, prossiga.

8-22. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM PESSOAS DO MESMO SEXO QUE O SEU, COMO VOCÊ DESCREVERIA SEUS(AS) PARCEIROS(AS) SEXUAL(AIS)? (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu	
8-22a. Um(a) parceiro(a) sexual regular, ou seja aquele(a) que é seu(a) esposo(a), ou que mora com você ou é seu(a) namorado(a) fixo(a)	1	2	8	9	[]
8-23. Esta pessoa também usa drogas injetáveis.	1	2	8	9	[]

Entrevistador:

Se o entrevistado(a) não teve parceiro(a) regular do mesmo sexo, vá para a questão 8-27.

Caso contrário, prossiga.

NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM SEU (A) PARCEIRO(A) REGULAR, VOCÊ DIRIA QUE ELAS FORAM...

8-24. Com que frequência?

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	[]

8-25. Sob o efeito de droga... (injetável ou não)

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	[]

8-26. Você ou seu(a) parceiro(a) usou camisinha ou preservativo...

Em todas as vezes.....	1	<i>Se sim, ir para 8-26b</i>
Na maioria das vezes.....	2	<i>Se sim, ir para 8-26b</i>
Em menos da metade das vezes.....	3	<i>Se sim, ir para 8-26b</i>
Em nenhuma das vezes.....	4	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-26a. Se a camisinha não foi usada em nenhuma das vezes, você poderia me dizer por quê?

_____ *Ir para a questão 8-27* []

8-26b. Quem sugeriu o uso da camisinha foi...

Eu mesmo.....	1	
Meu(minha) parceiro(a).....	2	
Os dois.....	3	
Não se aplica.....	8	
Não respondeu.....	9	[]

8-27. AINDA NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM PESSOAS DO MESMO SEXO, VOCÊ DESCREVERIA SEUS(AS) PARCEIROS(AS) SEXUAL(AIS) COMO... (Entrevistador: pergunte cada uma e circule a resposta do entrevistado)

	Sim	Não	Não se aplica	Não respondeu
8-27a. Um(a) parceiro(a) sexual eventual, ou seja aquele(a) com quem você não é casado, nem vive com ele(a) mas tem relação sexual ocasionalmente	1	2	8	9
8-28. Esta(s) pessoa(s) também usa(m) drogas injetáveis?	1	2	8	9

[]

[]

Entrevistador:

Se o entrevistado(a) não teve parceiro(a) eventual do mesmo sexo, vá para a questão 9. Caso contrário, prossiga.

NOS ÚLTIMOS 6 MESES, PENSANDO EM TODAS AS VEZES QUE VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM SEU (A) PARCEIRO(A) EVENTUAL DO MESMO SEXO, VOCÊ DIRIA QUE ELAS FORAM ...

8-29. Com que frequência?

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

[]

8-30. Sob o efeito de droga... (injetável ou não)

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

[]

8-31. Falando de seu(a) parceiro(a) eventual, este(a) foi:

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

[]

8-32. Você ou seu parceiro(a) usou camisinha ou preservativo...

- | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|
| Em todas as vezes..... | 1 | <i>Se sim, ir para 8-32b</i> |
| Na maioria das vezes..... | 2 | <i>Se sim, ir para 8-32b</i> |
| Em menos da metade das vezes..... | 3 | <i>Se sim, ir para 8-32b</i> |
| Em nenhuma das vezes..... | 4 | |
| Não se aplica..... | 8 | |
| Não respondeu..... | 9 | <input type="text"/> |

8-32a. Se camisinha não foi usada em nenhuma das vezes, você poderia me dizer por quê?

_____ *Ir para a questão 8-33*

8-32b. Quem sugeriu o uso da camisinha foi...

- | | | |
|-------------------------------|---|----------------------|
| Eu mesmo..... | 1 | |
| Meu (minha) parceiro (a)..... | 2 | |
| Os dois..... | 3 | |
| Não se aplica..... | 8 | |
| Não respondeu..... | 9 | <input type="text"/> |

8-33. 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 | <input type="text"/> |

9. AGORA FAREI UMAS PERGUNTAS A RESPEITO DE ALGUMAS DOENÇAS**9-1. Você conhece alguma doença que é transmitida pelo sangue?**

- | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|
| Sim..... | 1 | |
| Não..... | 2 | <i>Se não, ir para a questão 9-2</i> |
| Não respondeu..... | 9 | <input type="text"/> |

9-1a. Se sim, qual(is)? _____

9-2. Você conhece alguém de sua relação portador do HIV?

- | | | |
|--------------------|---|----------------------|
| Sim..... | 1 | |
| Não..... | 2 | |
| Não respondeu..... | 9 | <input type="text"/> |

9-3. Você conhece alguém de sua relação que teve ou tem o diagnóstico de Aids?

- | | | |
|--------------------|---|----------------------|
| Sim..... | 1 | |
| Não..... | 2 | |
| Não respondeu..... | 9 | <input type="text"/> |

9-4. Você conhece alguma forma de prevenir o HIV e a Aids?

- | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|
| Sim..... | 1 | |
| Não..... | 2 | <i>Se não, ir para a questão 9-5</i> |
| Não respondeu..... | 9 | <input type="text"/> |

9-4a. Se sim, qual(is)? _____ []
 _____ []
 _____ []
 _____ []

9-5. Você conhece uma doença chamada hepatite?

Sim..... 1
 Não..... 2 Se não, ir para a questão 10 []
 Não respondeu..... 9

9-5a. Se sim, quais os tipos de hepatite que você conhece?

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

9-5b. Como obteve esta informação?

_____ []
 _____ []

10. Entrevistador: a entrevista termina aqui. ANTES PORÉM:
 . AGRADEÇA AO ENTREVISTADO PELA PARTICIPAÇÃO;
 . VERIFIQUE SE A COLETA DE SANGUE FOI FEITA ADEQUADAMENTE;
 . ENTREGUE O TÍQUETE ALIMENTAÇÃO;
 . ENTREGUE O CARTÃO PARA O RECEBIMENTO DOS EXAMES;

10-1. Horas: ____:____ h []:[]

10-2. Em sua opinião, o candidato foi entrevistado antes?

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

10-2a. Se sim, quando foi?

____/____/____ [] []
 Mês Ano

10-3. O sangue do entrevistado foi coletado?

Sim, as três cartelas..... 1 [] []
 Sim, as duas cartelas..... 2 Por quê? _____
 Sim, uma cartela..... 3 Por quê? _____
 Não..... 4 Por quê? _____

10-4. Foi dado ao entrevistado o tíquete alimentação referente à entrevista e coleta de sangue?

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

10-5. Entrevistador, gostaria de fazer algum comentário ou sugestão?

_____ []

7. ANEXOS

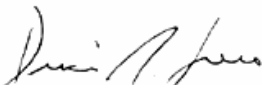
ANEXO A
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de ética em pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº : ETIC 168/99
Interessada: Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

DECISÃO:

Após cumprida a diligência foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no dia 03.01.2000, o projeto intitulado: «*Projeto AjUDE Brasil II: Avaliação Epidemiológica das Ações de Redução de Danos Realizadas pelos Projetos de Redução de Danos (PRD) Apoiados pela Unidade de Drogas e Aids da Coordenação Nacional de DST e Aids-MS/SPS*» e o Termo de Consentimento, do referido projeto, de interesse da Profa. Waleska Teixeira Caiaffa. Acrescentar no Termo de Consentimento o número do telefone do COEP. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco
Presidente do COEP

ANEXO B
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DO
PROJETO AJUDE – BRASIL II

ETIQUETA:**PROJETO AJUDE-Brasil II****ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO***CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DO PROJETO***OBJETIVOS DO PROJETO**

O PROJETO AJUDE-BRASIL tem como objetivo conhecer atitudes, hábitos e costumes dos frequentadores dos PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS (PRD).

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Ao concordar em participar devei:

1. Responder a uma entrevista CONFIDENCIAL com perguntas sobre minha vida pessoal, comportamentos e problemas de saúde.
2. Permitir a coleta de uma pequena quantidade de sangue de meu 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 meu tempo e minhas despesas com transporte.

CONFIDENCIALIDADE

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a minha identificação será mantida como informação sigilosa. Toda a informação será guardada apenas com um número, sem o meu nome. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS, BENEFÍCIOS

A entrevista durará em média 30 minutos e a coleta de sangue do dedo cerca de 5 minutos. O desconforto relacionado à punção digital 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.

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

DÚVIDAS

Em caso de dúvida, poderei me 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 (0-XX-31) 224-0911, ou também com a pessoa responsável pela coordenação deste Projeto nesta cidade, a Dra.XXX, no endereço Rua XXX. O telefone de contato é XXX.

Também recorrerei a meu médico ou agente de saúde para maiores informações se assim entender.

CONSENTIMENTO

Sei que a minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Contarei com o apoio deste PRD independente de minha participação, no sentido de obter orientação quanto à solicitação e encaminhamento para qualquer atenção médica ou laboratorial.

Se quiser saber os resultados dos exames, deverei procurar dentro de 90 dias a contar desta data, a Dra. Jacy Amaral Freire de Andrade, no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES/UFBA), no Ambulatório da Unidade Docente Assistencial de Infectologia /UDAI, nas segundas feiras pela manhã, quando terei um profissional de saúde à minha disposição para os esclarecimentos e encaminhamentos que se fizerem necessários.

Eu li este formulário e recebi as instruções que após assiná-lo, eu o dobrarei e colocarei em envelope que será lacrado na presença do redutor, que assinará atrás para garantir a confidencialidade.

Local: XXXX, XX

Data: ____/____/2000

Você gostaria de saber os resultados de seu exame de sangue?

Sim _____

Não _____

Não sei _____

Assinatura do participante

Entrevistador:

PREENCHA DE FORMA LEGÍVEL O NOME COMPLETO DO ENTREVISTADO

Assinatura do entrevistador

ANEXO C
PARTICIPANTES DO PROJETO – AJUDE BRASIL II:

PRD Florianópolis (SC):

Coordenadoras: Cristiane Martins Rinaldi e Ioná Maria Cardoso.

Responsáveis pelo trabalho de campo: Emerson Silva dos Santos; Doraci Padilha; Rosemar Carmosina; e Mário Henrique Cardoso.

PRD Gravataí (RS):

Coordenadora: Rosa Maria Bittencourt Mayer.

Responsáveis pelo trabalho de campo: Dílson Conceição Strossi; Tatiana Cristina da Silva Grever; Iara Maria da Silva; e Daniel Josué Machado Lisboa.

PRD Itajaí (SC):

Coordenadores: Rosálie Kupka Knoll e Sílvio de Mello.

Responsáveis pelo trabalho de campo: Fabiana da Silva; Guiomar Carolina Barros Gomes; Roseli Izete Junkes; Sabrina Iara Tomaz; Walter Luiz Vargas Júnior; e, em memória, Marcos Aurélio Pereira.

PRD Porto Alegre (RS):

Coordenadoras: Mirtha Delia Sendic Sudbrack e Márcia Rejane Colombo.

Responsáveis pelo trabalho de campo: Patrícia Franciosi Ritter dos Santos; Alessandro Paixão; Rodrigo Santos Rosa; Paula Beatriz Güitz; Deívez Edú Mello Domingues; Vera Rodrigues; Ana Maria da Silva; Tânia Regina Oliveira Telles; Maria Luisa dos Santos; Maria Leda Brasil Lopes; Arlem Silvas de Brás; e Leandro Paim Bandeira.

PRD Salvador (BA):

Coordenador local: Tarcísio Matos de Andrade

Assistente de coordenação: Jacy Amaral Freire de Andrade

Responsáveis pelo trabalho de campo: Rosentina Z. Coelho e Jucélia Maria Moreira.

PRD São José do Rio Preto (SP):

Coordenadora local: Elza Maria Alves Ferreira

Responsáveis pelo trabalho de campo: Cleusa Martins, Marinésia Decândio, Ivani Lucy Dias, Maria Urço, Afonso Carlos Guimarães, Karina Casseb.

Coordenação Geral

Waleska Teixeira Caiaffa¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais;

Consultores Permanentes (em ordem alfabética):

Anna Bárbara Carneiro Proietti²

Eduardo Alves Mendonça³

Fernando Augusto Proietti¹

Francisco Inácio Bastos³

Nélio Januário¹

Sueli Aparecida Mingoti¹

Suely Deslandes³

Assessores técnicos da CN DST e AIDS (em ordem alfabética):

Denise Doneda

Denise Gandolfi

Suely Azevedo

Assessores técnicos (em ordem alfabética):

Aline Cristine Souza Lopes¹

Divane Leite Matos¹

Marta Aparecida Barbosa Chagas²

Mônica Malta³

Rodrigo Carazolli da Silva¹

Ronald Elsin Moraes Eller²

Equipe de Apoio:

Ana Cintra de Oliveira¹

Adriana Chateaubriand¹

Aline Dayrell¹

Angela Cristina Maia Reis¹

Isabela Furtado de Mendonça Picinim¹

Henrique Fernandes Mendes¹

Mariana Hacker³

Rosana Teixeira Caiaffa¹

Mauro Nogueira Cardoso¹

Renata Cristina Rolim Marinho¹

² Fundação Hemominas

³ FIOCRUZ

ANEXO D
RELATÓRIO DA PESQUISA DE DADOS PARA O ESTUDO
DE MORBI-MORTALIDADE DO PROJETO – AJUDE BRASIL II:

RELATÓRIO DA PESQUISA DE DADOS PARA O ESTUDO DE MORBI-MORTALIDADE DO PROJETO AJUDE II

A pesquisa foi realizada em três localidades inseridas no Projeto Ajude II (Itajaí, SC; São José do Rio Preto, SP e Porto Alegre, RS).

Divane Leite Matos (Consultora) e Dra. Waleska Teixeira Caiaffa (Coordenadora do Projeto Ajude) foram as pessoas responsáveis pela coleta destes dados nos respectivos municípios.

Esta pesquisa teve que ser realizada em cada município, porque a consulta ao banco de dados se daria mediante o nome das pessoas participantes. Já que os bancos de dados disponíveis pelo DATASUS/MS não contém o nome das pessoas.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Consultar o banco de dados do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) das doenças AIDS, Hepatites e Tuberculose, nos anos 1999, 2000 e 2001: data do diagnóstico.

Consultar o banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), nos anos 2000 e 2001: data e causa básica do óbito.

Consultar o banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), nos anos 1999, 2000 e 2001: data da internação e da alta, diagnóstico principal e procedimento realizado.

Consultar o livro de registro, banco de dados ou prontuários das penitenciárias/presídios: data de entrada e de saída e artigo de enquadramento

Correção dos nomes, iniciais e data de nascimento, a partir da consulta a todos estes bancos de dados

METODOLOGIA:

Inicialmente foi feito um contato com a Coordenação de DST/AIDS e Projeto de Redução de Danos de cada município, explicando os objetivos desta pesquisa e solicitando que se fizesse contato com as pessoas responsáveis com cada sistema de informação descrito nos objetivos.

A partir daí, junto aos coordenadores de cada município, era marcada uma data para que as pessoas responsáveis (Divane e Dra. Wakeska) pudessem fazer a visita e a pesquisa.

Mediante uma listagem com nomes, iniciais, data de nascimento e iniciais da mães dos participantes do Projeto Ajude, cada banco de dados (SINAN, SIM, AIH e Penitenciárias/presídios) foi consultado e as informações foram registradas em papel e depois repassadas para uma arquivo no computador.

No município que permitiu a cópia do banco de dados, este foi copiado e consultado posteriormente, pois o tempo designado para a pesquisa em cada localidade era curto e também ocorreram vários imprevistos.

A correção das informações (nomes, data de nascimento, etc) foram feitas a partir do banco de dados da AIH (quando disponível) ou das informações das penitenciárias/presídios, baseando-se que as pessoas deveriam apresentar os documentos nos locais onde estas informações foram coletadas (hospitais e penitenciárias/presídios).

ITAJAÍ

A pesquisa foi realizada no período de 13 a 15 de agosto de 2001, e ocorreu sem problemas, pois além de ser um município menor, a pessoa responsável pela Coordenação de DST/AIDS coordenava também o serviço de Vigilância Epidemiológica, onde estão a maioria das informações necessárias para esta pesquisa.

Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN):

Foi nos permitido copiar os bancos de dados do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) das doenças AIDS, Hepatites e Tuberculose (anos: 1999, 2000 e 2001), para posterior pesquisa.

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM):

Em relação ao banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), encontramos alguma dificuldade pois, este sistema é centralizado em Florianópolis (Secretaria de Estado da Saúde). O município de Itajaí recolhe as declarações de óbito, codifica a causa básica e envia para Florianópolis, onde as informações são digitadas. Desta forma, precisamos conversar e explicar, via telefone, com a responsável em Florianópolis, os objetivos desta pesquisa. Sendo assim, foi nos enviado via e-mail os bancos de dados do SIM/2000 e 2001.

Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Autorizações de Internações Hospitalares (AIH):

A pesquisa foi realizada juntamente com uma pessoa do serviço de Controle e Avaliação do município e diretamente no sistema de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Foi pesquisado os anos de 2000 e 2001 e impressos os espelhos (resumos) das AIH encontradas. O ano de 1999 não foi consultado, pois este teria que ser pesquisado em cada hospital do município já que este banco (AIH/1999) não fazia parte do banco de dados do Sistema Municipal de Controle e Avaliação.

Além da consulta ao banco das AIH, consultou-se também os prontuários de um hospital dia, que atende um grande número de pessoas portadoras do vírus HIV.

Registro de dados das penitenciárias e ou presídios:

Inicialmente foi encontrada uma certa dificuldade para a pesquisa junto à penitenciária (única do município). Depois de tudo resolvido, a pesquisa foi realizada no livro de registro de entrada e saída, juntamente com uma pessoa da penitenciária.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

A pesquisa foi realizada no período de 27 a 29 de agosto de 2001, e ocorreu com algumas dificuldades: município é maior e tínhamos um maior número de nomes para serem

consultados, e também pelo fato de que as informações de que necessitavam estavam tanto nos serviços do município como nos serviços do estado.

Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN):

Foi copiado, no Grupo de Vigilância Epidemiológica (DIR XXII), os bancos de dados do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) das doenças AIDS, Hepatites e Tuberculose (anos: 1999, 2000 e 2001), para posterior pesquisa.

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM):

Foi copiado, no Grupo de Vigilância Epidemiológica (DIR XXII), os bancos de dados do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM/2000 e 2001.

Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Autorizações de Internações Hospitalares (AIH):

Primeiramente fomos no serviço de Controle e Avaliação da Secretaria de Estado da Saúde, mas nos informaram que estes dados não estavam disponíveis, e que deveríamos procurar diretamente o Hospital de Base da Faculdade de Medicina e o serviço de Controle e Avaliação do município.

Após contato telefônico e pessoal com a diretora clínica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina, a pesquisa foi realizada no banco de dados próprio do hospital (Setor de Faturamento). Desta forma, foi feita a consulta e impressão do resumo da internação.

No serviço de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, encontramos dificuldade, o chefe do setor não se encontrava momento. Além disto, o banco de dados estava arquivado em disquetes e por mês e a pessoa responsável era novata neste serviço. Junto à pessoa responsável, consultamos diretamente no sistema de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) o ano de 1999 (de julho a dezembro). Não nos foi permitido a impressão do resumo da internação.

Foi combinado com a pessoa responsável que a consulta nos anos de 2000 e 2001 seria feita por ela e entregue à Coordenação de DST/AIDS, que nos enviaria pelo correio. Até o momento não tivemos resposta do serviço de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto.

Registro de dados das penitenciárias e ou presídios:

A pesquisa foi feita em dois locais: na Cadeia de São José do Rio Preto (Cadeião) que recebe pessoas do sexo masculino e na Penitenciária de Mulheres - José Bonifácio, localizada em um município próximo a São José do Rio Preto.

Cadeia de São José do Rio Preto

Após conversamos e explicarmos ao diretor da cadeia, o objetivo da pesquisa, ele designou uma pessoa para nos acompanhar.

O fato do sistema de registro de entrada e saída estar informatizado e bem organizado, e também a boa vontade da pessoa responsável, nos permitiu fazer uma pesquisa mais rápida (via computador). As informações que faltaram foram consultados diretamente dos prontuários arquivados.

Penitenciária de Mulheres - José Bonifácio

Nesta penitenciária encontramos resistência do diretor que não queria permitir a nossa entrada. Após longa conversa e explicação dos objetivos da pesquisa, foi nos permitido consultar o livro de registros, juntamente com o carcereiro responsável.

PORTO ALEGRE

A pesquisa foi realizada no período de 23 a 26 de outubro de 2001, e ocorreu com algumas dificuldades: município é bem maior e tínhamos um maior número nomes para serem consultados, e também pelo fato de que as informações de que necessitavam estavam em

vários serviços da secretaria municipal de saúde, onde nos pareceu que existe uma carência de comunicação e o entrosamento entre os diversos serviços.

Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN):

A consulta foi realizada no serviço municipal de Vigilância Epidemiológica.

Encontramos muita dificuldade, pois cada doença tem uma pessoa responsável e não nos foi permitido copiar os bancos de dados do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN).

No caso das doenças : Hepatites e Tuberculose consultamos diretamente o banco de dados, o que nos tomou bastante tempo.

Para a AIDS, deixamos um listagem dos participantes do projeto com a pessoa responsável e esta realizou a pesquisa e nos enviou pelo correio.

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM):

A pesquisa foi feita no Centro de Informação (CEDIS) da Secretaria Municipal de Saúde. Encontramos também, muita dificuldade, pois não nos foi permitido copiar os bancos de dados do SIM. Desta forma, foi disponibilizado um computador para que fizéssemos a consulta diretamente ao sistema, isto nos tomou bastante tempo (foi gasto um dia todo), pois a listagem de nomes para serem localizados era muito grande.

Após longas conversas e explicação dos objetivos desta pesquisa e com a interferência da Coordenadora DST/AIDS do município, o chefe do setor nos passou em disquete os bancos de dados SIM/2000 e 2001 e colocou disponível a nos enviar outros anos, caso haja necessidade.

Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Autorizações de Internações Hospitalares (AIH):

O contato foi feito com a Gerência de Regulamentação de Serviços de Saúde (GRSS) da Secretaria Municipal de Saúde. Encontramos também dificuldade pois o sistema de AIH é

um sistema complexo de ser consultado, além do mais não tínhamos tempo hábil e o número de nomes a serem consultados era grande (em torno de 300 nomes).

Ficou acertado com a chefia e com a pessoa responsável por este banco, que eles poderiam fazer esta pesquisa e nos enviar posteriormente. Assim, foi deixado com eles uma listagem (em disquete) com o nome dos participantes do projeto. Após vários contatos via e-mail, até o momento não obtivemos resposta.

Registro de dados das penitenciárias e ou presídios:

Em Porto Alegre, as informações do sistema penitenciário estão informatizadas e centralizadas no Estado (Conselho Penitenciário- SUSEPE). Assim, a pesquisa tornou-se mais fácil de ser realizada.

Junto à pessoa responsável, foi realizada a pesquisa de toda a listagem de nomes.

DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SE REALIZAR ESTA PESQUISA:

Necessidade de contato prévio e formal com os diferentes serviços que são responsáveis pelas informações necessárias para esta pesquisa e de carta ou documento de apresentação da consultora e coordenadora do projeto Ajude II.

Existem diferenças na forma de organização e estruturação do sistema de informações de cada município e falta de comunicação e o entrosamento entre os diversos serviços da área da saúde.

Houve delimitação e dificuldade dos sistemas consultados, principalmente do banco de AIH. (Autorização de Internações Hospitalares).

O tempo para a coleta das informações foi curto nos municípios maiores.

CONSIDERAÇÕES

Apesar de algumas dificuldades encontradas, a pesquisa pode ser realizada e muitas informações coletadas serão úteis no estudo de morbi-mortalidade dos participantes do Projeto Ajude II .

ANEXO E
CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO



**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



UFMG

Ata do exame de qualificação a que se submeteu o mestrando Mauro Nogueira Cardoso.

Aos vinte e nove dias do mês de abril de dois mil e quatro, convocado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, compareceu o mestrando **MAURO NOGUEIRA CARDOSO** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de dissertação intitulado: **"PROJETO AJUDE-BRASIL II: USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS EM PROSPECTIVA – EVENTOS ADVERSOS À SAÚDE,"** perante a comissão examinadora composta pelos professores: Waleska Teixeira Caiassa/orientadora – UFMG, Sueli Aparecida Mingoti – UFMG e Fernando Augusto Proietti – UFMG (membros titulares). A sessão iniciou-se às 08:00 horas, na sala 9017, 9º andar da Faculdade de Medicina e constou da exposição oral e projeção de slides com a presença dos professores acima citados. Após a exposição do candidato os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação, o material didático utilizado e o conteúdo do trabalho. Após a arguição a banca examinadora do exame de qualificação considerou o aluno APROVADO a se submeter à defesa de dissertação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela comissão examinadora. Belo Horizonte, 29 de abril de 2004.

Profa. Waleska Teixeira Caiassa/orientadora Waleska Caiassa
Profa. Sueli Aparecida Mingoti Sueli Mingoti
Prof. Fernando Augusto Proietti Fernando Proietti
Profa. Ada Ávila Assunção (Coordenadora) Ada Ávila Assunção

Profa. Ada Ávila Assunção
Coord. PG. Saúde Pública
Fac. Medicina UFMG

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação