

**Um estudo sobre situações de risco para contaminação  
pelo vírus HIV em usuários de drogas  
da cidade de Porto Alegre**

**Tese de doutorado apresentada junto ao CPG Clínica Médica**

**Candidato: Flavio Pechansky**

**Orientadores: Ellis Allindo D'Arrigo Busnello e Mary Bozzetti**

**Porto Alegre, novembro de 1998**

# ÍNDICE

<b>Prefácio</b> .....	<b>1</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>3</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>7</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>9</b>
1 Introdução e caracterização do problema .....	11
2 Formas de contaminação pelo vírus HIV .....	22
2.1. Contaminação por via sangüínea .....	24
2.2. Contaminação por via sexual .....	27
2.3. Uma situação especial para usuários de droga: múltiplos vetores .....	33
3 Aspectos clínicos associados à AIDS .....	36
3.1. Infecção primária .....	36
3.2. Detecção de soropositividade .....	37
3.3. Desenvolvimento da doença .....	41
4 A epidemia de AIDS .....	44
4.1. A AIDS no Brasil .....	48
4.2. A situação de Porto Alegre .....	56
5 Bases etiológicas e modelo teórico .....	60
5.1. Uso e abuso de substâncias psicoativas .....	61
5.1.1. O conceito de modelagem de Bandura .....	62
5.1.2. Tarefas desenvolvimentais da adolescência e comportamento potencialmente desviante .....	66
5.2. Exposição a risco para a transmissão do HIV .....	70
5.2.1. O Modelo de Crenças em Saúde .....	71
5.2.2. Modelo de exposição a situações de risco proposto pelo autor .....	74
6 Objetivos gerais .....	80
6.1. Objetivos específicos do Estudo I .....	80
6.2. Objetivo específico do Estudo II .....	81
7 Estudo I - Estudo de situações de risco para a transmissão do vírus HIV em uma amostra de conveniência de usuários de drogas na cidade de Porto Alegre .....	82
7.1. <b>Método</b> .....	83
7.1.1. Delineamento .....	83
7.1.2. Fatores em estudo e desfecho de interesse .....	85



7.1.4.1. <i>Estudo-piloto</i> .....	87
7.1.4.2. <i>Tradução reversa</i> .....	91
7.1.4.3. <i>Versão final do instrumento utilizada no estudo</i> .....	91
7.1.5. <b>Treinamento e implementação</b> .....	93
7.1.5.1. <i>Locais de coleta e logística</i> .....	93
7.1.5.2. <i>Procedimento de aplicação do instrumento</i> .....	95
7.1.6. <b>Aspectos éticos</b> .....	97
7.1.7. <b>Manejo das informações e análise dos dados</b> .....	97
7.2. <b>Resultados</b> .....	99
7.2.1. <b>Características demográficas</b> .....	99
7.2.2. <b>Análises bivariadas</b> .....	102
7.2.2.1. <i>Estado HIV</i> .....	103
7.2.2.2. <i>Práticas de risco atuais e passadas</i> .....	106
7.2.2.3. <i>Uso atual de SPA</i> .....	110
7.2.2.4. <i>Uso de droga injetável e sua relação com o estado HIV</i> .....	114
7.2.2.5. <i>Frequência a locais de consumo de drogas</i> .....	118
7.2.2.6. <i>Uso de preservativos</i> .....	119
7.2.2.7. <i>Preocupação com contaminação e estado HIV</i> .....	121
7.2.3. <b>Análises multivariadas</b> .....	126
7.3. <b>Discussão do Estudo I</b> .....	131
7.3.1. <b>Críticas ao método utilizado</b> .....	131
7.3.2. <b>Análises bivariadas</b> .....	139
7.3.2.1. <i>Soropositividade e testagem HIV</i> .....	140
7.3.2.2. <i>Práticas de risco</i> .....	142
7.3.2.3. <i>Uso de drogas</i> .....	145
7.3.2.4. <i>Uso de drogas EV</i> .....	147
7.3.2.5. <i>Frequência a locais de consumo de drogas</i> .....	150
7.3.2.6. <i>Uso de preservativos</i> .....	151
7.3.2.7. <i>Preocupação com contaminação</i> .....	152
7.3.3. <b>Análises multivariadas</b> .....	155
7.3.4. <b>Relação entre os achados e o modelo de risco proposto pelo autor</b> .....	158
7.4. <b>Proposta de um escore geral de risco</b> .....	161
8 <b>Estudo II - Validação dos escores de risco do CRA</b> .....	164
8.1. <b>Método</b> .....	165
8.1.1. <b>Delineamento</b> .....	165
8.1.2. <b>Construção da curva de frequências dos CRAs</b> .....	165

8.2. Resultados .....	169
8.2.1. Comparações internas entre os juizes .....	169
8.2.2. Escore Geral de Risco - EGR .....	171
8.2.2.1. <i>Comparações entre os juizes e o EGR</i> .....	173
8.2.3. Escore de Risco para Uso de Drogas - ERUD .....	175
8.2.3.1. <i>Comparação entre os juizes especialistas em drogas e o ERUD</i> .....	176
8.2.4. Escore de Risco Sexual - ERS .....	177
8.2.4.1. <i>Comparação entre os juizes especialistas em HIV/AIDS e o ERS</i> .....	178
8.2.5. Sumário dos escores encontrados .....	179
8.3. Discussão do Estudo II .....	180
8.3.1. Críticas ao método utilizado .....	180
8.3.2. Comparação entre juizes e escores .....	187
9 Conclusões .....	189
9.1. Estudo I .....	189
9.2. Estudo II .....	191
10 Pontos para o futuro .....	193
11 Relevância e escopo deste estudo .....	197
12 Trabalhos apresentados e publicados ao longo da confecção desta tese .....	200
13 Bibliografia .....	202
14 Figuras .....	219
15 Anexos .....	231

## Prefácio

Este estudo é o produto direto da fusão de dois programas consecutivos de estágio, o Hubert H. Humphrey Fellowship Program, e o Programa de Doutorado da CAPES.

O Programa Humphrey é uma atividade de intercâmbio da Fundação Fulbright financiada pela United States Information Agency e gerenciado pelo Institute of International Education. Em meu caso, o financiamento para minha estada nos EUA contou com suporte parcial do National Institute on Drug Abuse, através de seu programa internacional, permitindo-me ao longo de 12 meses estudar e desenvolver o projeto da linha de pesquisa onde esta tese se insere.

O Programa de Doutorado da CAPES do Brasil forneceu as condições para a extensão de minha atividade de treinamento e pesquisa nos Estados Unidos através da concessão de uma bolsa de doutorado-sanduiche com a duração de seis meses.

Ambos os programas de treinamento foram desenvolvidos no Departamento de Higiene Mental da Johns Hopkins School of Public Health em Baltimore, Estados Unidos, de julho/93 a dezembro/94, sob a orientação do Professor Wallace P. Mandell. Além das atividades teóricas, cursos e disciplinas freqüentadas, os programas constaram também de estágios para aprendizado sistemático de métodos de pesquisa nas área de epidemiologia do uso de drogas, prevenção da transmissão do vírus HIV em usuários de drogas e das diversas modalidades de tratamento para dependência química. Estes estágios avançados foram realizados no Center for Drug and Alcohol Studies da Universidade de Delaware e na Substance Abuse Treatment Unit, da Universidade da Pennsylvania, onde foram escritos dois dos três projetos de pesquisa que suportam esta linha de investigação.



Como base para o estudo que será descrito a seguir foi montada uma linha de pesquisa composta de três estudos seqüenciais sobre a transmissão do HIV em usuários de drogas e o impacto em seu comportamento. Desta forma foram escritos, submetidos a financiamento e finalmente financiados três projetos de pesquisa (sendo que os dois primeiros projetos fornecem subsídios para esta tese) que serviram de elemento básico para a coleta de dados. Os estudos são os seguintes:

- *Assessment of behaviors for HIV transmission among high risk individuals in Porto Alegre, Brazil*, em colaboração com a Universidade de Delaware e financiado por esta em 1994;
- *The Spread of HIV among drug abusers in Brazil*, em colaboração com a Universidade da Pennsylvannia e financiado pela Fundação Fogarty/NIDA sob o contrato PA-94-029, FIC-AIDS-FIRCA, em 1994;
- *Projeto POA VHIVE - Venha Enfrentar o HIV*, desenvolvido no Departamento de Psiquiatria da UFRGS e financiado pelo Ministério da Saúde e UNDCP em 1997.

Este estudo, portanto, mais do que apenas satisfazer à necessidade curricular do curso de pós-graduação como exercício prático para a obtenção do título de Doutor, tem também a função de integrar os diversos tipos de fundamentação teórica e prática a que fui exposto tanto em meu treinamento no exterior como nestes projetos de pesquisa e assistência, com o real objetivo de contribuir para o conhecimento, prevenção e tratamento das dependências químicas em nosso meio, em particular da transmissão do vírus HIV entre usuários de drogas.

## Agradecimentos

Ao Prof. Wallace P. Mandell, do Departamento de Higiene Mental da Johns Hopkins School of Public Health, meu mentor no período de estágio nos Estados Unidos, pela capacidade de modificar de forma radical minha visão sobre conceitos fundamentais de pesquisa e saúde mental.

Ao Dr. George E. Woody, Chefe da Substance Abuse Treatment Unit do Veterans Administration Hospital da Universidade da Pennsylvania, pelo auxílio nos contatos ao longo de meu estágio americano e pela oportunidade única que me proporcionou de participar como colaborador em seus projetos de pesquisa.

Ao Prof. Ellis Busnello, pelo estímulo constante ao meu desenvolvimento acadêmico ao longo de quatorze anos de minha formação profissional.

À Dra. Mary Bozzetti, pela disponibilidade, afeto e gentileza ao longo da supervisão da tese, e pelo apoio sistemático nas difíceis tomadas de decisão necessárias para o término deste estudo.

À Estatística Vânia Hirakata, pelo auxílio nas diversas fases de análise estatística durante o desenvolvimento desta tese.

À Psicóloga Hilary Surratt, da Universidade de Miami e do Center for Drug and Alcohol Studies da Universidade de Delaware, pelo suporte e apoio logístico na obtenção de material bibliográfico para esta tese.

À Profa. Fátima Olivier Sudbrack, Coordenadora do PRODEQUI da Universidade de Brasília, pelo estímulo acadêmico e pela possibilidade de efetuar o primeiro piloto desta tese com seu grupo de orientandos em Brasília.

À Dra. Ana Paula Wallauer, gerente de coleta de dados, pelo auxílio e interesse demonstrados, muito além de sua função específica.

Ao amigo e colega Mauro Soibelman, interlocutor ao longo deste projeto e de muitos outros - de vida e de trabalho - há 16 anos.

À Dra. Sandra Fuchs, pelas discussões iniciais durante a confecção do projeto desta tese, e que nortearam minhas decisões ao longo do estudo.



Aos professores e amigos Sidnei Samuel Schestatski e Cláudio Laks Eizirik pelo apoio e interlocução constantes ao longo da execução do projeto de pesquisa e da fase final de elaboração desta tese.

À Dra. Karen Letti pela disponibilidade de entrevistar e filmar gratuitamente os pacientes, além de participar das reuniões de validação do questionário.

A minhas queridas amigas, secretária Myriam Coitinho Pereira e Mara Luísa Silva dos Santos, pela imensa capacidade profissional no cumprimento das tarefas de administração e secretaria, e pelo afeto com que tomaram a si a responsabilidade de gerenciar todos os aspectos logísticos deste estudo.

Aos Drs. Ernani Luz Jr., Werner Paulo Knapp, e Carlos Alberto Iglesias Salgado, à Assistente Social Lúcia Ramos Escobar, ao técnico Domiciano José Ribeiro Siqueira, e à Enfermeira Vilma Conceição Paes pela participação na validação do instrumento de coleta.

Às colegas do COAS Municipal - coordenados pelas Dras. Isete Maria Stella e Jenny Milner Druck, do COAS Estadual - coordenados pela Dra. Nêmera Barcellos, e da Cruz Vermelha do Brasil, coordenados pelos Drs. Cássio Castellarin e Paulo Paim, pela possibilidade de discutir o projeto e coletar dados em seu local de trabalho, e pelo estímulo ao desenvolvimento deste estudo.

Aos colegas Alayde Pilla Barcelos, Ana Flávia Barros da Silva Lima, Cláudia Maciel Szobot, Fábio Wilhelms, Félix Kessler, Guilherme Barcelos, Guilherme Vieira e Lisia Von Diemen pelo trabalho de coleta de dados deste estudo.

À Dra. Denise Aerts pelo acesso a material bibliográfico necessário à confecção deste estudo.

Aos 695 pacientes que anonimamente contribuíram para este estudo fornecendo informações extremamente pessoais com o objetivo único de permitir o avanço do conhecimento.

A minha esposa Cátia, pelo desprendimento em me acompanhar durante o período de aperfeiçoamento nos Estados Unidos, e pela presença constante e amorosa em todos os momentos marcantes durante a trajetória desta tese e de minha vida.

Esta tese é dedicada com grande afeto ao Professor James A. Inciardi, Diretor do Center for Drug and Alcohol Studies da Universidade de Delaware, pelo seu investimento pessoal em minha carreira ao longo destes últimos sete anos. Todo este trabalho seria impossível sem sua visão e generosidade científica, que marcaram de forma definitiva meu desenvolvimento profissional.

*"As madrugadas em claro devem ser dedicadas aos filhos, e não à ciência."*

Ana Carolina Mello Pechansky

---

## Resumo

Utilizando como base uma amostra de 695 usuários de drogas de Porto Alegre, recrutados através de técnicas não convencionais de amostragem, foram realizados dois estudos subseqüentes. Os estudos utilizaram como instrumento de coleta um formulário padrão auto-administrado (CRA), que cobre aspectos relativos ao uso de drogas, testagem HIV, comportamento sexual e preocupação com a transmissão do vírus. O instrumento foi adaptado a partir de um formulário norteamericano, sendo submetido a tradução reversa e validação concorrente. O primeiro estudo teve como objetivo descrever as características da população de usuários de drogas que é atendida em locais-chave de Porto Alegre. As variáveis gênero, faixa etária, escolaridade, práticas de risco (atuais e passadas), uso atual de drogas, e uso de drogas injetáveis foram analisadas com o objetivo de investigar sua possível relação com o estado HIV da amostra estudada, através de análises bivariadas. Foram realizadas análises multivariadas das variáveis que foram consideradas significativas e de interesse clínico-epidemiológico, de acordo com um modelo teórico de exposição a risco proposto pelo autor, com a finalidade de futuramente propor subsídios para programas preventivos específicos para os diferentes estratos analisados. O segundo estudo teve como finalidade avaliar a utilização do CRA em nosso meio, testando a utilidade de um Escore Geral de Risco (EGR) que sumarizasse o grau de risco para a transmissão do vírus HIV ou de sub-escores de risco para Uso de Drogas (ERUD) e para Risco Sexual (ERS), desenvolvidos a partir do instrumento padrão. Os resultados do primeiro estudo demonstraram haver similaridade na taxa geral de soropositividade entre os gêneros (23.6% homens, 20.3% mulheres), havendo uma associação linear entre idade e soropositividade, e uma relação inversa entre anos de estudo e soropositividade e entre renda e soropositividade. Foi possível perceber uma distribuição diferente entre situações de risco para soropositividade entre os gêneros, com predominância do uso de drogas injetáveis pelo gênero masculino e pelos indivíduos mais velhos e de trocas envolvendo sexo e dinheiro por parte do gênero feminino, sem diferenças de idade. A escolaridade esteve inversamente associada ao uso de drogas injetáveis e às relações sexuais pagas. A renda não discriminou o uso de droga injetável nesta amostra, e as relações envolvendo sexo e dinheiro tiveram uma tendência de associação inversa com renda, com significância estatística marginal. As drogas mais utilizadas foram álcool, maconha e cocaína inalada, sendo a maconha utilizada preferencialmente pelos homens. O uso de cocaína injetável mostrou-se diretamente associado com a soropositividade, independentemente da recência do uso, sendo sempre mais freqüente nos homens do que nas mulheres, e nos indivíduos com menos escolaridade. A freqüência de uso de preservativos não apresentou diferenças entre os gêneros ou idade no que compete à soropositividade, à exceção da faixa etária mais velha. As análises multivariadas confirmaram em parte o modelo teórico proposto, demonstrando haver um risco aumentado para soropositividade em indivíduos acima de 30 anos (RC=2,64; IC=1,09; 6,32), com renda abaixo de um salário mínimo (RC=2,75; IC= 1,28; 5,90), e que fizeram uso de droga injetável no último mês (RC=4,30; IC= 2,20; 8,39) ou a partir de 1980 (RC=5,18; IC= 2,89; 9,28). O modelo multivariado que inclui a variável uso de droga injetável a partir de 1980 apresentou, além dos achados anteriores, também um aumento do risco para soropositividade na faixa de menor escolaridade (RC=2,10; IC=1,02; 4,36). Os achados referentes às análises bi- e multivariadas são discutidos com base no modelo etiológico proposto, confirmando a associação entre escolaridade e idade nas questões relativas à baixa percepção de risco como fator de exposição para o vírus HIV. Entretanto, a variável gênero não discriminou



soropositividade nem ao nível das análises bivariadas, contrariando a literatura vigente. Este efeito pode ser explicado por um número reduzido de casos para análise, ou pelo efeito de outras variáveis (ex.: sexo com parceiro UDI) e que não foram incluídas no modelo de risco proposto. Variáveis não incluídas diretamente no modelo original, mas que mostraram relevância clínico-epidemiológica, tais como renda e escolaridade, são discutidas na proposição de um modelo etiológico mais abrangente. Os resultados do segundo estudo, em que vinhetas clínicas de dez casos típicos tiveram seus escores do instrumento comparados com o julgamento de juízes independentes, sugerem que mesmo que um EGR mais alto - ou mesmo um ERUD ou ERS - esteja associado com maior taxa de soropositividade ou de uso de drogas injetáveis, um escore isolado não foi capaz de sumarizar ou traduzir todas as informações clínicas necessárias para compor um perfil de exposição a risco para contaminação para o HIV em usuários de drogas, quando comparado com o julgamento independente de juízes especialistas. O estudo apresenta ainda na sua introdução uma revisão dos aspectos históricos e epidemiológicos da epidemia de transmissão da AIDS no mundo e em especial no país, assim como referenciais teóricas que buscam explicar o uso de substâncias e a exposição a risco na amostra estudada.



## Abstract

Two studies were conducted using a sample of 695 drug users recruited through unconventional sampling techniques in Porto Alegre, Brazil. The studies used a self-administered, standardized data collection instrument (CRA) which covers aspects of drug use, sexual behavior, HIV testing, and concern about HIV transmission. The instrument used was adapted from an American questionnaire which was translated, back-translated and concurrent validation. The goal of the first study was to describe the characteristics of drug users who are seen in key locations in Porto Alegre. The relationship between HIV status and several variables - gender, age, educational attainment, risk practices (current and past), current drug use, and injection drug use was examined using bivariate analyses. Multivariate analyses were conducted on variables that showed significant relationships in the bivariate analyses, and those that were considered to be of clinical-epidemiologic interest according to the theoretical model of risk exposure proposed by the author. These analyses were done for the purpose of identifying specific strategies and types of assistance that are applicable to the different groups analyzed, thereby informing the development of future prevention programs. The purpose of the second study was to evaluate the use of the CRA in our sample, testing the utility of the Overall Risk Score-- which summarizes the degree of risk for HIV transmission - or the sub-scores of Risk for Drug Use and for Sexual Risk, which were developed from the standard instrument. The results of the first study showed similar seropositivity rates for men and women (23.6% vs. 20.3%), a linear relationship between age and seropositivity, and an inverse relationship between education and seropositivity and between income and seropositivity. It is clear, however, that men and women are different in terms of their HIV risk practices, with males and older people reporting more injection drug use and women, regardless of age, reporting more sex for money exchanges. Level of education was inversely related to both injection drug use and paid sexual encounters. Income was not related to injection drug use in this sample, however, sex for money exchanges tended to show an inverse relationship to income, with marginal statistical significance. The most commonly used drugs were alcohol, marijuana, and snorted cocaine, with marijuana being used primarily by men. The injection of cocaine was directly related to seropositivity, regardless of the recency of use, and was more common among men and those with lower educational attainment. The frequency of condom use did not differ by gender or age with respect to seropositivity, with the exception of the oldest age group. Multivariate analyses confirmed in part the proposed theoretical model, by demonstrating an elevated risk for seropositivity in persons over age 30 (OR=2.64; C.I.=1.09, 6.32), with income below one minimum salary (OR= 2.75; C.I.=1.28,5.90), and reporting injection drug use in the past month (OR=4.30; C.I.=2.20,8.39) or after 1980 (OR=5.18; C.I.=2.89,9.28). The multivariate model that included the variable for injection drug use after 1980 also showed, in addition to the previous findings, an elevated risk for seropositivity in the low-education group (OR=2.10; C.I.=1.02, 4.36). The interpretation of the findings of the bi- and multivariate analyses were based on the proposed etiologic model, confirming the association between education and age with respect to low level of risk perception as a factor for exposure to HIV. However, contrary to much of the literature, gender was not related to seropositivity even at the bivariate level. This effect may be explained by the small number of cases for analysis, or by the effect of other variables (i.e. sex with an IDU partner) that were not included in the proposed model of risk. Variables that were not included in the original model, but showed clinical-epidemiologic relevance, such as income and education, are discussed in the proposal for a more inclusive etiologic model. The results of the second study, in which the scores on

clinical vignettes of ten typical cases were compared against the opinions of independent judges, suggested that even if an elevated General Risk Score - or even a Risk for Drug Use Score or Sexual Risk Score - was associated with a higher rate of seropositivity or injection drug use, an isolated score was not capable of summarizing or translating all of the necessary clinical information to create an HIV risk exposure profile for drug users, when compared to the independent opinions of expert judges. In its introduction, this study presents a revision of the historical and epidemiologic aspects of the AIDS epidemic in the world and especially in Brazil, as well as theoretical references which seek to explain substance use and exposure to risk in the sample studied.



## 1. Introdução e caracterização do problema

*"O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus - um vírus que tem a capacidade de reverter o fluxo de informação genética. Através da enzima Transcriptase Reversa, o HIV copia a informação genética para uma cadeia única de DNA. No citoplasma celular, esta cadeia única é então copiada em DNA retroviral, formando uma cadeia dupla, desenvolvida a partir das instruções do RNA retroviral. Este DNA retroviral migra então para o núcleo da célula hospedeira, integrando-se ao DNA da célula, sendo então um provirus. Se este DNA proviral for ativado, produzirá novas cadeias de RNA, sendo que algumas irão se comportar como RNA mensageiro, produzindo proteínas essenciais para a produção do HIV, multiplicando então a população total de vírus no hospedeiro. (...)Acredita-se que as células T4 reconheçam os antígenos localizados no HIV, e desencadeiem reações do sistema imunitário necessárias à interrupção da ação do vírus. Entretanto, o HIV é geneticamente instável, e ao se multiplicar modifica sua configuração genética com rapidez espantosa. Por causa deste e de outros mecanismos ainda não completamente compreendidos, o vírus "engana" o sistema imunitário humano, fazendo com que sua neutralização pelos anticorpos - desencadeada pelos linfócitos T e C - se torne impossível. Como o sistema imunitário está incapacitado de reagir propriamente a estas infecções, o organismo hospedeiro torna-se propenso a infecções oportunistas, daí resultando a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS" (Adaptado de STINE, 1993).*

A definição da infecção pelo HIV e sua posterior evolução para o desencadeamento da AIDS, descrita acima, poderiam estar presentes em qualquer livro de imunologia básica do curso de Medicina, sem chamar maior atenção do que por exemplo a descrição da infecção viral por Mycoplasmas ou Hæmophylus. A AIDS é uma doença contagiosa, na maioria dos casos de cunho letal, e que tem seu meio de propagação bastante conhecido. O curso clínico é facilmente identificável e há condições técnicas de estadiá-la de acordo com manifestações sintomáticas típicas.

Entretanto, o que caracteriza a dificuldade do manejo com a infecção pelo HIV por todos os profissionais de saúde e pela comunidade em geral é o fato de que algumas de suas formas principais de propagação se dão por meios de difusão que são socialmente pouco toleráveis, ou que no mínimo são contrários à prática social vigente da maioria da população, como o uso compartilhado de drogas injetáveis e a atividade homossexual masculina. Desta forma, o que deveria ser mais uma das grandes epidemias - ou pandemias - de nossa era reveste-se de uma aura de mistério, intolerância e preconceito. Isto sem dúvida dificulta a disseminação de informação científica sobre os meios de transmissão e proteção contra o vírus HIV, tornando sua abordagem um desafio revestido de características especiais.

Segundo HERBERT DE SOUZA (1994),

*"(...) a AIDS está revelando, de forma trágica, o modo como a nossa sociedade [ ] discrimina o homossexual, discrimina a relação sexual, discrimina a privacidade das pessoas (...)"*.

Uma vez que inicialmente a AIDS se expressava nas camadas de comportamento menos típico da média social (BRUNET e ANCELLE, 1985; CORTES e cols., 1989), esta

era claramente identificada como a doença da timidez, da intimidade e do segredo, o que certamente não auxiliou os profissionais da saúde a atingirem suas populações-alvo nas diversas campanhas públicas realizadas desde então. Na verdade, tal atitude incentivou a que aumentasse o grau de evitação para com o indivíduo em risco potencial, por identificá-lo como sendo de um "grupo de risco" (profissionais de sexo, homossexuais, usuários de droga injetável). James Curran, epidemiologista da Emory University em Atlanta descreveu a "favelização" ou "guetização" dos indivíduos com AIDS, minimizando sua disseminação na população em geral e com isto contribuindo para a impressão de que realmente existiam focos específicos de risco isolados do restante da sociedade (SWAN, 1997). Autores brasileiros como BARCELLOS e BASTOS (1996) descrevem que

*"No caso da AIDS, na medida em que esta vem afetando de perto segmentos estigmatizados em divesas regiões, está sempre presente a delimitação de categorias construídas e/ou reforçadas pelo preconceito".*

Já em 1992, CHEQUER e cols. percebiam que os determinantes de sobrevivência de pacientes de AIDS no Brasil eram menos robustos do que os dos países em desenvolvimento (SANTOS, BECK e PEIXOTO, 1994), contribuindo para uma maior taxa de mortalidade da doença em nosso meio. Este fato pode em parte ter sido causado pelos elementos descritos acima, no sentido de que o preconceito e a desconfiança com o indivíduo soropositivo o afastavam da busca de recurso imediato quando da contaminação ou aparecimento dos primeiros sintomas de AIDS. Estudos da década de 90 (BEACH e cols., 1989; CORTES e cols., 1989) e alguns mais recentes, como o de GUIMARÃES e CASTILHO (1993) puderam diminuir o grau deste viés ao identificarem uma modificação na tendência da disseminação do vírus HIV em direção às populações de comportamento heterossexual e bissexual,



contribuindo assim para uma maior democratização dos esforços preventivos e salientando o quão incompreendidos estes métodos de transmissão sexual eram em relação aos métodos convencionalmente admitidos. Dados do Centers for Disease Control (CDC), citados por SWAN (1995) reportavam um aumento de 63% nos casos de contaminação entre as mulheres comparado com 12.8% de aumento entre os homens, entre 1991 e 1995.

No Brasil, os esforços para a prevenção da AIDS foram historicamente distorcidos e iniciaram tardiamente, produzindo movimentos pouco focados e freqüentemente inespecíficos, apesar de a efetividade da prevenção da transmissão da AIDS através de mudanças de comportamento já estar bem documentada nos países onde a atenção ao problema se deu há mais tempo (COATES, 1993; CHITWOOD E COLS., 1991; SORENSEN E COLS., 1991; KUMAR, MUDALIAR e DANIELS, 1997; NYAMATHI e KINGTON, 1997; NYAMATHI e STEIN, 1997; ROTHERAM-BORUS e cols., 1997).

Dar atenção ao problema, entretanto, é apenas parte da solução. Já foi demonstrado que para que os programas sejam úteis e efetivos eles devem ser desenhados para as populações específicas nas quais pretendem produzir impacto (DONOHEW, SYPHER e BUKOSKI, 1991). Por exemplo, um programa desenvolvido para educar profissionais da saúde sobre HIV/AIDS é uma intervenção inapropriada para o público em geral. De forma similar, um programa de educação geral sobre AIDS para jovens em idade escolar seria insuficiente para grupos de indivíduos expostos a risco, tais como usuários de drogas, profissionais de sexo e suas parcerias. É também importante mencionar que, mesmo existindo a informação vinculada por programas de prevenção, esta por vezes pode ser distorcida, e pode não se relacionar especificamente às culturas, grupos, comunidades e comportamentos daqueles que se encontram no risco máximo para aquisição e transmissão do vírus HIV

naquele momento. Toda epidemia apresenta curvas de flutuação, e programas preventivos e intervenções focais devem, dentro do possível, acompanhar esta tendência. Para tal, é fundamental que as oscilações naturais de uma epidemia sejam acompanhadas de perto e traduzidas para a comunidade de forma sistemática, através de inquéritos epidemiológicos freqüentes.

Um outro elemento crucial para a compreensão do avanço da AIDS na população é o fato de que, mesmo que campanhas e atitudes preventivas de massa sejam desenvolvidas com o máximo de esforço e preparação técnica, esta é mais uma das epidemias cuja responsabilidade principal está numa mudança de uma prática individual. E toda prática individual implica em aprendizado por reforço e sucessivas adaptações, sendo intensamente delineada pelos aspectos socioculturais envolvendo o indivíduo - suas crenças, juízo de valores e hierarquia social, e também sua crença pessoal sobre como o indivíduo afeta e é afetado pelo seu grupo de "iguais" ou de "desiguais". Portanto, mais do que movimentar atitudes de massa em direção à prevenção da contaminação pelo HIV, é importante salientar que toda esta linha de ação termina no indivíduo, e nas eventuais barreiras existentes nele para modificar comportamentos em direção à sua saúde e à saúde de sua comunidade, as quais podem eventualmente ser modificadas através de processos sociais dirigidos adequadamente, conforme sugerem Des JARLAIS e cols. (1995a/1995b). Um fumante, por exemplo, somente será sensível a uma campanha para prevenção do tabagismo se aquela campanha tiver elementos suficientes para que o indivíduo em questão imediatamente se identifique com a mensagem que lhe está sendo vinculada. E a veiculação da mensagem pode ter que ser progressivamente adaptada por gerações sucessivas de informação pela mídia, que auxiliem a moldar a crença social a respeito das vantagens e desvantagens do hábito de fumar. No que compete à AIDS, a mudança de atitudes ou comportamentos implica em uma

intensa reorganização da vida de um indivíduo. Por exemplo, para que um esforço preventivo seja efetivo é fundamental a compreensão de que, ao parar de injetar drogas o indivíduo provavelmente irá perder completamente seu código social, seus pares (e portanto sua identidade social vigente), e também sua fonte de prazer imediato. Portanto, programas que apenas visem a interrupção de uma prática de risco de um indivíduo sem o conseqüente suporte da longa modificação de seus hábitos estarão, por definição, incompletos.

O dilema em relação ao impacto das mudanças individuais e o quanto estas afetam e retroativamente são afetadas pelo meio social não é uma característica exclusiva da epidemia de AIDS, ou mesmo das pandemias ou epidemias modernas. Existem relatos históricos sobre o tema. Em seu *Diário do Ano da Peste*, um relato jornalístico memorável escrito em 1665, Daniel Defoe ilustra, através de suas "*Observações ou Memoriais das Ocorrências mais Relevantes, Públicas ou Privadas, que Aconteceram em Londres Durante a "Grande Visitação"*", a dificuldade de atingir a massa da população de Londres no século XVII, para um programa de evitação da peste, que se propagava através do contato com ratos contaminados, e parecia aumentar sua taxa de letalidade em locais ou comunas onde havia grande aglomeração de massas humanas. Encarregado pela prefeitura de realizar levantamentos e tabular as mortes ocorridas nos diferentes bairros de Londres, Defoe se deparou com uma epidemia descontrolada, causadora de pânico na multidão. Vejamos seu relato:

---

<sup>1</sup> Segundo Anthony Burgess, a "Grande Visitação" de Londres durante o reinado de Charles II tratava-se de um tipo de peste bubônica, cuja manifestação clínica principal era o crescimento de um *bubo* ou *ingua*, frequentemente abaixo das axilas. Após 10 dias de incubação surgiam bubões secundários em outras partes do corpo, que supuravam junto com dores de cabeça, frio, dores nas costas, pulsação e respiração ofegantes, febre alta e inquietude. Os sintomas progrediam velozmente com o acréscimo de vômitos e delírios - com morte ocorrendo em 70% dos casos entre dois e quatro dias. O nome atual desta doença é Peste Bubônica.



*"[ ] Não posso afirmar o que aconteceu para que tanta gente contaminada andasse pelas ruas na mesma época que as casas contaminadas eram examinadas com tanto rigor e todas elas estavam fechadas e guardadas. Confesso não ter explicação para isso, a não ser que, numa cidade tão grande e populosa como esta, fosse impossível identificar todas as casas contaminadas logo que ficassem assim ou então fechar todas as casas que estivessem contaminadas. Assim, as pessoas tinham liberdade para sair pelas ruas e ir até onde quisessem, a menos que fosse conhecido que pertenciam a esta ou aquela casa infectada".*  
*(DEFOE, 1987, p.151)*

O relato de Defoe ilustra o dilema envolvido em questões de saúde pública, particularmente em medicina preventiva: todo o indivíduo é livre para usufruir de seus direitos até o momento em que estes impeçam a continuidade do bem-estar comum. Na Londres da Peste, os indivíduos não podiam ser controlados (apesar de um decreto, assinado pelo Lorde Prefeito, que permitia prender os habitantes em suas casas) a não ser que apresentassem algum sinal de contaminação - aí sim havia justificativa legal para cercear a liberdade de um indivíduo no sentido de impedir a contaminação de terceiros. O desconhecimento de que a peste na verdade se propagava através do canibalismo entre ratos e da mordida dos ratos em humanos, e não diretamente de humano para humano, favorecia o clima de pânico similar ao que se instalou em Los Angeles no início da epidemia de AIDS, à época conhecida como "peste gay", por achar-se que esta se propagava exclusivamente entre os homossexuais (STINE, 1993).

Novamente, em outra seção de seu texto, Defoe ilustra o dilema da prevenção em grande massa:

*"É verdade que, conforme vários médicos disseram ao Lorde Prefeito, em determinados momentos o furor do contágio era tal que as pessoas ficavam doentes muito rapidamente, morrendo em seguida; seria impossível, e de fato sem propósito, sair investigando quem estava doente e quem estava bem, ou confiná-los com o rigor que as coisas exigiam, estando contaminadas quase todas as casas de ruas inteiras e, em muitos lugares, todas as pessoas de algumas casas. O pior é que, no momento em que identificavam uma casa contaminada, a maioria das pessoas já estava morta de pedra e as outras tinham fugido com medo de serem confinadas. Por isso, fazia pouco sentido fechá-las chamando-as de casas contaminadas, tendo a peste atacado e abandonado a casa antes que estivesse concretamente confirmado que a família fora de alguma forma atingida.*

*Isto deve ser suficiente para convencer qualquer pessoa sensata que não estava no poder das autoridades ou de qualquer outro método humano de policiamento impedir a disseminação da epidemia<sup>2</sup>, de modo que trancar as casas era completamente insuficiente para aquela finalidade. (...) As casas ficavam contaminadas muito antes deles tomarem conhecimento" (DEFOE, 1987. p. 152).*

---

<sup>2</sup>o grifo é meu



Aproximadamente 100.000 pessoas morreram na grande peste do ano de 1665 em Londres, independente dos esforços da prefeitura da cidade. Mas, como se sabe, este é apenas um dos inúmeros exemplos existentes sobre as grandes pragas da humanidade, com números muito mais eloqüentes já tendo sido registrados. A peste bubônica já havia matado aproximadamente 75 milhões de pessoas na África entre 1347 e 1351. A malária matou mais de 20 milhões de indivíduos na África e na Índia na segunda metade do século XIX, e a Cólera vitimou 1 milhão de pessoas entre 1930 e 1949 (STINE, 1993).

Muitas foram as ilustrações pictóricas do impacto da morte e das grandes epidemias sobre a humanidade. Uma das mais eloqüentes é a de Pieter Bruegel (1525-1569), pintor holandês que ao retratar *O Triunfo da Morte*<sup>3</sup> ilustrou de forma singular o impacto da morte sobre a sociedade da época: esqueletos cavalgam cavalos esqueléticos carregando fardos de crâneos. Corpos raquíticos, abandonados ao seu próprio destino, lutam para não ser comidos vivos por cachorros famintos, enquanto a morte, empunhando sua foice, segue ceifando vidas continuamente. Fogo, imundície, promiscuidade, corpos empilhados sem cova, guerras e destruição. Esta é a imagem da morte na época de Bruegel. Um destino sem escolha, onde o indivíduo é apenas um observador passivo de seu próprio desespero.

Em todos esses exemplos há um elemento comum: a doença se espalha mais rápido do que a saúde. Mais ainda, a crença antecede a informação científica, fazendo com que constantemente se esteja trabalhando apenas para prevenir que a propagação de uma epidemia atinja novos indivíduos. Mas, como é possível perceber no relato de Defoe, a solução estaria em atividades *a priori*, que tivessem lógica científica e comprovada penetração no meio social e cultural do indivíduo, para que pudessem produzir modificações efetivas nas

---

<sup>3</sup> O Triunfo da Morte (1562-1563) - Museu do Prado, Madrid

condutas potencialmente indutoras de doença a que todos nós estamos submetidos devido às nossas escolhas individuais.

É necessário que olhemos a questão a um nível mais local e atual. Em um país cujo tratamento para problemas com álcool e drogas pode ser comparado a um "quebra-cabeças com peças faltando" (PECHANESKY, 1994), devido às imensas dificuldades de acesso de um usuário de drogas aos serviços de saúde, é possível finalmente perceber uma clara tentativa de abordar o tema sob ângulos mais favoráveis; mesmo recentes, estes esforços devem ser valorizados pelos profissionais de saúde por serem inovadores. Ao descreverem as diretrizes básicas para a implementação de projetos de Redução de Danos através de convênios com o Ministério da Saúde, FIGUEIREDO, MIRANDA e MARQUES (1997) ressaltam a necessidade de adentrar ao conhecimento das práticas que levam a circunstâncias de risco para contaminação pelo HIV como a única forma de combater a epidemia. Dizem os autores:

*"A sociedade brasileira não tem o costume de discutir o tema "uso indevido de drogas". Quando o faz, geralmente o aborda somente sob o ponto de vista policial/repressivo. É urgente a necessidade de que setores influentes da sociedade discutam a real importância das drogas na economia e na cultura de seu uso no Brasil e no mundo. [ ] Neste entendimento, encontramos situações mais ou menos permissivas para a implantação e/ou desenvolvimento de projetos no país, considerando as discussões e os convencimentos havidos e a intensidade de envolvimento das diversas parcerias locais. Identificar e diagnosticar o grau de sensibilização existente em cada situação contribuirá para o êxito de projetos de prevenção." (p.3).*

Segundo os mesmos autores, nas estratégias de abordagem da população e dos indivíduos responsáveis por traçar a política nacional de AIDS, é importante salientar que ações típicas de redução de danos, como por exemplo o uso de preservativos e troca de seringas, não se iniciaram exclusivamente com a epidemia da AIDS, mas sim com outros problemas de saúde pública, como a hepatite B, a sífilis e a malária (p.5). Mais ainda, a prevenção da contaminação por sangue em usuários de drogas injetáveis (UDIs) não se faz exclusivamente em função da disseminação da AIDS, apesar de ser esta a mais divulgada (BARATA e cols., 1993; GIR e cols., 1994; LO e cols., 1991; ).

No caso da AIDS e da sua transmissão torna-se fundamental que o profissional que irá trabalhar com esta entidade esteja consciente do papel que está representando junto à sociedade, particularmente em relação ao usuário de seu serviço. Mais ainda, que o profissional atente-se ao nível do indivíduo, conhecendo detalhadamente suas práticas e suas crenças, e perceba a necessidade de trabalho em cooperação com outros profissionais, apreendendo informação diretamente do indivíduo que mais irá necessitar do serviço de saúde. Não existe outra forma de abordar o problema em questão. Conforme descreve HERBERT DANIEL (1991),

*"(...) a resposta para a AIDS é solidária - não porque isto seja poético, mas porque nenhuma outra resposta será adequada."*



## 2. Formas de contaminação pelo vírus HIV

*"Um aspecto alarmante da infecção pelo HIV é o de que não se pode olhar para uma pessoa e determinar se ela está infectada - ela já pode ter se infectado e transmitido o vírus para outros durante muitos anos até que chegue a ficar doente. Como outros vírus causadores de doença, o HIV não reconhece idade, raça, religião, grupo étnico ou gênero. O vírus é muito democrático."* (Cecilia Worth, New York Times Magazine)

A percepção de que não havia *grupos de risco*, e sim *comportamentos* ou *situações* de exposição ao risco para a contaminação pelo HIV veio a ser de domínio público muitos anos após o aparecimento da epidemia. Atualmente é bastante conhecida a gama de circunstâncias pelas quais o indivíduo pode contrair o vírus. Elas todas envolvem trocas de fluidos corporais de maior ou menor intensidade de risco para o transporte viral. O vírus penetra no organismo através de brechas nas membranas mucosas após a troca de fluidos corporais, podendo estas se dar por intercâmbio de sêmen ou de produtos sangüíneos. O vírus HIV pode ser isolado em quase todos os fluidos corporais humanos, mas é sabido que ele é mais facilmente transferível de indivíduo para indivíduo através do sangue e sêmen. As formas de contágio identificadas até hoje são através do sêmen em algum tipo de transmissão pela relação sexual, pelo sangue, através de uma transfusão sangüínea ou compartilhamento ou manipulação de sangue infectado, e transmissão da mãe para o feto, e através do leite materno (CORTES e cols., 1989; BRUN-VENIZET e cols., 1987). As transmissões por via sangüínea e pelo sêmen são consideradas de alto risco, enquanto que a transmissão materno-fetal é considerada de baixo risco. Um estudo realizado por CASTILHO e SZWARCWALD (1997), utilizando dados do Ministério da Saúde, mostra a evolução das taxas de prevalência de exposição nos casos de AIDS de 1980 até 1997. Conforme a Tabela

1, é possível perceber uma modificação no formato de difusão da AIDS entre as diversas categorias de exposição. No início da epidemia os casos relatados estavam francamente relacionados às formas de transmissão por via sexual, compondo a totalidade dos casos em 1980. Se compararmos com as proporções a partir do ano de 1990, é possível perceber um aumento da exposição através da via sangüínea, responsável por aproximadamente um quarto dos casos diagnosticados em 1997.

**Tabela 1. Proporção dos casos notificados de AIDS no Brasil desde 1980 por categoria de exposição**

Ano	Categoria de exposição (em %)*			
	sexual	sangüínea	perinatal	outras/mal definida
1980	100%	0%	0%	0%
1985	78%	11%	1%	10%
1990	47%	28%	2%	23%
1995	52%	23%	3%	22%
1997	54%	23%	3%	20%

\* as proporções originais foram arredondadas

Adaptado de CASTILHO e SZWARCWALD (1997)

A seção seguinte descreve em detalhes a forma de contágio através das vias sangüínea e sexual, por serem estas as circunstâncias de maior exposição a risco nos indivíduos estudados nesta tese.

## *2.1. Contaminação por via sangüínea*

A transmissão do vírus HIV por via sangüínea pode se dar por transfusão de sangue contaminado (através de transfusões de sangue total, plasma ou hemoderivados) ou compartilhamento de agulhas hipodérmicas, seringas e outros equipamentos utilizados para uso de drogas.

O vetor de transmissão é a troca de sangue do usuário inicial, que ficou alojado em alguma parte do equipamento ou do líquido utilizado para diluir a droga ou limpar o equipamento de injeção. Os níveis de risco em relação ao compartilhamento de equipamentos de injeção variam de acordo com o tipo de prática de injeção. Um dos menos intensos é o de "skin-popping" - administração subcutânea de narcóticos e outras drogas, comum em usuários de heroína ou mesmo usuários eventuais de outras drogas, que acreditam que não irão se inocular com o vírus através desta prática, por não haver sangue aparente nesta forma de injeção (CHITWOOD e cols., 1991). Uma prática cujo risco é extremamente intenso é a chamada "booting", na qual sangue é retirado do braço do usuário com uma seringa, sendo misturado com a droga já existente no êmbolo e a mistura sendo novamente injetada na veia do usuário. Conforme descreveram DESJARLAIS e HUNT (1988), esta prática deixa traços de sangue na seringa e na agulha, aumentando significativamente o risco de contágio se este equipamento for novamente utilizado por outra pessoa.

Outro vetor potencial é a utilização da água contaminada por mais de um usuário de droga injetável (UDI). Estudos realizados pelo National Institute of Health demonstraram que o vírus é capaz de se manter vivo por três dias ou mais em determinadas condições ambientais (RESNICK e cols., 1986). Portanto, qualquer recipiente onde se faça alguma mistura envolvendo água ou outro líquido diluente, droga, ou sangue, também será um



elemento potencial de risco para a disseminação do vírus entre UDIs. Da mesma forma, os recipientes onde são misturadas as substâncias para injeção são potenciais vetores para contaminação. O elemento importante aqui é que este tipo de compartilhamento - seja do líquido a ser injetado, seringa, agulha, ou recipiente - normalmente se dá entre UDIs de uma mesma rede social ("running partners" ou "running buddies"), o que tem particular importância para o desenvolvimento de atividades preventivas específicas para este grupo de indivíduos (LATKIN, 1995; LATKIN e cols., 1994/1995; TROTTER, BOWEN e POTTER, 1995). Existem muitas outras formas identificadas de compartilhamento com potencial transmissão do vírus HIV, mas que fogem ao escopo deste estudo.

O uso de drogas injetáveis tem sido sistematicamente documentado como uma das formas de contágio que mais cresceram dentre os indivíduos que buscam centros de atendimento para HIV. MILLER, TURNER e MOSES (1990), citados por SORENSEN e cols. (1991), ilustram este fenômeno ao descreverem a distribuição de causas identificadas de risco nos casos de AIDS ao longo do período de 1981 a 1990. A proporção de indivíduos diagnosticados com AIDS que eram usuários de drogas cresceu de 18% em 1981 para 28,4% em 1990. Como fator de risco isolado, o uso de drogas injetáveis era responsável por 22% de todos os casos de AIDS diagnosticados nos Estados Unidos em 1990, e há estudos mais atuais confirmando sua presença crescente como um dos principais fatores de transmissão do vírus (CAMACHO e cols., 1996; HUNTER, DONOGHOE e CSTIMSON, 1995; RIETMJEIJER e cols., 1996; STARK e cols., 1995). Já é possível perceber que, mesmo indiretamente, o uso de drogas injetáveis é uma das grandes ligações entre situações ou "grupos de risco" para a transmissão do vírus, já que muitos dos indivíduos que reportam sexo heterossexual descrevem relacionamentos com UDIs (SOSENSEN e cols., 1991).

Com relação ao tipo de droga injetada, estudos americanos comprovaram que das diversas classes de drogas as mais envolvidas na epidemia de AIDS são os opiáceos e os estimulantes - em particular a cocaína, além de depressores do Sistema Nervoso Central, como o álcool e os tranquilizantes do tipo benzodiazepínico. GUYDISH, GOLDEN e HEMBRY (1991) descrevem haver diferenças nas formas de contágio envolvidas com o uso destas substâncias. No que compete à cocaína, esta parece estar diretamente associada a um maior risco de contaminação pelo HIV, principalmente em sua forma injetada (CHAISSON e cols, 1989). A explicação mais simples é o número maior de vezes com que os indivíduos injetam, se comparados com usuários de outras drogas como por exemplo heroína. A cocaína tem uma meia-vida mais curta do que a heroína (PECHANSKY e FUCHS, 1998). Em função de uma maior necessidade de injetar a droga, o indivíduo se expõe mais freqüentemente ao uso em circunstâncias não ideais, como locais específicos para o uso de drogas e o compartilhamento de seringas entre os seus pares. Além disso, há estudos mostrando que usuários de cocaína têm uma tendência menor a limpar suas seringas e seus equipamentos de injeção (MARGOLIS e cols., 1990). O uso de álcool ou outros depressores do SNC em baixas doses parece facilitar o contato sexual entre os indivíduos através de seus efeitos desinibidores, havendo uma clara associação entre o uso destas substâncias - tanto entre casais hetero como homossexuais - e o aumento de práticas sexuais que acarretam algum grau de risco.

## 2.2. Contaminação por via sexual

*(...) São características comuns das casas de banho de Los Angeles, San Francisco, Nova York e Boston a presença de pequenos corredores estreitos, com pouca luminosidade e iluminação avermelhada. Pode-se ver homens em todos os cantos - alguns nus, outros vestidos apenas com uma toalha. (...) A maioria das casas de banho tem vários cubículos acolchoados envoltos em uma atmosfera tanto de letargia quanto de antecipação - causados pelo estado pós-coital e também pelos olhares e sinais silenciosos para encontros sexuais esperados ou inesperados. A maioria dos locais tem saunas, quartos de vapor e banheiras de hidromassagem onde se pode observar as mesmas cenas de homens tendo sexo com homens. Os cubículos para sexo são pequenos, acomodando não mais do que um colchão ou um estrado. Mesmo tendo portas numeradas, todos os quartos estão constantemente abertos, e em cada cubículo é possível observar um homem deitado de costas, nu ou apenas "decorado" com uma toalha, esperando por algum encontro. É natural ver homens "carregando sua ereção pelos corredores"<sup>4</sup> apenas para exibí-la ou para se masturbar em público. Um casal pode estar fazendo sexo anal em pleno corredor. (...)*

*(adaptado de CHITWOOD e cols., 1991)*

É muito fácil se caracterizar a contaminação por via sexual utilizando-se o exemplo extremo retirado de um relato sobre as casas de banho gay das grandes metrópoles onde inicialmente a epidemia de AIDS se alastrou. Entretanto, apesar de existirem também

---

<sup>4</sup>"walking past with an erection in his hands"



diversos tipos de "supermercado sexual" em nosso meio, é importante salientar que a maioria dos casos de transmissão por via sexual não se dá obrigatoriamente por encontros múltiplos em um local específico de promiscuidade. Assim como não é típico um usuário de drogas compartilhar simultaneamente seu equipamento de injeção com todos os membros de sua rede de parceiros, deve-se imaginar que a transmissão sexual do vírus HIV se faz através de encontros sexuais repetidos e com diferentes parceiros. Portanto, do ponto de vista de transmissão sexual é fundamental se compreender as relações homossexuais entre homens e as relações entre mulheres com homens que compartilham drogas ou têm relações homossexuais sob a forma principal de relacionamento sexual entre um casal.

A contaminação por meio de uma relação homossexual se dá quando há alguma solução de continuidade na mucosa anal do parceiro receptivo, permitindo contato com sangue ou espermatozoides do parceiro ativo. Já há documentação adequada demonstrando que numa relação homossexual completa há maior risco de transmissão do pênis do parceiro ativo para o ânus do parceiro receptivo do que vice-versa (McCOY e INCIARDI, 1995). Existem relatos espúrios sobre a potencial contaminação através de sexo oral, mas ainda não há confirmação suficiente da evidência desta transmissão. Segundo McCoy e Inciardi (p.42), existem co-fatores que podem influenciar a transmissão do vírus HIV em uma relação homossexual. Evidentemente, estes modos de transmissão do vírus estão fortemente vinculados ao uso (ou não uso) adequado e freqüente de preservativos e lubrificantes, e ao número de encontros e principalmente ao número de diferentes parceiros para relações homossexuais. Alguns deles são bastante peculiares:

- O ânus e o reto são áreas extremamente sensíveis por serem intensamente inervadas, contribuindo para a eliciação e resposta do estímulo sexual. Desta forma, a

estimulação da região anal e perianal é parte integral das "tarefas preliminares" de uma relação homossexual. Como os tecidos desta região são extremamente vascularizados, e portanto muito friáveis, é provável que algum grau de ruptura possa existir quando da sua manipulação. Mesmo com o uso de lubrificantes, o ato sexual anal pode ser traumático à mucosa - particularmente se além do pênis são inseridos dedos ou instrumentos sexuais ("dildos" ou "consolos").

- Estudos bem documentados citados por McCoy e Inciardi demonstraram que enemas e duchas prévios ao contato sexual aumentam o risco de infecção durante sexo anal. Seja por razões higiênicas ou pelo fato da ducha anal ser parte da circunstância da atividade sexual entre parceiros, a questão está em que um tubo de dimensões variadas é inserido no ânus e reto para a lavagem, potencialmente traumatizando aquela região.
- A prática de inserir todo o punho do parceiro ativo no ânus e reto do parceiro receptivo ("fisting") é também uma das formas de maior trauma potencial à mucosa retal. É comum acontecer sangramento visível em práticas deste tipo, aumentando em muito as chances de contaminação, caso esta prática seja seguida de contato direto entre sêmen e sangue.

Do ponto de vista da relação heterossexual, alguns elementos também devem ser destacados. O primeiro é o de que a maioria dos casos de AIDS detectados em diversos centros de pesquisa se dá no gênero masculino, responsável principalmente pela transmissão através da via sangüínea e do contato homossexual, já mencionados acima. No entanto, quando se observa a distribuição dos casos de AIDS entre as mulheres, pode-se perceber que

em 70% das vezes a causa da contaminação foi a relação heterossexual com parceiros de droga injetável (CHOI e WERMUTH, 1991) ou com parceiros bissexuais.

McCOY e INCIARDI (1995) citam as seis principais formas de contaminação possíveis entre usuários de droga que têm relações heterossexuais. São elas:

- De UDIs gays e bissexuais para UDIs homens e mulheres heterossexuais, através de compartilhamento de material de injeção infectado;
- De UDIs masculinos para UDIs femininos através de contato sexual e de compartilhamento de drogas ou de equipamento de injeção;
- De UDIs masculinos para mulheres não UDIs através de contato sexual;
- De UDIs femininas para UDIs masculinos através de contato sexual e compartilhamento de drogas/equipamento de injeção;
- De UDIs femininas para homens não UDIs através de contato sexual; e
- De homens e mulheres infectados por seus parceiros sexuais para outros parceiros sexuais subseqüentes. (p.95)

Estas múltiplas formas de transmissão da AIDS envolvendo relacionamentos heterossexuais são descritas por McCoy e Inciardi como a "Ponte da AIDS", e podem ser visualizadas na Figura 1.

No que compete à potencia da transmissão do vírus entre homens e mulheres e vice-versa, PADIAN, SHIBOSKI e JEWELL (1990a) demonstraram que mulheres parceiras de homens soropositivos têm maior taxa de infecção do que homens parceiros de mulheres



soropositivas, indicando a tendência principal de transmissão como sendo homem ---> mulher. O risco potencial de transmissão da mulher para o homem está também comprovado, uma vez que há evidência da existência do vírus HIV nas secreções vaginais e cervicais (WOFSEY e cols., 1986; VOGT e cols., 1986), e há relatos indicando ter sido esta a única forma de contaminação. Pode-se citar como exemplo a contaminação de um homem ao ter contato heterossexual com sua companheira após ela ter recebido um transplante de órgão de um doador soropositivo (LÁGE-STEHR, SCHWARZ e OFFERMAN, 1985). Porém, é já bastante sabido que a intensidade maior da transmissão heterossexual é sempre na direção mencionada acima. Definida a direção principal, a eficiência da transmissão do vírus pode estar relacionada a diversos fatores, tais como a infectividade ou "carga viral" das diferentes secreções envolvidas, sexo durante o período menstrual, frequência das relações sexuais (PADIAN, SHIBOSKI e JEWELL (1990b) ou práticas sexuais específicas envolvendo a integridade da mucosa vaginal ou anal e da pele do pênis, e a presença de outras doenças sexualmente transmissíveis (LAZZARIN e cols., 1991). Mesmo assim, apenas o contato sexual pode não ser suficiente para a transmissão do HIV, uma vez que alguns estudos demonstram que em média apenas 15% das mulheres que são parceiras regulares de homens soropositivos adquirem a infecção, apesar de exposições sexuais repetidas (EUROPEAN STUDY GROUP, 1989; JOHNSON, A.M., 1988). À semelhança da transmissão homossexual, também no contato heterossexual há co-fatores que podem interferir na potencialidade da infecção. Alguns deles:

- Relações sexuais com parceiros soropositivos em estágios avançados da infecção. Segundo LAGA e cols., (1989), citados por McCoy e Inciardi, a infectividade de uma relação heterossexual aumenta se o parceiro masculino soropositivo estiver em um estágio avançado da doença, uma vez que há uma tendência a um aumento da carga

viral nas secreções devido à diminuição progressiva da imunidade. Desta forma, um indivíduo em estágio 3 (vide adiante) pode ter teoricamente mais potencial para transmitir a infecção do que um indivíduo em estágio inicial de soroconversão, em uma relação heterossexual normal.

- Quanto maior o número e a frequência de relações entre um mesmo casal de parceiros, maior a chance de soroconversão. LAGA e cols. (1991), estudando um grupo de 368 mulheres potencialmente expostas ao vírus, concluíram que o risco de infecção se duplicava nas mulheres que relatavam relacionamentos de um a cinco anos com parceiros infectados, com relações duas ou mais vezes por semana. Além disso, o mesmo grupo identificou um aumento do risco de soropositividade nas mulheres que relatavam relações sexuais anais quando comparadas com as que apenas tinham relações vaginais. Conforme era esperado, o uso de preservativos foi identificado como um fator de proteção para a soroconversão, e a presença de doenças sexualmente transmissíveis, tais como sífilis ou herpes genital, estava associada a uma proporção maior de soropositividade.

### *2.3. Uma situação especial para usuários de droga: múltiplos vetores*

A questão de múltiplos vetores de contaminação é talvez específica da condição de usuários de droga "de carreira", ou seja, aqueles que apresentam um alto grau de dependência da substância. Nestas condições, e em particular quando está envolvido o uso das drogas de alto potencial de dependência, tais como heroína ou cocaína, existem circunstâncias peculiares onde a infecção pode se dar por múltiplas vias de contaminação. Por exemplo, devido à grande intensidade dos sintomas de abstinência destas substâncias, o usuário de drogas é um elemento barato e disponível para favores sexuais em troca da manutenção de seu uso de drogas, o que faz destas circunstâncias focos de grande intensidade para a disseminação da infecção, por associarem sexo sem proteção com uso compartilhado de drogas.

INCIARDI, LOCKWOOD e POTTIEGER (1993) posicionam o problema de forma bastante clara, ao descreverem um estudo etnográfico realizado nas casas de crack<sup>5</sup> e de uso de drogas ("shooting galleries") de Miami. Nestes locais, o crack e outras formas de droga são produzidas, vendidas e utilizadas, e várias formas de troca são efetuadas dentro da relação droga/sexo/dinheiro. Apesar de não estarmos tão especializados no tema como os Estados Unidos, os locais específicos para uso de drogas - particularmente injetáveis - são comuns em nosso meio, já tendo sido visitados sistematicamente por membros de projetos de redução de danos da Prefeitura de Porto Alegre<sup>6</sup> e pelo próprio autor em algumas ocasiões. Portanto, na eminência da descoberta de focos específicos para a transmissão do HIV através de múltiplos vetores, é de utilidade descrever algumas das circunstâncias peculiares referentes a usuários

---

<sup>5</sup>O crack é uma forma cristalizada e de efeito potente da cocaína após ter sido aquecida com bicarbonato de sódio e esfriada para ser fumada, normalmente em um cachimbo de vidro. O nome "crack" vem do som que a droga cristalizada faz ao ser fumada

<sup>6</sup>Siqueira, D. e Mayer, R. comunicação pessoal



de drogas que se envolvem na transação de drogas, sexo e dinheiro. Alguns exemplos das formas peculiares de transmissão do vírus nestes locais podem ser aqui ilustrados.

A cocaína tem uma longa reputação como droga do tipo afrodisíaco, ou que produz um estado de hipersexualidade, no qual indivíduos se sentem desinibidos, com uma percepção de maior interesse sexual e, nas primeiras circunstâncias de utilização da droga, com uma sensação de orgasmo mais intenso e explosivo. Entretanto, com o uso sistemático de cocaína em qualquer de suas formas, esta circunstância de hipersexualidade dará lugar a um retardo não desejado ou mesmo inibição total do clímax sexual em ambos os sexos, além de diversos tipos de disfunção sexual, como impotência parcial ou inibição da ejaculação, associados a uma diminuição do desejo sexual normal. Com a perda de juízo crítico e pudor social que podem estar associados à intensa utilização de cocaína, não é incomum que indivíduos se envolvam em freqüentes situações sexuais, muitas delas apenas com a finalidade de conseguir mais drogas para manter seu estado de intoxicação, fugindo dos sintomas de abstinência. Desta forma, é comum a descrição de várias formas de sexo por mulheres aditas a crack e cocaína com diversos parceiros masculinos. Algumas delas contêm mais risco de transmissão do vírus:

- Nas circunstâncias de sexo oral o tempo para a ereção e mesmo ejaculação são freqüentemente maiores em usuários de drogas, que descrevem apenas chegar ao orgasmo após masturbação vigorosa ou sexo vaginal muito prolongado, havendo descrições de sangramento tanto no pênis como na vagina nestas condições (INCIARDI, LOCKWOOD e POTTIEGER, 1993). Como há presença do vírus tanto na secreção vaginal como no sêmen, há uma maior chance de contaminação nestas circunstâncias.

- Em casas de crack onde existem mulheres "da casa", ou seja, que trocam sexo por droga e um local seguro para se manter, é esperado que elas ofereçam sexo aos "clientes fiéis", quase que sem interrupção. O uso específico de cachimbos de vidro superaquecidos para uso de crack, combinado com péssimas condições de higiene, são elementos que favorecem o aparecimento de úlceras nos lábios e mucosa oral das usuárias de crack. Devido à circunstância de sexo continuado - via de regra sem o uso de preservativos - é comum que uma mulher dependente de crack tenha diversos clientes "na fila", sem tempo nem condições físicas, mentais ou logísticas, para proceder a uma higiene adequada entre uma circunstância sexual e outra. Como na maior parte das vezes a estimulação sexual de um usuário de drogas se dá por sexo oral, devido aos problemas descritos acima, é comum que a mulher seja exposta ao sêmen ou o pré-ejaculado de um "cliente", podendo desta forma transportar o vírus até a pele potencialmente friável do penis do próximo "cliente" seguinte. A mulher é apenas a "carregadora" do vírus de um homem para outro (McCOY e INCIARDI, 1995).

### 3. Aspectos clínicos associados à AIDS

Uma descrição pormenorizada das características clínicas da AIDS e dos métodos de identificação laboratorial do vírus HIV foge ao escopo desta tese. Abaixo são descritas genericamente as principais formas de detecção do vírus em exames rotineiros em nosso meio, baseadas nos métodos de detecção citados por STINE (1993), e da evolução da doença em seu padrão mais comum (KING, 1993).

#### 3.1. Infecção primária

O Vírus da Imunodeficiência humana é um retrovírus composto por RNA que apenas pode se multiplicar através da invasão de uma célula hospedeira de um mamífero. O HIV invade os linfócitos T e algumas outras células (macrófagos, células gliais) a partir do contato com um receptor de superfície (um marcador genético chamado CD<sub>4</sub>, cuja porção *solúvel* é a que está implicada neste processo). À medida que o HIV invade a célula hospedeira, ele libera sua carga de RNA que é convertido em DNA através de um processo catalizado pela enzima Transcriptase Reversa, permitindo que existam então cópias do RNA viral. Estas frações copiadas de RNA são então incorporadas ao genoma celular, onde ficam dormentes por períodos longos (KING, 1993). A AIDS é uma doença de longo tempo médio de incubação - aproximadamente 10 anos (KALBFLEISCH e LAWLESS, 1988; BACCHETTI e MOSS, 1989; MEDLEY e cols., 1987). Isto quer dizer que um indivíduo pode ter o vírus em seu organismo desde alguns poucos meses até mais de uma década sem apresentar os primeiros sintomas.



### **3.2. Detecção de soropositividade**

A partir da disseminação do HIV no organismo hospedeiro, é possível verificar sua presença através de testes específicos. Entre três e seis meses da infecção primária o vírus pode ser detectado na corrente sanguínea de forma indireta, através da presença de anticorpos específicos - o que é chamado de soroconversão. Os sintomas concomitantes ao momento da soroconversão são similares aos de uma infecção do tipo mononucleose: febre, indisposição, adinamia, e sensação de fraqueza corporal. A intensidade dos sintomas na fase de soroconversão pode ser um indicador de uma fase de latência mais curta antes do aparecimento da doença em si.

A presença do HIV no organismo do indivíduo é detectada através de um teste padronizado chamado ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay), utilizado de forma padrão e em larga escala desde 1985. É um teste sensível e de baixo custo. Inicialmente, é retirado sangue do paciente e o soro é separado e diluído. O soro é então colocado em contato com um meio que contém o antígeno derivado do cultivo do HIV em células humanas. Após uma hora de incubação, o material é lavado e é adicionada uma solução contendo uma imunoglobulina (IgG), com mais duas horas de incubação. Durante este período, a IgG se combina aos anticorpos anti-HIV que estão ligados ao antígeno viral no meio de testagem. O excesso de solução é retirado, o meio é lavado e tingido com um substrato de peroxidase, produzindo uma coloração amarelo-alaranjada durante mais um período de 30 minutos. A intensidade da coloração é diretamente associada à presença de anticorpos no meio de teste, que é medida de forma mecânica por espectrofotometria - por comparação com colorações de controles positivos e negativos.

As questões envolvendo o resultado do teste ELISA geram controvérsias frequentes nos locais onde apenas este teste é realizado. Como o ELISA dá uma indicação indireta da presença do vírus por aferir a presença de anticorpos no soro do paciente, ele é um forte indicador da presença do HIV. Colorações limítrofes, ou mesmo ELISAs falsos-positivos e falsos-negativos podem existir. Entretanto, como há uma "janela" entre a infecção inicial e a soropositividade, um paciente que fizer um ELISA no primeiro mês de um potencial contágio terá um teste não reagente (falso negativo). Por outro lado, a existência de um teste positivo em um recém nascido de uma mãe infectada pelo vírus não significa obrigatoriamente que o conceito tenha o vírus, uma vez que em 50 a 70% dos casos existe a transmissão de anticorpos da mãe para o bebê. Estas circunstâncias limítrofes ou de resultados falsos positivos ou negativos produzem extrema dificuldade na devolução de um resultado de testagem anti-HIV para a massa da população que busca orientação em centros de testagem, auxiliando para uma percepção errada da disseminação da epidemia.

Os testes indicativos da presença do vírus necessitam de testes chamados confirmatórios, isto é, que sejam muito mais específicos para definir a presença do HIV no soro do paciente. Um dos testes confirmatórios utilizados em nosso meio é o de imunofluorescência.

A imunofluorescência de anticorpos utiliza uma preparação de anticorpos com um corante fluorescente para detectar os anticorpos no soro. Na fluorescência direta os anticorpos detectam antígenos específicos em culturas ou esfregaços, enquanto na indireta acompanha-se a combinação de antígenos e anticorpos do soro do paciente em uma placa de laboratório. Descreve-se aqui a fluorescência indireta, onde uma fração do soro diluído de um paciente é colocada em uma lâmina preparada com antígenos HIV. Após a incubação, o material é

lavado e anticorpo anti-humano fluorescente é agregado ao material, podendo se ligar ao complexo antígeno-anticorpo já formado, em caso de soropositividade. Após nova lavagem, utiliza-se um microscópio especial de fluorescência para observar o material, que se positivo, irá fluorescer, confirmando assim a presença de anticorpos anti-HIV no organismo do paciente.

O teste padrão para a detecção da presença do HIV no hospedeiro é o teste Western Blot, no qual proteínas individuais do HIV são utilizadas para reagir com o anticorpo HIV no soro do paciente. O exame é realizado com células humanas cultivadas com o vírus que são lisadas, tendo suas proteínas separadas e colocadas em um gel. Este gel é submetido a uma corrente elétrica (eletroforese) que separa as proteínas virais em bandas, de acordo com suas dimensões. Na prática, consegue-se isolar as proteínas virais (antígenos) das outras maiores nas diferentes bandas. Após a formação das bandas e sua transposição para um papel contendo nitrocelulose ("blotting"), o soro do paciente é colocado diretamente sobre elas. Após um tempo de contato do soro com as bandas o material é lavado e é adicionada IgG para permitir a visualização após o material ser corado. Se há presença de anticorpos anti-HIV no soro que foi depositado na fita com as bandas haverá uma reação colorida. As fitas com as bandas coloridas são comparadas então com fitas padrão sabidamente positivas e negativas. O teste Western Blot é mais específico por permitir identificar qualitativamente quais dos antígenos HIV estão presentes no soro.

Muitos outros métodos existem para a confirmação da presença do vírus no organismo do indivíduo - desde testes mais simples, como os kits caseiros ou de testagem através da saliva, até testes sofisticados que detectam diretamente a presença do vírus no sangue. Na prática, em nosso meio, é realizada de rotina a seqüência ELISA1 + ELISA2 +



Imunofluorescência indireta para confirmar os casos positivos nos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) existentes em Porto Alegre<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup>Formoso, C., comunicação pessoal

### *3.3. Desenvolvimento da doença*

Não é ainda sabido o que faz com que de repente se desencadeie a fase de doença da infecção pelo HIV. Apesar dos anticorpos serem habitualmente efetivos em suprimir o vírus, eles não o fazem de forma total, permitindo que ele se aloje em diferentes locais do organismo e se coloque em dormência por até vários anos. Assume-se que outras infecções virais poderiam atuar como co-fatores para o desencadeamento do ataque viral ao organismo. KING (1993) também cita fatores psicológicos como o stress e o abuso de drogas como potenciais desencadeadores da doença.

A partir de uma queda vertiginosa no número de linfócitos CD<sub>4</sub>, há o desencadeamento da infecção. Os quatro principais estágios (ou grupos) são caracterizados por um período inicial praticamente assintomático, seguido por um período de infectividade assintomática (o indivíduo não tem sintomas mas pode já transmitir o vírus). No terceiro estágio há o aparecimento de linfadenopatia persistente, que também pode não ser referida sintomaticamente pelo paciente. A doença se expressa em sua forma exuberante no quarto estágio, variando desde um discreto mal-estar generalizado, associado a febre e perda de peso ("AIDS-Related Complex" - ARC) até o aparecimento de infecções oportunistas e tumores. O Quadro 1 ilustra a classificação da infecção pelo HIV nos quatro principais grupos de acordo com o Centers for Disease Control (1987).

**Quadro 1. Caracterização da AIDS em grupos ou estágios de evolução, de acordo com a classificação do Centers for Disease Control.**

<b>Grupo</b>	<b>Manifestação clínica</b>
<i>Grupo I</i>	<b>Infecção aguda (soroconversão)</b> - pode ocorrer até três meses após o contato - usualmente assintomática (em alguns casos pode haver sintomas do tipo mononucleose ou até encefalopatia ou mielopatia)
<i>Grupo II</i>	<b>Infecção assintomática</b> - soropositividade para anticorpos anti-HIV
<i>Grupo III</i>	<b>Linfadenopatia persistente generalizada</b> - nódulos com até 1 cm. de diâmetro em dois ou mais locais extrainguinais por ao menos três meses - sem história de infecção oportunista ou sintomas constitucionais persistentes
<i>Grupo IV</i>	
Subgrupo A	Doença constitucional (Complexo ARC) - febre, perda de peso, fadiga, suor noturno
Subgrupo B	Doença neurológica - demência, encefalite, meningite, neuropatia periférica
Subgrupo C	Doença infecciosa secundária
Subgrupo D	Cânceres secundários
Subgrupo E	Outras condições clínicas

Com os anos, houve modificações sistemáticas na definição de caso de AIDS pelo CDC ou pela OMS. Apenas como exemplo, pode-se citar uma modificação proposta e não aceita pela OMS em uma reunião realizada em 1993, que baseava a definição de AIDS apenas na contagem no número de células CD<sub>4</sub> (ANCELLE-PARK, 1993). Entretanto, outros acréscimos à definição de caso (ou de condição indicadora de AIDS) que foram aceitos são a presença de pneumonia recorrente por 12 meses, tuberculose pulmonar e carcinoma cervical invasivo em pacientes HIV positivos, além da contagem de células CD<sub>4</sub> menor do que 200 por microlitro.

Do ponto de vista de evolução da doença, estudos longitudinais realizados nos EUA e Europa indicavam que até 60% dos pacientes soropositivos iriam desenvolver sintomas em



12 anos (LIFSON e cols., 1990, citado por KING). Outros estudos descreviam que a idade de início é importante na progressão da infecção, com indivíduos jovens obtendo mais tempo de sobrevivência (LEE e cols, 1991). Entretanto, com o advento de técnicas inovadoras que incluem a forma de tratamento agressivo e imediato da infecção pelo HIV, é provável que os números referentes ao tempo de sobrevivência se alarguem significativamente ao longo dos próximos anos, conforme sugere o relatório do National Institute of Health de abril/98 sobre os princípios de terapia para a infecção pelo HIV (CDC, 1998). PALELLA e cols. (1998), ao analisarem dados de 1255 pacientes entre 1994 a 1997, todos com contagem de CD<sub>4</sub> abaixo de 100 células por microlitro, concluíram que a taxa de mortalidade declinou nos últimos anos de 29,4/100 pessoas-ano (1995) para 8,8/100 pessoas-ano em 1997, independente de gênero, raça, idade ou fatores de transmissão do vírus. Os autores concluem que os declínios recentes na morbi-mortalidade da AIDS são atribuíveis à combinação de terapias antiretrovirais mais intensas. Um dado preocupante do estudo, entretanto, é a confirmação de que pacientes com acesso aos serviços de medicina privada tinham menor taxa de mortalidade do que os atendidos pelo sistema público de saúde americano.

#### 4. A epidemia de AIDS

*"A AIDS e o abuso de drogas são duas epidemias completamente entrelaçadas."* (Alan

Leshner, diretor do National Institute on Drug Abuse)

Além da epidemia de AIDS, há no momento uma *epidemia de informações* sobre AIDS, o que torna impossível uma revisão completa sobre o assunto. Apenas para fins de exemplo, uma busca em bases de dados eletrônicas acessíveis via Internet produz números assustadores sobre o volume de material existente sobre o tema. A base de dados AltaVista forneceu às 15:40 de 25.04.98 um total de 1.214.740 citações bibliográficas sobre a expressão "AIDS". Em 28.04.98, às 15:40, a mesma base listou 1.214.850 citações - um acréscimo de 110 citações em apenas 3 dias. Da mesma forma, a base Yahoo forneceu uma listagem de 2952 sites específicos sobre o tema AIDS na mesma data. A PubMed, uma das muitas bases de dados médicas gratuitas e acessíveis pela Internet produziu 80.527 referências médicas sobre o tema, com 3357 páginas da World Wide Web disponíveis. É portanto fácil perceber a imensidão do tema e a impossibilidade de uma revisão bibliográfica total. Para efeitos deste estudo, serão destacados os aspectos históricos, epidemiológicos e clínicos que o autor considerou pertinentes para justificarem o modelo teórico e o método de pesquisa que foram utilizados para a confecção desta tese.

Uma rápida olhada nos anos iniciais da cronologia da AIDS a partir do descobrimento do primeiro paciente infectado pelo HIV pode nos orientar sobre a rapidez de sua disseminação, bem como do seu impacto. Mais ainda, é possível perceber que, como poucas, a AIDS foi uma das doenças que mais rapidamente desencadeou o desenvolvimento de estratégias para sua abordagem. À exceção da febre amarela, do tifo e da poliomielite, doenças epidêmicas cuja compreensão sobre o agente etiológico e seu respectivo tratamento

pôde ser desenvolvida em algumas décadas, a imensa maioria das epidemias da civilização levou até centenas de anos para ser completamente compreendida e receber alguma terapia adequada (STINE, 1993).

A primeira descrição desta doença foi feita em 5 de junho de 1981 (CDC, 1981a; GOTLIEB e cols., 1981; MASUR e cols., 1981), quando uma estranha pneumonia oportunista causada por *Pneumocystis carinii* foi relatada em alguns homossexuais masculinos da comunidade gay de Los Angeles, e que até esta data não apresentavam qualquer tipo de problema de saúde. No mês seguinte, foram descritos vinte e seis casos de sarcoma de Kaposi entre indivíduos com a mesma característica (CDC, 1981b) em Nova York e na Califórnia. Devido à raridade destas infecções oportunistas e ao aspecto particular de estas estarem acontecendo em indivíduos previamente saudáveis, uma vez que esta infecção apenas é freqüente em pacientes cancerosos ou recebendo terapia imunossupressiva, foi dada atenção redobrada ao mapeamento dos primeiros casos descritos. O termo "AIDS" - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - foi cunhado em meados de 1982 por especialistas do CDC em Atlanta, EUA. À época conhecida por uma variedade de siglas e apelidos (um dos mais populares era GRID - "Gay-Related Immune Deficiency"), a doença foi rapidamente percebida como não sendo exclusivamente pertencente às comunidades de homossexuais, vindo então a ser utilizada a expressão AIDS para designar um estado de imunodeficiência adquirido. Em 1982 foram descritos novos casos de AIDS, desta vez entre hemofílicos que haviam recebido transfusões (DAVIS e cols., 1983), além de usuários de drogas injetáveis (SIEGAL e SIEGAL, 1983). Análises retrospectivas permitiram identificar os primeiros casos de AIDS no mundo como sendo os ocorridos no Zaire em 1976-77 (BYGBJERG, 1983; VAN de PITT, VERWILGHEN e ZACHEE, 1983) e no Haiti em 1978-79 (PAPE e cols., 1983). Pensava-se, até então, que este tipo peculiar de alteração extremamente letal do sistema



imunitário era restrito aos homossexuais, profissionais de sexo ou UDIs. Imaginava-se que de alguma forma estes *grupos de risco* se expunham intensamente à contaminação por um tipo de microorganismo em função de promiscuidade e vida desregrada. Em janeiro de 1983, entretanto, foram identificados os primeiros casos de pacientes heterossexuais contaminados pela AIDS (GALLO, 1987). Em 1983 e 1984 o vírus causador da AIDS foi identificado quase simultaneamente no Instituto Pasteur da França e no National Institute of Health dos Estados Unidos. Na França recebeu inicialmente a sigla LAV - "Lymphadenophy-Associated Virus", e nos EUA foi inicialmente chamado de "Human T-Cell Lymphotropic Virus, Type III (HTLV-III), para mais tarde ser renomeado como HIV - "Human Immunodeficiency Virus). Em 1985 o Teste ELISA (Enzyme Linked Immunosorbant Assay) foi aprovado para "screening" da exposição do organismo ao vírus HIV. Ao longo do ano de 1987 o AZT (zidovudine) foi aprovado como a primeira droga para o tratamento da AIDS. No mesmo ano o Teste Western Blot foi aprovado como o primeiro teste mais específico para o vírus HIV a ser utilizado em larga escala, e em 1989 o medicamento Retrovir, aprovado sob forma de xarope, disseminou a potencialidade de diminuir a letalidade da AIDS. Não é preciso continuar para que se perceba o quão rápido se desenvolveu a ciência em torno de uma doença desconhecida até antes de 1981.

Em meados de 1995, estimava-se que aproximadamente 1.000.000 americanos estivessem contaminados com o HIV, e que 17.000.000 indivíduos estivessem contaminados em todo o mundo (SWAN, 1995). Dos 440.000 casos identificados pelo CDC no ano de 1995, 60% haviam morrido, o que fazia com que a infecção pelo HIV fosse a principal causa de morte entre indivíduos na idade entre 25 e 44 anos - claramente a faixa etária de mais produtividade de um adulto. Na época, o uso de drogas era a segunda causa mais freqüente de exposição ao vírus (31,8%), sendo superado apenas pela contaminação por sexo homossexual

(43,3%) (CDC, 1995). O impacto da AIDS era visível já em todas as comunidades mundiais, modificando hábitos e valores sociais tanto nos indivíduos doentes como nos indivíduos não infectados. Em 20 de novembro de 1997, o Weekly Epidemiological Record da OMS (1997) registrava um total mundial de 1.736.958 casos de AIDS oficialmente notificados em todos os continentes, salientando-se que isto poderia representar apenas o equivalente a 15% do total de casos de AIDS no mundo. A estimativa da UNAIDS era de que aproximadamente 30 milhões de indivíduos no mundo conviviam com o vírus HIV ou mesmo com a AIDS, e que quase 6.000.000 de casos novos haviam surgido durante 1997, sendo que quase 10% do total estimado era de casos em crianças. Este número total de casos produzia uma estimativa de aproximadamente 16.000 casos novos de infecção por dia no mundo. A tendência principal de transmissão de casos na América Latina era a de homens tendo relações com homens e através do uso de drogas injetáveis, apesar do registro proporcionalmente maior do número de transmissões através de via heterossexual e bissexual nos últimos anos.

#### 4.1. A AIDS no Brasil

Estima-se que na América Latina haja 1.300.000 casos de infecção pelo HIV ou de AIDS - o que é bem diverso do número reportado de casos de AIDS no continente. O Brasil é o segundo país em número total de casos comunicados de AIDS no mundo, com 110.845 casos registrados (CASTILHO e SZWARCOWALD, 1997; OMS, 1997). Os cinco países que lideram o total de casos de AIDS no mundo são EUA, Brasil, Tanzânia, Quênia e Zimbábue. Estes cinco países são responsáveis por 54,3% dos casos de AIDS notificados no mundo, e respectivamente por 86% e 35,8% dos casos de AIDS registrados em seus continentes, sendo que o Brasil é responsável por mais de 10% do total de casos das Américas e por mais de 6% do total de casos registrados no mundo, conforme ilustra a Tabela 2.

**Tabela 2. Distribuição dos casos de AIDS nos cinco países que têm o maior número de notificações através da OMS**

País	Número de casos	Data da última notificação	Total do continente	% em relação ao continente	% em relação ao mundo
Estados Unidos	612.078	30.06.97	839.190 *	73%	35%
Brasil	110.845	31.05.97	839.190 *	13%	6.4%
Tanzânia	88.667	31.12.96	617.463	14%	5.1%
Quênia	74.754	08.07.97	617.463	12%	4.3%
Zimbábue	61.037	30.04.97	617.463	9.8%	3.5%

\* Inclui América do Sul, Central e Norte

Fonte: Weekly Epidemiological Record 1997, 72, p. 3 e 4.

Há controvérsias quanto ao primeiro caso notificado de AIDS no Brasil. Segundo RODRIGUES e CHEQUER (1989), o primeiro caso de AIDS no país aconteceu em 1981, sendo retrospectivamente identificado como tal junto com os primeiros casos definidos em 1982 no Rio de Janeiro e São Paulo, onde um e depois quatro casos foram registrados, respectivamente. Já GUIMARÃES E CASTILLO (1993) referem-se a um caso inicialmente identificado em São Paulo em 1980 e cinco em 1982 (SECRETARIA DA SAÚDE do



ESTADO de SÃO PAULO, 1985). AMATO NETO e cols. (1983) relatam ser de sua equipe a identificação do primeiro caso brasileiro - um paciente de 41 anos, homossexual com vários parceiros desde os 14 anos, que se apresentou ao ambulatório com um quadro de febre, emagrecimento de 20kg e adinamia. Independentemente desta controvérsia, em 1983 mais 31 casos foram identificados, com aumentos substanciais nos anos subseqüentes. Por volta de 1993, o número total de casos comunicados de AIDS no Brasil era de 36.481 (OMS, 1993), com taxas de incidência anual por 1.000.000 habitantes aumentando de 0,05 em 1982 para 2,9 em 1987, 44,9 em 1990 e 53,3 em 1991 (OMS, 1991; KALICHMAN, 1993). O número de pessoas com infecção por HIV no país era na época estimado em um mínimo de 500.000. GONÇALVES e RUBINI (1996) já alertavam, em um artigo contundente, que a incidência de casos de AIDS era muito grande em nosso país, acontecendo principalmente em relação direta à grande densidade populacional dos principais centros urbanos, conforme demonstraram BARCELLOS e BASTOS no mesmo ano (1996). Os grupos particularmente expostos a risco eram os mesmos identificados em outros estudos populacionais, com a maior concentração de casos ocorrendo na região sudeste do país (81,8%). Isto incluía Porto Alegre, Rio de Janeiro, Santos e São Paulo entre outras concentrações urbanas, com uma maior incidência na população de idade entre 25 e 40 anos de idade (58,5%). A distribuição dos casos de HIV por faixa etária já tinha na época sérias implicações para a saúde pública, quando se considera que quase 40% da população brasileira tem menos de 40 anos, e que no mínimo 10% dos chefes de família se encontram na faixa entre 25 e 40 anos de idade (IBGE, 1998). Os dados do Ministério da Saúde indicavam que 30,5% dos casos comunicados apresentavam transmissão através de contato homossexual, 15,4% bissexual, 15% heterossexual, e 20,8% através de uso de drogas injetáveis. KALICHMAN (1993) referia que a cocaína era a droga de escolha entre os usuários de drogas soropositivos no Brasil, já havendo um aumento

significativo e documentado no número de apreensões da droga e no aumento da mortalidade por cocaína na cidade de São Paulo (DA MATTA CHASIN e MIDIO, 1989). O WHO COLLABORATIVE STUDY GROUP (1993), ao analisar dados de 13 centros colaboradores da OMS (dois no Brasil) num total de 6390 UDIs, encontrou que aproximadamente 25% dos usuários relatavam injeção/compartilhamento de seringas ou outro equipamento de injeção de forma diária ou semanal. A taxa geral de prevalência encontrada em todos os estudos foi de 22%, sendo que dos 85 UDIs entrevistados em Santos a taxa geral de prevalência foi de 60%. Já nesta época a maioria das hospitalizações relacionadas à cocaína ocorria no sudeste do país e estava concentrada nas mesmas cidades antes mencionadas. No que compete ao tipo específico de droga envolvido com a transmissão do HIV, apesar de relatos etnográficos mencionarem o crack como a droga emergente em determinadas camadas populacionais - particularmente as comunidades pobres e moradores de rua em São Paulo (NAPPO, GALDUROZ e NOTO, 1996; FERRI e cols., 1997), o uso de drogas endovenosas era claramente o que mais se associava à transmissão do HIV. Segundo KALICHMAN (1993), o uso de drogas injetáveis era pouco estudado, e o seu impacto na epidemia de AIDS parecia ser a fonte mais consistente de informação sobre sua existência no Brasil. LIMA e cols. (1994) relatavam na época uma taxa de soroprevalência de 34% em 123 indivíduos usuários de cocaína injetável. Os comportamentos de risco associados a esta alta taxa de positividade foram identificados pelos autores na época como sendo:

- a) mais do que 5 anos de injeção de drogas
- b) ter mantido contato homossexual masculino nos últimos 5 anos;
- c) não ter tomado condutas deliberadamente protetoras sobre AIDS.

TELLES e cols. (1997), ao analisarem um pool de 727 casos de 3 estudos transversais combinados encontraram uma taxa geral de soropositividade entre UDIs na faixa de 25%. Segundo os autores, apesar de haver uma diminuição da taxa de exposição a risco no que compete ao uso compartilhado de droga injetável, não houve tendência à diminuição no que compete a sexo mais seguro por parte dos indivíduos estudados, indicando ser o comportamento sexual mais difícil de ser modificado do que os comportamentos relativos ao uso de drogas injetáveis. De CARVALHO e cols. (1996) estimavam que o número de UDIs no país era de aproximadamente 2% do total da população brasileira.

A Tabela 3 ilustra, com dados de alguns estudos selecionados, as altas taxas de soroprevalência encontradas principalmente entre UDIs e homossexuais masculinos no Brasil, a partir de 1990.

**Tabela 3. Taxas de soropositividade de estudos epidemiológicos brasileiros selecionados a partir de 1990**

Autor e ano	Amostra	Cidade	HIV +
Peixinho e cols., 1990	224 UDIs	Campinas	49%
Peixinho e cols., 1990	188 UDIs	São Paulo e Rio	16%
Souza-Dias e cols., 1990	261 homens homossexuais	Campinas	24%
Buuren, Nango e Longo, 1991	336 homens homossexuais	Rio de Janeiro	63%
Ivo dos Santos e cols., 1991	82 homens homossexuais	Salvador	40%
Lima, Bastos e Friedman, 1991	97 UDIs	Rio de Janeiro	33%
Ramos e cols., 1991	1161 indivíduos que buscavam testagem HIV	Porto Alegre	9%
WHO Collaborative Group, 1993	85 UDIs (50% recrutados nas ruas)	Santos	60%
Lima e cols., 1994	123 UDIs em tratamento e nas ruas	Rio de Janeiro	34%
De Carvalho e cols., 1996	220 UDIs	Santos	62%
Telles e cols., 1997	479 + 138 + 110 UDIs	Rio de Janeiro	25%
Stützmoller e cols., 1997	318 homens homo e bissexuais	Rio de Janeiro	46%

Modificada e acrescentada a partir de Guimarães e Castilho, 1993

Outro elemento importante adquirido recentemente na história do desenvolvimento da epidemia de AIDS no país é a percepção de que sua forma de dispersão, mais do que levar



em conta os chamados *grupos de risco*, segue um padrão que se pode caracterizar mais como um fenômeno de difusão geopolítico do que exclusivamente comportamental. Segundo BARCELLOS e BASTOS (1996),

*"O conceito de grupos de risco, relevante ao longo do período inicial da epidemia pelo HIV/AIDS e ainda presente de forma mais ou menos explícita em boa parte das pesquisas atuais, não permite reconhecer que os segmentos de maior risco são, de fato, regiões de interação específica mais intensa e seletiva das redes sociais mais gerais, e não categorias estanques e encerradas em si próprias" (p.11).*

Os mesmos autores, ao descreverem a tendência da epidemia de AIDS no Brasil, demonstram o caráter geográfico e sócio-econômico associado à disseminação da doença, salientando haver na verdade uma seqüência de micro-epidemias concentradas em regiões de atividades socioeconômicas distintas, com marcantes diferenças sociais, intensificadas por uma extensa dimensão geográfica e diversidades regionais bem identificadas. Ao analisarem as tendências da epidemia, os autores citavam como fenômenos identificados os seguintes elementos:

- Um aumento da participação feminina nos novos casos de AIDS;
- Um aumento da relevância da transmissão heterossexual;
- Um aumento da participação do segmento dos UDIs entre aqueles mais atingidos pela doença;
- A proletarização ou pauperização da epidemia;

- A disseminação da epidemia por todo o território nacional
- Uma tendência à interiorização ("ruralização") da epidemia (BASTOS e cols., 1995)

Os autores conseguiram, através de análises estatísticas associadas à distribuição geopolítica do país, identificar três classes de centros urbanos no que compete à evolução da epidemia (BARCELLOS e BASTOS, 1996):

- Centros difusores principais, com aumento permanente do número de casos registrados na última década;
- Pólos regionais secundários, onde há uma flutuação na tendência de crescimento da epidemia e no acréscimo de casos acumulados na última década;
- Subcentros secundários, onde não há padrão demonstrável de crescimento da epidemia, ou onde a epidemia é recente e os casos são muito esporádicos.

Os achados relativos a esta distribuição epidemiológico-geográfica podem ser ilustrados através da Figura 2. Segundo os autores, os centros difusores da epidemia coincidem com as metrópoles nacionais e capitais dos estados brasileiros, principalmente ao longo do litoral. As grandes metrópoles do país, como por exemplo São Paulo,

*"(...) desempenham um papel primordial como centro convergente e difusor, seja do ponto de vista da evolução da AIDS, seja através da liderança econômica regional(...)" (p.16).*

BARCELLOS e BASTOS propõem que a AIDS se difunde em ondas, percorrendo primeiro as metrópoles e depois dirigindo-se a centros urbanos de menor nível hierárquico. Segundo os autores, esta primeira fase já se definiu claramente no país. Uma segunda fase, de

propagação através de redes metropolitanas secundárias, pode ser evidenciada na região circunvizinha a São Paulo (pólos difusores secundários), onde novos casos estão agora sendo identificados. A importância do trabalho destes autores é a possibilidade de diferenciar subtipos geográficos de difusão da epidemia. Tome-se como exemplo a distribuição distinta da AIDS entre os UDIs e os indivíduos que apresentam maior risco por contato sexual (sexo sem proteção em homossexuais ou bissexuais). A disseminação de casos entre os UDIs se dá de forma distinta à disseminação entre homossexuais e bissexuais masculinos, com uma aglomeração nas cidades de porte médio e grande como São Paulo e arredores e uma menor importância das regiões Nordeste e Sul no seu processo de propagação. Esta caracterização geográfica é diferente para a disseminação por via sexual da epidemia, o que poderia ser relacionado mais com processos de ordem política e principalmente geoeconômica - pobreza e condições de saúde, por exemplo -, que parecem interferir mais no uso de drogas - em particular as injetáveis - do que na escolha pessoal sobre forma de contato sexual (p.19). De forma mais ilustrativa ainda, BARCELLOS e BASTOS demonstram que ao cruzarem todas as fontes de informação disponíveis verificaram que há uma superposição geográfica entre os municípios com maior prevalência de casos de AIDS entre UDIs e as supostas rotas principais de tráfico de cocaína no Brasil (p.20), confirmando a importância das variáveis socioeconômicas na percepção da dispersão geográfica da epidemia de AIDS no Brasil.

Do ponto de vista específico da região Sul, houve um aumento significativo no coeficiente de incidência por 100.000 habitantes desde o início da documentação da epidemia. De 1983 até 1987 foram notificados 113 casos de AIDS, com um coeficiente de incidência menor do que 1/100.000 habitantes. Entretanto, foram notificados 7.015 casos nos 10 anos seguintes, causando um aumento no coeficiente de incidência de 1,5/100.000 em 1988 para 15,7/100.000 em 1997. A distribuição por gênero sempre foi maior entre os



homens, mas a razão homem/ mulher caiu significativamente nos últimos 10 anos (de 19/1 para 2/1). BARCELLOS (1998), ao fazer uma avaliação epidemiológica dos casos notificados no Rio Grande do Sul até março de 1998, destaca a mudança no perfil da epidemia, com um acréscimo nos casos incidentes de AIDS entre UDIs e mulheres com situação marital estável - uma fração significativa com parceiros de risco. Segundo a autora, o fato de haver um acréscimo de casos entre UDIs e mulheres parceiras de UDIs explica o aumento do número de casos notificados de AIDS entre recém-nascidos em 1997 (5,6% para os recém-nascidos masculinos, e 14,2% para os recém-nascidos femininos), já que as relações estáveis entre parceiros potencialmente contamináveis favorecem a transmissão vertical do vírus. Salaria ainda que os UDIs são uma via dupla de contaminação, por estabelecerem relações sexuais com mulheres potencialmente contamináveis, além de transmitir o vírus através do uso compartilhado de drogas. Os UDIs masculinos têm sido responsáveis por aproximadamente 27% do total de casos de AIDS no Estado ao longo dos últimos quatro anos.

#### 4.2. A situação de Porto Alegre

Com uma população de 1.288.879 habitantes em 01.01.96 (IBGE, 1998), Porto Alegre está entre as 10 maiores cidades do país. Como capital do estado do Rio Grande do Sul, encontra-se rodeada por cidades-satélite que servem de moradia para trabalhadores da indústria e da construção civil, e apresenta as características de desigualdade típicas de uma metrópole em expansão. A população de Porto Alegre e das comunidades circunvizinhas pode totalizar até 3 milhões de pessoas. AERTS (1996) descreve a cidade como uma metrópole em mutação, com grande concentração de renda em pequenos setores,

*"(...) revelando-se na forma de segregação urbana, onde ocorre a marginalização de extensos segmentos da sociedade, com sua exclusão dos benefícios sociais e expulsão para a periferia da cidade." (p.5)*

Aerts descreve dados importantes sobre as características da cidade de Porto Alegre. Segundo a autora, citando dados da Secretaria Municipal do Planejamento, 18% dos habitantes da cidade residem em áreas irregulares, num total de 318 "núcleos de sub-habitação", como uma população estimada pela autora em 240.000 habitantes em 1996 (AERTS, 1996, p. 7). Segundo a caracterização estrita do IBGE, o número de favelados em Porto Alegre no censo de 1991 era de aproximadamente 140.000 habitantes, ou 11% da população do município, com taxas de crescimento populacional oito vezes maiores do que a média total da cidade - o que tende a agravar o problema de sub-habitação e pobreza destas populações desfavorecidas. Aerts cita ROCHA (1994) ao afirmar que em 10 anos (1980 a 1991) houve um aumento significativo na taxa de pobreza da população, passando a representar 20% do total de habitantes da cidade. Além da expulsão progressiva desta população para as áreas de sub-habitação metropolitana, há um paralelo decréscimo de seu

acesso a serviços - seja no que compete à infra-estrutura básica, seja em relação a serviços médicos. Mesmo com as mudanças recentes causadas pela atual política de administração pública da cidade, ainda os fenômenos de marginalização são significativos para uma extensa camada da população, podendo implicar na expansão direta de epidemias que afetam parcelas significativas da população, dentre elas a AIDS, conforme salienta Aerts ao dizer que

*"(...) o perfil de saúde ou de doença é, em grande parte, mediado pelas condições de vida e de trabalho a que seus grupos populacionais estão submetidos..."* (p. 12).

É portanto fácil de perceber o quanto estas características podem afetar o surgimento ou alastramento de uma epidemia em um grande centro urbano. Neste sentido, Porto Alegre não é diferente dos outros centros populacionais para onde convergem grandes massas de indivíduos em busca de condições idealizadas de vida, chocando-se frontalmente com uma alta taxa de desemprego, forte seleção social, e dificuldade de acesso a serviços médicos e de prestação de serviços à população. É certo que este fenômeno não é o que exclusivamente favorece o aparecimento ou alastramento de uma epidemia, mas é provável que, junto com outras variáveis, o desfavorecimento de uma camada populacional possa influir na dificuldade de contenção da disseminação da AIDS, uma vez que o esclarecimento da população, a melhora das condições de vida e do direito à cidadania são dificultados nesta camada social. As dificuldades mencionadas por Defoe ao tentar abarcar todas as necessidades de saúde de um mesmo grupo populacional em constante movimento podem ser ilustradas por uma visão de alguns de nossos contrastes urbanos. Um dos muitos exemplos deste contraste é a imensa distância socioeconômica existente entre uma favela imediatamente próxima a um grande centro comercial: na mesma região geográfica habitam dois povos com características, crenças, visão de mundo e expectativa de vida completamente



diferentes. É fácil perceber que do ponto de vista epidemiológico a transmissão do HIV se fará de forma distinta nestes dois grupos populacionais - o que não significa necessariamente que ela se dará de forma mais rápida na população menos favorecida.

Desde a década de 90, Porto Alegre, assim como outras grandes cidades do país, tem testemunhado taxas crescentes de uso de maconha, cocaína e álcool (BUCHER e TOTUGUI, 1988; CAPRIGLIONI, MONTEIRO e MASUR, 1985; CARLINI e cols., 1987/1989; CARLINI, B e cols., 1986; GALDUROZ e cols., 1994; MUZA E COLS., 1997), com um razoável número de publicações locais documentando estas altas taxas de prevalência, predominantemente em estudos transversais (AZEVEDO e cols., 1991; CATALDO NETO, 1987; PECHANSKY e SOIBELMAN, 1992; SOIBELMAN e PECHANSKY, 1993; WORTMANN e cols., 1993/1994). Não é surpreendente, portanto, que o aumento do consumo de substâncias possa ser uma das condições essenciais para a disseminação da infecção pelo HIV (LIBONATTI e cols., 1993); porém, até o momento, pouco tem sido documentado em Porto Alegre em relação a esforços comunitários de prevenção à AIDS.

Por volta de 1991 Porto Alegre tinha a quarta maior concentração de casos comunicados de AIDS no Brasil e a transmissão homossexual era responsável pela maioria dos casos, havendo uma modificação significativa neste quadro nos anos seguintes. É possível citar, por exemplo, o estudo de SANTOS e cols. (1994), que descreviam através de um estudo longitudinal de 405 pacientes entre 1985 e 1991 a modificação do perfil de clientes que buscavam atendimento relativo à disseminação do HIV. Havia um claro aumento do número de mulheres infectadas pelo vírus, assim como uma percepção de que a transmissão por via heterossexual era progressivamente mais responsável pelo total de casos, junto com o

consumo e drogas. De todos os pacientes atendidos, a taxa geral de soroprevalência era de 36%.

Porto Alegre tem sido responsável por aproximadamente 50% do total de casos notificados de AIDS nos últimos quatro anos, e se acrescentarmos a esta proporção os casos de outros municípios da área metropolitana, a proporção de casos pode chegar a 70% (BARCELLOS, 1998). Não há motivos para considerar que em nossa cidade as proporções das categorias de infecção sejam diferentes das dos outros municípios do Estado, apesar desta questão ainda não ter sido estudada a fundo.

## **5. Bases etiológicas e modelo teórico**

Existem inúmeros modelos teóricos para explicar as bases etiológicas do uso de substâncias e exposição a risco, sejam eles biológicos, comportamentais, sociais ou psicológicos. O modelo que dá sustentação teórica a este estudo está embasado em três pilares complementares - a fusão de teorias que buscam explicar o uso de substâncias psicoativas, um modelo original sobre a exposição ao risco para contaminação pelo HIV, proposto pelo autor, e a influência de alguns elementos da cultura como substrato para o desenvolvimento destes dois elementos.



### 5.1. *Uso e abuso de substâncias psicoativas*

Segundo MANDELL (1992)<sup>8</sup>, a grande matriz que ilustra o uso de uma substância psicoativa está composta por diversos componentes sociais, familiares, da atividade produtiva e também ao nível individual do sujeito uma expressão que o autor descreve como sua "vulnerabilidade psicológica" (Figura 3). As interrelações entre estes diversos fatores, segundo Mandell, condicionam ao *uso* de uma Substância Psicoativa (SPA). O uso e a subsequente experimentação repetida da substância sofrem o efeito direto de algumas destas variáveis, de forma a propiciar ou favorecer a dependência ou o uso abusivo.

Existem várias teorias que podem dar suporte aos exemplos mencionados a partir da Figura 3, desde as de cunho puramente psicológico, como a Hipótese de Auto-medicação de KHANTZIAN (MURPHY e KHANTZIAN, 1995), até as que consideram o uso de uma substância como um comportamento meramente aprendido (SANCHEZ-CRAIG e LEI, 1986; SANCHEZ-CRAIG, 1990; STOCKWELL, 1985). As que servem de substrato a este estudo são principalmente as teorias de comportamento e aprendizado social, particularmente a Teoria de Aprendizado Social de BANDURA, (1977a; 1997b), e os estudos de JESSOR e JESSOR (1977) sobre desenvolvimento psicossocial, citados por BROOK e BROOK (1986) e sobre os estágios de desenvolvimento da adolescência de KANDEL (1975). Alguns exemplos que levam em questão as variáveis descritas por Mandell são listados no texto, junto com as principais vertentes teóricas de cada exemplo. Inicialmente, entretanto, é importante descrever sucintamente o conceito de modelagem através de aprendizado social proposto por Bandura.

---

<sup>8</sup> Mandell, W., 1992. Modelo de utilização de substâncias psicoativas. Seminário apresentado ao Departamento de Higiene Mental da Johns Hopkins School of Public Health

### 5.1.1. O Conceito de modelagem de Bandura

Segundo Bandura, existe uma necessidade premente de explicação das forças que levam o indivíduo a adotar determinado comportamento, uma vez que um substrato teórico apropriado pode auxiliar fortemente na compreensão dos comportamentos desviantes, mas principalmente, é útil no que diz respeito ao desenvolvimento dos comportamentos normais. O acréscimo teórico que este autor faz às teorias previamente vigentes sobre comportamento é o de que

*"(...) os padrões de resposta [ de um indivíduo ] que são geralmente atribuídos a causas internas podem ser induzidos, eliminados e reinstalados por uma série de influências externas. (...)" (BANDURA, 1977. p. 5)*

Bandura não considera, entretanto, que os fatores extrapsíquicos sejam os únicos que exercem força sobre determinantes de comportamento de um indivíduo. Segundo ele, as diferentes forças que influenciam a equação Comportamento/Indivíduo/Ambiente se modificam em diferentes situações e para diferentes comportamentos. Existem momentos em que os fatores ambientais exercem limitações importantes no comportamento de um indivíduo - como por exemplo no cerceamento da liberdade -, e existem circunstâncias em que os fatores pessoais são os reguladores principais do curso dos eventos ambientais. Desta forma, sua teoria em relação ao efeito do ambiente como uma das forças que regem os comportamentos do indivíduo é uma abordagem nova ao behaviorismo clássico ou "extremo", como cita o autor.

De toda a gama de elementos provenientes de sua Teoria do Aprendizado Social, talvez o conceito de *Modelagem* seja o mais útil para exemplificar comportamentos relacionados à experimentação e ao uso de uma substância psicoativa. Bandura cita que praticamente todo o processo de aprendizado ocorre em uma forma indireta, por observar o comportamento de outro indivíduo e as suas conseqüências. Salienta que a possibilidade de observar o comportamento de terceiros e de seu impacto abrevia os processos de aquisição do aprendizado, sendo fundamental para o desenvolvimento e a sobrevivência. É por isto que é possível aprender sobre normas de segurança no tráfego sem ter que se submeter a um acidente de carro, ou poder perceber que pular de uma ponte tem risco para a vida sem ter que efetivamente realizar o ato em si. No que compete à modelagem propriamente dita, Bandura comenta que

*"(...) é difícil imaginar a transmissão social de processos nos quais a linguagem, estilos de vida e práticas institucionais são ensinados a cada novo membro [de uma comunidade] por reforço seletivo de comportamentos casuais sem o benefício de modelos que exemplifiquem os padrões culturais". (BANDURA, p. 12).*

Quanto mais complexos os comportamentos, mais necessária é a modelagem. Tome-se a linguagem como exemplo. Seria impossível imaginar que em uma sociedade desenvolvida uma criança iria aprender a falar e a desenvolver estruturas mentais que lhe possibilitam formar frases através de simbolização apenas a partir da experiência individual com sons produzidos por vocalização randômica e posterior reforço seletivo de seus acertos. É natural que ela desenvolva seu aprendizado por um misto de experiência natural (vocalização randômica) e moldagem externa (como por exemplo as correções feitas pelos



pais ao repetirem as palavras certas e desprezarem as erradas, falando-as novamente para que a criança as ouça).

No que compete a comportamentos, o processo de modelagem não é diferente. Segundo Bandura, o aprendizado seria extremamente cansativo se as pessoas tivessem que se basear apenas no efeito de suas próprias ações para informar-se sobre o que fazer ou que atitudes tomar a seguir. A maior parte do comportamento humano é aprendida de forma observacional através da modelagem: por observar aos outros o indivíduo forma uma idéia de como os novos comportamentos são atuados, e em ocasiões posteriores esta informação codificada serve como um guia de suas ações.

Vejamos então qual a relação entre o conceito de modelagem de Bandura com os elementos presentes no uso de uma droga. Dos quatro processos principais envolvidos no aprendizado observacional (Atenção, Retenção, Reprodução Motora e Motivação), dois deles parecem estar mais diretamente associados ao tema deste estudo: a atenção e a retenção.

Dentre os diversos elementos presentes nos processos relativos à atenção, Bandura destaca a associação sistemática com grupos específicos - seja por preferência ou por imposição - como um dos delimitadores do tipo de comportamento que será repetidamente observado e posteriormente aprendido. Cita como exemplo o fato de que é mais fácil aprender comportamentos agressivos dentro de uma gangue do que dentro de grupos pacifistas. Do ponto de vista terapêutico este conceito já é bastante estabelecido. O poder dos processos grupais em modelar comportamentos está já bem documentado nas narrativas referentes ao tratamento em comunidades terapêuticas, seja para dependência química ou não (MELLO e cols., 1996). No que compete às características individuais do modelo, Bandura cita que dentro de todo grupo social haverá indivíduos com maior tendência a captar a

atenção - e potencialmente influenciar a repetição de seus comportamentos - do que outros. E esta tendência a captar a atenção pode ser em parte determinada pela percepção do valor funcional do comportamento (as "vantagens" em desempenhar determinada conduta). É por esta única razão que todo um vasto processo de educação para a saúde é baseado na utilização de "role models", ou seja, de indivíduos que desempenham um papel de alto valor e recompensa social (artistas, atores, esportistas). O problema é que as circunstâncias de aprendizado e modelagem são fortemente influenciadas por elementos externos, como é a base de toda a teoria. Em determinados meios sociais, como por exemplo uma favela, a carreira de esportista ou ator de televisão é vista como um sonho potencialmente mais distante do que o de ser um traficante de drogas que possui algum grau de status na comunidade. Este interjogo de forças entre os modelos sociais percebidos irá desembocar em uma equação com variáveis opostas, que ajuda a explicar a dificuldade de tomadas de decisão, conforme o Modelo de Crenças para a Saúde, que será descrito mais adiante.

O processo de modelagem se dá ao longo de toda a vida do indivíduo. Mas é razoável supor que ele se expresse de forma mais intensa durante as fases iniciais de desenvolvimento, diminuindo de intensidade ao longo da vida. Portanto, é importante compreender como se desenvolvem alguns dos elementos potencialmente influentes no processo de aquisição de comportamentos, em particular na idade onde mais há a experimentação de drogas, que é a adolescência.

### *5.1.2. Tarefas de desenvolvimento da adolescência e comportamento potencialmente desviante*

Segundo BUKSTEIN (1995), com o desenvolvimento normal do adolescente que está saindo da puberdade, uma série de modificações - particularmente nas características físicas e nos caracteres sexuais secundários - permite ao adolescente o acesso às modificações em suas relações sociais, em particular os pares de sexo oposto e os interesses e atividades heterossexuais. As modificações sociais, acompanhadas de grande expectativa e ansiedade, caracterizam esta fase peculiar de desenvolvimento, na qual uma imensa gama de comportamentos e atitudes é experimentada pelo indivíduo. Segundo o mesmo autor, alguns dos comportamentos oriundos do desenvolvimento típico desta fase e das tarefas "esperadas" de um adolescente normal podem promover o uso de substâncias. Bukstein denomina estas atividades de *Tarefas de desenvolvimento da adolescência*. São elas:

- O estabelecimento de independência e a uma identidade separada dos pais;
- A experimentação de atitudes, estilos de vida, e comportamentos alternativos;
- Um aumento nas atitudes e comportamentos voltadas para seus pares;
- Um desejo por status adulto e por comportamentos percebidos como adultos.

(BUKSTEIN, 1995, p. 55).

Adolescentes com frequência estão modelando o que eles *percebem* ser um comportamento adulto. Segundo BUKSTEIN (1995),

*"(...) o uso de uma substância é um dos muitos comportamentos "adultos" que são adotados pelos jovens. Mais freqüentemente, o uso de*



*substâncias é uma expressão [percebida] de independência e de autonomia". (p.55)*

Nesta tentativa de usufruir das sensações de maturidade, o adolescente se utiliza de uma escala crescente de experimentações com substâncias, começando pelas que são de uso legal pelos adultos - álcool e cigarros (KANDEL, 1975). À medida em que se dá a experimentação de outras substâncias de uso não legal (maconha, por exemplo) ou o abuso de substâncias legais (uma intoxicação alcoólica), há um reforço tanto para o lado do comportamento normal (evitação de uso abusivo) como, para alguns indivíduos, o comportamento desviante da norma social (abuso/dependência de drogas). Este comportamento tido como desviante é pareado - não se sabe se de forma causal ou como um efeito posterior - com um maior envolvimento com um "grupo de desiguais", ou seja, um grupo de pares para os quais a utilização abusiva de drogas faz sentido dentro de um determinado contexto desviante. Conforme MARGULIES, KESSLER e KANDEL (1977) bem identificaram, existem fatores de risco nos pares que estão associados ao uso de substâncias por um indivíduo, dentre elas:

- o próprio uso de substâncias pelos pares;
- as atitudes sobre uso de substâncias no grupo;
- um grande apego entre os membros do grupo; e
- as percepções e atitudes a respeito do uso de drogas pelo grupo de iguais.

Vejamos alguns exemplos práticos baseados no modelo descrito anteriormente, e que podem ser acompanhados pelo diagrama proposto por Mandell (Figura. 3) (os elementos constantes no modelo aparecem sublinhados):

Em uma comunidade em que há condições propícias para o uso de substâncias, como por exemplo uma alta disponibilidade da droga e uma cultura de utilização da substância ou de culto de seu efeito psicoativo, gerando reforço positivo às primeiras experimentações, é possível que meninos jovens vejam nesta uma opção melhor de ascensão social do que através de estudo e trabalho. Mais ainda, o tipo e a potência da droga, associada à frequência de sua utilização e à sua disponibilidade, poderão condicionar a que o uso de uma SPA se transforme em dependência.

A hipótese da auto-medicação de Khantzian (KHANTZIAN, MACK e SCHATZBERG, 1974) está intrinsecamente ligada aos conceitos de vulnerabilidade psicológica e às tentativas de aliviar a tensão causada por circunstâncias cotidianas - como por exemplo o stress acadêmico ou stress profissional. Segundo este autor,

*"O abuso e dependência de drogas estão intimamente ligados às tentativas do indivíduo de lidar/manejar<sup>9</sup> com seus ambientes interno e externo".*

O uso de drogas deve então, segundo este conceito, ser compreendido através do exame de como a organização de ego e o senso de self<sup>10</sup> triunfam ou falham nas tentativas individuais de manejar com o seu mundo, e como os efeitos específicos de cada substância (potência da droga, frequência de uso, tipo de droga) facilitam ou impedem tais tentativas. Um bom exemplo deste fenômeno pode ser visto em famílias com história de uso de drogas em seus componentes. Em famílias onde há uso abusivo de álcool ou drogas nas diferentes gerações, o ensinamento da utilização da droga e do aproveitamento de seu efeito tenderia a

---

<sup>9</sup> cope, no original

<sup>10</sup>self: a pessoa total do indivíduo na realidade, incluindo seu corpo e sua organização psíquica; a "própria pessoa" do indivíduo, em contraste com "outras pessoas" e objetos fora do self do indivíduo (MOORE e FINE, 1968)

se dar de forma mais intensa, particularmente nas circunstâncias onde há abuso físico e sexual, ou seja, em famílias disfuncionais. Dentro deste modelo etiológico, indivíduos mais vulneráveis estariam mais propensos a experimentar os efeitos de uma substância psicoativa tendendo a desenvolver dependência como uma forma de lidar com o stress excessivo. Acrescentando-se a este conceito dinâmico o conceito de aprendizado social por modelagem baseado na teoria de Bandura, hipotetiza-se que o ensinamento sobre a utilização dos efeitos psicoativos de uma substância para buscar alívio social em famílias disfuncionais encontra um caldo de cultura fértil em um grupo de iguais<sup>11</sup> com comportamento desviante da norma social vigente - o grupo de amigos, não parentes da família, que usa drogas também.

---

<sup>11</sup> peer group



## 5.2. *Exposição a risco para transmissão do HIV*

*Risco* pode ser definido como um perigo ou possibilidade de perigo, ou mesmo como possibilidade de perda ou responsabilidade por algum tipo de dano (De HOLANDA FERREIRA, 1986). MAUSNER e KRAMER (1985) citam que fatores cuja presença esteja associada a um aumento de probabilidade de ocorrência de uma doença são chamados *fatores de risco*. Por outro lado, fatores cuja presença esteja associada a uma diminuição da probabilidade de ocorrência de uma doença são chamados de *fatores de proteção*. Alguns fatores de risco são imutáveis (gênero, idade, raça, história familiar), enquanto que outros podem sofrer considerável modificação, tais como o uso de alimentos potencialmente cancerígenos, cuidados de higiene, habilidade de condução de veículos, etc. Os modelos teóricos aqui descritos levam em consideração a existência de fatores de risco identificáveis para os desfechos em questão - uso de drogas e transmissão do HIV, e suas diferentes formas de associação.

### 5.2.1. O Modelo de Crenças em Saúde

Dos diversos modelos utilizados na área específica dos comportamentos direcionados à saúde, um dos que têm especial ênfase nas questões relativas à AIDS é o *Modelo de Crenças em Saúde*<sup>12</sup>, e que pode auxiliar na compreensão da exposição ao risco para contaminação pelo HIV em usuários de drogas. Este modelo postula que um comportamento de saúde de um indivíduo, em relação a uma ameaça à sua saúde, é dependente de quatro variáveis (ROSENSTOCK, 1974), e que as decisões quanto a condutas de risco são mediadas pelo balanço ou desbalanço destas variáveis. São elas:

- a susceptibilidade à ameaça para a saúde que é percebida pelo indivíduo;
- a severidade (ou intensidade) da ameaça para a saúde;
- os benefícios percebidos nas opções de auxílio, operando no contexto das crenças sobre a disponibilidade e eficiência destas opções; e
- as barreiras percebidas na adoção de ações que reduzam a ameaça para a saúde.

Segundo JOHNSTON (1991), o Modelo de Crenças em Saúde cumpre a finalidade de explicar e eventualmente prever o comportamento de um indivíduo no campo da prevenção de doenças, utilização de cuidados de saúde, atrasos ou dificuldades na busca de auxílio médico, e aquiescência quanto a prescrições e condutas médicas. No entanto, segundo JANZ e BECKER (1984) e MONTGOMERY e cols., (1989) o modelo é útil para explicar condutas, mas não para prevê-las. O motivo básico seria o de que o modelo de crenças para a saúde foi desenvolvido para *entender* a busca de mecanismos de prevenção de doença, diferentemente do conceito aqui em discussão - o de utilização de drogas ilícitas - que implica

---

<sup>12</sup>Health Belief Model

em *desistir* ou mesmo *abster-se* de determinada conduta. Mesmo assim, os teóricos do modelo ao tentarem adaptá-lo para prevenção de circunstâncias de risco em projetos de pesquisa ou de intervenção que possuem objetivos educacionais, incluem os seguintes elementos:

1) reconhecer aqueles comportamentos que fazem os indivíduos susceptíveis a contrair o HIV;

2) reconhecer a severidade da AIDS;

3) reconhecer os benefícios e eficácia da resposta quanto a comportamentos específicos para redução do risco de contaminação pelo HIV, e as barreiras que podem bloquear a adoção destes comportamentos; e

4) que aqueles que se encontram nos grupos-alvo têm a capacidade de utilizar métodos de redução do risco.

Nos Estados Unidos, este modelo tem se mostrado eficaz na modificação dos comportamentos sexuais e compartilhamento de agulhas e equipamento de injeção (SIEGAL e cols., 1991; CHITWOOD e cols., 1990; GIELEN e cols., 1994).

Uma forma de compreender a implicação prática do modelo descrito é um exemplo clínico. Imagine-se um indivíduo fumante. Do ponto de vista cognitivo, considerando-se um sujeito com algum grau de escolaridade, é provável que ele já tenha conhecimento sobre comportamentos que o fazem suscetível a contrair câncer de pulmão através do fumo (elemento 1). Também é possível que, através do contato com a mídia, ou mesmo alguém próximo, o sujeito em questão já reconheça a severidade ou letalidade de um carcinoma



brônquico causado pelo uso excessivo de tabaco (elemento 2). Entretanto, para que este indivíduo modifique seu comportamento estereotipado, aditivo e habitual, é necessário que lhe sejam colocados os benefícios inerentes à modificação do comportamento em questão - parar de fumar. Mais ainda, é fundamental que o sujeito tenha uma percepção correta de que, ao reconhecer-se em um grupo-alvo (elemento 4), e contornando as barreiras decorrentes da mudança de atitude (elemento 3), como por exemplo os amigos fumantes ou mesmo os sintomas de abstinência, o resultado de sucesso será mais vantajoso do que a manutenção do hábito. Somente assim ele se permitirá modificar um comportamento negativo à sua saúde.

### *5.2.2. Modelo de exposição a situações de risco proposto pelo autor*

Um outro modelo explanatório sobre exposição a risco para HIV e busca de auxílio para usuários de drogas é o que é proposto pelo autor neste estudo (vide Figura 4). Este modelo, já apresentado recentemente sob uma forma preliminar (PECHANSKY e SOIBELMAN, 1997) parte do modelo de Mandell, considerando-se o indivíduo já como um usuário freqüente ou abusivo de drogas (um usuário "experimentado"), a partir dos fatores de risco para uso de drogas previamente descritos. Como um efeito específico do uso sistemático de SPA, o indivíduo tende a diminuir sua visão crítica referente a riscos - tanto os riscos específicos associados ao consumo sistemático de uma substância psicoativa, como os riscos de saúde em geral. As preocupações básicas com higiene, respeito à sua própria constituição física e mental, relações sociais, cidadania, valores morais e hierarquia social sofrem um impacto significativo nos usuários de drogas, numa relação direta com a forma de uso e a potência da substância. Desta forma, eles são mais intensos em usuários de drogas injetáveis e crack, como já foi visto em outra seção desta tese. Esta diminuição geral da crítica, que sofre grande interferência da mídia, da cultura e das crenças populares, e da própria "contra-informação" e "contra-cultura" produzidas pelo usuário de drogas (BUSNELLO, 1972), produz uma baixa percepção de risco por parte do indivíduo, tanto no âmbito físico, como moral e social. Esta baixa percepção de risco favorece ao usuário de drogas a participação em condutas ou situações de risco, tais como o compartilhamento de seringas entre usuários injetáveis, as trocas envolvendo sexo/drogas/dinheiro, e as relações sexuais sem a devida proteção. Estas condutas tendem a sistematicamente aumentar o risco de contaminação e transmissão do HIV de indivíduo para indivíduo, particularmente dentro de sua rede social (LATKIN e cols., 1995). É possível que um grande número de variáveis individuais, mas que ajam em conjunto anulando-se ou potencializando seu efeito, tais como

grau de escolaridade, gênero, idade, e muitas outras, direcionem a um maior número de condutas e/ou situações de risco. A combinação destas variáveis no modelo proposto pelo autor será testada na análise dos resultados desta tese.

Eventualmente, no meio deste turbilhão de circunstâncias potencialmente favoráveis à disseminação do HIV entre usuários de drogas, o indivíduo se aperceberá de um potencial grau de dano a que ele já se esteja expondo, ou que venha a se expor no futuro. Esta percepção tanto pode ser desencadeada por um evento específico (uma overdose de cocaína ou um acidente sob efeito de uma SPA), como por uma série de eventos que, em conjunto, modificam a atitude de um indivíduo em direção à mudança, como bem descrito por PROCHASKA e DICLEMENTE em seu Modelo de Estágios de Mudança (1986). A partir desta percepção de um dano potencial, causada por um desequilíbrio em seu *status quo*, o indivíduo está apto a buscar auxílio (se, de acordo com o modelo de crenças para a saúde, os benefícios a serem atingidos com a mudança para a saúde forem percebidos como predominando sobre as barreiras percebidas nesta trajetória). O estudo descrito nesta tese parte exatamente deste ponto: o momento em que o indivíduo sai da malha social e individualiza-se como percebendo um risco para sua saúde e integridade, e desejando efetuar algum tipo de mudança em seu equilíbrio prévio. É aqui, vale a pena ressaltar, que o profissional de saúde pode também ser importante, se consegue se utilizar do conhecimento produzido pela análise das variáveis potenciais de risco para soropositividade.

O risco a que o indivíduo está se expondo pode potencialmente ser quantificado, tanto através de elementos de entrevista diagnóstica como a partir de instrumentos padronizados de aferição. Desta forma, seria possível caracterizar esforços preventivos focais ajustados às circunstâncias específicas daquele indivíduo em seu meio e naquele momento



histórico, ao invés de uma solução "média", mas que poderia não ter utilização específica por parte do cliente que busca o serviço de saúde. Daí a importância de aferir a magnitude - real ou percebida - do risco para o indivíduo, através de algum elemento padronizado. Como já foi descrito anteriormente, está provado que é possível modificar comportamentos entre usuários de drogas, o que justificaria todo o esforço em conhecer comportamentos potencialmente mutáveis nestes grupamentos de indivíduos tão suscetíveis a risco.

Um outro elemento que compõe o modelo proposto pelo autor - e que não será foco de análise direta nesta tese - é o da interferência da informação no uso de drogas, na diminuição ou aumento da crítica e na percepção de risco. Os achados de estudos recentes nos levam a considerar que este é outro dos elementos importante da epidemia de uso de drogas e da disseminação da AIDS no Brasil. Partamos do princípio de que apenas saber sobre a transmissão do HIV não é suficiente para modificações substanciais nas condutas de um indivíduo. Uma vez que o reforço dos pares e da "contra-informação" leiga sobre os efeitos prazerosos de uso de substâncias e de determinadas condutas de risco - tais como sexo com múltiplos parceiros - é de grande efeito na manutenção destes comportamentos, é preciso que a informação tenha um peso suficiente para interferir na prática ou conduta vigente deste indivíduo, contrariando as forças que o mantêm exposto a uma circunstância de risco. BACHMAN, JOHNSTON e O'MALLEY (1991) reforçam este elemento ao descreverem que um maior conhecimento sobre o risco dos efeitos da maconha antecedeu historicamente à diminuição do uso desta droga em jovens americanos. Eles propõem a hipótese frontal de que quanto maior o perigo conhecido a respeito de uma droga, menor será a chance dela ser utilizada. Em um estudo longitudinal dos autores com 17.000 respondentes, foi possível perceber que, mantida a disponibilidade de acesso à substância (maconha), e aumentada a percepção sobre o risco e conseqüentemente as expressões sobre desaprovação

referente ao uso desta, utilizando-se a mídia como veículo, o uso da droga declinou sensivelmente e de forma estável em um período de nove anos.

SURRATT e cols. (1998) relatam um exemplo similar com comportamentos protetores para a infecção pelo HIV. Com o advento do preservativo feminino, aprovado pela Food and Drug Administration em 1993, criou-se uma nova circunstância para o desenvolvimento de atividades preventivas específicas para contatos heterossexuais. Por ser um produto novo a ser testado, e por apresentar características estéticas diferentes das do preservativo masculino (possui um anel externo que fica aparente ao redor da vulva), além de ser introduzido na vagina de forma similar a um diafragma, o preservativo precisou ser "vendido" para as mulheres que inicialmente quisessem fazer uso deste método contraceptivo. Aos desconfortos iniciais, característicos de pouca prática com o preservativo, e à sensação de que o preservativo era esteticamente desagradável, foram acrescentadas informações relativas à maior segurança deste dispositivo, tais como uma resistência 40% maior do que a do preservativo masculino, menor perda da sensibilidade, e a continuidade da intimidade do casal mesmo depois da ejaculação, pois o preservativo não necessita ser removido imediatamente após o ato sexual. No final do estudo, Surrat e cols. comentam que as mulheres preferiram o preservativo feminino ao masculino, e salientam que, por ser um dispositivo novo e ainda pouco testado, esta reação das pacientes foi até surpreendente. Os autores sugerem que por terem tido acesso livre ao preservativo, tendo longamente discutido as opções existentes e as maneiras de contornar as barreiras percebidas, além de terem sido estimuladas a ter uma primeira experiência prazerosa com o preservativo, as pacientes decidiram por continuar a utilizar este método de proteção, contrapondo-se à cultura vigente em seu meio no que se refere à escolha de métodos contraceptivos.

Entretanto, as circunstâncias descritas acima são raramente tão favoráveis. Em geral, há uma cultura vigente no que compete a comportamentos e práticas associadas a prazer, e dificilmente é possível modificá-las. RAFAELLI e cols. (1995) ilustram esta dificuldade, ao descreverem um inquérito com 379 jovens de Belo Horizonte. Neste estudo, a maioria dos entrevistados tinha conhecimento apropriado sobre a transmissão do HIV, mas 47% apresentavam concepções incorretas sobre sua transmissão. Dos indivíduos que já tinham vida sexual ativa (65% do total da amostra) apenas 18% reportavam ter utilizado alguma vez um preservativo, enquanto que apenas 10% relatavam uso de preservativos na última relação sexual, havendo uma associação direta entre um maior grau de conhecimento sobre HIV e a chance de relatar modificações de hábito na direção de atitudes preventivas. Como é possível notar, apesar das campanhas maciças referentes ao uso de preservativos, isto não se cristalizou em mudanças de atitude, ao menos na amostra estudada pelos autores. No que compete ao conhecimento sobre AIDS e atitudes sobre sexo seguro, as circunstâncias não são muito diferentes. CHEQUER e cols. (1997) conduziram um inquérito telefônico com 500 adultos na faixa etária predominantemente de risco para HIV na cidade de Brasília. Os resultados mostraram que os respondentes demonstravam um bom domínio sobre as formas de transmissão conhecidas do vírus, mas também descreviam falsas crenças sobre contaminação, tais como a contaminação por picadas de mosquito e contato com o vírus através de sanitários públicos. Apesar de os indivíduos solteiros e mais jovens relatarem atitudes mais apropriadas e positivas quanto ao uso freqüente de preservativos, apenas 19% dos últimos encontros sexuais haviam sido com preservativos.

Como já é possível perceber, o modelo de exposição a risco aqui exposto é uma colagem de elementos teóricos já consagrados associados a algumas variáveis de importância local para a compreensão do fenômeno da transmissão do HIV em nosso meio. Neste estudo,



o objetivo do autor é o de divulgar esta proposta teórica, bem como iniciar uma linha de pesquisa que permita confirmá-la ou refutá-la à luz dos métodos disponíveis. Entretanto, para tal é importante delimitar-se quais as exatas dimensões e qual o alcance que um estudo desta natureza pode vir a ter.

## 6. Objetivos gerais

Os objetivos gerais desta tese são:

- Desenvolver e adaptar métodos de pesquisa para a população de usuários de droga brasileiros a partir da experiência com um instrumento padronizado utilizado no exterior;
- Realizar um estudo exploratório, com uma amostra de usuários de drogas de nosso meio, com o objetivo de fornecer subsídios para estudos posteriores
- Iniciar o processo de validação de um instrumento-padrão para coleta de dados sobre situações de risco em usuários de drogas de Porto Alegre

### 6.1. *Objetivos específicos do Estudo I:*

Para efeitos de visualização das limitações teóricas e práticas desta tese, a Figura 5 delimita onde estão concentrados os objetivos do Estudo I, a partir do modelo geral de exposição a risco proposto pelo autor.

a) Descrever as características da população de usuários de drogas que busca atendimento e/ou orientação em alguns postos-chave de atendimento gratuito de Porto Alegre, quanto a:

- uso de substâncias psicoativas;
- exposição ao vírus HIV;
- preocupação com relação à transmissão e contaminação do vírus;
- estado HIV.

b) Descrever as variáveis de interesse (gênero, faixa etária e escolaridade);

c) Analisar as variáveis consideradas de interesse clínico-epidemiológico no que compete à transmissão do HIV na amostra estudada (RELAÇÕES SEXUAIS SEM PROTEÇÃO, RELAÇÕES COM PARCEIRO DE RISCO (UDI OU PROFISSIONAL DE SEXO), USO DE DROGAS INJETÁVEIS, E USO DE DROGAS NÃO INJETÁVEIS EM GERAL), com a finalidade de futuramente propor subsídios para programas preventivos específicos para os diferentes estratos analisados.

## ***6.2. Objetivo específico do Estudo II:***

a) Avaliar a utilização de um instrumento de coleta de dados para situações de risco para a transmissão do HIV em usuários de droga em nosso meio, testando a utilidade de um Escore Geral de Risco para a transmissão do vírus HIV ou de sub-escores de risco (Escore de Risco para Uso de Drogas e Escore para Risco Sexual), desenvolvidos a partir do instrumento padrão utilizado.



**7. Estudo I - Estudo de situações de risco para a transmissão do vírus HIV  
em uma amostra de conveniência de usuários de drogas na  
cidade de Porto Alegre**

## *7.1. Método*

### *7.1.1. Delineamento*

Utilizou-se para esta fase um delineamento transversal, com uma amostragem semelhante à amostragem por conveniência, porém com alguns cuidados metodológicos a mais, baseando-se nos modelos de "amostragem por alvos" ("targeted sampling") (WATTERS e BIERNACKI, 1989; INCIARDI, SURRETT e MCCOY, 1997) e "bola de neve" ("snowballing", ou "chain referral") (INCIARDI, 1986). WATTERS e BIERNACKI, ao descreverem a metodologia da amostragem por alvos, por eles proposta em 1989, comentam das dificuldades práticas de amostragem representativa com populações de difícil acesso ("hidden populations"). Os autores propõem uma mescla de alternativas metodológicas que seriam complementares, alternando estudos transversais clássicos com modelos etnográficos puros. Os autores, ao citarem GLASER e STRAUSS (1967), comentam que o método qualitativo de pesquisa é extremamente rico em seu poder descritivo, e particularmente eficaz no desenvolvimento de teorias. Entretanto, estudos puramente qualitativos são limitados sobre a sua generalização inter-grupos de uma mesma cultura, principalmente porque se baseiam em amostras muito pequenas. Por outro lado, estudos quantitativos puros esbarram em imensas dificuldades metodológicas quando o desfecho de interesse apresenta pequena prevalência na população geral, ou quando questões de pesquisa ou desfechos de interesse são baseados em elementos de grande intimidade individual, como aspectos relacionados à sexualidade, práticas pessoais consideradas pouco sociais, ou mesmo comportamentos que não sejam legalmente aceitos. Examine-se o caso particular de usuários de drogas da cidade de Porto Alegre, em particular a situação dos UDIs.

A escolha de uma amostra baseada em um modelo de conveniência e expandida para um modelo de "amostragem por alvos" e "bola de neve", e não de uma amostra aleatória que pudesse representar a população de usuários de drogas da cidade de Porto Alegre se deve aos problemas logísticos típicos de estudos desta natureza. Esta não é uma população facilmente identificável em seu meio natural, sendo extremamente difícil a informação fidedigna a respeito do uso de drogas em estudos que usem o modelo clássico de entrevista domiciliar (inquérito de base populacional), ou mesmo se valham da demanda natural de serviços de saúde, mesmo ao nível de assistência primária. Usuários de droga - em particular os UDIs - se mostram extremamente resistentes às técnicas convencionais de pesquisa de base epidemiológica e quantitativa, conforme bem descrevem INCIARDI, SURRETT e MCCOY (1997, p. 176) nos procedimentos gerais para a implementação de projetos desta natureza nos Estados Unidos e no Brasil, particularmente voltados para intervenções preventivas do tipo Redução de Danos.

A diferença básica deste delineamento para um estudo com delineamento com amostragem por conveniência foi a de que nos locais de coleta havia um estímulo sistemático para que os sujeitos identificados pudessem nos encaminhar outros sujeitos por eles conhecidos, tanto através do sistema convencional de coleta de dados nos diferentes locais, como diretamente no local sede de coleta de dados no HCPA. Muitos sujeitos nos foram encaminhados assim, com o objetivo de esgotar a rede de conhecimento dos sujeitos-chave, e neste sentido estimulando a participação de indivíduos que não iriam buscar atendimento por iniciativa própria, portanto inacessíveis à sistemática passiva de amostragem por conveniência no seu formato convencional. Não se deve esquecer, entretanto, que apesar de todos os cuidados com o método descrito acima, o uso de drogas é sempre uma prática ilegal ou "para-social", o que faz com que qualquer censo sobre o uso de drogas - em particular as



injetáveis - seja sujeito a uma subapreciação do real número de casos existentes (SORENSEN e cols., 1991).

### *7.1.2. Fatores em estudo e desfecho de interesse*

Os **fatores em estudo** neste primeiro nível de investigação foram as situações ou práticas de risco atuais ou passadas, bem como variáveis demográficas, descritas a seguir:

A variável TRANSFUSÃO DE SANGUE foi coletada através de uma única questão que mencionava a presença ou ausência desta variável desde 1980 até o dia da coleta de dados. Uma resposta afirmativa era suficiente para considerar este fator em estudo presente na vida do indivíduo. RELAÇÕES SEXUAIS SEM PROTEÇÃO caracterizavam-se por sexo sem o uso de preservativo masculino ou feminino. Esta variável foi coletada sem uma medida de frequência. Apenas foi constatada a existência deste fator na vida do indivíduo desde 1980 até o dia da coleta, e estimativas pessoais dos entrevistados sobre a frequência deste fator em estudo nos seis e três meses prévios à coleta de dados. Desta forma, buscou-se conhecer a presença deste fator em estudo na vida do sujeito, e nas suas relações sexuais mais atuais. O mesmo procedimento foi utilizado para RELAÇÕES COM PARCEIRO DE RISCO (UDI / PROFISSIONAL DE SEXO/ INDIVÍDUO SOROPOSITIVO OU COM AIDS), baseando-se exclusivamente no relato pessoal do entrevistado. Por profissional de sexo entendia-se mulher ou homem com quem o indivíduo tivesse mantido relações em troca de pagamento, e que fosse identificada pelo respondente como utilizando-se deste meio de vida para subsistência. As trocas envolvendo sexo, drogas e dinheiro foram perguntadas de outra forma (vide a seguir); o USO DE DROGAS INJETÁVEIS foi estudado inicialmente como existindo ou não na vida do indivíduo desde 1980 (mesmo uma resposta afirmativa consideraria "uso desde 1980), além de questões relativas à estimativa de frequência de uso nos últimos seis meses e

30 dias prévios à coleta. Buscava-se aqui conhecer a forma ou via de administração de uma SPA, normalmente cocaína. No que compete ao tipo de droga utilizada, estas foram listadas no questionário (ÁLCOOL, TRANQUILIZANTES, MACONHA, COCAÍNA (CHEIRADA, INJETADA, FUMADA), ANFETAMINAS, SOLVENTES), sendo obtidas estimativas pessoais de frequência para cada uma das drogas estudadas no intervalo de 30 dias prévios à coleta de dados. A FREQUÊNCIA A LOCAL ESPECÍFICO PARA USO DE DROGAS foi obtida através de estimativa do indivíduo para os seis meses prévios à coleta de dados, e se refere ao comparecimento a locais onde se utiliza, vende, ou compra drogas e que são conhecidos na comunidade do indivíduo para tal fim. Questões relativas ao TIPO DE RELACIONAMENTO SEXUAL (HOMO ou HETERO) e sua associação com outros fatores em estudo - DAR OU RECEBER DROGAS EM TROCA DE SEXO / DAR OU RECEBER DINHEIRO EM TROCA DE SEXO foram obtidas por estimativas pessoais de frequência dos seis meses prévios à coleta de dados. Relacionamento homossexual era apenas definido como sexo com parceiro do mesmo gênero, enquanto que relacionamento heterossexual foi definido como sexo com parceiro do sexo oposto, sem caracterização das formas de relação sexual ou vias de penetração. As questões referentes a dar ou receber drogas dinheiro ou sexo, em qualquer combinação buscavam identificar momentos em que transações haviam acontecido na vida do indivíduo, em qualquer das direções. Entretanto, dar dinheiro em troca de sexo não significava obrigatoriamente sexo com profissionais, o que foi perguntado em outra seção da entrevista. Questões relativas a PREOCUPAÇÃO SOBRE A POSSIBILIDADE DE JÁ TER SIDO CONTAMINADO / VIR A SE CONTAMINAR / VIR A TRANSMITIR o vírus da AIDS foram obtidas com uma medida pessoal de intensidade por parte do sujeito ("nem um pouco", "um pouquinho", "bastante", "extremamente", e buscavam estimar a intensidade de inquietação do respondente quanto ao fato potencial de estar contaminado ou vir a se

contaminar / transmitir o vírus HIV. O NÚMERO DE VEZES EM QUE REALIZOU O TESTE HIV - antes da coleta de dados foi obtido pela soma de ocasiões que eram lembradas pelo indivíduo, excluindo a própria coleta realizada na entrevista (vide adiante). GÊNERO e a FAIXA ETÁRIA e ESCOLARIDADE, também fatores em estudo desta tese, foram obtidos pelas respostas diretas dos sujeitos. A RENDA FAMILIAR foi obtida pela soma dos ganhos do indivíduo e de sua família nuclear - entendendo-se por família nuclear os membros que morassem no mesmo domicílio e/ou contribuíssem para os ganhos e despesas do domicílio onde o sujeito residia. O **desfecho de interesse** estudado foi o estado HIV, obtido através de testagem sorológica padrão no momento da coleta de dados.

### ***7.1.3. Sujeitos***

Os sujeitos deste estudo são homens e mulheres, com idade mínima de 15 anos, usuários de drogas (maconha, cocaína) que fizessem uso recente (até 30 dias prévios à coleta de dados) de drogas, ou que descrevessem, em um primeiro contato, qualquer indicativo de comportamento de risco para exposição ao vírus HIV. Desta forma, mesmo usuários de drogas tidas como "leves", como maconha, poderiam ser incluídos na triagem para a amostra, caso apresentassem algum tipo de comportamento de risco detectado na triagem inicial. A inclusão no estudo se fazia em caráter voluntário, após consentimento informado (vide aspectos éticos).

### ***7.1.4. Instrumento***

#### ***7.1.4.1. Estudo-piloto***

O primeiro passo desta pesquisa foi um estudo de viabilidade, em que se procurou identificar a possibilidade de utilizar um instrumento formal de coleta de dados para conhecer características de exposição a risco para contaminação pelo HIV em usuários de drogas



brasileiros. Para tal, foi desenvolvido um estudo-piloto em colaboração com o Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília, que à época (1994) se encontrava em melhores condições de iniciar um estudo desta natureza do que o Departamento de Psiquiatria da UFRGS.

Em uma primeira fase, foi identificado um instrumento-padrão de coleta de dados. Como não existia qualquer questionário ou escala em condições de utilização em português, decidiu-se por utilizar o questionário original que a Universidade da Pennsylvania vinha testando em seus estudos longitudinais - o "*Risk Assessment Battery*" - RAB (vide Anexo 1) (METZGER e cols., 1991/1992/1993; WOODY e cols., 1992), um questionário auto-aplicado que avalia riscos associados ao uso de droga e conduta sexual durante os 6 meses anteriores à coleta, com o qual o autor havia se familiarizado durante seu estágio americano. O instrumento, segundo os estudos preliminares realizados nos EUA, parecia ser uma medida acurada e eficiente de comportamentos de risco entre UDIs americanos. O RAB, entretanto, ainda é um instrumento em desenvolvimento. Foi criado para utilização no meio urbano da cidade de Philadelphia, e depois expandido para outros centros dos Estados Unidos (CRITS-CRISTOPH e cols., 1998), e ainda se encontra em fase de modificação. Como foi desenvolvido primordialmente para usuários de heroína e cocaína injetável, na sua adaptação para o português o CRA teve suprimida toda uma seção, referente a heroína, o que modificou o valor de seu escore total na sua adaptação brasileira.

Três fases do estudo piloto foram realizadas em Brasília e em Porto Alegre antes do início do estudo definitivo:

1 - O RAB, em sua primeira versão traduzida, foi aplicado em 16 pacientes sucessivos que se candidataram para tratamento numa clínica de tratamento para álcool e

drogas que está vinculada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Este grupo reuniu critérios para dependência ou abuso de cocaína e foi escolhido para preencher o RAB porque seu nível sócio-econômico e de alfabetização eram aparentemente comparáveis aos padrões da classe média de Philadelphia. O RAB foi bem aceito e pareceu ser facilmente aplicável nesta população, sendo que algumas questões foram identificadas como necessitando de adaptação cultural. O principal problema previsto era com a compreensão e habilidade de leitura quando o RAB fosse usado numa população de nível socio-econômico mais baixo durante a próxima fase deste trabalho. Havia a expectativa de que os entrevistadores necessitariam explicar aos pacientes diretamente muitas das questões, levando assim mais tempo para aplicar o questionário e eventualmente gerando viéses.

2 - Um módulo de treinamento para o RAB foi desenvolvido em português, através de uma pequena subvenção para pesquisa proporcionada pelo Escritório Internacional do NIDA e o Programa Humphrey, em colaboração com a Universidade de Brasília e o Ministério da Saúde. O módulo de treinamento, proposto para ser utilizado pelos coletadores, foi testado em um workshop de 10 horas, consistiu de 2 pequenas conferências sobre incidência e prevalência de transmissão do HIV no Brasil e em Brasília, seções descrevendo o RAB, informações sobre coleta de dados, tópicos sobre confidencialidade, e uma atividade com 2 horas de duração com entrevistas simuladas seguidas de debates para os coletadores. Houve também duas apresentações sobre técnicas para coleta de dados e pesquisa em geral. Aos participantes foi entregue um conjunto de questionários para treinamento, cópias dos diapositivos e das transparências usadas, um folheto descrevendo o questionário e seus procedimentos, cópias das publicações usando o RAB e um conjunto de entrevistas simuladas para estudo (WOODY e cols., 1994).

3 - Após algumas aplicações do instrumento realizadas por coletadores voluntários em Brasília, uma segunda versão - que incorporava as sugestões dos coletadores iniciais - foi desenvolvida e testada em uma amostra de conveniência de 61 voluntários em três diferentes locais de Porto Alegre (PECHANSKY, SOIBELMAN e KOHLRAUSCH, 1997). Por entender-se que estes resultados fazem parte da definição do método utilizado, eles são apresentados nesta seção.

Vinte e nove pacientes eram provenientes do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) Paulo César Bonfim, da PMPA, 27 provinham do ambulatório da Cruz Vermelha do Brasil, e 5 eram pacientes do Ambulatório de Dependência Química do HCPA. Os voluntários eram homens (47) e mulheres (14), com idade variando entre 15 e 60 anos, média de 25.7 (+/-6), e grupo etário principal (54%) entre 20 e 30 anos. Quarenta e cinco por cento não haviam completado o primário, 26% haviam completado o II grau, e 10% tinham curso superior. Vinte e cinco por cento ganhavam menos de cem dólares por mês, 43% ganhavam \$400 ou mais.

As análises descritivas sugeriam que este era um grupo bastante exposto ao HIV: 15 casos (37%) eram positivos, sendo a soropositividade mais freqüente nos homens do que nas mulheres. As Figuras 6 e 7 ilustram o uso recente de drogas e as práticas de risco nesta amostra. Com relação às drogas, os homens faziam mais uso de álcool, maconha e drogas injetáveis do que as mulheres, mas os achados não haviam sido diferentes para uso de cocaína inalada. Os achados sugeriam que os homens eram mais expostos ao HIV do que as mulheres, devido a um uso mais agressivo ou freqüente de drogas além de um comportamento mais ativo em busca de substâncias psicoativas, sem indícios de haver diferenças na exposição ao HIV com relação à idade. No que compete à preocupação com contaminação, 10% da



amostra relatava ter tido relações sexuais com um parceiro que sabiam ser HIV positivo, e 45% dos homens e 43% das mulheres relatavam uso freqüente (mas não sempre) de preservativos. A preocupação com já ter sido contaminado era presente em ambos os gêneros, assim como a preocupação em contaminar terceiros. Desta forma, o estudo-piloto realizado em Porto Alegre sugeria uma população de alto risco para a exposição e contaminação pelo vírus HIV, passível de ser estudada em um projeto de maior amplitude.

#### *7.1.4.2. Tradução reversa*

Após a definição da versão que seria utilizada para a coleta de dados foi feita uma tradução reversa para o inglês pelo autor. Duas cópias foram encaminhadas para os colaboradores nos Estados Unidos, que revisaram a tradução realizada sem encontrar questões que significativamente diferissem de seu formato original em inglês. As únicas modificações propostas pelos autores americanos referiam-se a tempos verbais e a trocas de preposições no texto em inglês, sem qualquer modificação no conteúdo das questões.

#### *7.1.4.3. Versão final do instrumento utilizada no estudo*

Com base nas modificações propostas pelos coletadores das duas coletas iniciais e na confirmação da similaridade da versão brasileira com a americana, foi desenvolvida uma terceira versão do instrumento, denominado em português de **CRA** (Comportamentos de Risco para AIDS) (Anexo 2). O CRA, na sua forma atual, é um instrumento auto-administrado, que cobre aspectos do uso de drogas, testagem HIV, comportamento sexual e preocupação com a transmissão do vírus HIV. Usualmente pode ser aplicado sem um entrevistador para pacientes letrados, e sua aplicação leva em média 10 minutos. As questões cobrem na sua grande maioria um período que vai de 6 meses a 30 dias prévios à coleta de

dados, e as respostas são apresentadas em categorias ordenadas, cada uma recebendo um valor numérico, como no exemplo abaixo:

Durante o **último mês**, com que frequência você usou maconha?

[ ] 0= Nenhuma vez

[ ] 1= Poucas vezes

[ ] 2= Quase Sempre

[ ] 3= Todos os dias

O questionário é composto de 38 questões, e foi levemente adaptado para os diferentes locais de coleta, sem alteração nas questões que compõem o corpo do instrumento. Apenas questões introdutórias ao tema do instrumento foram adaptadas (Ex.: "Como você soube do ambulatório do HCPA?" versus "Como você soube do COAS?") Optou-se por utilizar questões de **quatro** opções, com o objetivo de forçar o respondente a assumir um lado da resposta, ao invés de colocar-se em uma tendência de linha média, comum a instrumentos desta natureza que se compõem de número ímpar de respostas para cada questão, em particular para pacientes com grande resiliência a perguntas de caráter pessoal<sup>13</sup>. Em parte, estas decisões foram tomadas baseadas no que ANASTAZI (1988, p. 551) descreve como "*Técnica de escolha forçada*", em que "o respondente escolhe entre dois termos ou frases descritivas que são igualmente aceitáveis [ou seja, possuem o mesmo "peso"] mas diferem em validade".

---

<sup>13</sup>WOODY, comunicação pessoal

### *7.1.5. Treinamento e Implementação*

#### *7.1.5.1. Locais de coleta e logística*

Decidiu-se entrevistar pacientes com o intuito de cobrir três diferentes aspectos que caracterizam os problemas mais típicos de usuários de drogas:

- A necessidade de tratamento para sua dependência com um grupo de iguais (LATKIN e cols., 1995; HORVATH, 1997).
- A necessidade de tratamento médico e psiquiátrico (WOODY e cols., 1984; GELLER, 1997; ROUNSAVILLE e CARROL, 1997;).
- A necessidade de conhecer seu estado HIV para, em caso de soronegatividade evitar a infecção, e em caso de soropositividade evitar a superinfecção ou a transmissão a terceiros, numa filosofia compatível com a proposta de Redução de Danos a nível mundial e nacional (FIGUEIREDO, MIRANDA e MARQUES, 1997).

Em um primeiro momento, foram estabelecidos contatos com chefias de centros potenciais de referência e atendimento a usuários de droga da cidade de Porto Alegre. Os centros escolhidos foram:

- Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) do município e do Estado. Estes são centros de atendimento e triagem, destinados principalmente ao aconselhamento e testagem HIV para a população em geral, com técnicos particularmente treinados para o aconselhamento de UDIs, profissionais de sexo e indivíduos com relacionamento homossexual, além de mulheres sob risco de transmissão vertical do HIV (pela gravidez).



- Ambulatório de triagem e atendimento da Cruz Vermelha Brasileira. Este é um ambulatório específico para usuários de drogas em geral provenientes de camadas de renda médio-inferior da cidade de Porto Alegre e arredores. A Cruz Vermelha é um dos locais de maior referência para triagem e tratamento a nível individual e de grupo para usuários de drogas da cidade de Porto Alegre. Os pacientes na Cruz Vermelha são atendidos por técnicos especializados, na sua maioria em regime de voluntariado.
- Ambulatório de Dependência Química do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este ambulatório de pequeno porte atende à população de classe média da cidade de Porto Alegre, além de receber encaminhamentos de outros serviços e também de serviços de dentro do HCPA. O ambulatório é atendido por residentes do II e III ano do curso de especialização em psiquiatria da UFRGS, sob supervisão deste autor. São freqüentes os casos de comorbidade psiquiátrica e também de complicações clínicas associadas à dependência química, particularmente por ser o HCPA um hospital de referência, e não um hospital de primeiro atendimento.

Após a identificação das características de cada centro, imaginou-se que ao recrutar casos nos COAS iríamos cobrir os casos de pacientes que buscam informação sobre seu estado HIV; que ao recrutar pacientes no ambulatório de triagem da Cruz Vermelha Brasileira, iríamos cobrir aspectos referentes à busca de tratamento no estilo de grupos de auto-ajuda; e que o Ambulatório de Dependência Química do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos forneceria casos de pacientes com uma percepção mais médica de seu problema - além de um grau significativo de comorbidade psiquiátrica .

O procedimento de coleta foi similar nos três locais: após contatos realizados com as diferentes chefias das instituições, em que se procurava explicar a natureza e os objetivos da

pesquisa, os técnicos dos diferentes locais foram informados sobre critérios de inclusão/exclusão para o estudo. Após, recrutadores treinados pelo autor eram colocados em escala de plantão nos diferentes centros, para auxiliar na localização de casos para a coleta, mas sempre propondo a utilização do instrumento na sua forma auto-aplicada (vide a seguir). Quando, após supervisões sistemáticas, considerava-se que o local de coleta já tinha incorporado a filosofia do projeto de pesquisa, suspendia-se o sistema de plantão, modificando-o por um sistema de contatos telefônicos ou visitas aleatórias aos locais, feitas pela gerente de coleta ou pelo próprio investigador principal do estudo. O período de coleta se estendeu de setembro de 1995 a abril de 1997.

#### *7.1.5.2. Procedimento de aplicação do instrumento*

Para a aplicação do instrumento foram recrutados e treinados oito entrevistadores, na sua maioria estudantes de graduação (Medicina e Psicologia), ou profissionais recém-formados nas mesmas áreas citadas. Como o procedimento de coleta de dados não era pago, nem aos entrevistados, nem aos coletadores, buscou-se na seleção dos entrevistadores identificar interesses genuínos tanto no que compete a conhecimento científico ou interesse de aprendizado em pesquisa como real atenção a aspectos de saúde pública e saúde mental comunitária.

Após a seleção individual dos entrevistadores, feita pelo autor, todos foram submetidos ao módulo de treinamento do instrumento, adaptado do estudo-piloto realizado em Brasília. Após discussões para homogeneização das dúvidas, os entrevistadores estavam aptos a coletar 5 casos cada um, que foram supervisionados pelo autor e pela gerente de coleta de dados. Após as devidas revisões, os entrevistadores foram considerados aptos para iniciar o trabalho de campo.

O procedimento de abordagem dos eventuais sujeitos de pesquisa era similar nos diferentes locais de coleta: o entrevistador identificava através dos técnicos dos locais de coleta os possíveis entrevistados, e aproximava-se explicando o objetivo e o formato da pesquisa. Caso o sujeito se mostrasse receptivo, era convidado a ouvir a leitura de um consentimento informado. Caso concordasse, o indivíduo então preenchia individualmente o seu questionário em uma sala isolada (quando possível) ou em um local tranquilo da sala de espera do centro. O entrevistador se dizia disponível para auxiliá-lo, mas não interferia nem na leitura nem nas opções de resposta do entrevistado, a não ser quando solicitado a dar algum esclarecimento. Após todo o questionário ser preenchido, o entrevistador revisava se todas as questões haviam sido respondidas, colocava o questionário em um envelope, e novamente assegurava ao entrevistado o anonimato das respostas.

A gerente de coleta revisava os questionários preenchidos por amostragem, sendo que em alguns poucos casos foi necessário retornar ao local para complementar o preenchimento dos instrumentos. Os questionários eram então encaminhados para digitação.

Após o preenchimento do CRA nos diferentes locais, o paciente era convidado a doar sangue para testagem sorológica anti-HIV. Na maioria dos casos o paciente aceitava realizar o teste, que era feito sob procedimento-padrão nos COAS (aconselhamento individual ou grupal pré-teste, pós consentimento verbal devido ao anonimato). Na Cruz Vermelha o paciente ou era encaminhado a um dos COAS para coleta de sangue ou diretamente ao Ambulatório de Dependência Química no HCPA, onde seu sangue era coletado por membros da pesquisa. No HCPA o indivíduo realizava a coleta nos mesmos moldes do COAS. Entretanto, no processo de encaminhamento de casos entre a Cruz Vermelha e o HCPA houve



um número significativo de perdas, o que contribuiu para diminuir o número total de casos em que se pudesse obter o resultado anti-HIV.

#### *7.1.6. Aspectos éticos*

Este estudo, como parte de um projeto maior integrado à Universidade de Delaware, foi submetido a duas instâncias para apreciação: o Conselho Estadual de Entorpecentes e a Comissão de Ética e Pesquisa do HCPA. Nas duas circunstâncias o projeto recebeu parecer favorável para sua execução.

O procedimento de coleta de dados apenas pelo questionário foi considerado **sem risco** para os pacientes, podendo inclusive ser realizado somente com o consentimento verbal do indivíduo. Entretanto, como era também necessária a coleta de sangue para testagem HIV dos sujeitos, foi utilizado um consentimento informado padrão, em duas vias, para todos os casos (vide Anexo 3).

#### *7.1.7. Manejo das informações e análise dos dados*

Os questionários foram digitados em uma banco de dados desenvolvido em Epi-info 5.1 por uma estatística treinada pelo autor. Foram desenvolvidos algoritmos de busca de incongruências e falta de consistência nas opções de resposta, e foram realizadas análises interinas para controle do manejo de dados (PECHANSKY e LETTI, 1996; PECHANSKY, SOIBELMAN e KOHLRAUSCH, 1996; WALLAUER e cols., 1996). Os questionários foram arquivados para eventual conferência manual de incongruências.

As respostas às variáveis foram ordenadas de acordo com sua seqüência de intensidade ou freqüência. Na sua maioria, as opções de quatro categorias de respostas foram colapsadas em duas para fins de análise, geralmente mantendo-se a opção NUNCA versus a

combinação das outras opções de frequência, ou eventualmente dividindo-se as respostas em categorias de NENHUMA ou BAIXA FREQUÊNCIA ou SEMPRE/TODAS ou ALTA FREQUÊNCIA. Optou-se por estratificar a maior parte das tabelas a partir das variáveis GÊNERO, FAIXA ETÁRIA e ESCOLARIDADE. Quando necessário, transformou-se a variável ESCOLARIDADE em ANOS DE ESTUDO, utilizando o número de anos de escolaridade como um indicador indireto do status socioeconômico.

A base de dados foi analisada utilizando-se o programa "*Statistical Package for the Social Sciences - SPSS PC+*" na sua versão 6.0 para Windows. Os testes de hipótese foram realizados utilizando-se o Teste do Chi-quadrado, o Teste T de Student e o Teste Exato de Fisher para as análises bivariadas. Quando os achados apresentaram relevância clínico-epidemiológica mas os testes de associação não puderam demonstrar significância foi utilizado o valor de p para tendência linear. As análises multivariadas foram feitas através do método de Regressão Logística Múltipla, através dos valores brutos e ajustados das Razões de Chance (RC).

O nível de significância estatístico utilizado foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Foram considerados como valores marginais, porém não significativos de p, valores até 0.1. Estes, quando presentes, são mostrados nas tabelas em itálico.

## **7.2. Resultados**

### **7.2.1. Características demográficas**

A média de idade da amostra estudada foi de 29.4 anos, com um desvio padrão de 12.7 anos e uma mediana de 27. Não houve diferença significativa entre a média de idade dos homens (29.7 +/- 12.7) e das mulheres (28.37 +/- 12.1). A maioria dos indivíduos foi proveniente do COAS Estadual e da Cruz Vermelha (34.8% e 33.7%, respectivamente). Metade da amostra era composta por indivíduos solteiros ou sem companhia regular (50,2%), enquanto que um terço dos indivíduos era casado ou tinha companheiro/a fixo/a (32.8%). Do ponto de vista de trabalho, 48% tinham atividade profissional sistemática e 28.4% trabalhavam de forma irregular. Nesta amostra 42.4% dos indivíduos tinham menos de 7 anos de estudo, 26% tinham entre 8 e 11 anos de estudo, e 31.6% tinham 12 ou mais anos de estudo. No que compete à renda, 19% apresentavam renda familiar de menos de um salário mínimo, 35% ganhavam entre 1 e 3 salários, e 46% dos indivíduos apresentavam renda superior ou igual a 4 salários mínimos.

A amostra composta pelos quatro locais de coleta apresentava diferenças significativas entre gêneros no que compete à proveniência dos sujeitos. Os COAS foram responsáveis por 3/4 do total de 168 mulheres da amostra, enquanto que dentre os homens a distribuição foi mais homogênea. O COAS estadual foi responsável por aproximadamente 50% da amostra feminina. As diferenças entre gêneros também foram significativas quanto à situação conjugal: metade dos homens descrevia-se como solteiro ou sem companheiro/a, versus aproximadamente 2/5 das mulheres; estas, por sua vez, descreviam-se com situação conjugal não definida em 1/4 dos casos, contra apenas 15% dos homens.



A fração de sujeitos que descrevia trabalho sistemático não foi diferente entre os gêneros; porém, 30% dos homens relatava trabalhos não sistemático ("bicos") contra apenas 20% das mulheres. Dois terços das mulheres não trabalhavam de forma alguma, uma proporção significativamente maior do que a dos homens na mesma circunstância profissional. No que compete à renda em salários mínimos, evidenciou-se que os homens apresentaram maior frequência na faixa de renda mais alta (aproximadamente 50%) do que as mulheres, cuja frequência maior concentrou-se na faixa de renda intermediária. Não houve diferença entre os gêneros na faixa de menor renda. Também não houve diferença significativa entre os gêneros no que compete à distribuição de anos de escolaridade. As características demográficas da amostra estudada e sua relação com gênero encontram-se descritas na Tabela 4.

**Tabela 4. Características demográficas da amostra estudada e sua distribuição por gênero**

Variável	Homens n=527 n ( %)*	Mulheres n=168 n ( %)*	p
<i>Local de origem</i>			
HCPA	102 (19,4)	20 (11,9)	0,04
COAS municipal	67 (12,7)	30 (17,9)	n.s.
COAS estadual	149 (28,3)	93 (55,4)	0,001
Cruz Vermelha	209 (39,7)	25 (14,9)	0,001
<i>Estado marital</i>			
Solteiro ou s/ companheiro/a regular	277 (51,8)	71 (42,3)	0,02
Casado ou c/ companheiro/a regular	171 (32,6)	56 (33,3)	0,01
Outra situação conjugal	77 (14,7)	41 (24,4)	0,001
<i>Situação profissional</i>			
Trabalho sistemático	260 (49,5)	75 (44,6)	n.s.
Trabalho irregular (não sistemático)	162 (30,9)	35 (20,8)	0,001
Não trabalha	103 (19,6)	58 (34,5)	0,001
<i>Escolaridade</i>			
Menos de 7 anos de estudo	222 (44,2)	56 (36,4)	n.s.
De 8 a 11 anos de estudo	127 (25,3)	44 (28,6)	n.s.
12 ou mais anos de estudo	153 (40,5)	54 (35,0)	n.s.
<i>Renda</i>			
Menos de 1 sm	92 (18,5)	30 (19,6)	n.s.
1 até 3 sm	163 (32,7)	67 (43,8)	0,01
4 ou mais s.m.	243 (48,8)	56 (36,6)	0,01

\* as totalizações das porcentagens são verticais.

### 7.2.2. Análises Bivariadas

As variáveis independentes GÊNERO, FAIXA ETÁRIA, PRÁTICAS DE RISCO (ATUAIS E PASSADAS), USO ATUAL DE DROGAS, e USO DE DROGAS INJETÁVEIS foram analisadas com o objetivo de investigar sua relação com o ESTADO HIV da amostra estudada. Foram obtidos 1443 questionários nos quatro locais de coleta, sendo que deste total 695 foram considerados utilizáveis após uma primeira revisão dos critérios de inclusão. O motivo principal de exclusão dos casos foi o da presença de uso de um SPA sem alguma situação de risco para HIV identificável na triagem inicial antes da coleta do questionário. Após a digitação, obteve-se um total de questionários válidos de 658 (503 homens, 87,9% do total de questionários inicialmente obtidos). Os dados do estudo transversal se baseiam neste total, sobre o qual foi possível resgatar informações completas. As análises que envolvem estado HIV se baseiam em 420 casos (272 homens) sobre os quais foi possível resgatar o resultado do teste HIV. Nas análises referentes apenas aos casos soropositivos, os cálculos são baseados em um n de 95 indivíduos (69 homens). Quando não indicado no rodapé da Tabela, as análises se referem a um n de 658 indivíduos.



### 7.2.2.1. Estado HIV

No que compete aos locais de coleta e à taxa de soropositividade, foi possível perceber diferenças significativas, com os COAS apresentando a maior proporção de soropositivos do que soronegativos dos locais estudados. Do total de soropositivos, os COAS contribuíram com aproximadamente 3/4 do total de casos, conforme a Tabela 5.

**Tabela 5. Taxa de soropositividade nos diferentes locais de coleta**

Local #	HIV +		HIV -		Total	p *
	N	%	N	%		
COAS municipal	31	32,6	54	16,6	85	0,001
HCPA	10	10,5	29	8,9	39	n.s.
Cruz Vermelha	14	14,7	46	14,2	60	n.s.
COAS estadual	40	42,1	196	60,3	236	0,02
Total	95	100	325	100	420	

# baseado em um N de 420 resultados HIV disponíveis. A totalização das porcentagens desta tabela é vertical.

\* teste do chi-quadrado

Na comparação entre gêneros, foi possível evidenciar que apenas houve diferença estatisticamente significativa primeira das quatro questões relativas a estado HIV e testagem HIV, com os homens apresentando uma taxa de exposição ao teste HIV pouco maior do que as mulheres. A Tabela 6 ilustra a distribuição das principais questões relativas ao teste HIV e sua associação com gênero.

**Tabela 6. Relação entre gênero e estado HIV na amostra estudada.**

Questão	Homens (n=292)		Mulheres (n=128)		Total	p*
	N	%	N	%		
Já fez teste HIV	148	46,1	50	40,1	198	0,03
Já fez o teste HIV mais de 3 vezes	36	52,9	11	55,0	47	n.s.
Já lhe disseram que é portador	95	18,9	32	20,1	127	n.s.
†HIV+	69	23,6	26	20,3	95	n.s.

† Baseado em um n de 420 resultados HIV disponíveis. A totalização das porcentagens é horizontal.

\* teste do chi-quadrado

As questões sobre HIV e sua relação com as três faixas etárias mostram que nas duas faixas mais velhas há uma maior proporção de indivíduos que já realizou o teste, assim como uma maior proporção de testes repetidos (mais do que três vezes) por indivíduo, sem no entanto haver significância estatística, apesar da clara tendência linear. A frequência de informações sobre ser portador do vírus não foi diferente nas três faixas estudadas. Apesar de haver uma tendência linear entre maior faixa de idade e soropositividade, somente houve diferença significativa entre a menor e a maior faixa de idade. A Tabela 7 mostra a relação entre faixa etária e questões relativas a HIV na amostra estudada.

**Tabela 7. Relação entre faixa etária e estado HIV na amostra estudada**

Questão	< 20 anos (n=67)		20 a 29 anos (n=185)		30 ou mais (n=159)		Total	p*
	N	%	N	%	N	%		
Já fez teste HIV	28	41,8	86	46,5	81	50,9	195	n.s.
Já fez o teste HIV mais de 3 vezes	6	5,5	42	14,8	39	15,3	87	0,03
Já lhe disseram que é portador	19	17,6	54	19,15	53	20,1	126	n.s.
†HIV+	10	14,9	40	21,6	43	27,0	93	0.05**

† Baseado em um n de 420 resultados HIV disponíveis

\* teste do chi-quadrado

\*\* diferença significativa entre a menor e a maior faixa.

A relação entre escolaridade e estado HIV mostrou que não havia diferenças entre as faixas escolares quanto a ter já realizado um teste HIV uma ou mais de três vezes. Os anos de escolaridade foram inversamente proporcionais sobre informação de ser portador do vírus HIV e à taxa de soropositividade dos indivíduos estudados. A Tabela 8 ilustra os achados descritos acima.

**Tabela 8. Relação entre anos de estudo e estado HIV na amostra estudada**

Questão	até 7 anos de estudo (n=171)		8 a 11 anos de estudo (n=108)		12 anos ou mais de estudo (n=140)		Total	p*
	N	%	N	%	N	%		
Já fez teste HIV	83	48,5	53	49,1	62	44,3	198	n.s.
Já fez o teste HIV mais de 3 vezes	15	5,1	9	4,8	18	8,3	42	n.s.
Já lhe disseram que é portador	75	25,6	35	19,1	26	12,1	136	0,01
†HIV+	54	31,5	21	19,4	19	17,8	94	0,01

† Baseado em um n de 420 resultados HIV disponíveis

\* teste do chi-quadrado

As informações sobre renda foram cruzadas com informações relativas ao estado HIV. Não houve diferença entre as faixas de renda no que compete a ter realizado um teste HIV uma ou muitas vezes. Quanto à informação sobre ser portador e à taxa de soropositividade na amostra estudada, estas se comportaram linearmente em uma relação inversa à faixa de renda: quanto mais pobres os sujeitos, maior a taxa de soropositividade e a informação sobre ser portador do vírus HIV. Estes achados estão sumarizados na Tabela 9.

**Tabela 9. Relação entre faixas de renda e estado HIV na amostra estudada**

Questão	menos de 1 s.m. (n=84)		1 a 3 s.m. (n=161)		4 ou mais s.m. (n=167)		Total	p*
	N	%	N	%	N	%		
Já fez teste HIV	45	53,6	66	41,0	82	49,1	193	n.s.
Já fez o teste HIV mais de 3 vezes	8	5,9	15	6,1	19	6,2	42	n.s.
Já lhe disseram que é portador	36	26,9	58	23,9	40	13,1	134	0,01
†HIV+	30	35,7	39	24,2	24	14,4	93	0,01

† Baseado em um n de 420 resultados HIV disponíveis

\* teste do chi-quadrado



### 7.2.2.2. Práticas de risco atuais e passadas

No que compete à informação sobre situações de risco atuais e passadas, houve uma alta prevalência de parceiros UDIs por parte das mulheres (1/3 da amostra), sugerindo uma alta exposição ao vírus sob a forma de contaminação heterossexual com parceiro de risco. O uso de droga injetável foi mais freqüentemente reportado pelos homens, mas também relatado por 1/5 das mulheres da amostra. A Tabela 10 sumariza as circunstâncias de risco descritas pelos indivíduos do estudo estratificados por gênero.

**Tabela 10. Descrição das práticas de risco a partir de 1980 estratificadas por gênero**

Questão <sup>5</sup>	Homens (n=527)		Mulheres (n=168)		Total	p*
	N	%	N	%		
Transfusão sangüínea	33	6,3	13	7,7	46	n.s.
Rel. sexual com homem sem preservativo	55	10,4	138	82,1	193	0,00
Rel. sexual com mulher sem preservativo	411	78,0	6	3,6	417	0,00
Rel. sexual c/ profissional de sexo	125	23,7	5	3,0	130	0,00
Rel. sexual por dinheiro	41	7,8	21	12,5	62	0,02
Uso de droga injetável	208	39,5	38	22,6	246	0,00
Parceiro/a usuário de droga injetável	70	13,3	56	33,3	126	0,00

\* teste do chi-quadrado. <sup>5</sup> Os sujeitos poderiam preencher mais de uma categoria de resposta.

As análises das práticas de risco nas diferentes faixas etárias repetem em parte as impressões relativas aos achados da tabela anterior, por não haver diferença na exposição por transfusão sangüínea nas diferentes faixas etárias. Entretanto, à exceção de o relacionamento sexual pago ser significativamente mais freqüente nas faixas etárias mais velhas, a idade não parece afetar diferentemente os indivíduos com relação a outras questões relativas à exposição a risco por via sexual ou mesmo uso de drogas injetáveis, não havendo diferenças significativas entre as faixas etárias estudadas.

A Tabela 11 descreve as práticas de risco desde 1980 estratificadas por faixa etária.

**Tabela 11. Descrição das práticas de risco a partir de 1980 estratificadas por faixa etária.**

Questão <sup>5</sup>	< 20 anos (n=116)		20 a 29 anos (n=296)		30 ou mais (n=266)		Total	p*
	N	%	N	%	N	%		
Transfusão sanguínea	5	4,3	19	6,4	21	7,9	45	n.s.
Rel. sexual com homem sem preservativo	38	32,8	72	24,3	76	28,6	186	n.s.
Rel. sexual com mulher sem preservativo	59	50,9	191	64,5	160	60,2	190	n.s.
Rel. sexual c/ profissional de sexo	8	6,9	60	20,3	60	22,6	128	0,001
Rel. sexual por dinheiro	10	8,6	27	9,1	23	8,6	60	n.s.
Uso de droga injetável	31	26,7	107	36,1	102	38,3	240	0,03**
Parceiro/a usuário de droga injetável	24	20,7	50	16,9	49	18,4	78	n.s.

\* teste do chi-quadrado

\*\* diferença significativa entre a menor e a maior faixa etária

<sup>5</sup> Os sujeitos poderiam preencher mais de uma categoria de resposta.

No que compete à escolaridade, as associações com transfusão sanguínea, relações com profissionais de sexo, relações desprotegidas com parceiros masculinos, e parcerias com usuários de drogas injetáveis não mostraram diferença significativa entre as faixas estudadas. Entretanto, as relações desprotegidas com mulheres foram do ponto estatístico significativamente mais frequentes na faixa de menor estudo, assim como as relações sexuais por dinheiro e o uso de drogas injetáveis, comparativamente à categoria de mais estudo. Estes achados se encontram na Tabela 12.

**Tabela 12. Descrição das práticas de risco a partir de 1980 estratificadas por anos de escolaridade**

Questão <sup>5</sup>	até 7 anos de estudo (n=293)		8 a 11 anos de estudo (n=184)		12 anos ou mais (n=216)		Total	p*
	N	%	N	%	N	%		
Transfusão sangüínea	23	7,8	11	5,4	12	5,5	46	n.s.
Rel. sexual com homem sem preservativo	76	25,9	56	30,4	60	27,8	192	n.s.
Rel. sexual com mulher sem preservativo	188	64,2	97	52,7	131	60,6	416	0,04**
Rel. sexual c/ profissional de sexo	56	19,1	29	15,8	45	20,8	130	n.s.
Rel. sexual por dinheiro	33	11,3	20	10,9	9	4,2	62	0,01
Uso de droga injetável	115	39,2	70	38,1	60	27,8	145	0,02
Parceiro/a usuário de droga injetável	61	20,8	35	19,0	30	13,9	126	n.s.

\* teste do chi-quadrado. \*\* diferenças entre a primeira faixa e as demais. <sup>5</sup> Os sujeitos poderiam preencher mais de uma categoria de resposta.

A Tabela 13 ilustra os achados referentes às práticas de risco e as diferentes faixas de renda. A freqüência de transfusões sangüíneas foi significativamente maior na faixa de menor renda do que nas outras duas, e as relações sexuais com parceiro masculino sem preservativo forma mais freqüentes nas duas faixas inferiores. As relações com profissionais de sexo foram mais frequentes na faixa de maior renda, havendo uma tendência à maior freqüência de relações sexuais por dinheiro na faixa de menor renda, sem no entanto obter significância estatística.



**Tabela 13. Descrição das práticas de risco a partir de 1980 estratificadas por faixa de renda.**

Questão <sup>5</sup>	menos de 1 s.m. (n=134)		1 a 3 s.m. (n=244)		4 ou mais (n=306)		Total	p*
	N	%	N	%	N	%		
Transfusão sanguínea	15	11,2	14	5,7	16	5,2	31	0,05
Rel. sexual com homem sem preservativo	40	29,8	81	33,2	67	21,9	188	0,01
Rel. sexual com mulher sem preservativo	75	55,9	144	59,0	196	64,1	285	n.s.
Rel. sexual c/ profissional de sexo	17	12,7	39	15,9	71	23,2	127	0,01
Rel. sexual por dinheiro	17	12,7	24	9,8	19	6,2	60	0,07
Uso de droga injetável	47	35,1	90	36,9	104	33,9	241	n.s.
Parceiro/a usuário de droga injetável	22	16,4	55	22,5	44	14,4	71	0,04

\* teste do chi-quadrado. <sup>5</sup> Os sujeitos poderiam preencher mais de uma categoria de resposta.

### 7.2.2.3. Uso atual de SPA

O uso freqüente/diário de álcool não apresentou distribuição diferente entre gêneros na amostra estudada, assim como o uso de cocaína inalada e solventes. As diferenças foram evidentes quanto ao uso de cocaína injetável e maconha - mais prevalente em homens, enquanto que o uso de tranquilizantes foi mais frequente no gênero feminino. A Tabela 14 sumariza os achados relativos ao tipo de substância psicoativa mais freqüentemente usada pelos indivíduos da amostra, estratificados por gênero.

**Tabela 14. Descrição do uso freqüente/diário de SPA em toda a amostra e nos dois gêneros**

SPA <sup>5</sup>	Geral		Homens (n=527)		Mulheres (n=168)		p*
	N	%	N	%	N	%	
Álcool	286	41,2	224	42,5	62	36,9	n.s.
Maconha	232	33,4	199	37,8	33	19,8	0,001
Cocaína inalada	128	18,5	104	19,8	24	14,3	n.s.
Tranqüilizantes	90	13,0	62	11,8	28	16,8	0,01
Cocaína injetada	68	9,8	60	11,4	8	4,0	0,01
Solvente	28	4,0	19	3,6	9	5,4	n.s.
Crack	5	0,7	5	1,0	0	0,0	**
Anfetamina	5	0,7	2	0,4	3	1,8	**

\* teste do chi-quadrado - refere-se à comparação entre os gêneros. <sup>5</sup> Os sujeitos poderiam preencher mais de uma categoria de resposta. \*\* o pequeno número de casos impediu qualquer análise estatística das diferenças entre as proporções.

No que compete à faixa etária, ficou evidente que, à exceção de cocaína injetada - cuja freqüência de uso diário ou quase diário é praticamente igual em todas as faixas, as outras substâncias têm freqüências de uso diferentes de acordo com a faixa etária; há uma tendência linear a maior uso de álcool com a elevação da idade, com quase 50% da amostra reportando uso freqüente/diário de álcool a partir de 30 anos de idade. Inversamente, o uso de maconha de forma sistemática ou diária é mais freqüente nas faixas etárias mais precoces (40% entre indivíduos abaixo de 20 anos. A cocaína inalada tem uma proporção maior de uso

freqüente nas faixas etárias menores assim como os solventes (apesar das diferenças detectadas na última variável não terem atingido significância estatística). Não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre o uso de cocaína injetada e grupos etários na amostra estudada. A Tabela 15 descreve o uso freqüente/diário de SPA na amostra, e sua comparação com as diferentes faixas de idade.

**Tabela 15. Descrição do uso freqüente/diário de SPA em toda a amostra estratificado por faixa etária.**

SPA <sup>5</sup>	< 20 anos (n=116)		20 a 29 anos (n=296)		30 ou mais (n=266)		Total	p*
	N	%	N	%	N	%		
Álcool	33	28,4	116	39,2	130	48,9	279	0,001
Tranquilizantes	15	12,9	23	7,8	50	18,8	88	0,001
Maconha	49	42,2	105	35,5	71	26,7	225	0,001
Cocaína inalada	34	29,3	52	17,6	40	15,0	126	0,001
Cocaína injetada	11	9,5	27	9,1	29	10,9	67	n.s.
Crack	3	2,6	1	0,3	1	0,4	5	**
Anfetamina	2	1,7	1	0,3	1	0,4	4	**
Solvente	13	11,2	10	3,4	3	1,1	26	**

\* teste do chi-quadrado

\*\* o pequeno número de casos impediu qualquer análise estatística das diferenças entre as proporções.

<sup>5</sup> Os sujeitos poderiam preencher mais de uma categoria de resposta.

A relação entre anos de estudo e uso atual de SPA mostrou não haver diferença entre o uso de álcool, tranquilizantes, maconha e cocaína inalada nas diferentes faixas estudadas. Entretanto, o uso de solventes e de cocaína injetada mostrou-se inversamente associado ao número de anos de estudo na amostra estudada. A Tabela 16 descreve os achados.



**Tabela 16. Descrição do uso freqüente/diário de SPA em toda a amostra estratificado por anos de estudo**

SPA <sup>5</sup>	até 7 anos de estudo (n=293)		8 a 11 anos de estudo (n=184)		12 anos ou mais de estudo (n=216)		Total	p*
	N	%	N	%	N	%		
Álcool	117	39,9	81	44,0	88	40,7	286	n.s.
Tranquilizantes	40	13,7	25	13,6	25	11,6	90	n.s.
Maconha	109	37,3	61	33,2	62	28,7	232	n.s.
Cocaína inalada	55	18,9	41	22,3	32	14,8	128	n.s.
Cocaína injetada	36	12,3	21	11,4	11	5,1	68	0,02
Crack	2	0,7	2	1,1	1	0,5	5	**
Anfetamina	1	0,3	3	1,6	1	0,5	4	**
Solvente	20	6,9	7	3,8	1	0,5	28	0,01

\* teste do chi-quadrado. <sup>5</sup> Os sujeitos poderiam preencher mais de uma categoria de resposta.

\*\* o pequeno número de casos impediu qualquer análise estatística das diferenças entre as proporções.

Quando o uso freqüente/diário de SPA foi comparado entre as diferentes faixas de renda, percebeu-se que apenas os solventes apresentam uma diferença estatisticamente significativa de uso entre as faixas de renda, sendo mais frequentemente utilizados dentre os indivíduos de menor poder aquisitivo. As demais substâncias não apresentaram diferenças significativas em seu relato de consumo.

**Tabela 17. Descrição do uso freqüente/diário de SPA em toda a amostra estratificado por faixas de renda**

SPA <sup>5</sup>	menos de 1 s.m. (n=134)		1 a 3 s.m. (n=244)		4 ou mais s.m. (n=306)		Total	p*
	N	%	N	%	N	%		
Álcool	61	45,6	107	43,8	113	36,9	281	n.s.
Tranquilizantes	22	15,2	29	11,9	37	12,1	88	n.s.
Maconha	54	40,6	78	31,9	93	30,4	225	n.s.
Cocaína inalada	23	17,4	39	15,9	62	20,3	124	n.s.
Cocaína injetada	11	8,2	23	9,4	32	10,5	66	n.s.
Crack	1	0,7	2	0,8	2	0,6	5	**
Anfetamina	1	0,7	2	0,8	1	0,6	4	**
Solvente	12	9,0	10	4,1	5	1,6	27	0,01

\* teste do chi-quadrado. \*\* o pequeno número de casos impediu qualquer análise estatística das diferenças entre as proporções.

<sup>5</sup> Os sujeitos poderiam preencher mais de uma categoria de resposta.

A análise do tipo de substância utilizada frequentemente ou de forma sistemática e sua associação com soropositividade demonstrou que, à exceção de cocaína injetada, o uso freqüente ou mesmo diário das diferentes drogas não afetou a taxa de positividade para HIV na amostra estudada. Os achados estão sumarizados na Tabela 18.

**Tabela 18. Descrição do uso freqüente/diário de SPA estratificado por resultado HIV**

SPA <sup>§</sup>	HIV +		HIV -		p*
	N/total #	%	N/total	%	
Álcool	57/242	23,6	38/178	21,3	n.s.
Tranquilizantes	83/368	22,6	12/50	24,0	n.s.
Maconha	62/290	21,4	33/129	25,6	n.s.
Cocaína inalada	86/369	23,3	9/51	17,6	n.s.
Cocaína injetada	84/392	21,4	11/28	39,3	0,03
Crack	95/417	22,8	0/3	0,0	**
Anfetamina	95/417	22,8	0/2	0,0	**
Solvente	90/403	22,3	5/17	29,4	n.s.

# a partir dos 420 casos com resultado HIV

\* teste do chi-quadrado. <sup>§</sup> Os sujeitos poderiam preencher mais de uma categoria de resposta.

\*\* o pequeno número de casos impediu qualquer análise estatística das diferenças entre as proporções.

#### 7.2.2.4. Uso de droga injetável e sua relação com o Estado HIV

A Tabela 19 sumariza a relação entre frequência e recenticidade de uso de drogas injetáveis com a soropositividade para HIV entre usuários da amostra, a partir dos 420 casos de onde foi possível resgatar o resultado HIV do respondente. É possível perceber que tanto a experimentação desde 1980, ou o uso no semestre prévio à coleta, ou o uso nos 30 dias prévios à coleta estavam associados a uma alta taxa de soropositividade.

**Tabela 19. Descrição da recenticidade do uso de drogas injetáveis e sua relação com soropositividade para HIV.**

Uso de droga injetável #		N / total	% HIV +	RC.	IC 95%
Desde 1980, ao menos uma vez:	Sim	57 / 129	44,2	5,27	3,45-8,84
	Não	38 / 291	13,1		
Nos últimos 6 meses, ao menos uma vez:	Sim	42 / 89	47,2	4,69	2,73-8,06
	Não	53 / 331	16,0		
Nos últimos 30 dias, ao menos uma vez:	Sim	35 / 74	47,3	4,28	2,42-7,56
	Não	60 / 346	17,3		
Nos últimos 30 dias, uso muito freqüente ou diário:	Sim	11 / 28	39,3	1,83	1,11-3,02
	Não	84 / 392	21,4		

# baseado em um N de 420 indivíduos

\* teste do chi-quadrado

Os achados comparativos entre gêneros e recenticidade de uso injetável de drogas mostram que o gênero masculino tem uma frequência maior de soropositividade em relação ao gênero feminino, independente da recenticidade do uso de drogas injetáveis. Entretanto, a diferença entre uso freqüente/diário nos últimos 30 dias não atingiu significância estatística. A Tabela 20 descreve os achados relativos à recenticidade do uso de drogas injetáveis e sua relação com o gênero dos entrevistados.



**Tabela 20. Descrição da recenticidade do uso de drogas injetáveis e sua relação com soropositividade para HIV entre os dois gêneros**

Uso de droga injetável #	Homens (n=69)		Mulheres (n=26)		p*
	N	% HIV+	N	% HIV+	
Desde 1980, ao menos uma vez:	47	68.1	10	38.4	0,01
Nos últimos 6 meses, ao menos uma vez:	37	53.6	5	19.2	0,001
Nos últimos 30 dias, ao menos uma vez:	32	46.4	3	11.5	0,001
Nos últimos 30 dias, uso muito freqüente/diário:	9	13	2	7.7	n.s.

# baseado em um N de 95 indivíduos

\* teste do chi-quadrado

As análises referentes à recenticidade de uso de drogas injetáveis e sua relação com soropositividade estratificada por faixa etária mostraram que na faixa entre 20 a 29 anos há significativamente mais soropositivos do que nas outras faixas, independente do uso ter sido uma vez na vida desde 1980, ou nos últimos 30 dias. Entretanto, não houve diferenças significativas quanto ao uso freqüente ou diário nos 30 dias prévios à entrevista no que compete às faixas etárias. A Tabela 21 descreve os achados que relacionam soropositividade com recenticidade do uso de drogas injetáveis nas diferentes faixas etárias.

**Tabela 21. Descrição da recenticidade do uso de drogas injetáveis e sua relação com soropositividade para HIV nas três faixas etárias estudadas.**

Uso de droga injetável #	HIV +						p*
	< 20 anos (n=10)		20 a 29 anos (n=40)		30 ou mais (n=43)		
	n	%	n	%	n	%	
Desde 1980, ao menos uma vez:	3	30,0	30	75,0	22	50,0	0,01
Nos últimos 6 meses, ao menos uma vez:	2	20,0	23	57,5	16	37,2	0,05
Nos últimos 30 dias, ao menos uma vez:	2	20,0	20	50,0	13	30,2	0,08
Nos últimos 30 dias, uso muito frequente/diário:	1	10,0	5	12,5	5	11,6	n.s.

# baseado em um N de 95 indivíduos

\* teste do chi-quadrado

A relação entre recenticidade de uso de droga injetável e a escolaridade por anos de estudo é descrita abaixo. A única característica diferente nas três faixas de escolaridade se refere ao uso de droga injetável de forma recente (últimos 30 dias), que demonstrou uma associação inversamente proporcional ao tempo de estudo. Esta mesma associação foi encontrada para as outras variáveis estudadas, sem entretanto atingir significância estatística. A Tabela 22 descreve os achados.

**Tabela 22. Descrição da recenticidade do uso de drogas injetáveis e sua relação com soropositividade para HIV nas três faixas de escolaridade estudadas.**

Uso de droga injetável#	até 7 anos de estudo		8 a 11 anos de estudo		12 anos ou mais de estudo		p*
	n	% HIV+	n	% HIV+	n	% HIV+	
Desde 1980, ao menos uma vez:	32	56,0	14	24,6	11	19,3	n.s.
Nos últimos 6 meses, ao menos uma vez:	25	59,5	9	21,4	8	19,0	n.s.
Nos últimos 30 dias, ao menos uma vez:	22	62,0	7	20,0	6	17,0	**
Nos últimos 30 dias, uso muito freqüente/diário:	8	**	2	**	1	**	**

# baseado em um N de 95 indivíduos

\* teste do chi-quadrado

\*\* o pequeno número de casos impediu qualquer análise estatística das diferenças entre as proporções.

As análises referentes à recenticidade de uso de drogas injetáveis e soropositividade estratificada por níveis de renda não apresentaram qualquer diferença estatística entre os grupos estudados.



### 7.2.2.5. *Frequência a locais de consumo de drogas*

A frequência a um local específico para uso de drogas foi analisada como um possível indicador de risco. Dos 370 sujeitos que relataram que frequentavam locais específicos para a utilização de drogas, 58% relataram que o faziam várias vezes por mês ou todos os dias e 41,6% raramente frequentavam estes locais. Não houve diferença entre os gêneros no que compete à frequência a locais para uso específico de substâncias psicoativas.

A frequência a locais de consumo de drogas foi também analisada quanto à escolaridade dos sujeitos. Apesar de haver uma tendência à associação entre frequência a locais de consumo e menor escolaridade, este achado não foi estatisticamente significativo, assim como as análises referentes à frequência a locais para uso de drogas e renda em faixas também não apresentaram diferenças significativas.

Quando os indivíduos foram analisados no que compete à frequência a locais específicos para uso de drogas e soropositividade, os achados mostraram uma maior taxa de soropositividade entre os indivíduos que haviam frequentado alguma vez estes locais, conforme mostra a Tabela 23.

**Tabela 23. Frequência a locais específicos para uso de drogas na amostra geral e sua relação com soropositividade.**

Frequência #	Positivo		Negativo		p*
	N	%	N	%	
Nunca	41	17,5	193	82,5	0,005
Alguma vez	54	29,0	132	71,0	

# a partir dos 420 casos que apresentavam resultado HIV

\* teste do chi-quadrado

### 7.2.2.6. Uso de preservativos

Quando perguntados sobre frequência de uso de preservativos nas relações sexuais durante os seis meses prévios à coleta, ambos os gêneros apresentaram a mesma distribuição de respostas, sem diferença significativa. A Tabela 24 sumariza os achados relativos ao uso de preservativos na amostra geral e também os compara entre homens e mulheres.

**Tabela 24. Descrição da frequência de uso de preservativos nos últimos seis meses no total da amostra e entre os gêneros.**

Uso de preservativos <sup>§</sup>	Geral		Homens		Mulheres		p*
	n	%	n	%	n	%	
Sempre	151	22,9	115	22,9	36	23,2	n.s.
Quase sempre	201	30,5	155	30,8	43	29,7	n.s.
Quase nunca	152	23,1	112	22,2	40	25,8	n.s.
Nunca	154	23,4	121	24,1	33	21,3	n.s.

\* teste do chi-quadrado

§ Baseado em um n de 658 casos válidos

Se compararmos os achados de uso frequente/infrequente de preservativos com o estado HIV, veremos que nos homens há uma maior proporção de soropositivos dentre os que nunca/raramente usam preservativos. Entretanto, este achado atingiu significância estatística marginal, e dentre as mulheres não houve diferença significativa. A Tabela 25 ilustra a taxa de sorpositividade relacionada à frequência de uso de preservativos estratificada por gênero.

**Tabela 25. Descrição da soropositividade HIV nos dois gêneros quanto à frequência de uso de preservativos**

Uso de preservativos†	Homens		p*	Mulheres		p*
	n/total	% HIV+		n/total	% HIV+	
Nunca/raramente	45/158	28,5	0,06	11/70	15,7	n.s.
Quase sempre/sempre	24/128	18,8		15/58	25,8	

\* teste do chi-quadrado

† baseado em um N de 420 casos

Não houve diferenças entre as três faixas etárias com relação à frequência de uso de preservativos. Aproximadamente metade dos entrevistados nunca ou raramente utilizava preservativos. A Tabela 26 sumariza os achados relativos ao uso de preservativos, comparando-os entre faixas de idade.

**Tabela 26. Descrição da frequência de uso de preservativos entre as faixas de idade.**

Uso de preservativos†	< 20 anos		20 a 29 anos		30 ou mais		p*
	N	%	N	%	N	%	
Nunca/raramente	37	56,1	102	56,3	85	53,4	n.s.
Quase sempre/sempre	29	43,9	79	43,7	73	46,2	

\* teste do chi-quadrado

† baseado em um N de 420 casos

As análises referentes à frequência de uso de preservativos e sua relação com soropositividade estratificada por diferentes faixas de escolaridade e também por diferentes faixas de renda não demonstraram qualquer diferença significativa entre os estratos estudados. Também foi analisada a associação entre uso de preservativos e uso de drogas injetáveis nas diferentes opções de recenticidade. Em nenhuma das análises houve qualquer associação significativa entre as variáveis.



### 7.2.2.7. Preocupação com contaminação e estado HIV

Analisou-se as impressões dos respondentes com relação à preocupação com a disseminação do vírus HIV, tanto no sentido de auto-contaminação como no de contaminar a terceiros. Os achados, relatados na Tabela 27, mostram que nos indivíduos soropositivos há uma preocupação mais rotineira sobre o tema do que nos soronegativos. Isto também ocorre quando a questão se refere a transmitir o vírus a terceiros. Não há diferenças significativas na intensidade de preocupação no que compete a vir a se contaminar entre indivíduos soropositivos ou soronegativos.

**Tabela 27. Intensidade de preocupação quanto à contaminação nos sujeitos entrevistados e sua relação com soropositividade para o HIV**

Questão†	Resultado HIV				p*
	Positivo		Negativo		
	N	%	N	%	
Preocupa-se em já ter sido contaminado					
Nunca/raramente	41	15,6	221	84,4	0,001
Quase sempre/sempre	52	34,2	100	65,8	
Preocupa-se em vir a se contaminar					
Nunca/raramente	51	22,2	179	77,8	n.s.
Quase sempre/sempre	40	21,6	145	78,4	
Preocupa-se em transmitir o vírus					
Nunca/raramente	18	11,3	142	88,8	0,001
Quase sempre/sempre	77	30,1	179	69,9	

† baseado em um N de 420 casos com resultado HIV

As análises mostraram que os homens e mulheres que se preocupam muito com já terem sido contaminados apresentam uma maior proporção de soropositividade do que os indivíduos menos preocupados. Entretanto, a relação entre intensidade de preocupação e taxa de soropositividade não é significativamente diferente com relação ao futuro (vir a se

contaminar), ou com a transmissão do vírus pelas mulheres, sendo-o apenas diferente nos homens - os mais preocupados em transmitir o vírus são mais soropositivos. A Tabela 28 descreve a intensidade da preocupação dos sujeitos entrevistados, estratificada por gênero, no que compete à contaminação pelo HIV.

**Tabela 28. Intensidade de preocupação quanto à contaminação nos sujeitos entrevistados, estratificada por gênero, e sua relação com soropositividade para o HIV.**

Questão†	Homens HIV+		p*	Mulheres HIV+		p*
	n / total	%		n / total	%	
Preocupa-se em já ter sido contaminado						
Nunca/raramente	31 / 188	16,5	0,00	10 / 74	13,5	0,03
Quase sempre/sempre	36 / 98	36,7		16 / 54	29,6	
Preocupa-se em vir a se contaminar						
Nunca/raramente	29 / 129	22,5	n.s.	11 / 56	19,6	n.s.
Quase sempre/sempre	37 / 159	23,3		14 / 71	19,7	
Preocupa-se em transmitir o vírus						
Nunca/raramente	11 / 97	10,2	0,00	7 / 52	13,5	n.s.
Quase sempre/sempre	58 / 181	32,0		19 / 75	25,3	

\* teste do chi-quadrado. Os valores de p se referem às diferenças dentro de cada gênero, e não à comparação inter-gêneros.

† baseado em um N de 420 casos

Nas três faixas etárias, a taxa de soropositividade é maior nos indivíduos que mais frequentemente se preocupam em ter sido contaminados. Na primeira faixa etária, entretanto, esta diferença não atingiu significância estatística. A soropositividade associada à preocupação com vir a se contaminar apresentou uma relação inversa à idade: mais prevalente nos que pouco se preocupam nas faixas mais precoces, e mais prevalente nos que sempre/quase sempre se preocupam na faixa etária mais velha. Entretanto, apenas o primeiro grupo etário apresentou diferenças estatisticamente significativas. No que compete à terceira questão, a frequência de soropositividade é maior nos indivíduos mais preocupados em

transmitir o vírus, nas três faixas etárias, não tendo atingido significância estatística na faixa etária até os 20 anos de idade. A Tabela 29 descreve a relação entre preocupação com contaminação e sua relação com soropositividade, estratificada por faixa etária.

**Tabela 29. Intensidade de preocupação quanto à contaminação nos sujeitos entrevistados, estratificada por faixa etária, e sua relação com soropositividade para o HIV.**

Questão†	< 20 anos			20 a 29 anos			30 ou mais		
	n/tot	%HIV+	p*	n/tot	%HIV+	p*	n/tot	%HIV+	p*
Preocupa-se em já ter sido contaminado									
Nunca/raramente	6/48	12,5	n.s.**	16/115	13,9	0,00	18/92	19,6	0,02
Quase sempre/sempr	4/19	21,1		23/67	34,3		24/65	36,9	
Preocupa-se em vir a se contaminar									
Nunca/raramente	8/28	28,6	0,01.**	16/81	19,8	n.s.	15/72	20,8	n.s.
Quase sempre/sempr	2/39	5,2		23/103	22,3		25/83	30,1	
Preocupa-se em transmitir o vírus									
Nunca/raramente	4/33	12,1	n.s.**	6/65	9,2	0,00	7/58	12,1	0,00
Quase sempre/sempr	6/34	17,7		34/119	28,6		36/98	36,7	

\*teste do chi-quadrado. Os valores de p se referem às diferenças dentro de cada faixa de idade, e não à comparação inter-faixas.

\*\* teste de Fisher

† baseado em um N de 420 casos

Nas três faixas de escolaridade estudadas, a taxa de soropositividade é sempre maior nos indivíduos que apresentam preocupação quase constante com já terem sido contaminados; proporcionalmente, esta "taxa de preocupação" é maior nos indivíduos de menor escolaridade. No que compete a vir a se contaminar, entretanto, não houve diferenças significativas entre as faixas estudadas. A soropositividade é maior nos indivíduos que se encontram mais preocupados em transmitir o vírus nas faixas estudadas, sendo a maior proporção (40%) encontrada na faixa de menor escolaridade. Os achados referentes à



associação entre soropositividade e preocupação com contaminação para o vírus HIV estão descritos na Tabela 30.

**Tabela 30. Intensidade de preocupação quanto à contaminação nos sujeitos entrevistados, estratificada por faixa de escolaridade, e sua relação com soropositividade para o HIV.**

Questão†	menos de 7 anos de estudo			8 a 11 anos de estudo			12 anos de estudo ou mais		
	n/tot	%HIV+	p*	n/tot	%HIV+	p*	n/tot	%HIV+	p*
Preocupa-se em já ter sido contaminado									
Nunca/raramente	25/112	22,3	0,01	7/61	11,5	0,02	7/89	7,9	0,02
Quase sempre/sempre	25/56	44,6		14/46	30,4		12/49	24,5	
Preocupa-se em vir a se contaminar									
Nunca/raramente	25/79	28,1	n.s.	8/47	17,0	n.s.	7/59	11,9	n.s.
Quase sempre/sempre	26/89	29,2		12/60	20,0		12/80	15,0	
Preocupa-se em transmitir o vírus									
Nunca/raramente	12/67	17,9	0,02	1/42	2,3	0,01	5/50	10,0	n.s.
Quase sempre/sempre	42/103	40,1		20/43	31,7		14/89	15,8	

\* teste do chi-quadrado. Os valores de p se referem às diferenças dentro de cada faixa de idade, e não à comparação inter-faixas.

† baseado em um N de 420 casos

Novamente, ao compararmos a taxa de soropositividade entre os indivíduos nas diferentes faixas de renda com relação à preocupação pela contaminação pelo HIV, podemos perceber que a soropositividade é sempre maior nos indivíduos mais constantemente preocupados em já terem sido contaminados, sendo a maior proporção novamente na faixa de menor renda (metade dos indivíduos). Apesar de não atingir significância estatística, a mesma tendência inversamente linear foi encontrada na questão relativa à possível contaminação e também no que compete a transmitir o vírus no futuro, novamente com a taxa de soropositividade mais alta entre os indivíduos de menor renda, conforme ilustra a Tabela 31.

**Tabela 31. Intensidade de preocupação quanto à contaminação nos sujeitos entrevistados, estratificada por faixas de renda, e sua relação com soropositividade para o HIV.**

Questão†	menos de 1 s.m.			1 a 3 s.m.			3 ou mais s.m.		
	n/tot	%HIV+	p*	n/tot	%HIV+	p*	n/tot	%HIV+	p*
<b>Preocupa-se em já ter sido contaminado</b>									
Nunca/raramente	13/53	24,5	0,01	18/92	19,6	n.s.	9/112	8,0	0,01
Quase sempre/sempr	16/29	55,2		20/65	30,8		15/55	27,3	
<b>Preocupa-se em vir a se contaminar</b>									
Nunca/raramente	11/39	28,2	n.s.	15/62	24,2	n.s.	13/81	16,0	n.s.
Quase sempre/sempr	16/42	38,1		23/97	23,7		11/86	12,8	
<b>Preocupa-se em transmitir o vírus</b>									
Nunca/raramente	4/29	13,8	0,01	10/63	15,9	0,04	3/66	4,5	0,03
Quase sempre/sempr	26/54	48,1		29/97	29,9		21/100	21,0	

\* teste do chi-quadrado. Os valores de p se referem às diferenças dentro de cada faixa de idade, e não à comparação inter-faixas.

† baseado em um N de 420 casos

### 7.2.3. *Análises multivariadas*

A partir dos resultados encontrados nas análises bivariadas, e de acordo com o modelo teórico descrito pelo autor na parte introdutória deste estudo, foram selecionadas para análise multivariada as seguintes variáveis do questionário CRA (vide Anexo 2): IDADE, GÊNERO, ESCOLARIDADE, RENDA FAMILIAR, EXPERIMENTAÇÃO DE DROGA INJETÁVEL A PARTIR DE 1980 (q. 17, opção 6), PRESENÇA EM LOCAL ESPECÍFICO PARA USO DE DROGAS, USO DE PRESERVATIVOS EM RELAÇÕES SEXUAIS e PREOCUPAÇÃO COM A POSSIBILIDADE DE VIR A SE CONTAMINAR COM O VÍRUS HIV. Com relação às duas últimas variáveis, optou-se por incluí-las no modelo multivariado mesmo não obtendo constante significância estatística em algumas análises bivariadas. O motivo principal é o de que estas variáveis têm suficiente significância clínico-epidemiológica, sustentadas fartamente pela literatura e pelos modelos etiológicos propostos, para serem consideradas de fundamental importância no modelo multivariado.

Os dados foram analisados através de regressão logística múltipla e estão descritos na Tabela 32. Analisando-se as razões de chance dos valores brutos (não ajustados), foi possível perceber que indivíduos que apresentavam menor escolaridade e menor renda apresentavam chances aproximadamente três vezes maiores de soropositividade quando comparados com os indivíduos de mais escolaridade e mais renda. Além destas variáveis, o uso de droga injetável a partir de 1980 apresentava um risco de soropositividade cerca de cinco vezes maior quando comparado com o não uso. A frequência a locais para consumo de drogas esteve associada a um maior risco de soropositividade apenas na opção "várias vezes por mês", com um aumento da chance em duas vezes na opção "raramente" (mas com significância estatística marginal), mas a razão de chance não se mostrou aumentada na opção de frequência "diária



ou quase diária". A maior faixa etária apresentou aumento de duas vezes da chance de soropositividade quando comparada com a faixa de menor idade, porém com significância estatística marginal. Quando as variáveis foram colocadas conjuntamente no modelo de regressão múltipla, foi possível perceber algumas poucas mudanças: a maior faixa etária apresentou um aumento na chance para soropositividade de aproximadamente 3 vezes do que as outras, e a frequência a locais para consumo de drogas não apresentou aumento significativo das chances, a não ser com significância marginal na opção "raramente". Houve manutenção do efeito da variável "anos de estudo" no modelo, bem como da variável renda. Esta, entretanto, somente apresentou aumento significativo na razão de chances para a opção de menor renda. Como já era esperado, a variável relativa ao uso de drogas injetáveis seguiu tendo uma razão de chance para soropositividade bastante significativa (cinco vezes mais do que os indivíduos que não usaram droga injetável no período). A Tabela 32 descreve os achados.

**Tabela 32. Associação entre soropositividade para HIV e as principais variáveis estudadas, utilizando-se como referência para uso de drogas o uso a partir de 1980.**

Variável	RC bruta IC 95%	RC ajustada IC 95%
<b>Gênero</b>		
Feminino (ref.)	1,00	1,00
Masculino	1,21 (0,70; 2,11)	0,80 (0,43; 1,51)
<b>Idade</b>		
< 20 anos (ref.)	1,00	1,00
20 a 29 anos	1,57 (0,70; 3,61)	1,98 (0,82; 4,76)
30 ou mais	2,11 (0,94; 4,85)	2,89 (1,17; 7,12)
<b>Anos de estudo</b>		
até 7 anos	2,94 (1,59; 5,49)	2,10 (1,02; 4,36)
8 a 11 anos	1,54 (0,74; 3,20)	1,04 (0,46; 2,35)
12 ou mais (ref.)	1,00	1,00
<b>Renda</b>		
menos de 1 s.m.	3,31 (1,70; 6,46)	2,89 (1,32; 6,32)
1 a 3 s.m.	1,90 (1,05; 3,48)	1,51 (0,76; 2,98)
4 ou mais (ref.)	1,00	1,00
<b>UDI a partir de 1980</b>		
não	1,00	1,00
sim	5,27 (3,15; 8,84)	5,18 (2,89; 9,28)
<b>Frequência a locais p/ uso de drogas</b>		
nunca (ref.)	1,00	1,00
raramente	1,79 (0,99; 3,24)	1,89 (0,96; 3,70)
várias vezes por mês	2,47 (1,26; 4,84)	1,78 (0,85; 3,73)
todos ou quase todos os dias	1,34 (0,45; 3,81)	0,64 (0,21; 1,91)
<b>Uso de preservativos</b>		
quase sempre/sempe	1,00	1,00
nunca/raramente	1,23 (0,75; 2,00)	0,57 (0,33; 0,99)
<b>Preocupação com contaminar-se no futuro</b>		
quase sempre/sempe	1,00	1,00
nunca/raramente	0,97 (0,59; 1,59)	1,25 (0,72; 2,16)

Um segundo modelo foi rodado, substituindo a variável de uso de drogas referente ao uso na vida a partir de 1980 por uso de drogas injetáveis *de forma mais recente* (UDI no mês anterior à coleta). Os achados encontram-se na Tabela 33, e pode-se perceber que não houve

qualquer modificação relevante nos achados obtidos a partir desta modificação, sem inclusão ou exclusão de qualquer variável ao conjunto de variáveis inicialmente identificado. O que se pôde observar foi uma discreta redução nas razões de chance para soropositividade, tanto na análise bruta como ajustada (5.27 para 4.28, e 5.18 para 4.30, respectivamente).



**Tabela 33. Associação entre soropositividade para HIV e as principais variáveis estudadas, utilizando-se como referência para uso de drogas o mês anterior à coleta.**

Variável	RC bruta IC 95%	RC ajustada IC 95%
<b>Gênero</b>		
Feminino (ref.)	1,00	1,00
Masculino	1,21 (0,70; 2,11)	1,13 (0,61; 2,10)
<b>Idade</b>		
< 20 anos (ref.)	1,00	1,00
20 a 29 anos	1,57 (0,70; 3,61)	1,91 (0,81; 4,50)
30 ou mais	2,11 (0,94; 4,85)	2,63 (1,09; 6,32)
<b>Anos de estudo</b>		
até 7 anos	2,94 (1,59; 5,49)	2,01 (0,98; 4,12)
8 a 11 anos	1,54 (0,74; 3,20)	1,02 (0,46; 2,27)
12 ou mais (ref.)	1,00	1,00
<b>Renda</b>		
menos de 1 s.m.	3,31 (1,7; 6,46)	2,75 (1,28; 5,90)
1 a 3 s.m.	1,90 (1,05; 3,48)	1,59 (0,82; 3,10)
4 ou mais (ref.)	1,00	1,00
<b>UDI no último mês</b>		
sim	4,28 (2,51; 7,30)	4,30 (2,20; 8,39)
não	1,00	1,00
<b>Frequência a locais p/ uso de drogas</b>		
nunca (ref.)	1,00	1,00
raramente	1,79 (0,99; 3,24)	1,93 (1,00; 3,74)
várias vezes por mês	2,47 (1,26; 4,84)	1,60 (0,75; 3,39)
todos ou quase todos os dias	1,34 (0,45; 3,81)	0,75 (0,24; 2,31)
<b>Uso de preservativos</b>		
quase sempre/sempe (ref.)	1,00	1,00
nunca/raramente	1,23 (0,75; 2,00)	1,67 (0,97; 2,85)
<b>Preocupação com contaminar-se no futuro</b>		
quase sempre/sempe (ref.)	1,00	1,00
nunca/raramente	0,97 (0,59; 1,59)	0,83 (0,48; 1,41)

### *7.3. Discussão do Estudo I*

#### *7.3.1. Críticas ao método utilizado*

O primeiro ponto a ser discutido nesta seção compete a aspectos metodológicos; um dos objetivos gerais desta tese é o de adaptar métodos de pesquisa para a população de usuários de droga de nosso meio, utilizando sistemas de pesquisa já consagrados em outros centros. Cabe portanto discutir o método de recrutamento de sujeitos para o estudo, que considerou elementos oriundos dos métodos típicos das ciências sociais e não se valeu do método epidemiológico clássico, que inclui elementos como cálculo de tamanho amostral e estimativas do poder do estudo. Portanto, deve-se considerar que esta tese utilizou métodos epidemiológicos não convencionais para o nosso meio, e isto em si pode qualificar um avanço no campo, desde que discutidas as vantagens e desvantagens inerentes a esta escolha.

A opção por amostragem por alvos e pelo sistema de "bola de neve", mesmo tendo sido considerada a mais viável para o estudo em questão, gera vieses importantes na consideração da validade externa de estudos com esta característica. Populações "escondidas", ou de difícil acesso, como a de usuários de droga - em particular os UDIs -, não são acessíveis pela epidemiologia convencional (SIQUEIRA e cols., 1998). Mais do que os problemas logísticos naturais ao desenvolvimento de estudos de campo, já mencionados pelo autor em outra linha de pesquisa (PECHANSKY e BARROS, 1995), e que podem ser corrigidos diretamente no trabalho de campo (BARROS e VICTORA, 1991), como o sorteio de casas sem número ou o mapeamento provisório de ruas sem estrutura formal, o estudo de usuários de droga é dificultado pela sua conhecida evitação do sistema de saúde. Os motivos históricos que levaram ao afastamento do usuário de drogas do sistema de saúde convencional não são objeto deste estudo, tendo sido já descritos pelo autor em outro artigo

(PECHANSKY, 1994). O impacto deste afastamento deve entretanto ser mencionado aqui, já que toda uma geração de estudos de base epidemiológica e que envolvem abuso ou dependência de substâncias foi sacrificada pela utilização de métodos inapropriados e pelo pouco desenvolvimento de instrumentos de pesquisa eficazes para este tipo de população. Entretanto, mesmo compreendendo que métodos de amostragem por alvos podem facilitar o acesso a determinados segmentos populacionais, qualquer julgamento realizado a partir da amostra obtida deve levar em consideração que o método de pesquisa utilizado produziu os seguintes vieses potenciais:

- Incluiu no estudo indivíduos que buscam naturalmente os serviços de centros de saúde, triagem e aconselhamento para HIV. Portanto, a amostra é composta de indivíduos que conhecem centros de referência, e conseguiram chegar a estes centros, o que pressupõe uma dose significativa de motivação;
- Incluiu no estudo indivíduos referidos pelos participantes-chave como sendo de potencial interesse para a linha de pesquisa em questão. Isto significa que os participantes-chave podem ter se referido a indivíduos mais graves do ponto de vista de abuso de drogas ou risco para HIV, ou que a amostra é baseada na referência de indivíduos que fazem parte de alguns grupos ou rede geográfica, social ou culturalmente selecionados.
- Em ambos os casos, incluiu no estudo indivíduos que, se não recebiam compensação financeira direta pela sua participação, tinham como opção a possibilidade de tratamento ou encaminhamento de diversas questões de sua saúde pessoal (vide Anexo 3 - Consentimento Informado). Como se tratava de um estudo com dados obtidos através de questionário auto-aplicado, é possível que haja um viés no sentido



de "aumentar a verdade" quanto ao uso de drogas, frequência de uso, situações de risco, etc. como um fenômeno relacionado a "ser aceito pelo sistema", pelas razões já mencionadas anteriormente. Buscou-se diminuir este viés através da leitura e discussão detalhada da folha de rosto do CRA e do processo de consentimento informado.

- Excluiu do estudo indivíduos que apresentam situações de risco e não compareceram aos locais de coleta. Como não foram feitas entrevistas nos domicílios ou nos locais de uso de drogas, é provável que a amostra neste sentido ilustre de forma mais branda a realidade do uso de drogas - particularmente de UDIS da cidade de Porto Alegre.
- Excluiu do estudo, apesar de não ser utilizado como critério de exclusão, os indivíduos que moravam longe dos locais de coleta. Como foram utilizados apenas quatro locais de coleta da cidade de Porto Alegre, sendo que três deles na zona mais central da cidade, é muito provável que os indivíduos que habitam zonas mais distantes não tenham comparecido aos locais de coleta no período estudado. Com base exclusivamente nas características conhecidas deste tipo de população, é adequado supor que os indivíduos que chegaram aos locais de coleta, se habitantes de outras zonas geográficas, apresentavam-se muito motivados - ou sob um grau extremo de risco e portanto de intensa necessidade de atendimento de saúde, para comparecerem a um centro de tratamento em um dos momentos onde houve coleta de dados. Isto pode ter produzido um tipo de viés já mencionado anteriormente.
- Como já foi mencionado no método deste estudo, o CRA é um instrumento em adaptação para o meio brasileiro, motivo de todo o desenvolvimento do Estudo II desta tese. A supressão de sessões inteiras do instrumento original, e portanto a

modificação da amplitude de escores possíveis impede sua comparação direta com estudos norteamericanos. Este tema será mais amplamente discutido na Discussão do Estudo II.

Este estudo teve partes de seu método desenvolvidas ao longo do seu curso. Como não foi feito um cálculo de tamanho amostral prévio ao início do estudo, tendo-se inicialmente decidido incluir todos os pacientes ao longo de um período estimado de tempo, seria importante uma crítica quanto à confiabilidade (validade externa) dos achados relativos a este estudo transversal. Desta forma, foram calculados tamanhos de amostra estimativos, baseados nas diferentes freqüências encontradas para o desfecho principal em diferentes estratificações e associações com as variáveis em estudo. Portanto, estimando-se um poder de 80%, erro alfa igual a 0.05, variando o risco relativo, a prevalência a razão de não expostos/expostos em função das freqüências obtidas nas tabelas do Estudo I, teríamos diversos tamanhos de amostra, todos eles menores do que o n final obtido no estudo transversal. Estes valores estão ilustrados no Quadro 2:

**Quadro 2. Tamanhos de amostra estimados baseados em razão não expostos/expostos e diferentes Razões de Chance (desfecho de interesse=soropositividade)**

Razão não expostos/expostos	RC = 1.8 n	RC = 2.1 n	RC = 3.4 n	RC = 2.8 n
1:1	480	328	164	190
2:1	531	360	174	207
3:1	620	420	200	240

A essas amostras seriam acrescidos 10% para compensação de perdas e recusas, o que é um procedimento padrão em estudos desta natureza. Pode-se ver, portanto, que o maior

número estimado de casos seria de  $620 + 62 = 682$ , bastante próximo do  $n$  do estudo, de 695 casos.

Um outro ponto a salientar é o da estrutura do instrumento. Conforme já foi descrito anteriormente, o CRA na sua versão original e nas versões brasileiras é formado por questões de quatro opções de resposta - o que força o entrevistado a fugir de respostas "na linha média", mas as opções de resposta são baseadas em medidas de frequência que certamente variam muito de indivíduo para indivíduo. Examine-se uma questão qualquer do instrumento, por exemplo a de número 33:

"Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve relações sexuais para conseguir drogas?"

0= Nunca

1= Raramente

2= Várias vezes por mês

3= Todos ou quase todos os dias

À exceção das opções nunca e todos os dias, as opções intermediárias permitem grande variabilidade de resposta. Imagine-se um usuário de drogas injetáveis, por exemplo, que se injeta em média cinco vezes por dia, e que portanto necessita conseguir drogas sistematicamente para seu uso próprio. Se ele recorreu a relações sexuais por 10 vezes no último mês para conseguir drogas, a resposta "várias vezes por mês" nos poderia ser a mais apropriada. Entretanto, se nos meses anteriores ele o fazia quase que diariamente, e no último mês diminuiu significativamente a frequência de relações sexuais para conseguir drogas, é



provável que a opção "raramente" lhe pareça a mais sensata. Além disso, é pouco provável que um UDI consiga fazer estimativas de frequência baseadas em um período longo de seis meses, nos quais, em média, ele pode ter se injetado aproximadamente 900 vezes. A experiência clínica com pacientes usuários de drogas mostra que sua compreensão de tempo e sua visão geral de mundo sofrem muita interferência de seu estado mental - em especial dos momentos de abstinência da droga, dificultando respostas que envolvam este tipo de raciocínio. Como em qualquer estudo transversal, o potencial de viés de memória ("*recall bias*") deve ser considerado, particularmente em estudos deste tipo - sem muita interferência do entrevistador - e com pacientes com as características específicas de usuários de drogas. Mesmo assim, questões que poderiam ter sido incluídas de forma sistemática neste tipo de estudo são as que nos permitiriam saber se o indivíduo está, no momento da aplicação do instrumento, sob efeito de uma SPA. Apesar dos esforços dos coletadores e do treinamento utilizado, é provável que em alguns casos tenha havido algum tipo de interferência nas respostas pelo estado de intoxicação apresentado pelo respondente, que não tenha sido percebido pelo coletador.

Outro elemento importante de salientar nesta parte da discussão é o do preenchimento do questionário pelo próprio entrevistado. Conforme descrito no método, o entrevistador se fazia presente apenas na parte inicial e final do procedimento de coleta, quando explicava o método de pesquisa, explicava o processo de consentimento informado, e ao final revisava se todos os campos do questionário estavam preenchidos. O entrevistador somente era acionado em caso de dúvida manifestada pelo respondente, o que pode ter gerado um viés na qualidade das respostas do questionário na forma auto-administrada. Mesmo com todos estes cuidados, em alguns casos não foi possível obter escores totais para o instrumento

por falha no preenchimento de alguma questão do CRA, que passou despercebida pelo coletador.

Uma forma alternativa para corrigir vieses decorrentes de memória e de problemas de preenchimento de questionários auto-aplicados é a utilização de um escore balanceado ou composto, em que após o respondente emitir um valor numérico para determinada questão, esta é rephraseada e intensamente discutida ("*probed*") pelo entrevistador e entrevistado, como por exemplo no instrumento Addiction Severity Index (ASI), de McLELLAN e cols. (1980). O escore final para cada questão é então o produto de um diálogo entre o entrevistador e o entrevistado, fornecendo um elemento de maior veracidade à resposta dada. Razões de caráter logístico (custos, treinamento, tradução do instrumento) impediram a realização deste tipo de entrevista neste estudo.

Existem questões que o questionário CRA não contempla em sua versão brasileira, e que podem ter afetado significativamente os achados deste estudo. Uma das questões que existe no questionário original e que não foi incluída na versão brasileira é a de uso *compartilhado* de drogas injetáveis por parte do respondente. Como não se tinha uma estimativa apropriada sobre a real prevalência de usuários de droga injetável na população estudada, optou-se por eliminar esta seção de questões da versão em português por questões de espaço e tempo de preenchimento. Tal estratégia mostrou-se inapropriada, devido à alta prevalência de usuários injetáveis, e que não havia sido detectada com tamanha magnitude no estudo piloto. As informações sobre frequência de uso de drogas injetáveis, tipo de droga injetada, ou mesmo a frequência a locais específicos para utilização de drogas são apenas indicadores indiretos do risco que está associado ao compartilhamento de agulhas, seringas e líquidos utilizados na injeção de drogas.

Um ponto a salientar na análise do desfecho clínico de interesse: o status sorológico somente pôde ser avaliado em 420 (60.4%) dos 695 casos da amostra estudada. O motivo principal desta perda é o de que nem todos os testes de sorologia foram realizados sob controle da equipe do estudo, uma vez que os sujeitos eram provenientes de quatro locais distintos de Porto Alegre, sendo alguns mais organizados para realizar o exame "in loco", como os COAS ou mesmo o HCPA. No local de coleta da Cruz Vermelha, entretanto, não há uma sistemática de testagem sorológica para todos os pacientes supostamente de risco, e quando isto é necessário eles são encaminhados a outros centros, como os próprios COAS e o HCPA. Em primeiro lugar, as taxas de soropositividade são diferentes de acordo com os diferentes locais de coleta, de acordo com a Tabela 5, e a proporção de perdas por local também, sendo muito maior na Cruz Vermelha. Além deste fato, é importante salientar que um importante viés de confusão deve ser aqui considerado: talvez os indivíduos sob maior risco tenham maior evitação a realizar o exame quando solicitados. Uma forma indireta de corrigir este viés seria a comparação futura entre os escores do questionário CRA de pacientes que realizaram e que não realizaram o teste, o que poderia ser efetuado em estudos futuros ou em análises específicas da base de dados já existente.



### 7.3.2. Análises bivariadas

Os achados do Estudo I são baseados em uma amostra predominantemente masculina, solteira ou sem companhia fixa, e que em um terço dos casos trabalhava, tendo renda superior à da fração feminina da amostra. Ao analisarmos os dados demográficos da amostra na Tabela 4, podemos perceber que uma parcela significativa dos homens (50%, aproximadamente) e das mulheres (37%, aproximadamente) apresentava renda familiar acima de 3 salários mínimos, contradizendo a impressão leiga de que os usuários de droga se concentram em uma faixa populacional de renda inexistente ou mesmo muito baixa. Na verdade, os dados referentes à existência de renda por parte dos usuários de droga estudados nesta amostra são também corroborados, mesmo através de medidas indiretas, pelas informações de que aproximadamente 30% da amostra apresentava 12 ou mais anos de estudo (II grau completo) e 48% dos entrevistados trabalhava de forma sistemática, associados aos quase 30% que trabalham de forma irregular. Portanto, trata-se de população jovem - na faixa predominante de prevalência de idade da população brasileira, de acordo com o IBGE (1998) e potencialmente produtiva, o que aumenta a importância do diagnóstico das situações de risco para este grupo, evidenciando a necessidade de se desenvolver ações preventivas para indivíduos abaixo dos trinta anos, de ambos os sexos. BARCELLOS (1998), CASTILHO e SZWARCOWALD (1997) e LIMA e cols. (1994) também identificam a faixa dos 25 aos 40 anos como a faixa de maior concentração de usuários de drogas sob risco de soropositividade em seus estudos, o que corrobora os achados encontrados.

Apesar de um terço da amostra ter suficiente escolaridade para se beneficiar de elementos preventivos que envolvam leitura, conhecimento adquirido e manuseio de informações padronizadas, é importante salientar que para 40% da amostra seria necessário

desenvolver métodos alternativos de contato com informação referente a HIV e AIDS, já que esta parcela da amostra não possui sequer o primeiro grau completo. Desta forma, é possível inferir um dos motivos pelos quais o material impresso, ou mesmo as atividades curriculares propostas pelos programas escolares desenvolvidos seja pelo governo ou por outros órgãos de prevenção podem não estar sendo eficazes, sugerindo a necessidade de outras formas de intervenção que considerem a questão da literacia e da capacidade de compreensão.

### 7.3.2.1. Soropositividade e testagem HIV

O primeiro achado saliente do Estudo I é o de não haver diferença nas questões relativas à soropositividade e à testagem HIV entre os dois gêneros. Quando a amostra como um todo foi estratificada por sexo, notou-se uma similaridade no que compete ao número de vezes em que os indivíduos se submeteram a um teste HIV (aproximadamente 40%), à frequência com que foram testados (aproximadamente 50% já foram testados no mínimo 3 vezes), à informação sobre ser portador do vírus (aproximadamente em 20% dos casos) e à soropositividade (aproximadamente 20% dos homens e mulheres eram soropositivos). Inicialmente, é importante comentar que esta é uma alta taxa de soropositividade, se considerarmos que os indivíduos estudados são usuários de drogas variadas e não apenas de drogas injetáveis. Este achado é confirmado pelos resultados da Tabela 18, que compara o tipo de droga utilizado frequentemente e os achados de soropositividade. Entretanto, é provável que mais a *forma* de uso, e não o tipo de droga utilizada, é que esteja associada com maior risco, já que apenas o uso *injetável* de cocaína apresentou diferença significativa quanto à soropositividade do respondente. A relação entre soropositividade e uso de drogas injetáveis já é bastante definida na literatura internacional, sendo corroborada por LIMA e cols (1994), ao descreverem uma taxa de soropositividade de 32% em UDIs de um estudo realizado no Rio de Janeiro, e por GUIMARÃES e CASTILHO (1993) ao descreverem a

crescente ascensão dos UDIs na composição dos casos de soropositividade desde 1987 até 1992 no Brasil.

O fato de uma maior proporção dos indivíduos mais velhos já terem sido testados para HIV ou repetido o teste mais vezes tanto pode significar que eles estão realmente mais expostos a risco por atitudes específicas referentes à idade como pode apenas dizer que em função de terem tido mais tempo de vida eles já foram mais abordados pelo sistema de saúde e pela informação disponível, estando potencialmente mais aptos para revisar suas condições de risco, desta forma comparecendo mais aos locais de coleta. Entretanto, esta é uma hipótese que, considerada de forma isolada, é pouco plausível. Como eles também são mais soropositivos do que os indivíduos mais jovens, isto pode na verdade estar mostrando uma associação real entre tempo de exposição e soropositividade. Entretanto, mesmo com os achados ajustados por regressão múltipla (vide adiante), os fatores de risco associados ao tempo de exposição e idade podem ser muito melhor analisados sob a forma de estudos longitudinais e não a partir de um estudo com delineamento transversal, que apenas pode sugerir uma associação entre estas variáveis, sem no entanto estabelecer qualquer inferência de causa e efeito, a não ser a de hipóteses a serem testadas em outros estudos.

Parece haver uma associação - porém não estatisticamente significativa - entre a escolaridade e o acesso à testagem HIV, o que teoricamente faz bastante sentido. Este estudo demonstra uma maior taxa de soropositividade nos indivíduos que foram menos expostos ao sistema escolar, sendo esta variável medida através do número de anos de estudo. Os indivíduos com menor escolaridade são quase duas vezes mais soropositivos do que os indivíduos com mais anos de estudo, e a informação por terceiros sobre ser portador do vírus associa-se diretamente a isto ("Já lhe disseram que é portador do HIV?"). Portanto, parece que



genericamente estudar mais - e portanto estar mais apto a receber e manusear informação - está associado com menor soropositividade e com maior acesso à informação sobre o seu próprio status sorológico. É como se os indivíduos ao saberem da possibilidade de contaminação, por serem usuários de drogas, buscassem saber mais sobre seu estado sorológico - medido pelo maior número de vezes em que o indivíduo fez o exame. E esta busca parece estar diretamente associada à quantidade de anos de estudo que o indivíduo recebeu.

Apesar de não haver diferença entre o número de vezes em que os indivíduos realizaram o teste HIV - o que sugere de que o teste está sendo disseminado igualmente para as diferentes camadas populacionais desta amostra - é evidente a associação inversa entre renda e soropositividade. A Tabela 9 ilustra este fenômeno, ao demonstrar que nas diferentes classes de renda a proporção de indivíduos que realizou o exame ao menos uma ou mais de três vezes não é afetada pelo status econômico. Porém, os indivíduos que referem renda familiar de menos de um salário mínimo têm uma taxa de soropositividade duas vezes e meia maior do que os indivíduos com melhores condições sociais (4 ou mais salários mínimos), demonstrando novamente que a renda interfere com o desfecho de interesse.

#### *7.3.2.2. Práticas de risco*

É possível sugerir que a amostra estudada tem um comportamento conservador no que compete a relações sexuais, sendo muito mais frequentes os relatos de relações sexuais de risco (sem camisinha) com o sexo oposto do que com o mesmo sexo. Da mesma forma, o sexo pago é mais freqüente entre as mulheres como forma de conseguir dinheiro, e entre os homens, como forma de obter sexo, segundo os achados descritos na Tabela 10. Entretanto, todo o conservadorismo encontrado no que compete a atividade sexual é questionado pela

exposição ao uso de drogas injetáveis. Mesmo sendo mais frequente entre os homens, o uso de drogas injetáveis é bastante alto entre as mulheres (40% versus 20%), levando-nos a considerar que, além do fato das mulheres serem parceiras de UDIs em um terço dos casos, elas também estão expostas ao risco direto de contaminação por utilizar drogas injetáveis. Este achado é novo na epidemiologia do uso de drogas injetáveis, que sempre apresentou taxas muito mais altas entre os homens do que entre as mulheres. BARCELLOS e BASTOS (1996) já alertavam para o aumento da participação feminina nos casos de AIDS em 1996, mas ainda não salientavam que isto poderia se dever diretamente ao aumento da prevalência de UDIs entre as mulheres, sendo apenas sugerido pelos autores que o crescimento do número de casos femininos se devia exclusivamente ao aumento da relevância da transmissão heterossexual como forma de contágio.

Nas questões relativas à faixa etária, a única prática de risco que parece ser afetada pela idade é a de relações sexuais com profissionais de sexo, mais freqüente nos indivíduos mais velhos - e que pode estar associada a uma maior renda. Entretanto, análises de controle não demonstraram haver diferença significativa entre renda e faixa etária na amostra estudada. Isto nos permitiria considerar outra hipótese: a de que indivíduos de mais idade teriam talvez mais necessidade de sexo pago, ou que talvez estes indivíduos seriam mais separados ou sem companhia do que os indivíduos mais moços. Entretanto, estas análises fogem do escopo dos objetivos principais deste estudo, podendo ser realizadas em estudos futuros. O que nos parece importante salientar aqui é que a prática de sexo com profissionais, assim como o uso de drogas injetáveis, parece oferecer mais risco aos indivíduos mais velhos do que aos mais novos, por serem mais frequentemente relatadas nestas faixas etárias. Como se pode ver nos achados referentes à associação entre práticas de risco e escolaridade, os indivíduos com menos anos de estudo estão mais propensos a relações sexuais sem

preservativo e a trocas de sexo por dinheiro. É evidente que a escolaridade e a renda andam juntas nesta amostra, o que explica a maior necessidade de obtenção de dinheiro através de sexo nos extratos menos favorecidos, e parece também favorecer ao uso de drogas injetáveis, talvez por um maior desconhecimento sobre seus efeitos ou potenciais danos.

Quando as práticas de risco foram estratificadas por faixas de renda, foi possível perceber que a renda discrimina situações de risco tais como transfusão sanguínea - mais freqüente na faixa mais pobre - e talvez ilustrando mais necessidades de saúde neste estrato - e relações desprotegidas com homens (mais freqüentes nas duas faixas mais pobres). A freqüência das relações com profissionais de sexo está linearmente associada com a renda dos indivíduos, e as relações sexuais em troca de dinheiro estão obviamente associadas de forma inversa com a faixa de renda. O uso de drogas injetáveis não mostrou diferenças significativas entre as faixas e a parceria com UDIs não mostrou associação linear com renda, apesar de ser significativamente mais freqüente na faixa de renda de 1 a 3 salários mínimos. Isto pode estar na verdade sugerindo que a variável que realmente discrimina situações de risco atuais e passadas é a renda dos indivíduos, seja medida de forma direta, seja através de indicadores indiretos como a escolaridade - ou seja, até onde o indivíduo conseguiu ficar na escola antes de ter que ingressar no mercado de trabalho. O que sugere um panorama sombrio, no qual todo os elementos preventivos, desenvolvidos por indivíduos letrados, que cursaram faculdade, estudaram propaganda, comunicação, saúde pública, etc., apesar dos esforços, e ainda dirigidos com mais sucesso às camadas de maior acesso à informação e recursos de saúde, esbarram na distorção causada pela péssima distribuição de renda do país. Na prática, isto significa que se as campanhas forem eficazes, elas terão maior sucesso nas camadas mais favorecidas, gerando uma maior separação - uma "pauperização" da epidemia de AIDS: os indivíduos mais letrados, com acesso à saúde, e que porventura estejam expostos a



circunstâncias de risco irão se beneficiar mais do efeito preventivo do que os indivíduos de menor classe socioeconômica, favorecendo uma maior disseminação da epidemia nas classes com menor recurso. O que nos faz voltar à questão da "guetização" ou "favelização" da AIDS (SWAN, 1997): a tendência a discriminar a epidemia às camadas de menor poder aquisitivo pode ser vista então como um fenômeno envolvendo a mídia, e que é retroalimentado pelo formato com que esta tem abordado o problema, produzindo informação que reforça as distâncias existentes, e com isto aumentando as diferenças entre fatores de risco e de proteção nas diferentes camadas da população expostas ao vírus.

### *7.3.2.3. Uso de drogas*

Os achados referentes ao uso atual e freqüente de drogas nesta amostra mostraram que somente há diferenças significativas entre gêneros quanto ao uso de maconha e cocaína injetada (mais freqüente nos homens) e tranquilizantes (mais freqüente nas mulheres). É importante analisar os achados referentes ao uso de cocaína nas suas duas formas de administração. Quando comparamos cocaína injetada com aspirada, vemos que não há diferença entre gêneros para a droga aspirada, mas há uma proporção muito maior de usuários sob a forma endovenosa entre os homens do que as mulheres. O que parece corroborar a imagem de que o uso *sistemático* (atual, freqüente ou diário) de drogas injetáveis é muito mais comum entre os homens, mesmo que a experiência de usar drogas injetáveis - ao menos uma vez na vida - seja comum em 20% das mulheres da amostra. É provável que as mulheres o façam sob uma forma experimental, diferentemente do uso sistemático sob esta forma, mais característico dos homens. É difícil considerar a causa para tal atitude. Poder-se-ia especular que o gesto de injetar-se uma SPA seria culturalmente mais aceito entre os homens por ser considerado mais agressivo, assim como o uso de benzodiazepínicos sob forma oral é mais freqüentemente relatado por mulheres do que por homens em nosso meio (GALDUROZ e

cols., 1994). Mas este estudo somente tem condições de identificar as diferenças existentes, novamente sem qualquer inferência causal.

Quanto à idade, entretanto, há uma tendência de que álcool e tranquilizantes sejam mais utilizados de forma freqüente pelos indivíduos mais velhos, ao contrário da maconha e da cocaína inalada. Elementos históricos corroboram esta tendência, pois é importante considerar que o uso de drogas ilegais tem uma característica epidêmica, diferentemente do uso de drogas legalmente permitidas como álcool e tranqüilizantes (JOHNSON e MUFFLER, 1997).

A cocaína injetada não apresentou diferenças no que compete à faixa etária. Aqui pode-se especular sobre o significado deste achado. Se por um lado se imagina que o uso de drogas injetáveis se dê após um longo tempo de utilização de outras drogas (ou outras formas mais "brandas" da mesma droga), - o que favoreceria encontrar usuários de drogas injetáveis entre os indivíduos mais velhos, e que portanto já foram expostos a um processo mais longo de utilização de SPA-, por outro pode-se considerar que o uso de injetáveis segue uma outra direção. Para isto, é adequado considerar os achados referentes às tabelas 16 e 17, que analisam o uso de drogas de forma freqüente e atual quanto à escolaridade e à renda. O que parece diferenciar o uso de drogas injetáveis não é a renda dos indivíduos, mas sim a escolaridade, que na verdade pode ser um produto indireto da renda; indivíduos com menos estudo utilizam cocaína injetada de forma significativamente mais freqüente do que indivíduos com maior escolaridade. Talvez aqui um dos elementos do modelo teórico proposto pelo autor seja de fundamental importância, ao considerarmos que baixa escolaridade - levando a pouca informação - direciona uma baixa percepção de risco moral, social e físico associado ao uso de drogas injetáveis, favorecendo diretamente o uso desta via

de administração. Examinemos então a questão específica do uso de drogas injetáveis nesta amostra.

#### *7.3.2.4. Uso de drogas EV*

O uso de drogas sob forma injetável parece ser a variável mais constantemente associada à soropositividade dos indivíduos estudados nesta tese. Considerando-se apenas os 420 indivíduos com resultados confiáveis de sorologia, é possível perceber uma forte associação entre o uso de drogas injetáveis e a soropositividade dos sujeitos, com taxas de soropositividade variando entre 47% (uso ao menos uma vez nos últimos 30 dias) e 40% (uso diário ou quase diário). Apesar de haver um risco sempre aumentado entre os UDIs, independente da recência do uso, é importante ressaltar que as razões de chance são bastante diferentes entre si quando é examinada a associação entre recência do uso e soropositividade dos UDIs. Parece não haver uma diferença significativa nas razões de chance dentre os indivíduos que experimentaram drogas injetáveis ao menos uma vez na vida, ou uma vez nos últimos seis meses, ou mesmo alguma vez nos últimos 30 dias. Mas o risco de soropositividade dos indivíduos que fazem uso sistemático é substancialmente menor do que o do outro grupo. Uma provável explicação para este fenômeno seria o fato de que na verdade podem se tratar de dois grupos. Análises subsequentes poderiam comprovar se não estamos na verdade diante de um grupo maior de usuários eventuais de drogas injetáveis, que em função do uso não sistemático não teriam tanta preocupação com limpeza de seringas, sendo menos atentos aos riscos relacionados ao uso compartilhado de drogas; por outro lado, talvez o grupo de usuários sistemáticos (diários) seja mais atento às questões relativas à manutenção de seringas novas e à evitação do compartilhamento. Novamente, esta afirmação é impossível de ser comprovada através dos elementos presentes neste estudo, mas há um profundo sentido clínico-epidemiológico nesta questão, e que consubstanciaria análises subsequentes: se é



verdade que os indivíduos que são mais dependentes, ou que usam de forma mais frequente, têm uma menor taxa de soropositividade, então os programas e campanhas de cunho preventivo e educacional deveriam estar voltados com mais intensidade ao usuário ocasional, ao invés de se destinarem quase que exclusivamente ao usuário sistemático. Uma analogia pode ser feita com relação ao uso de preservativos. É muito provável que uma profissional de sexo tenha um maior interesse no uso de preservativos - mesmo que isto signifique dificuldades na negociação de sexo com seus clientes - do que indivíduos que ocasionalmente se envolvem em circunstâncias de relacionamento sexual não planejado. Os enfoques são necessariamente distintos - na verdade, sendo complementares.

Ainda no que compete ao uso injetável, o gênero masculino tem uma prevalência maior de soropositividade em relação ao gênero feminino, independente da recência do uso, à exceção de uso muito intenso ou diário nos últimos 30 dias, em que não houve diferença entre gêneros, novamente sugerindo a idéia de que se trata de uma sub-amostra da amostra total, com características bastante peculiares. A noção mais comum de que os homens se contaminam mais pelo uso direto de drogas e as mulheres se contaminam pelo relacionamento sexual com parceiros UDIs parece ser a explicação mais plausível para estes achados, novamente levando em consideração a possibilidade de um grupo de UDIs dependentes de cocaína ter sido identificada como uma sub-amostra da amostra principal.

Ao verificarmos a distribuição em faixas etárias dos 95 indivíduos soropositivos, percebemos um acúmulo de prevalência na faixa etária intermediária (20 a 29 anos) e na faixa mais velha, tanto no que compete ao uso uma vez desde 1980, ou nos últimos 30 dias ou seis meses. Isto parece significar que o usuário injetável mais exposto a risco para soropositividade é aquele que usa há mais tempo ou se injetou mais vezes - também em

função de usar mais tempo por ser mais velho. Entretanto, novamente este grupo deve ser distinguido do grupo de usuários muito freqüentes, onde não há diferença significativa na prevalência de soropositividade nas diferentes faixas etárias.

Novamente nesta seção do estudo, renda e escolaridade se comportam de forma semelhante. Apesar de haver um acúmulo na proporção de casos soropositivos na faixa de menos estudo (e também de menos renda), não foi possível demonstrar qualquer diferença significativa entre os achados. Entretanto, cabe aqui um comentário referente ao método. Devido à seqüência de estratificações realizadas para este tipo de análise, é muito provável que o número muito pequeno de casos disponíveis nesta estratificação tenha contribuído para a impossibilidade de demonstrar as diferenças, aparentemente evidentes, entre o grupo de menor condição socioeconômica e as outras faixas. Para esta análise, foram feitas quatro estratificações da amostra original: de um N inicial de 695, foram analisados os 420 que possuíam algum resultado do teste HIV. Destes 420, somente foram considerados os soropositivos (n=95), que foram estratificados em três faixas de estudo e, de acordo com cada uma das questões, terminou-se trabalhando com um n final que variou de 94 (uso desde 1980) a apenas 11 casos (uso diário nos últimos 30 dias). Este limite nos remete à questão metodológica inicial. Informações desta natureza somente serão possíveis com amostras muito maiores, que ao final de diversas estratificações forneçam um número de casos suficiente para esta tipo de análise. Ou com amostras pequenas que sejam abordadas de forma diferente - como por exemplo estudos de base sociológica ou antropológica, em que a descrição de características de cada caso é muito mais vertical.

### 7.3.2.5. *Frequência a locais de consumo de drogas*

Uma das contribuições originais deste estudo é a proposta de análise da associação entre a frequência a locais específicos para consumo de drogas e o seu impacto em comportamentos de risco, aferidos através de um desfecho clinicamente significativo como soropositividade. Esta associação já está bem analisada por estudos americanos (INCIARDI, LOCKWOOD e POTTIEGER, 1993), particularmente quando se examina as questões envolvendo a subcultura específica associada a algumas drogas, como por exemplo o crack. Nos estudos realizados em Miami e outras capitais norteamericanas foi possível reconhecer padrões específicos de risco associados a tipos peculiares de consumo de drogas, como a maior frequência de contaminação por sexo oral em usuários de crack, ou mesmo a associação entre sexo homossexual sem proteção e o uso de amil ou butilnitrato ("poppers") como afrodisíaco em casas de banho gays de San Francisco. Evidentemente não temos tamanha especificidade, seja pelo menor número de opções de droga, seja por uma menor organização sociocultural dos usuários de drogas em nosso meio. Entretanto, mesmo na cidade de Porto Alegre é sabido que os usuários de drogas - particularmente UDIs - se aglomeram em casas abandonadas, pontes, garagens, etc., que são conhecidos em alguns pontos de Porto Alegre pelo apelido de "brete"<sup>14</sup>. Estes locais têm uma rotina específica para o uso de drogas que se expressa por formas de pagamento, métodos de comunicação, disponibilidade de drogas e/ou equipamento de injeção. Como são locais que ficam salientes ou marcados pela comunidade local, inclusive devido às incursões da polícia, trocam de endereço frequentemente, levando junto os seus "clientes". Sabe-se ainda muito pouco sobre a cultura envolvida no uso de drogas nestes locais, uma vez que o acesso somente pode ser feito com autorização dos responsáveis. Neste estudo procurou-se apenas estabelecer alguma

---

<sup>14</sup>Um brete, segundo o Dicionário Aurélio, é um pequeno curral ou corredor estreito, por onde passam os animais na lida do campo, seja para vacinação ou para abate.



associação entre a frequência a estes locais e seu impacto na soropositividade, demonstrando a necessidade de conhecimento futuro sobre esta questão. Os dados analisados nos mostram não haver diferenças de frequência a estes locais no que compete a gênero, havendo entretanto uma maior frequência de indivíduos com menor escolaridade a estes locais. Especificamente quanto à soropositividade, a Tabela 23 ressalta que os indivíduos que frequentaram alguma vez estes locais são mais soropositivos do que os que nunca o fizeram. Esta associação faz sentido clínico, uma vez que usuários mais contumazes de drogas necessitam de mais equipamento, mais droga e provavelmente se beneficiam mais de um local seguro para usufruir do efeito da substância do que usuários eventuais. Em função do uso repetido, entretanto, é pouco provável que o suprimento de seringas novas ou limpas seja sempre completo. Como é sabido que usuários com grande uso de cocaína apresentam frequentemente grande "fissura" ou compulsão para usar a droga, e como a "fissura" diminui a consciência crítica quanto ao uso limpo de drogas, é razoável considerar que nestes locais haja mais uso compartilhado de seringas do que em locais não especificamente voltados para uso de drogas, contribuindo para um aumento da soropositividade nestas circunstâncias. O que novamente vai a favor do modelo de exposição a risco proposto pelo autor, ao considerar que "outras variáveis" - no caso a frequência a locais específicos de consumo - favorecem o aumento das circunstâncias de risco para contaminação.

#### *7.3.2.6. Uso de preservativos*

Se por um lado temos uma frequência similar de uso de preservativos entre homens e mulheres, conforme demonstra a Tabela 24, é importante salientar que o uso frequente (sempre/quase sempre) não passa de 50% na amostra estudada. O que seria por si só um elemento de risco para qualquer indivíduo exposto a relações sexuais, para usuários de drogas pode ter um efeito potencializador devido ao fato de que o uso de substâncias produz uma

diminuição de senso moral e crítico, favorecendo a eventualidade de relações sexuais desprotegidas. Paradoxalmente, entretanto, a frequência de uso de preservativos não apresentou qualquer diferença significativa quando foi comparada com o uso de drogas injetáveis nas diferentes faixas de reatividade, o que nos permite pensar que outros elementos podem estar envolvidos na decisão relativa à proteção para contaminação pelo HIV através da via sexual. Mesmo no que compete à soropositividade e sua associação com uso de preservativos, os achados relativos a uma maior taxa de soropositivos entre os homens que raramente usam preservativos foram de significância marginal, parecendo-nos não haver qualquer associação robusta entre as variáveis estudadas. Isto é corroborado pela não associação entre faixas etárias, faixas de escolaridade e renda no que compete à frequência de uso de preservativos. Outras questões, não analisadas neste estudo, podem estar explicando as eventuais taxas de prevalência encontradas.

#### ***7.3.2.7. Preocupação com contaminação***

Os achados relativos à preocupação com contaminação - seja de si mesmo pela primeira vez, seja nova contaminação, seja contaminação de terceiros por um indivíduo já soropositivo - são bastante coerentes com a realidade da amostra. Os indivíduos que são soropositivos, sejam eles homens ou mulheres, têm uma preocupação mais frequente com relação a já terem sido contaminados ou a transmitir o vírus a terceiros do que os soronegativos. Isto poderia se traduzir em uma maior preocupação com circunstâncias de transmissão do vírus - como por exemplo o uso de preservativos com maior frequência, mas análises de controle não demonstraram qualquer diferença significativa nesta associação.

No que compete à interferência da idade na preocupação com a transmissão do vírus, o fenômeno principal a ser mencionado é o de que, inicialmente, sempre os indivíduos

soropositivos têm preocupações mais intensas ou freqüentes quanto a já terem sido contaminados ou transmitirem o vírus, o que incorre em uma circularidade natural: já são soropositivos, portanto têm o tema da contaminação muito mais presente do que os soronegativos. Entretanto, o dado interessante da Tabela 29 é o da preocupação com vir a se contaminar no futuro. Examinando-se as três faixas, pode-se notar uma preocupação significativamente menor nos indivíduos abaixo dos 20 anos, que tende a se inverter nos indivíduos mais velhos - que, segundo os achados descritos anteriormente, têm mais propensão ao uso de drogas injetáveis e conseqüentemente à soropositividade. Esta tabela ilustra, mesmo em um estudo transversal, a progressão desde uma atitude menos responsável - expressa indiretamente através de uma menor preocupação - até uma atitude mais responsável, mas talvez tardia, por já se expressar em um indivíduo exposto a risco significativamente maior. Este achado sugere a necessidade de um elemento preventivo a ser desenvolvido para indivíduos de menor faixa etária, e que provavelmente seria diferente em sua essência do que para os indivíduos mais velhos, já preocupados com a contaminação. O conteúdo principal de impacto para os indivíduos jovens pareceria ser, sob este aspecto, relativo à conscientização da potencialidade de risco - de acordo com o modelo de crenças para a saúde de ROSENSTOCK (1974), já descrito anteriormente. Diferentemente, para os indivíduos de maior faixa etária, a questão principal referente à conscientização estaria nos elementos relativos à forma de evitação da transmissão do vírus, mas já considerando se tratar de indivíduos que se entendem sob risco. Utilizando os elementos teóricos do Modelo de Estágios de Mudança descrito por PROCHASKA e DICLEMENTE (1986), poder-se-ia dizer que para os indivíduos mais jovens as estratégias motivacionais deveriam se basear no estágio de mudança de pré-contemplação para contemplação ("dar-se conta de que tem um problema potencial de saúde"), enquanto que para os indivíduos mais velhos as estratégias estariam



mais intensificadas nos elementos de determinação e ação ("fazer alguma coisa para modificar um problema já identificado").

Nas questões relativas a renda e escolaridade os achados foram sempre similares: quando diferente, a taxa de soropositividade é sempre maior nos indivíduos com preocupação sobre contaminação no passado ou transmissão do vírus no futuro. Parece no entanto, a partir dos achados das tabelas 30 e 31, que não há influência significativa da renda ou mesmo da escolaridade na preocupação sobre contaminação pelo HIV, o que será melhor analisado na seção seguinte.

### 7.3.3. *Análises multivariadas*

As variáveis selecionadas para análise multivariada foram aquelas que apresentaram significância estatística ou marginal nas análises bivariadas, e que faziam parte do modelo teórico proposto pelo autor. Aqueles cruzamentos que apresentaram significância estatística mas que foram achados espúrios, ou que não estivessem sendo contemplados pelo modelo teórico não serão examinados nesta discussão. Desta forma, foram analisadas as variáveis demográficas e as que indicavam, segundo a Figura 4, direcionar ou interferir na decisão de utilizar uma substância ou mesmo expor-se a risco. Mais ainda, a persistência na análise multivariada de variáveis que não apresentavam constância nos resultados das análises bivariadas é parte da premissa do autor de ater-se ao modelo teórico - tanto no sentido de excluir variáveis cujo resultado seja significativo mas não componham o modelo original, como evitando incluir variáveis com associações não significativas, mas que podem ter tido sua real associação ofuscada devido ao tamanho da amostra, teste utilizado outro ou artefato estatístico.

A comparação entre os valores brutos e os ajustados basicamente confirma o modelo proposto: elementos como idade e escolaridade direcionam o risco de soropositividade nos indivíduos estudados, havendo uma associação direta entre idade e risco - significativa para a faixa mais velha - e inversa entre as variáveis escolaridade e renda versus o risco de soropositividade. Surpreendentemente, contrariando o modelo proposto, não houve qualquer associação entre gênero e soropositividade, tanto nos valores de O.R. brutos como ajustados. Entretanto, aqui pode fazer diferença a não inclusão de outras variáveis na análise bivariada, tais como o compartilhamento de seringas e as trocas envolvendo sexo por droga, conforme ilustrado na Figura 4. Estes são comportamentos de risco reconhecidamente diferentes entre

homens e mulheres, e estão ilustrados na descrição das práticas de risco estratificadas por gênero. Entretanto, da forma como a questão foi analisada, as opções de resposta não favorecem a análise destes comportamentos como fatores de risco. Por exemplo, não há informação direta sobre compartilhamento de seringas no questionário. Se há um maior uso de droga injetável por parte dos homens do que das mulheres, seria adequado supor um maior compartilhamento também pelo gênero masculino, o que ficaria evidente em uma análise multivariada. Entretanto, esta pergunta nem consta do instrumento, sendo necessário incluí-la numa futura versão. Apenas a inferência sobre esta possibilidade, a partir das análises realizadas, não nos parece suficientemente robusta, apesar de ter alguma lógica no sentido clínico-epidemiológico. As questões que se relacionam às trocas envolvendo sexo, droga e dinheiro poderão ser analisadas a posteriori dentro do modelo proposto, utilizando-se outras questões do CRA que não foram analisadas neste estudo.

A frequência (qualquer) a locais para consumo de drogas apresentou uma razão de chance para soropositividade significativamente maior do que a opção "nunca". Entretanto, este é um achado que precisa ser melhor explorado em análises posteriores, provavelmente com a inclusão de outros elementos informativos, já que a análise dos valores ajustados mostra uma perda da significância estatística na opção "várias vezes por mês" (tabelas 32 e 33). Considerando-se uma associação linear entre as variáveis, poder-se-ia supor que o risco de soropositividade estaria diretamente associado com a frequência a locais de consumo. O modelo ajustado mostra que isto não é verdade, tanto em função da perda de significância (ou significância marginal), como pela hipótese, corroborada na análise e já descrita anteriormente, de que o grupo que faz uso intenso de drogas - particularmente injetáveis - e freqüente com mais freqüência locais potenciais de risco pode ser um grupo que tem maiores cuidados com contaminação. Desta forma, seria até lógico pensar no paradoxo de que a



freqüência a locais de uso de drogas poderia servir de fator de proteção para soropositividade. No que compete à análise dos achados deste estudo, entretanto, isto não passaria de mera especulação.

A variável que mais discrimina o risco de soropositividade, seja de forma isolada, ou após ajuste com outras variáveis, é o uso de drogas injetáveis - seja no mínimo uma vez desde 1980, seja no mês anterior à coleta. A razão de chance em qualquer uma das análises efetuadas não foi nunca menor do que quatro vezes, quando comparado o uso de droga injetável versus o não uso. Este não é um achado novo: GUIMARÃES e CASTILHO (1993), INCIARDI, SURRAT e McCOY (1997) e LIMA e cols. (1994), dentre outros autores que realizaram estudos no Brasil, já haviam confirmado esta forte associação, que é conhecida em praticamente todos os estudos realizados com este tipo de população no mundo. A importância do achado se refere às características locais e à escassez de informações empíricas em nosso meio. Mesmo com os vieses de seleção já descritos nos comentários anteriores, este estudo teve como finalidade ilustrar uma realidade clinicamente conhecida, mas cujos números ainda não eram identificados. Como os movimentos de ação preventiva precisam ser baseados em conhecimento epidemiológico, a confirmação da associação forte entre uso de drogas injetáveis e soropositividade reforça elementos prévios da política nacional de prevenção à AIDS, sugerindo detalhamentos antes não identificados, como por exemplo a necessidade de desenvolver acesso sistemático aos indivíduos em seus locais de consumo de droga para conhecer sua realidade sob outro aspecto que complemente as informações de origem populacional.

#### 7.3.4. *Relação entre os achados e o modelo de risco proposto pelo autor*

As informações obtidas a partir das análises descritas permitem revisar e expandir o modelo proposto pelo autor, o que pode ser acompanhado pela Figura 11. Considerando-se especificamente os achados obtidos nesta análise, poder-se-ia considerar agora a presença de variáveis *Imutáveis* (gênero, idade) e *Mutáveis* (renda, frequência a locais de consumo, uso de drogas injetáveis) em um modelo revisado, que busca incorporar o efeito destas variáveis às circunstâncias de exposição a risco, e permitindo a sugestão de novos modelos de análise, a serem testados no futuro. Vejamos como (os elementos novos se encontram em negrito):

A **renda**, que sempre se apresentou associada à escolaridade, pode estar na verdade direcionando-a, já que provavelmente quem tem menos condição financeira precisa mais precocemente ingressar no mercado de trabalho, e portanto não poderia iniciar ou prosseguir seus estudos. Desta forma, a questão da "contra-informação", ou mesmo da falta de informação e conhecimento em geral poderia estar sendo direcionada pela pouca escolaridade, efeito subsequente da baixa condição de renda. Por sua vez, a pouca informação interferiria na decisão sobre uso de drogas por um diminuído senso crítico a respeito do risco envolvido. Um outro ponto onde a renda poderia estar envolvida: as trocas envolvendo dinheiro, sexo e drogas, que fazem parte das condutas ou situações de exposição a risco a que parecem estar mais expostos os indivíduos de menor renda.

A **idade** parece ser a ilustração indireta da **exposição repetida** a todos os elementos da cascata que vai do uso de drogas até o aumento de risco. Mas do ponto de vista teórico, poder-se-ia supor que ela também interfere de forma direta no uso abusivo de drogas e nas condutas de risco em um indivíduo não alerta (pouco informado) a suas circunstâncias de risco, favorecendo a repetição de experiências - indivíduos mais velhos teriam passado

potencialmente mais vezes pela mesma situação. Isto levaria ao uso abusivo de drogas e as condutas de risco no modelo proposto.

O **uso de droga injetáveis** é uma das variáveis mutáveis que também faz parte da cascata, por direcionar ao uso compartilhado de seringas/drogas, que por sua vez pode diminuir a crítica do indivíduo, retroalimentando o uso de drogas injetáveis pela manutenção de uma baixa percepção de risco.

A **freqüência a locais para uso de drogas** pode de alguma forma interferir nas condutas ou situações de risco, já que uma grande quantidade destas condutas pode estar acontecendo nestes locais específicos.

A relevância clínica destes achados, que não são novos em relação aos estudos anteriormente descritos, mas que ilustram a realidade local, é a da mutabilidade de algumas das variáveis estudadas. Características como gênero e idade são imutáveis - são fatores de risco ou proteção inatos, com os quais o indivíduo tem que conviver. Outras variáveis estudadas, tais como renda ou escolaridade, são de modificação muito difícil e sistematicamente fogem do escopo de um profissional de saúde pública, mesmo sabendo-se o quanto elas interferem no desfecho em questão. Entretanto, algumas das variáveis mencionadas no modelo são potencialmente modificáveis: o uso de drogas injetáveis, compartilhamento de seringas, uso de preservativos e comparecimento a locais específicos de uso de drogas são condutas. Como fazem parte de um rol de comportamentos aprendidos dentro de circunstâncias específicas, são potencialmente direcionáveis através de métodos que sistematicamente afetem a percepção do indivíduo sobre suas condutas de risco e sobre o benefício potencial de mudança, conforme descrito previamente nos modelos de Crenças em Saúde e no conceito de Modelagem de Bandura. A originalidade deste estudo está em separar



estas condições das condições menos acessíveis a mudanças através de modelos de prevenção, buscando demonstrar de que forma elas estão associadas.

#### *7.4. Proposta de um escore geral de risco*

O passo seguinte deste estudo foi o de tentar desenvolver uma medida estimativa de risco - um escore de risco - que permitisse expressar numericamente o grau de intensidade da exposição à contaminação/transmissão/reinfecção pelo HIV pelos indivíduos que responderam ao CRA. O conceito aqui envolvido era o de que uma expressão numérica da intensidade da exposição ao HIV poderia ser um bom indicador clínico, podendo inclusive ser utilizado futuramente como um dado quantitativo de resultado de uma intervenção preventiva ou terapêutica nestes indivíduos sob risco. Desta forma, de forma exploratória, decidiu-se inicialmente trabalhar com o escore correspondente ao total da soma de todas as questões do instrumento a partir da questão 17 até 43, já que as questões anteriores eram apenas questões que buscavam responder como o respondente havia chegado ao local de coleta. Em uma segunda etapa foi proposta a utilização de escores específicos para comportamentos associados a "risco por via sexual" (ERS) e "risco por uso de drogas" (ERUD). Todas as questões foram somadas com o mesmo peso, utilizando-se as expressões numéricas referentes a cada categoria de resposta de cada questão. As questões de subescores específicos estão listadas nos Anexos 7 e 8. Como as análises iniciais da distribuição das frequências apontavam para uma distribuição com as características da curva normal, optou-se por utilizar o teste t de Student para comparar diferenças entre os achados. Uma descrição detalhada do método de composição dos escores geral e específicos fazem parte do método utilizado no Estudo II (vide adiante). A Tabela 34 sumariza os achados dos três escores obtidos em uma análise preliminar de algumas das variáveis anteriormente estudadas.

**Tabela 34. Descrição das médias dos escores encontrados na análise preliminar utilizando algumas das variáveis do Estudo I.**

	ESCORE			ERUD			ERS		
	Média /dp		p	Média /dp		p	Média /dp		p
Homens	11,61	4,73		11,62	4,95		10,49	4,35	
Mulheres	11,37	4,45	n.s.*	10,55	4,58	0,02*	10,85	3,80	n.s.*
Idade < 20	10,78	4,78		10,99	4,84		9,18	4,37	
Idade entre 20 e 29	11,93	4,53	0,09 <sup>‡</sup>	11,54	4,68	n.s. <sup>‡</sup>	10,94	4,08	0,00 <sup>‡</sup>
Idade 30 ou mais	11,48	4,70		11,37	5,13		10,78	4,24	
Soropositivos	14,07	4,59	0,00*	13,60	4,83	0,00*	12,11	3,85	0,02*
Soronegativos	11,14	4,31		10,55	4,49		10,95	3,99	
UDIs	14,12	4,67	0,00*	14,69	4,81	0,00*	11,65	4,10	0,02*
Não UDIs	10,13	4,75		9,75	3,85		11,02	3,92	

\*Teste t de Student;

<sup>‡</sup>ANOVA.

Os valores de p se referem às diferenças entre as médias dentro de cada categoria de escore, e não às comparações entre escores.

Foi possível perceber através da análise preliminar das médias da Tabela 34 que:

- Os homens apresentaram um escore geral médio similar às mulheres, assim como o escore para sexo. Houve, entretanto, diferenças no escore médio de drogas. Os homens apresentaram uma média de escores significativamente mais alta.
- No que compete às faixas de idade, a primeira faixa de idade (até vinte anos) foi significativamente diferente da segunda e da terceira faixas de idade no escore de sexo, sem diferença significativa entre faixas nos outros grupos de escore.
- Os indivíduos soropositivos apresentaram escores médios mais altos do que os soronegativos para todos os escores analisados.



- Os UDIs apresentaram escores médios mais altos do que os não UDIs em todos os escores analisados.

Os achados referentes a esta primeira tentativa de conjugar as diferentes respostas em um escore único favoreceram a impressão de que este teria alguma utilização clínica, já que, de acordo com a tabela anterior, alguns dos escores apresentavam diferenças entre homens e mulheres, nas faixas de idade, na soropositividade e no uso de drogas injetáveis. Os achados acima, portanto, sugeriam a possibilidade de se desenvolver um estudo de validação dos escores do CRA, que foi o tema do Estudo II.

## **8. Estudo II - Validação dos escores de risco do CRA**

## **8.1. Método**

Nesta etapa, após a utilização inicial do instrumento para coletar informação descritiva a respeito da utilização de drogas e comportamentos de risco associados nesta amostra, buscou-se integrar as questões do instrumento em um escore que ilustrasse a intensidade de exposição a risco para contaminação pelo HIV pelos indivíduos que responderam ao CRA. Em um primeiro momento, trabalhou-se com o escore correspondente ao total de questões do instrumento, e em uma segunda etapa foi proposta a validação de escores específicos para comportamentos associados a "risco por via sexual" e "risco por uso de drogas".

### **8.1.1. Delineamento**

No presente estudo, utilizou-se um grupo de juízes para observar e pontuar vinhetas clínicas obtidas a partir de entrevistas com pacientes selecionados. Os juízes funcionaram como padrão-ouro na validação do instrumento, sendo suas apreciações quanto às vinhetas o desfecho de interesse. O fator em estudo era o escore obtido por cada indivíduo de cada vinheta.

### **8.1.2. Construção da curva de freqüências dos CRAs**

A partir dos primeiros 235 casos inicialmente avaliados em uma análise interina (PECHANSKY, SOIBELMAN e KOHLRAUSCH, 1997) construiu-se uma curva de freqüência dos escores totais obtidos através da adição simples de cada uma das respostas do instrumento, podendo teoricamente o escore variar entre 0 e 48 pontos. A partir desta curva, buscou-se identificar três segmentos principais (baixo, médio, alto) de escore total, e que serviriam como parâmetros iniciais para análise (PECHANSKY e LETTI, 1996). Para efeitos de controle, ao final do estudo, foi construída uma segunda curva de freqüência baseada em



695 casos, que em nada diferiu da curva inicial quanto à média/moda/mediana, ou desvio-padrão da média. O teste de Kolmogorov-Smirnov (*Goodnes of Fit*) confirmou a distribuição das frequências dos escores como normal. A Tabela 35 sumariza os achados de cada curva de frequência.

**Tabela 35. Características das curvas de frequência do escore geral do CRA a partir de uma análise interina (235 casos) e da amostra total (695 casos)**

Curva	Média	DP	Moda	Mediana	Intervalo de escores	Valor de Z	p bicaudal
N=235	12,3	4,6	11	12	1 a 29	1,3428	0,05
N=658*	11,5	4,6	11	11	1 a 29	1,8351	0,01

\* em 37 casos não foi possível computar o escore total.

As análises relativas ao escore geral foram então realizadas a partir de um N=695 casos, com 658 casos considerados válidos.

### 8.1.3. Confeção de vinhetas clínicas

Foram selecionados nos locais de coleta 13 indivíduos voluntários que apresentavam problemas com seu uso de drogas e que, a partir do melhor julgamento clínico do autor e da equipe da pesquisa, apresentassem problemas compatíveis com três níveis básicos de intensidade de exposição ao vírus HIV, e cobrissem um espectro similar ao obtido pela curva de frequências inicial do CRA. Estes indivíduos, após consentimento informado, foram filmados utilizando-se um roteiro de entrevista desenvolvido e administrado por uma entrevistadora sênior do projeto, tendo sido então preparadas 13 vinhetas de aproximadamente 15 min. de duração cada uma. Todas as vinhetas foram gravadas nos locais de coleta, e antes da filmagem era solicitado ao paciente que respondesse ao CRA, no procedimento padrão descrito no Estudo I.

As questões da entrevista cobriam aspectos demográficos, tipo, início e desenvolvimento do padrão de uso de drogas, estado HIV relatado pelo entrevistado, e tinham como principal objetivo clarificar as características e forma de uso de drogas, assim como as preferências sexuais e hábitos dos respondentes, para serem posteriormente avaliadas por juízes independentes. Ao final, a entrevistadora pedia ao participante que desse um escore pessoal - de 1 a 10 - à confiabilidade da entrevista (ela também o fazia em separado). As entrevistas gravadas foram revisadas pelo autor, pela entrevistadora e por um dos orientadores, sendo escolhidas somente as 10 vinhetas que apresentassem escores de confiabilidade acima de 8, tanto pelo entrevistado como pela entrevistadora. As vinhetas foram posteriormente descritas sumariamente em papel pela entrevistadora, como um guia para auxiliar os juízes na validação (Anexo 4).

#### ***8.1.4. Confeção do instrumento de validação***

Foram realizadas discussões sistemáticas com os orientadores no sentido de desenvolver um instrumento de validação a ser utilizado pelos juízes quando da análise das vinhetas. O instrumento desenvolvido compôs-se de 5 questões (Vide Anexo 5), sendo que as três primeiras eram sempre divididas em duas categorias (Grau e Escore), forçando o juiz a optar por uma categorização de três pontos (GRAU: leve, moderado ou severo), ou uma escala de cinco pontos (ESCORE: de 1 a 5), sendo o último ponto o de maior intensidade. Após algumas revisões e modificações, o instrumento foi considerado em condições de ser utilizado.

#### ***8.1.5. Seleção dos juízes e avaliação das vinhetas***

Foram convidados a participar do procedimento de validação dois grupos de três juizes considerados experts em suas respectivas áreas de atuação. Em um primeiro momento,

foi realizada uma sessão de validação com três juízes especialistas em abuso de drogas, todos eles psiquiatras com treinamento específico em dependência química e com no mínimo sete anos de experiência profissional. Os juízes foram reunidos em uma mesma sala e assistiram aos vídeos em duas sessões de aproximadamente 3 horas de duração, nas quais também estiveram presentes o autor e a entrevistadora sênior para eventuais esclarecimentos.

Inicialmente foi explicado o objetivo do estudo e a natureza e necessidade do processo de validação contra padrões-ouro. Após, o instrumento de validação foi apresentado aos juízes, com exemplos de preenchimento. Em seguida, os juízes assistiram às vinhetas e individualmente preencheram os formulários sem comentá-los entre si. Ao final das sessões, os formulários foram revisados pelo autor. O procedimento foi repetido em uma segunda etapa com três juízes especialistas em HIV/AIDS: um técnico em programas de redução de danos da PMPA, uma Enfermeira Chefe do COAS Estadual, e uma Assistente Social do COAS Estadual. Para efeitos deste estudo, o primeiro grupo de juízes será denominado **Juízes de Droga** e o segundo **Juízes de HIV/AIDS**.

#### *8.1.6. Análise dos dados*

A análise dos dados foi feita utilizando-se ANOVA não paramétrico para os juízes (Teste de Friedman). A análise das diferenças entre categorias foi realizada utilizando-se o teste do chi-quadrado e o teste de Wilcoxon para pares agrupados. O nível de significância utilizado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).



## 8.2. Resultados

### 8.2.1. Comparações internas entre os juízes

A comparação interna das impressões do primeiro e do segundo grupo de juízes pode ser vista nas duas tabelas que seguem. Como é possível perceber pelos valores de p, não houve diferença interna significativa entre as impressões dos juízes de droga e de HIV/AIDS.

**Tabela 36. Comparação inter Juízes De Droga (ANOVA para dados não paramétricos) sobre as respostas de validação do CRA.**

Questão	Medianas			p*
	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	
1. Até que <u>grau</u> o sujeito se encontra envolvido/perturbado pelas drogas que ele usa?	3	3	2	0,24
1a. Que <u>escore</u> você atribuiria ao envolvimento/perturbação do paciente?	4	4	3	0,27
2. Qual o <u>grau</u> de exposição do indivíduo com o vírus HIV?	2	1,5	2	0,51
2a. Que <u>escore</u> você atribuiria para sua exposição?	3	2,5	3	0,41
3. Qual <u>grau</u> de risco para contaminação (re-contaminação se o sujeito já é positivo) que você atribuiria à situação do sujeito?	2	1	2	0,59
3a. Qual <u>escore</u> você atribuiria ao risco de contaminação do sujeito?	3	2	3	0,59

\* utilizando o teste do chi-quadrado.

**Tabela 37. Comparação inter Juízes de HIV/AIDS (ANOVA para dados não paramétricos) sobre as respostas de validação do CRA.**

Questão	Medianas			P*
	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	
1. Até que <u>grau</u> o sujeito se encontra envolvido...	3	3	3	0,59
1a. Que <u>escore</u> você atribuiria ao envolvimento...	4	4	4	0,46
2. Qual o <u>grau</u> de exposição do indivíduo ...	3	3	2	0,29
2a. Que <u>escore</u> você atribuiria para sua exposição?	4	4	3	0,16
3. Qual <u>grau</u> de risco para contaminação...	2,5	2	1	0,39
3a. Qual <u>escore</u> você atribuiria ao risco de contaminação...	4	3,5	2	0,14

\* utilizando o teste do chi-quadrado.

A análise dos dados é baseada inicialmente na utilização de um **Escore Geral de Risco - EGR**, tendo sido posteriormente efetuadas análises relativas a escores específicos, o **Escore Relativo ao Uso de Drogas - ERUD** e o **Escore de Risco Sexual - ERS**, isoladamente. Os subescores ERUD e ERS foram testados contra as impressões dos grupos de **Juízes de Drogas e Juízes de HIV/AIDS**, respectivamente.

### 8.2.2. *Escore Geral de Risco - EGR*

As questões utilizadas para a composição do EGR estão listadas no Anexo 6. Elas versam sobre frequência de uso de SPA nos 30 dias e seis meses prévios à coleta de drogas, número de parceiros sexuais de ambos os sexos, frequência de relações sexuais, trocas envolvendo drogas/sexo/dinheiro, relações com parceiros potencialmente infectados, uso de preservativos, e grau de preocupação quanto à possibilidade de se contaminar/transmitir/reinfectar pelo HIV, cobrindo um intervalo referente aos seis últimos meses antes da coleta de dados. As respostas de cada questão foram somadas com o mesmo peso questão a questão, obtendo-se um escore total (Escore Geral de Risco) para cada paciente. A Figura 8 ilustra a distribuição dos escores EGR.. Os escores obtidos variaram de 1 a 29, com média de 11.56 (+/- 4,66) moda e mediana de 11.

A distribuição dos escores foi analisada baseando-se nas características de sua distribuição. O teste de Kolmogorov-Smirnov (*Goodness of Fit*) mostrou que as distribuições das frequências dos três escores apresentavam características comparáveis à curva normal. Desta forma, optou-se por trabalhar com a distribuição dos escores em torno da média e identificar intervalos de um a dois desvios-padrão da média, quando possível.

Quando os escores EGR foram classificados por média e desvios-padrão da média, eles geraram os pontos de corte descritos no Quadro 2:



**Quadro 2. Distribuição dos escores EGR (vinhetas e amostra) em torno da média**

Distribuição dos escores ao redor da média						
Categoria	intervalo de escore*	Tipo	Vinhetas		Toda a amostra	
			N	%	N	%
abaixo de 1 dp da média	1 - 6	Baixo	2	20	92	14
- 1 a 1 dp da média	7 - 15	Médio	7	70	468	71
acima de 1 dp da média	16 ou mais	Alto	1	10	98	15
Total			10	100	658**	100

\* quando necessário, os escores foram arredondados

\*\* em 37 casos não foi possível computar o EGR

### 8.2.2.1. Comparações entre os juízes e o EGR

A Tabela 38 mostra a comparação das impressões dos juízes de drogas para as respostas individuais das 10 vinhetas com os graus e escores distribuídos em torno da média do escore EGR. Pode-se perceber pelos achados que na primeira questão, dois juízes atribuíram escores (ilustrados através da mediana) significativamente diferentes das vinhetas do que o CRA. Nas outras questões não houve diferenças significativas.

**Tabela 38. Comparação das medianas das respostas atribuídas pelos Juízes de Drogas às questões relacionadas a grau de risco com o escore EGR das vinhetas estudadas.**

Questão	Vinheta	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		med	p*	med	p	med	p
1. Até que <u>grau</u> o sujeito se encontra envolvido...	2	3	0,01	3	0,03	2	0,27
2. Qual o <u>grau</u> de exposição...	2	2	0,69	1.5	0,36	2	0,74
3. Qual <u>grau</u> de risco para contaminação...	2	2	0,18	1	0,22	2	1,00

\*teste de Wilcoxon para pares agrupados

Os juízes de drogas foram então comparados contra as questões de ESCORE do EGR. Os achados se encontram na Tabela 39, e mostram as mesmas características da Tabela anterior: apenas os juízes 1 e 2 apresentaram impressões significativamente diferentes das medianas encontradas nas vinhetas e apenas para a questão 1a.

**Tabela 39. Comparação das medianas das respostas atribuídas pelos Juízes de drogas às questões relacionadas a escore de risco com o escore EGR das vinhetas estudadas.**

Questão	Vinheta	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		med	p*	med	p	med	p
1a. Que <u>escore</u> você atribuiria ao envolvimento...	3	4	0,01	4	0,02	3	0,35
2a. Que <u>escore</u> você atribuiria para exposição?	3	3	1,00	2.5	0,35	3	0,48
3a. Qual <u>escore</u> você atribuiria ao risco...	3	3	0,27	2	0,12	3	1,00

\*teste de Wilcoxon para pares agrupados

O mesmo procedimento foi repetido comparando as atribuições dos Juízes de HIV/AIDS às questões relacionadas a grau e escore de risco do EGR. A Tabela 40 ilustra as atribuições dos juízes de HIV/AIDS às questões relacionadas a grau. Pode-se notar que os três juízes apresentaram impressões significativamente diferentes quanto aos achados da questão 1, e o juiz 2 apresentou impressão diferente quanto à mediana da questão 2.

**Tabela 40. Comparação das medianas das respostas atribuídas pelos Juízes de HIV/AIDS às questões relacionadas a grau de risco com o escore EGR das vinhetas estudadas.**

Questão	Vinheta	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		med	p*	med	p	med	p
1. Até que <u>grau</u> o sujeito se encontra envolvido...	2	3	0,02	3	0,02	3	0,01
2. Qual o <u>grau</u> de exposição...	2	2	0,14	3	0,03	2	0,74
3. Qual <u>grau</u> de risco para contaminação...	2	2,5	0,40	2	0,46	1	0,74

\*teste de Wilcoxon para pares agrupados

Quando os juízes de HIV/AIDS foram comparados com os escores de risco, entretanto, foi possível perceber um grande número de atribuições significativamente diferentes das encontradas pelo instrumento, à exceção da questão 2a para o juiz 3, e da questão 3a para os juízes 2 e 3, conforme ilustra a Tabela 41.

**Tabela 41. Comparação das medianas das respostas atribuídas pelos Juízes de HIV/AIDS às questões relacionadas a escore de risco com o escore EGR das vinhetas estudadas.**

Questão	Vinheta	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		med	p*	med	p	med	p
1a. Que <u>escore</u> você atribuiria ao envolvimento...	3	4	0,01	4	0,01	4	0,01
2a. Que <u>escore</u> você atribuiria para exposição?	3	4	0,06	4	0,01	3	0,44
3a. Qual <u>escore</u> você atribuiria ao risco...	3	4	0,05	3,5	0,13	2	0,68

\*teste de Wilcoxon para pares agrupados



### 8.2.3. Escore para Risco por Uso de Drogas - ERUD

As questões utilizadas para a composição do ERUD estão listadas no Anexo 7. Elas versam sobre uso de drogas injetáveis (no passado e nos últimos seis meses), consumo de SPA no último mês, frequência a locais específicos para uso de drogas, relações de troca envolvendo drogas/sexo/dinheiro, e preocupação com contaminação/transmissão do vírus HIV. A Figura 9 ilustra a distribuição dos escores ERUD, que apresentou média de 11,34 (dp=4.89), moda=8, mediana =11, e variou de 0 a 26 pontos.

Quando os escores ERUD foram classificados por média e desvios-padrão da média, eles geraram os seguintes pontos de corte:

#### Quadro 3. Distribuição dos escores ERUD (vinhetas e amostra) em torno da média

Distribuição ao redor da média						
Categoria	intervalo de escore*	Tipo	Vinhetas		Toda a amostra	
			N	%	N	%
abaixo de 1 dp da média	até 5	Baixo	2	20	113	17
- 1 a 1 dp da média	5 a 16	Médio	6	60	452	67
acima de 1 dp da média	17 ou mais	Alto	2	20	104	16
Total			10	100	669**	100

\* quando necessário, os escores foram arredondados

\*\* em 26 casos não foi possível obter o escore ERUD

### 8.2.3.1. Comparações entre os juízes especialistas em droga e o ERUD

Quando comparou-se as atribuições dos juízes de drogas com o grau de risco específico pelo uso de drogas, foi possível perceber diferenças significativas nas atribuições dos juízes 1 e 2 para a questão 1. As demais atribuições entre os juízes e as medianas das vinhetas não apresentaram diferença estatística. Estes achados estão descritos na Tabela 42.

**Tabela 42. Comparação das medianas das respostas atribuídas pelos Juízes de drogas às questões relacionadas a grau de risco com o escore ERUD das vinhetas estudadas.**

Questão	Vinheta med	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		med	p*	med	p	med	p
1. Até que <u>grau</u> o sujeito se encontra envolvido...	2	3	0,02	3	0,04	2	0,42
2. Qual o <u>grau</u> de exposição...	2	2	1,00	1,5	0,22	2	1,00
3. Qual <u>grau</u> de risco para contaminação...	2	2	0,11	1	0,14	2	0,74

\*teste de Wilcoxon para pares agrupados

Quando os juízes de droga tiveram suas atribuições de escore comparadas com os achados do CRA para o escore ERUD, foi possível perceber diferenças significativas na primeira questão para os juízes 1 e 2, e diferença significativa na questão 3a para o juiz 2, conforme ilustra a Tabela 43.

**Tabela 43. Comparação das medianas das respostas atribuídas pelos Juízes de drogas às questões relacionadas a escore de risco com o escore ERUD das vinhetas estudadas.**

Questão	Vinheta med	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		med	p*	med	p	med	p
1a. Que <u>escore</u> você atribuiria ao envolvimento...	3	4	0,02	4	0,03	3	0,50
2a. Que <u>escore</u> você atribuiria para exposição?	3	3	0,75	2,5	0,24	3	0,61
3a. Qual <u>escore</u> você atribuiria ao risco...	3	3	0,18	2	0,09	3	0,86

\* Teste de Wilcoxon para pares agrupados

#### 8.2.4. Escore para Risco Sexual - ERS

As questões utilizadas para a composição do ERS estão listadas no Anexo 8.

A Figura 10 ilustra a distribuição dos escores ERS dos 659 sujeitos (em 36 casos não foi possível compor o escore final). Os escores obtidos variaram de 1 a 26, com média de 10,5, (SD=4,2), moda de 10 e mediana de 10.

Quando os escores ERS foram classificados por média e desvios-padrão da média, eles geraram os seguintes pontos de corte:

#### Quadro 4. Distribuição dos escores ERS (vinhetas e amostra) em torno da média

Distribuição ao redor da média						
Categoria	intervalo de escore*	Tipo	Vinhetas		Toda a amostra	
			N	%	N	%
menos de 1 dp da média	0 a 6	Baixo	3	30	111	17
- 1 a 1 dp da média	7 a 14	Alto	7	70	441	67
mais de 1 dp da média	-----**	-	0	0	107	16
Total			10	100	659	100

\* quando necessário, os escores foram arredondados

\*\*Não houve casos acima de 1 dp da média nesta distribuição.



### 8.2.4.1. Comparações entre os juízes especialistas em HIV/AIDS e o ERS

A Tabela 44 ilustra a distribuição das comparações dos juízes de HIV/AIDS com o ERS. Houve diferenças significativas nas apreciações dos três juízes para a questão 1, do juiz 2 para a questão 2, e significância marginal na diferença de estimativa da mediana para o juiz 1 na questão 2.

**Tabela 44. Valores do Teste de Wilcoxon usando a distribuição do ERS em torno da média - para GRAU - Juízes de HIV/AIDS**

Questão	Vinhetas med	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		med	p*	med	p	med	p
1. Até que <u>grau</u> o sujeito se encontra envolvido...	2	3	0,01	3	0,01	3	0,01
2. Qual o <u>grau</u> de exposição...	2	3	0,08	3	0,01	2	0,31
3. Qual <u>grau</u> de risco para contaminação...	2	2,5	0,16	2	0,21	1	0,74

\* Teste de Wilcoxon para pares agrupados

As comparações entre os juízes e vinhetas utilizando o ERS mostrou que os três juízes diferiram em opinião quanto à questão 1a, e os juízes 1 e 2 diferiram em opinião quanto à questão 2a e 3a,- existindo um achado de significância marginal na estimativa do juiz 2 quanto à questão 3a. Os achados se encontram na Tabela 45.

**Tabela 45. Valores do Teste de Wilcoxon usando a distribuição do ERS em torno da média - para ESCORE - Juízes de HIV/AIDS**

Questão	Vinhetas med	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		med	p*	med	p	med	p
1a. Que <u>escore</u> você atribuiria ao envolvimento...	3	4	0,01	4	0,01	4	0,01
2a. Que <u>escore</u> você atribuiria para exposição?	3	4	0,04	4	0,01	3	0,21
3a. Qual <u>escore</u> você atribuiria ao risco...	3	4	0,04	3,5	0,07	2	0,91

### 8.2.5. Sumário dos escores encontrados

A Tabela 46 sumariza os achados referentes às três distribuições de escores encontradas, bem como a classificação que seria obtida com os 10 casos das vinhetas utilizados para a validação utilizando-se cada escore individualmente, tanto para Grau como para Escore de Risco.

**Tabela 46. Distribuição dos escores EGR, ERUD, e ERS, com as respectivas classificações de Grau e Escore de risco para as 10 vinhetas utilizadas na validação contra os juízes.**

Caso #	EGR média=11,56 +/- 4.7 1 a 29 pontos			ERUD média=11,34 +/- 4.9 0 a 26 pontos			ERS média=10,57 +/- 4.2 1 a 26 pontos		
	Score	Grau de risco	Escore de risco	Score	Grau de risco	Escore de Risco	Score	Grau de risco	Escore de risco
1	9	Médio	3	11	Médio	3	7	Médio	3
2	8	Médio	3	10	Médio	3	6	Baixo	2
3	16	Médio	3	19	Alto	4	13	Médio	3
4	11	Médio	3	10	Médio	3	9	Médio	3
5	11	Médio	3	11	Médio	3	9	Médio	3
6	5	Baixo	2	4	Baixo	2	6	Baixo	2
7	9	Médio	3	9	Médio	3	10	Médio	3
8	12	Médio	3	16	Médio	3	11	Médio	3
9	3	Baixo	2	6	Baixo	2	5	Baixo	2
10	17	Alto	4	19	Alto	4	12	Médio	3

### 8.3. *Discussão do Estudo II*

#### 8.3.1. *Críticas ao método utilizado*

O Estudo II foi desenvolvido a partir do momento em que os achados referentes às questões individuais do CRA, na sua versão atualmente em uso em português, foram analisados em bloco e não sob a forma de questões individuais. O conceito aqui utilizado é o de que o risco de exposição ao vírus HIV possa ser *quantificado* através de um número que ilustre sua magnitude - um escore. O objetivo desta quantificação é similar ao de outros elementos presentes na prática clínica: um ponto de corte que delimite os indivíduos expostos a um grau de risco trivial, ou comum a toda a uma população, e os indivíduos especificamente expostos a um grau de risco muito maior do que a média, e não explicável por qualquer elemento de casualidade. Da mesma forma como se estabelece um patamar para um resultado laboratorial, ou mesmo para hipertensão arterial sistólica, o conceito do Estudo II foi o de tentar estabelecer um critério válido para definir indivíduos sob risco significativo para aquisição ou transmissão do vírus da AIDS. O que em si envolve um conceito teoricamente discutível, que é o de sumarizar uma gama de atitudes e comportamentos e expressá-los através de um número ou categoria.

A partir dos dados da Tabela 34, que mostrava haver correspondência entre a magnitude de escore e algumas variáveis de importância clínica, tais como soropositividade e uso de drogas injetáveis, decidiu-se investigar a utilidade de um escore geral, ou mesmo de subescores específicos que quantificassem a magnitude do risco envolvendo cada indivíduo. Algumas premissas do procedimento de validação devem ser aqui consideradas, para uma melhor compreensão dos limites deste estudo:



a) O questionário CRA foi adaptado de um instrumento americano, construído com base no conhecimento existente sobre as características de uso de drogas da população urbana da cidade de Philadelphia, um centro urbano de aproximadamente 3 milhões de habitantes da costa leste dos Estados Unidos. A tradução de elementos culturais, fundamental ao desempenho correto do questionário, pode ter sofrido com a adaptação para o instrumento em português. Do ponto de vista de validade de constructo, ou segundo ANASTASI (1998), *Construct-related validation*, é importante considerar que esta requer

*"o acúmulo gradual de informação a partir de uma variedade de fontes" (p.153),*

o que em nosso meio ainda se faz impossível. A questão de validade de constructo é similar ao que se passa com o cálculo de tamanho amostral, ou seja, incorre em algum grau de circularidade: para que possamos obter uma estimativa aproximada da taxa de prevalência de um determinado desfecho clínico, com o objetivo de calcular o tamanho de uma amostra para um estudo, é importante conhecermos *a prevalência do desfecho em questão*. Ora, se conhecêssemos a taxa de prevalência do desfecho em questão, não precisaríamos do estudo. Mas, nos valemos de diversas fontes simultâneas de informação, tais como relatos de séries de casos, estudos similares realizados anteriormente, ou mesmo estudos com metodologia aproximada e que permitam estimativas com alguma margem de acerto. A questão metodológica com a qual o autor se deparou, entretanto, é a total falta de instrumentos desenvolvidos com esta finalidade, motivo pelo qual foi necessário basear-se o estudo na adaptação de um instrumento americano. Os estudos brasileiros já descritos na introdução foram realizados com instrumentos diferentes, muitos deles sem qualquer processo de validação descrito.

Na adaptação brasileira, foram suprimidas as questões relativas ao uso de drogas inexistentes em nosso meio (heroína, por exemplo), mas mantida a forma de registro do instrumento, para eventuais análises comparativas no futuro. O desconhecimento sobre a realidade do usuário de drogas local - motivo pelo qual o estudo foi realizado - fez com que provavelmente tenham sido desconsiderados alguns elementos culturais específicos de nosso meio, o que pode ter contribuído para uma visão apenas parcial da dimensão do uso de substâncias por parte dos sujeitos da amostra. A correção proposta para este viés seria uma seqüência de pequenos estudos qualitativos (grupos focais) com a versão modificada do instrumento, ou mesmo sua testagem em sujeitos bilíngües e preferencialmente com vivência em ambas as culturas, o que é praticamente impossível de ser realizado com este tipo de população.

b) A proposta de um escore geral, e de escores específicos, foi feita considerando-se a *soma* do valor bruto de cada questão, mantendo-se para todas elas o mesmo peso. Tal procedimento, apesar de ser tecnicamente mais fácil, talvez não tenha sido o mais apropriado. Tome-se como exemplo questões que clinicamente poderiam ter peso diferente, tais como:

"Durante o **último mês**, com que frequência você **cheirou** cocaína?", e "Durante o **último mês**, com que frequência você **injetou** cocaína?"

Do ponto de vista do questionário, o peso da resposta de cada uma destas questões é igual. Entretanto, se fôssemos montar agora um novo instrumento de aferição de risco, é provável que a questão sobre *injetar cocaína* tivesse um peso muito maior do que a questão sobre *usar cocaína de forma inalada*, visto haver uma forte associação entre uso de drogas injetáveis e soropositividade. Existem correções potenciais para este artefato, sendo uma

delas a análise de componentes principais do instrumento, uma forma de estimar pesos mais apropriados para cada questão que eventualmente componha um escore.

Outro exemplo do quanto as questões clínicas podem não estar exatamente espelhadas em um instrumento de coleta de dados se refere à questão abaixo:

" Nos **últimos seis meses**, com que frequência você usou preservativos, jontex ou camisinha quando você tinha relações sexuais?"

0= Eu não tive relações sexuais nos últimos seis meses

0= Todo o tempo, todas as vezes

1= Quase sempre

2= Quase nunca

3= Nunca

Como se pode perceber, tanto a opção de ter utilizado preservativos *todas* as vezes, como a opção de não ter tido qualquer relação sexual (e portanto não ter utilizado preservativos) têm o mesmo peso. Mesmo que do ponto de vista de transmissão do HIV por via sexual a utilização de preservativo em todas as relações se equivalha ao fato de não tê-las tido, do ponto de vista clínico estamos falando de duas realidades bastante diferentes: a primeira, a de um indivíduo que por algum motivo muito importante não teve qualquer contato sexual ao longo de um semestre - não precisando inclusive nem se proteger contra o vírus, enquanto que no segundo caso estamos falando de um indivíduo que em todas as relações que teve esteve consciente da necessidade de proteção. Do ponto de vista de percepção de risco, podemos estar avaliando realidades até opostas, que o instrumento não consegue discernir por pontuá-las da mesma forma.



c) Outro ponto a ser discutido se refere ao método de validação em si. Para a comparação com as impressões dos juízes foram selecionados alguns casos típicos que, segundo a impressão clínica do autor, pudessem ilustrar um espectro de severidade de risco - tanto para uso de drogas como para comportamento sexual - nos pacientes da amostra. É bastante possível que as vinhetas não tenham sido capazes de ilustrar a gama de variação existente nos comportamentos de risco a serem medidos pelo CRA, em particular porque apenas 10 casos foram selecionados. Em segundo lugar, apenas os casos que mostraram comprovada confiabilidade das informações coletadas foram utilizados. Mesmo que isto seja o esperado em relação ao método, privilegiando-se os casos que pareçam mais fidedignos, é possível que os casos mais graves - eventualmente com informações menos confiáveis - tenham sido deixados de fora. Isto é em parte corroborado pelo formato da distribuição dos escores; se examinarmos detalhadamente as Figuras 8, 9 e 10, veremos que sua distribuição é próxima da normal, porém com um maior acúmulo de casos à esquerda da média nas três distribuições. Esta característica tanto pode ser causada pela real distribuição dos casos na população de onde esta amostra foi extraída, como pode ser um artefato causado por um viés de seleção, incluindo apenas os casos menos graves, o que parece ser mais provável. A causa para este viés é a forma da coleta de dados, já mencionada no Método do Estudo I e criticada na Discussão do Estudo I: foram entrevistados por um sistema de "bola de neve" e de amostragem por conveniência os indivíduos que *procuravam* atendimento e informação nos locais de coleta. É viável considerar a possibilidade de que pacientes com uma consciência de risco acentuada tenham buscado estes centros, e que o instrumento não tenha podido expressar a intensidade do risco através de um escore alto. Mas também é importante considerar que alguns pacientes com risco elevado, e que não tenham ainda uma compreensão da magnitude de seu problema, não tenham sido abordados pelo método de coleta. A solução

adequada para este viés seria uma coleta de dados "in loco", com indivíduos de alto risco e sem percepção adequada deste risco. Mas o método de coleta provavelmente teria que ser modificado, sendo portanto necessário desenhar um novo estudo para tal fim. Sumarizando, é provável que devido às tomadas de decisão em função do método proposto, o CRA tenha captado intensidades de risco menores do que as realmente existentes na população-alvo.

d) Ainda sobre o método de validação, é importante mencionar aspectos relativos à escolha dos juízes especialistas em drogas e AIDS e sobre o instrumento de validação. De acordo com o melhor julgamento do autor foram escolhidos especialistas de renome inquestionável nas diferentes áreas em que se baseou o processo de validação. Entretanto, mesmo que estes colegas tenham vivência clínica de bastante relevância na área em questão, isto não se traduz obrigatoriamente em uma compreensão apropriada da metodologia utilizada, ou mesmo em uma facilidade de traduzir complexos raciocínios clínicos em uma expressão categórica ou numérica. Mesmo tendo sido insistentemente orientados pelo autor e pela assistente de pesquisa sobre o formato do processo de validação, é possível que tenha havido uma simplificação do processo por parte dos juízes, com os vieses característicos deste tipo de atitude, tais como uma tendência a colocar indivíduos "na média" ou nos extremos, desconsiderando a idéia de um contínuo crescente de risco. O instrumento de validação tendia para este viés, ao apresentar para os juízes três categorias para GRAU de risco e cinco categorias para ESCORE de risco, possibilitando escolhas médias ou extremas. É clinicamente comum definir intensidade de problemas ou mesmo severidade de dependência através de expressões como BAIXO, LEVE ou MODERADO, inclusive em nosso meio (PECHANSKY, SOIBELMAN e GOLDIM, 1989); essencialmente por este motivo optou-se por manter este tipo de opção no instrumento de validação. Talvez fosse metodologicamente adequado considerar uma revisão do questionário de validação, utilizando respostas similares

às do CRA, que por serem em número par, obrigam o respondente a assumir uma posição mais definida.

e) Outra questão metodológica a ser analisada é a transformação dos escores do CRA, que são numéricos, em categorias, com a finalidade de comparação com as impressões clínicas dos juízes especialistas. Ao transformar um escore proveniente de uma medida escalar em uma categoria, perde-se especificidade na informação. Deste modo, detalhes da intensidade de exposição a risco, que potencialmente poderiam ser obtidos por um valor numérico se perderam na sua transformação em uma expressão categórica, afetando a capacidade do processo de validação em discriminar nuances de severidade de risco.

f) Um outro fator que pode estar interferindo nos resultados do processo de validação é a forma pela qual foram compostos os escores ERUD e o ERS, que é distinta da utilizada no seu local de origem. De acordo com WOODY<sup>15</sup>, o escore final obtido pela versão americana do CRA é a soma dos escores de droga e de sexo. No formato utilizado neste estudo, há uma superposição de questões entre os escores específicos, por se considerar que elas fazem parte de comportamentos de risco que pertencem a ambos os subescores. Desta forma, a soma dos escores individuais ultrapassa a soma do EGR. É provável que a manutenção de questões similares em ambos os escores tenha alterado a especificidade de cada escore individual, sendo uma correção possível para este eventual viés a análise dos subescores específicos sem superposição de questões.

---

<sup>15</sup>Woody, 1998, comunicação pessoal



### 8.3.2. Comparação entre juízes e escores

O Escore Geral de Risco, na forma como foi proposto, seria uma expressão numérica da intensidade de risco para aquisição ou transmissão do vírus HIV no sujeito em questão, baseado na soma de respostas do questionário CRA. A comparação dos achados das vinhetas do CRA com as impressões dos juízes mostrou que havia sistematicamente diferenças significativas de estimativa de risco para as expressões relativas a GRAU DE COMPROMETIMENTO e ESCORE ATRIBUÍDO A COMPROMETIMENTO. Estas diferenças entre o CRA e as estimativas dos juízes foram constantes tanto para os especialistas em drogas como HIV/AIDS, que freqüentemente diferiam em bloco do valor encontrado pelo CRA. Houve muito poucas diferenças significativas para as questões 2 e 3 (GRAU e ESCORE DE EXPOSIÇÃO e RISCO DE CONTAMINAÇÃO ou RECONTAMINAÇÃO, respectivamente), sugerindo que as estimativas produzidas pelo CRA para estas questões têm validade clínica, considerando-se uma possibilidade de utilizar um escore integral de risco.

Os subescores específicos ERUD e ERS tiveram comportamento similar na comparação com os respectivos juízes especialistas: também na primeira questão do instrumento de validação - tanto para GRAU como para ESCORE - houve diferenças significativas nas atribuições dadas pelos juízes versus o instrumento, freqüentemente com os juízes assumindo impressões clínicas que novamente diferiam em bloco das estimativas do CRA. A performance do instrumento nas questões 2 e 3, no que compete ao ERS, e especialmente para ESCORES, deixou a desejar, novamente mostrando diferenças entre as estimativas dos juízes e o CRA. Poder-se-ia considerar, portanto, que o ERS e o ERUD têm menor validade clínica do que o EGR, que também não consegue expressar de forma

cl clinicamente válida o COMPROMETIMENTO do indivíduo com relação ao HIV, de acordo com o processo de validação que foi utilizado. Tal achado não é exatamente uma total surpresa clínica, uma vez que seria bastante difícil estimar "com um tiro só" o tamanho do risco a que se expõe um indivíduo usuário de drogas face à contaminação pelo HIV. O fato de que a performance dos escores foi um pouco melhor nas questões em que o juiz deveria utilizar uma estimativa de GRAU (Baixo, Médio, Alto) ao invés de um escore numérico reforça a impressão de que para profissionais de área clínica é mais fácil fazer uma estimativa categórica do que numérica.

## 9. Conclusões

### 9.1. Estudo I

- Dadas as dificuldades com amostragem convencional neste tipo de população, a amostragem pelo sistema de "bola de neve" pode ser utilizada em estudos desta natureza, resguardando-se as limitações relativas ao método, e considerando-se a utilização de métodos de coleta de dados de cunho qualitativo, tais como estudos com grupos focais ou modelos de pesquisa baseados em abordagens etnográficas.
- O CRA, como instrumento de coleta de dados sobre exposição a risco em usuários de drogas, necessita ser reformulado e acrescido de questões. Uma das mudanças necessárias é a transformação de opções de resposta baseadas em medidas estimativas de frequência para opções de resposta baseadas em número de ocasiões (nenhuma, até 5, 5 a 10, 10 ou mais, por exemplo). A outra mudança necessária é a inclusão no instrumento de uma seção sobre práticas específicas de risco associadas a uso de drogas injetáveis.
- A amostra dos indivíduos estudados que buscam atendimento ou orientação em locais-chave demonstra que estes são indivíduos que na sua maioria trabalham, em metade dos casos têm algum tipo de parceria fixa, na sua maioria são homens, e fazem uso frequente de álcool, maconha, tranqüilizantes e cocaína. A maconha é mais frequentemente utilizada pelos homens, bem como a cocaína sob forma injetada. Os tranqüilizantes são mais consumidos de forma frequente pelas mulheres da amostra.
- A taxa de soropositividade encontrada na amostra em geral foi bastante alta, em torno de 20%, se considerarmos tratar-se de um grupo de indivíduos que não utiliza apenas



drogas injetáveis. Nos indivíduos que utilizam drogas injetáveis a taxa de soropositividade esteve por volta de 40 a 50%, dependendo da recenticidade do uso.

- Não foi possível demonstrar diferenças no que compete a gênero e sua associação com soropositividade, mas é possível que as causas de soropositividade entre homens e mulheres sejam diferentes. Os achados sugerem um peso maior do uso de drogas injetáveis entre os homens e uma divisão de pesos de fatores de risco para soropositividade nas mulheres entre uso de drogas injetáveis e parceria com indivíduos UDIs. Serão necessárias análises mais específicas para clarificar esta questão.
- Há uma clara associação no sentido inverso entre renda e escolaridade como fatores de risco e soropositividade como desfecho de interesse. Um exemplo disto é a associação entre pouca escolaridade e relações sexuais sem proteção, e a associação entre pouca renda e relações que envolvem trocas sexuais por dinheiro. O uso de drogas injetáveis está também inversamente associado a renda e escolaridade.
- O uso de drogas injetáveis foi o fator de risco mais constantemente associado à soropositividade na amostra estudada.
- A frequência a locais específicos de consumo mostrou-se discretamente associada à soropositividade. Entretanto, este achado apresentou significância apenas marginal no modelo multivariado, necessitando ser analisado sob outra forma em estudos futuros.
- O uso de preservativos e a preocupação com contaminação pelo vírus, apesar de clinicamente adequados ao modelo de risco proposto, não produziram qualquer

modificação na chance de soropositividade da amostra estudada, sugerindo que o peso maior dentro deste modelo deve ser dado ao uso de droga injetável.

- O modelo de risco proposto pelo autor foi basicamente confirmado, à exceção da variável gênero. Entretanto, a existência de outras variáveis que, ao serem testadas, apresentaram significância estatística no modelo ajustado, sugere que um modelo muito mais complexo de risco de exposição a risco deva ser desenvolvido.

## **9.2. Estudo II**

- O processo de quantificação de risco para exposição pelo vírus HIV através do CRA pode ter sofrido vieses importantes a partir da escolha das vinhetas utilizadas e do método de construção do questionário de validação clínica.
- A soma bruta dos valores numéricos de cada questão do CRA pode não estar expressando corretamente as diferentes intensidades de risco a que estão expostos os indivíduos estudados, sugerindo a necessidade de ponderação do valor de cada resposta através de outros métodos analíticos, como por exemplo a análise de componentes principais.
- O CRA, na sua expressão GERAL de risco através de um escore, é clinicamente válido quando comparado com o padrão-ouro de juízes especialistas para aferir EXPOSIÇÃO e RISCO DE CONTAMINAÇÃO/RECONTAMINAÇÃO pelo HIV, mas não é clinicamente válido para aferir COMPROMETIMENTO ou dano causado pela exposição ao vírus HIV.
- Os subescores específicos para droga e para sexo não foram clinicamente válidos para expressar COMPROMETIMENTO, EXPOSIÇÃO ou RISCO DE

CONTAMINAÇÃO/RECONTAMINAÇÃO. É possível que a forma pela qual estes foram compostos - com algumas questões que eventualmente faziam parte de ambos os escores - possa estar contribuindo para uma menor expressão de sua validade clínica.



## 10. Pontos para o futuro

Os achados encontrados nos dois estudos descritos anteriormente refletem apenas uma pequena parte do empreendimento realizado para a obtenção de todo este material de pesquisa. Na verdade, a inserção de uma tese de doutorado dentro de uma sequência de estudos que compõem uma linha de pesquisa em desenvolvimento apresentou uma série de desafios, com posterior benefício, para o conhecimento da realidade de uso de drogas em indivíduos expostos a risco para a contaminação pelo HIV em nosso meio. É verdade que estudos desta natureza necessitam de replicação por outros profissionais da área, para confirmar ou refutar os achados aqui descritos. Mas um benefício desta etapa de desenvolvimento da pesquisa nesta área, realizado pelo autor e pelo grupo que o auxiliou, é a percepção de que estudos naturais e estudos qualitativos, principalmente aqueles baseados na técnica de grupo focal, serão fundamentais para uma compreensão mais integral do problema, devido à natureza específica da população em estudo. E estes estudos de base qualitativa já estão sendo delineados pelo grupo de pesquisa.

Além das necessárias adaptações ao questionário, que implicam no desenvolvimento de novas questões, eventualmente considerando um novo formato de resposta, bem como a inclusão de informações específicas sobre algumas práticas de risco aqui identificadas, a descrição do método e de suas adaptações é sem dúvida de benefício científico. Portanto, além da devolução para a comunidade dos achados aqui encontrados, que será realizada através de veiculação destas informações na mídia, estão previstas oficinas com a finalidade de treinar profissionais de saúde mental a identificar elementos de risco no discurso e na conduta de seus pacientes - usuários de drogas ou não, que serão efetivados a partir do seguimento das etapas de pesquisa em que este estudo se insere.

Elementos específicos devem ser aqui listados para desenvolvimento futuro. São eles:

- Realizar análises específicas com subgrupos com características peculiares, como por exemplo UDIs com uso de droga muito freqüente. Segundo as informações obtidas no Estudo I, este parece ser um grupo peculiar de usuários, pouco abordável pelas técnicas convencionais, merecendo portanto um outro enfoque de pesquisa, além de análises mais refinadas das informações pertinentes a cada caso. O formato mais correto para estudos que buscassem abordar o estilo de vida e cultura associados ao UDI freqüente parece ser o de estudos de cunho qualitativo e, principalmente, baseados no modelo etnográfico bem descrito por McCOY e INCIARDI (1995), onde a inserção total na cultura do UDI passa a ser o meio pelo qual a resposta à questão de pesquisa - bem como a geração de muitas outras - é obtida.
- Inclusão de questões no CRA. Ficou evidente que a adaptação do instrumento americano para o brasileiro deixou a desejar em alguns aspectos específicos, e que não podem ser justificados apenas por diferença cultural. O elemento mais evidente a ser incorporado a uma nova versão do CRA é um bloco de questões sobre compartilhamento de equipamento de injeção, cuja freqüência de achados no Estudo I foi bem superior à nossa estimativa. No desenvolvimento do questionário em português não havia uma total compreensão da magnitude deste problema em nosso meio.
- Realizar análises comparadas do questionário CRA nos indivíduos que têm versus os que não têm resultado HIV, com a finalidade de ajustar posteriormente os dados obtidos, buscando eliminar potenciais viéses existentes na análise dos dados obtidos

apenas dos indivíduos que possuíam o exame, e que poderiam estar interferindo na compreensão do desfecho em estudo..

- Desenvolver projetos de prevenção focal para mulheres, para jovens e para grupos de uso de drogas de forma eventual, uma vez que os estudos demonstraram serem estes os subgrupos com características suficientemente distintas para serem abordados de forma individual em programas preventivos. O primeiro destes projetos focais será desenvolvido junto a mulheres expostas a risco, quando será testada a técnica de prevenção através da utilização do preservativo feminino. Os contatos com os locais de coleta já se encontram em fase adiantada de negociação, com o estudo-piloto deste projeto vindo a ser executado no início do ano de 1999.

Talvez o "ponto para o futuro" mais presente até o momento seja o robustecimento de uma linha de atuação preventiva e pesquisa concomitante junto a indivíduos expostos a risco para contaminação pelo HIV, e que são de difícil abordagem pelos métodos convencionais. As parcerias estabelecidas com os grupos de prevenção e de Redução de Danos de Porto Alegre, bem como as ligações desenvolvidas com os COAS permitem a criação desta rede de trabalho. E este será talvez o passo mais imediato. Neste sentido, a conclusão da tese de doutorado e a posterior criação de uma linha formal de investigação nesta área irão consolidar os passos que vêm sendo seguidos desde o início deste estudo em 1994. Com a estruturação do Programa POAVHIVE, financiado pelo Ministério da Saúde e coordenado por este autor, com o respaldo institucional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, é provável que todos os pontos listados nesta seção possam ser encaminhados de forma conjunta, fortalecendo o grupo de pesquisa e atendimento em um objetivo comum, que é o de auxiliar de forma



sistemática a uma fração da população que tem sido tremendamente estigmatizada pela sociedade e pelo próprio meio médico.

## 11. Relevância e escopo deste estudo

A partir da descrição do problema até aqui, já é possível perceber o quanto é difícil abarcar simultaneamente todas as questões envolvidas com as circunstâncias de risco para a transmissão do HIV em usuários de drogas. A complexidade das interrelações entre os elementos envolvidos é monumental, fazendo com que este estudo tenha, necessariamente, um enfoque específico. O contexto da pobreza de informações vigentes sobre as características de transmissão do vírus na população especial que é a de usuários de droga brasileiros contrasta com a riqueza de informações e meios de acesso à informação sobre o tema nos países mais desenvolvidos. Por causa disto, apenas as informações referentes à demografia, tipo e frequência da droga utilizada já poderiam ser suficientes para justificar um estudo desta natureza.

Devido à característica social e cultural que envolve o uso de substâncias, não é possível "importar" informação de outra cultura sem a necessária "tropicalização" dos conteúdos envolvidos. Apenas como exemplo, as drogas utilizadas no hemisfério norte não são as mesmas que as utilizadas aqui: não estamos frente a uma epidemia de heroína - apesar desta substância estar sendo crescentemente encontrada em nosso meio; além disso, a organização social dos usuários de drogas se faz de forma diferente do que nos Estados Unidos: a estrutura sociocultural dos países em desenvolvimento não é similar à nossa, contribuindo para diferenças no que compete à malha de acesso à saúde e a elementos preventivos de massa, quando por exemplo comparamos a disponibilidade de tratamento para um UDI americano e um brasileiro. Outro elemento importante é o de que outras drogas, que não a cocaína sob forma injetável, podem estar de alguma forma interferindo nos mecanismos de transmissão do vírus nesta população - seja por facilitarem o uso de drogas mais pesadas,

seja por modificarem o juízo crítico quanto a decisões sobre sexo seguro. Conhecer esta realidade é de extrema importância no momento histórico que vivemos, particularmente no que compete à epidemia de AIDS no Brasil.

Do conhecimento prévio de "grupos de risco" partiu-se para uma melhor compreensão das chamadas "situações de risco", conceito atualmente mais utilizado. Neste sentido, uma contribuição original deste estudo é a tentativa de conhecer padronizadamente como o risco para a transmissão do HIV se caracteriza nos usuários de drogas e, se possível, quantificá-lo. O dimensionamento destas circunstâncias é fundamental para o desenvolvimento de programas preventivos eficazes, direcionando esforço mais concentrado para os indivíduos de mais risco - ou de múltiplos riscos. Tal tarefa cria importantes obstáculos do ponto de vista metodológico, já que abordagens epidemiológicas mais conservadoras podem não ser adequadas para uma população-alvo que predominantemente está envolvida com um comportamento ilegal e é sistematicamente rechaçada pelo sistema convencional de saúde. Usuários de drogas não têm muito tempo disponível, e somente buscam espontaneamente serviços de saúde convencionais em situações de emergência. Isto obriga o investigador a um exercício de criatividade constante - desde o desenvolvimento de técnicas alternativas para a abordagem de amostras "ariscas" ou ocultas, até a simplificação dos elementos de pesquisa ao mínimo de informações necessárias para um questionário, sem no entanto perder o "ethos" que norteia a pesquisa com seres humanos. Acredita-se que estes elementos estejam presentes neste estudo, conferindo-lhe originalidade, relevância e singularidade.

Como psiquiatra e psicoterapeuta, o autor tem no paciente tanto o meio como o produto final de seu trabalho. De nada adiantam as informações contidas neste estudo sem



sua posterior tradução em elementos que melhorem a qualidade de vida da população de pacientes atingidos pelo sofrimento constante que é o uso sistemático e dependente de uma droga psicoativa, ou a certeza de ser portador de um vírus ainda considerado mortal. A antropóloga Margareth Mead expressa de forma adequada o sentido ético e filosófico que procurei desenvolver ao longo de todo o trabalho aqui apresentado:

*" O grau de desenvolvimento de uma comunidade pode ser medido pela forma com que ela cuida dos seus membros menos favorecidos."*

## 12. Trabalhos apresentados e publicados ao longo da confecção desta tese

### *Artigos publicados*

1. Pechansky, F., Soibelman, M., e Kohlrausch, E. (1997). Assessment of risk situations for HIV transmission among drug abusers in Porto Alegre, Brazil - a potential means to develop focused interventions for specific groups. Journal of Drug Issues, 27(1), 147-154.
2. Pechansky, F., Inciardi, J.A., Kohlrausch, E. (1997). Uma proposta para treinamento em intervenções preventivas sobre HIV/AIDS em Porto Alegre. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 18 (3): 374-381

### *Posters e temas-livres apresentados em congressos*

1. A proposal for HIV/AIDS prevention/intervention training in Porto Alegre, Brazil. 18th Annual AMERSA National Conference, Bethesda, EUA, 1994.
2. Assessment of risk behaviors for HIV transmission using the RAB questionnaire in Porto Alegre, Brazil - a pilot study. Sattelite Conference on AIDS & Drug Abuse - College on Problems in Drug Dependence, Scottsdale, EUA, 1995.
3. Improving data collection of risk behaviors for HIV infection in a public center for HIV testing in Southern Brazil. Third Science Symposium on HIV Prevention Research: Current Status and Future Directions. Flagstaff, EUA, 1995.
4. Avaliação de Situações de Risco para Transmissão do HIV Através do Questionário CRA em Porto Alegre - Dados Preliminares. III Congresso Gaúcho de Alcoolismo e outras Dependências, Porto Alegre, 1996.
5. Potential Transmission of HIV Among Drug Abusers in South Brazil - Assessing Risk and Visualizing Preventive Interventions. I Sattelite Meeting "Building and International Research Infrastructure in the Field of Drug Abuse", College on Problems in Drug Dependence, San Juan, 1996.
6. How (Im)possible is the Development and Implementation of Collaborative Research in Developing Countries? I Sattelite Meeting "Building and International Research

- Infrastructure in the Field of Drug Abuse", College on Problems in Drug Dependence, San Juan, 1996.
7. Avaliação de Situações de Risco para a Transmissão do HIV através do Questionário CRA em Porto Alegre - Dados Preliminares. XVIII Jornada SulRioGrandense de Psiquiatria Dinâmica, CELG, Gramado, 1996.
  8. Utilidade e Validação do Questionário de Comportamento de Risco para AIDS (CRA) em Porto Alegre - Relatório Preliminar. XVIII Jornada SulRioGrandense de Psiquiatria Dinâmica, CELG, Gramado, 1996
  9. In search of an explanatory model for exposure to HIV in a sample of drug users in Porto Alegre, Brazil. II Sattelite Meeting "Building and International Research Infrastructure in the Field of Drug Abuse", College on Problems in Drug Dependence, Nashville, 1997, e III Jornada Gaúcha de Psiquiatria, Gramado, 1997 e XII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, ABEAD, Recife, 1997
  10. Características de uma amostra de usuários de drogas injetáveis que procuram tratamento em Porto Alegre: descrição geral dos casos coletados. XII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, ABEAD, Recife, 1997
  11. Análise de situações de risco para a transmissão do vírus HIV em usuários de drogas de Porto Alegre III Jornada Gaúcha de Psiquiatria, Gramado, 1997 e XII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, ABEAD, Recife, 1997
  12. HIV seropositivity rates among substance abusers in Porto Alegre, Brazil: A comparison between injection and non-injection drug users. III Sattelite Meeting "Building International Research on Drug Abuse", Scottsdale, EUA, 1998.
  13. Um estudo sobre situações de risco para contaminação pelo HIV em usuários de drogas da cidade de Porto Alegre. Painel apresentado no 16o. Congresso Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo, e tema-livre apresentado na XIX Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica, Gramado, 1998.



### 13. Bibliografia

1. Aerts, D. (1996). Porto Alegre. Prá saber - informações de interesse à saúde 1(2):5-12.
2. Amato Neto, V. e cols. (1983). Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS): descrição do primeiro caso autóctone do Brasil e estudo imunológico. Revista Paulista de Medicina 101(4): 165-168.
3. Ancelle-Park, R. (1993). Expanded European AIDS case definition. Lancet 341:441.
4. Azevedo, L. e cols. (1991). Consumo de bebidas alcoólicas por menores de 15 anos residentes em um município de colonização tipicamente italiana no Rio Grande do Sul. Revista da AMRIGS.35(1):15-18
5. Bacchetti, P. e Moss, A.R. (1989). Incubation period of AIDS in San Francisco. Nature 338: 251-253.
6. Bachman, J.G., Johnston, L. e O'Malley, P. M. (1991). How changes in drug use are linked to perceived risks and disapproval: evidence from national studies that youth and young adults respond to information about the consequences of drug use. In: Donohew, L., Sypher, H.E., e Bukoski, W.J. Persuasive communication and drug abuse prevention, LEA, New Jersey.
7. Bandura, A. (1977a). Social Learning Theory. Prentice- Hall, New Jersey.
8. Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review 84(2): 191-215
9. Barata, L.C.B. e cols. (1993). Surto de malária induzida entre usuários de drogas injetáveis. Revista de Saúde Pública 27(1):9-14.
10. Barcellos, N. (1998). AIDS no Estado do Rio Grande do Sul - Avaliação epidemiológica dos casos notificados até 31 de março de 1998. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Departamento de Ações em Saúde - Seção de Controle de AIDS, março/98 (mimeo).
11. Barcellos, C. e Bastos, F. I. (1996). Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. Boletim da OPAS 121(1):11-24.

12. Barros, F. e Victora, C.G. (1991). Epidemiologia da saúde infantil- um manual para diagnósticos comunitários. Hucitec- Unicef, São Paulo.
13. Bastos F.I. e cols. (1995). A epidemia de AIDS no Brasil. In: Minayo, C. (org.) Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec e Abrasco.
14. Beach, R. S e cols. (1989). HIV infection in Brazil. New England Journal of Medicine 321(12): 830-832
15. Brook, J. e Brook, D.W. (1986). Risk and protective factors for drug use - etiological considerations. In: McCoy, C., Metsch, L.R., e Inciardi, J.A. (Eds). Intervening with drug-involved youth. Sage Publications, California.
16. Brun-Venizet e cols. (1987). Lymphadenopathy-associated vírus type 2 in AIDS and AIDS -related complex; clinical and virological features in four patients. Lancet 1:128-32
17. Brunet, J.B., e Ancelle, R.A. (1985). The international occurrence of the acquired immunodeficiency syndrome. Annals of Internal Medicine 103(5):670-674
18. Bucher, R.E. e Totugui, M.L. (1988). Conhecimento e abuso de drogas entre estudantes de Brasília, Brasil. Acta Psiquiátrica e Psicológica da America Latina 34(2):113-126.
19. Bukstein, O. G. (1995). Adolescent Substance Abuse. Wiley-Interscience, New York.
20. Busnello, E.A.D. (1972). The psychiatric classification of drug abusers. Paper aprsentado ao Depto. de Higiene Mental da Johns Hopkins University. (mimeo).
21. Buuren, V., Nango, G, e Longo, PH. (1991). New Strategies to prevent HIV infection among partners/lovers of boys involved in prostitution. Annals of the VIII International conference on AIDS, Florença, p. 303
22. Bygbjerg, IC. (1983). AIDS in a Danish surgeion (Zaire, 1976). Lancet 1: 925

23. Camacho, L.M. e cols. (1996). Gender, cocaine and during-treatment HIV risk reduction among injection opioid users in methadone maintenance. Drug and Alcohol Dependence 41(1):1-7
24. Capriglione, M.J., Monteiro, M.G. e Masur, J. (1985). Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. Revista da ABP 7:50-53
25. Castilho, E. A. e Szwarcwald, C. L. (1997). Situação atual da AIDS no Brasil. Diagnóstico e Tratamento 2(3): 17-20.
26. Carlini B. H. e cols. (1986). O consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes de primeiro grau na cidade de São Paulo. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 35(5):. 279-285.
27. Carlini, E. e cols. (1987). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> graus - 1987. São Paulo, CEBRID, Escola Paulista de Medicina.
28. Carlini, E. e cols. (1989). II Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> graus - 1987. São Paulo, CEBRID, Escola Paulista de Medicina
29. Cataldo Neto, A. (1987). Alcoolismo: contribuição ao estudo da prevalência. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 9(3): 218-230
30. Centers for Disease Control (CDC) (1981a). Pneumocystis Pneumonia-Los Angeles. Morbidity and mortality weekly report 30:250-252
31. Centers for Disease Control (CDC) (1981b). Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia among homosexual men-New York City and California. Morbidity and mortality weekly report 30:305-308
32. Centers for Disease Control (CDC) (1987). Revision of the CDC surveillance case definition for AIDS. Morbidity and Mortality Weekly Report 36(15).
33. Centers for Disease Control (CDC) (1995). Reported U.S. AIDS cases by HIV-exposure category - 1994. Morbidity and mortality weekly report 44



34. Centers for Disease Control (CDC) (1998). Report of the NIH panel to define principles of therapy of HIV infection. Morbidity and mortality weekly report 47
35. Chaisson, R.E. e cols. (1989). Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. Journal of the American Medical Association 261: 561-565.
36. Chequer e cols. (1992). Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. the Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. AIDS 6(5):483-487.
37. Chequer, P. e cols. (1997). AIDS and condoms in Brasilia: a telephone survey. AIDS Education and Prevention 9(5):472-484.
38. Chitwood, DD, Inciardi, JA, McBride, DC, McCoy, CB, McCoy, HV e Trapido, E. (1991). A community approach to AIDS intervention: exploring the Miami Outreach Project for Injecting Drug Users and Other High Risk Groups. Westport, CT: Greenwood Press.
39. Choi, K.H. e Wermuth, L. A. (1991). Unsafe sex and behavior change. In: Sorensen JL, Wermuth, LA, Gibson, DR, Choi, KH, Guydish, JR e Batki, SL. (Eds.) Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. New York: Guilford Press
40. Coates, TJ (1993). Prevention of HIV-1 infection: accomplishments and priorities. Journal of NIH Research, 5: 73-76.
41. Cortes, E. e cols. (1989). HIV-1, HIV-2, and HTLV-I infection in high-risk groups in Brazil. New England Journal of Medicine 320(15):953-958.
42. Crits-Cristoph, P. e cols. (1998). Results of the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. Workshop apresentado no 60th College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale, EUA.
43. Da Matta Chasin AA e Midio, AF (1989). Cocaine-related problems in the city of Sao Paulo, 1982-1986. Bulletin of Narcotics 41(1-2):99-101.
44. Daniel, H. (1991). We are all people living with AIDS: myths and realities of AIDS in Brazil. International Journal of Health Services 21(3):539-551.

45. Davis, KC, e cols. (1983). Acquired Immunodeficiency Syndrome in a patient with hemophilia. Annals of Internal Medicine 98:284-286
46. De Carvalho, HB, e cols. (1996). HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology 1(12):84-92.
47. De Holanda Ferreira, A. (1986). Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Nova Fronteira, Rio de Janeiro. 2a. edição.
48. De Souza, H. A cura da AIDS. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1994. p. 16
49. Des Jarlais, DC e Hunt, D. (1988). AIDS and intravenous drug use. National Institute of Justice AIDS Bulletin (fevereiro).
50. Des Jarlais, DC, e cols. (1995a). HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. AIDS 9(6): 611-617
51. Des Jarlais, DC, e cols. (1995b). Main training low HIV seroprevalence in populations of injection drug users. Journal of the American Medical Association 274(15):1226-1231.
52. Defoe, D. (1987). Um diário do ano da peste. L&PM, Porto Alegre.
53. Donohew, L., Sypher, H.E., e Bukoski, W.J. (1991). Persuasive communication and drug abuse prevention, LEA, New Jersey.
54. European Study Group. (1989). Risk factors for male to female transmission of HIV. British Medical Journal 298: 411-415
55. Ferri, CP. e cols. (1997). Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. Revista da Associação Médica Brasileira 43(1): 25-28.
56. Figueiredo, C.R.D.L., Miranda, V.L., Marques, L.F. (1997). Diretrizes para projetos de redução de danos - documento preliminar. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS (mimeo).

57. Galduroz, J.C. F. e cols. (1994). III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de I e II graus em 10 capitais brasileiras - 1993. CEBRID, União Européia
58. Gallo, R.C. (1987). The AIDS vírus. Scientific American 256:47-56
59. Geller, A. (1997). Comprehensive treatment programs. In: Lowinson, JH, Ruiz, P., Millman, RB, e Langrod, JG (Eds.): Substance abuse - A comprehensive textbook. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 425.
60. Gielen, AC, Faden, RR, O'Campo, P, Kass, N, e Anderson, J. (1994). Women's protective sexual behaviors: a test of the health belief model. AIDS Education and Prevention, 6: 1-11.
61. Gir, E. e cols. (1994). Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de AIDS. Revista de Saúde Pública 28(2):93-99
62. Glaser, B.G. e Strauss, A. 1967. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing Co.
63. Gonçalves, AP, e Rubini, De Sa Ca (1996). HIV/AIDS infection. The Brazilian view. AIDS in Brazil. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina Spec. :145-146
64. Gotlieb, M.S.R, e cols. (1981). Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. New England Journal of Medicine 305: 1425-1431.
65. Guimarães, MD e Castilho, EA (1993). Aspectos epidemiológicos da AIDS/HIV no Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 26(2):101-111.
66. Guydish, JR., Golden, E., Hembry, K. (1991). Needle sharing, needle cleaning, and risk behavior change among injection drug users. In: Sorensen JL, Wermuth, LA, Gibson, DR, Choi, KH, Guydish, JR e Batki, SL. (Eds.) Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. New York: Guilford Press
67. Horvath, A. (1997). Alternative support groups. In: Lowinson, JH, Ruiz, P., Millman, RB, e Langrod, JG (Eds.): Substance abuse - A comprehensive textbook. Williams & Wilkins, Baltimore, p.391.



68. Hunter, GM., Donoghoe, MC e Stimson, GV. (1995). Crack use and injection on the increase among injecting drug users in London. Addiction 90(10): 1397-1400.
69. Inciardi, JA. (1986). The war on drugs: heroin, cocaine, crime, and public policy. Mayfield Publishing, Palo Alto.
70. Inciardi, J.A. (1989). Trading sex for crack among juvenile drug users: a research note. Contemporary Drug Problems 16: 689-700
71. Inciardi, J. A., Lockwood, D., e Pottieger, A.E. (1993). (Eds.) Women and crack-cocaine. McMillan Publishing Company, N. York.
72. Inciardi, JA., Surratt, HL, e McCoy, HV. (1997). Establishing and HIV/AIDS intervention program for street drug users in a developing nation. Journal of Drug Issues 27(1): 173-193.
73. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1998). Tabela 2 - Unidades de habitação, por situação e sexo do chefe da unidade de habitação. Contagem da População - 1996 - Brasil. p. 2. (<http://www.ibge.org>)
74. Ivo dos Santos, J. e cols. (1991). Prevalence of HIV-1 antibodies in selected groups of a Brazilian city with African sociodemographic characteristics. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 4: 448-489
75. Janz, NK e Becker, HM (1984). The health belief model: a decade later. Health Education Quarterly, 2: 1-47.
76. Jessor, R. le Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth. Academic Press, San Diego.
77. Johnson, A.M. (1988). Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus. British Medical Journal 296: 1017-1020.
78. Johnson, B. e Muffler, J. (1997). Determinants and perpetrators of substance abuse - Sociocultural. In: Lowinson, JH, Ruiz, P., Millman, RB, e Langrod, JG (Eds.): Substance abuse - A comprehensive textbook. Williams & Wilkins, Baltimore.

79. Johnston, L. (1991). Toward a theory of drug epidemics. In: Donohew, L., Sypher, H.E., e Bukoski, W.J. (Eds.). Persuasive communication and drug abuse prevention, LEA, New Jersey.
80. Kalbfleisch, J.D. e Lawless, J.F. (1988). Estimating the incubation period for AIDS patients. Nature 333: 504-505.
81. Kalichman, AO (1993). AIDS and intravenous drug use in Brasil. In: Monteiro, MG and Inciardi, JA (eds.) Brasil-United States Binational Research. São Paulo: CEBRID.
82. Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. Science 190, 912-914.
83. Khantzian, E.J., Mack, J.E., e Schatzberg, A.F. (1974). Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. American Journal of Psychiatry 131, 160-164.
84. King, M. (1993). AIDS, HIV and Mental Health. University Press, Cambridge.
85. Kumar, S.M., Mudaliar, S. e Daniels, D. (1997). Effectiveness of HIV risk reduction counseling intervention for street recruited injection drug users in Madras City. Building International Research on Drug Abuse - Nashville, Tennessee Meeting Highlights. National Institute on Drug Abuse, Rockville, p.31.
86. L'Age-Stehr, J., Schwarz, a. e Offermann, G. (1985). HTLV-III infection in kidney transplant recipients. Lancet ii: 1361-1362
87. Latkin, C. (1995). A personal network approach to AIDS prevention: an experimental peer group intervention for stree-injecting drug users: the SAFE study. NIDA Research Monographs 151:181-195
88. Laga, M. e cols. (1989). Advance immunodeficiency as a risk factor for heterosexual transmission of HIV. AIDS 3:361-366.
89. Latkin, C., Mandell, W., Vlahov, D., Knowlton, A., Oziemkowska, M., e Celentano, D. (1994) The relationships between sexual behavior, alcohol use, and personal

- network characteristics among injecting drug users in Baltimore, Maryland. Sexually Transmitted Diseases, 21(3): 161-167.
- 90.Latkin, C., Mandell, W., Vlahov, D., Knowlton, A., Oziemkowska, M., e Celentano, D. (1995). Personal network characteristics as antecedents to needle-sharing and shooting gallery attendance. Social Networks 17: 219-228
- 91.Lazzarin, A. e cols. (1991). Man-to-woman sexual transmission of the human immunodeficiency vírus: risk factors related to sexual behavior, man's infectiousness, and woman's susceptibility. Annals of Internal Medicine 151: 2411-2416.
- 92.Lee, C.A. e cols. Progression of HIV disease in a haemophilic cohort followed for 11 years and the effect of treatment. British Medical Journal 290: 583
- 93.Libonatti, O. e cols. (1993). Role of drug injection in the spread of HIV in Argentina and Brazil. International journal of STD and aids 4(3): 135-141.
- 94.Lifson, A. R. e cols. (1990). Natural history of HIV infection in a cohort of homosexual and bisexual men: clinical and immunologic outcome, 1977-1990. Apresentado na VI International Conference on AIDS, San Francisco.
- 95.Lima, E., Bastos, FIPM, e Friedman, SR. (1991). HIV-1 epidemiology among IDUs in Rio de Janeiro, Brazil. Annals of the VIII International conference on AIDS, Florença, p. 367.
- 96.Lima, E. e cols. (1994). risk factors for HIV-1 seroprevalence among drug injectors in the cocaine-using environment of Rio de Janeiro. Addiction, 89(6):689-698.
- 97.Lo, S. S. e cols. (1991). Malária em usuários de drogas de administração endovenosa associada à soropositividade para HIV. Revista de Saúde Pública 25(1):17-22
- 98.Margolis, E. e cols. (1990). Predictors of safe needle use among intravenous drug users. Proceedings of the Sixth International Conference on AIDS, San Francisco. Abstract 3025.



99. Margulies, R.Z., Kessler, R.C. e Kandel, D.B. (1977). A longitudinal study of onset of drinking among high school students. Journal of Studies on Alcohol 38, 807-912.
100. Masur, H.M.A., e cols. (1981). An outbreak of community-acquired pneumocystis carinii pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction.. New England Journal of Medicine 305: 1431-1438
101. Mausner, J.S. e Kramer, S. (1985). Epidemiologic orientation to health and disease. In: Mausner, J.S. e Kramer, S. (Eds.). Epidemiology - an introductory text. Saunders, Philadelphia. 2a. edição.
102. McCoy, C. e Inciardi, J.A. (1995). Contagious desire: sex, drugs, disease, and HIV. In: McCoy, C. & Inciardi, J. A. (Eds.): Sex, drugs, and the continuing spread of AIDS. Roxbury, Los Angeles.
103. McLellan, A. T. e cols. (1980). An improved evaluation systemt for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. Nervous and Mental Diseases 168, 26-33.
104. Medley, GF. e cols. (1987). Incubation period of AIDS in patients infected via blood transfusion. Nature 38: 719-721.
105. Mello, C. O. e cols. (1996). A participant observation of the Therapeutic Community as a model for drug dependence treatment. Journal of Drug Issues, 27(2): 299-314
106. Metzger, D.S., e cols. (1991). Risk Factors for Needle Sharing Among Methadone Patients. American Journal of Psychiatry 148(5): 636-640.
107. Metzger, D.S., e cols. (1992). Twenty-four month seroconversion rates and behavioral change among injection drug users in-and-out-of-treatment. NIDA Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Proceedings Community Epidemiology Work Group, June 1992: 503-506.
108. Metzger, D.S. (1993). The risk assessment battery (RAB): Validity and reliability. Apresentado no Sixth Annual Meeting of the National Cooperative Vaccine Development Groups for AIDS .Alexandria,VA

109. Miller, HG, Turnern, CF, e Moses, LE (1990). AIDS: The second decade. Washington, National Academy Press.
110. Montgomery, SB, Joseph, JG, Becker, MH, Ostrow, DG, Kessler, RC, e Kirscht, JP. (1989). The health belief model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS: how useful? AIDS Education and Prevention, 1: 303-323
111. Moore, B.E., e Fine, B.D. (1968). (Eds.) A glossary of psychoanalytic terms and concepts. American Psychoanalytic Association, 2a. ed., N. York.
112. Murphy, S. L. e Khantzian, E. J. (1995). Addiction as a "self-medication" disorder: application of ego psychology to the treatment of substance abuse. In: Washton, A.M. (Ed). Psychotherapy and substance abuse - a practitioner's handbook. Guilford, New York.
113. Muza, G.M. e cols. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP. I - Prevalência de consumo por sexo, idade e tipo de substância. Revista de Saúde Pública 31(1):21-29
114. Nappo, S., Galduroz, JC, e Noto, A.R. (1996). Crack use in Sao Paulo. Substance Use and Misuse 31(5):565-579
115. Nyamathi, JA, e Kington, R. Impact of AIDS prevention intervention on risky behaviors and drug use. Journal of Community Psychology 25: 519-533
116. Nyamathi, AM e Stein, JA. (1997). Relative impact of two AIDS education programs among high-risk women on cognitive, behavioral and psychosocial variables. AIDS Education and Prevention 9:253-273
117. Organização Mundial da Saúde (1991). AIDS cases predicted to increase tenfold by the year 2000. WHO Presss Release, 28 de novembro.
118. Organização Mundial da Saúde (1993). Weekly Epidemiological Record, 68 (2 de julho).

119. Organização Mundial da Saúde (1997). Global AIDS Surveillance. Weekly Epidemiological Record, 72(27), 197-204.
120. Padian, N., Shiboski, S. e Jewell, N. (1990a). The relative efficiency of female-to-male HIV sexual transmission. Poster apresentado na VI Conferência Internacional de AIDS, San Francisco.
121. Padian, N., Shiboski, S. e Jewell, N. (1990a). The effect of number of exposures on the risk of heterosexual HIV transmission. Journal of Infectious Diseases 161: 883-887.
122. Palella, F.J. e cols. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. New England Journal of Medicine 338: 853-860
123. Pape, J.W. e cols. (1983). Characteristics of AIDS in Haiti. New England Journal of Medicine 309: 945-950.
124. Pechansky, F (1994). Treatment for Drug and Alcohol Problems in Brazil: a puzzle with missing pieces. Journal of Psychoactive Drugs, 27(1): 117-123
125. Pechansky, F. & Barros, F (1995). Problems related to alcohol consumption by adolescents living in the city of Porto Alegre, Brazil. American Journal of Drug Issues, 25(4): 735-750
126. Pechansky, F. e Fuchs, F.D. (1998). Fármacos de uso não médico. In: Fuchs, F.D. e Wanmacher, L. (Eds. ) Farmacologia Clínica - fundamentos da terapêutica racional. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro (2a. ed.)
127. Pechansky, F e Letti, K. (1996). Utilidade e Validação do Questionário de Comportamento de Risco para AIDS (CRA) em Porto Alegre - Relatório Preliminar. Anais da XVIII Jornada SulRioGrandense de Psiquiatria Dinâmica, CELG
128. Pechansky, F. e Soibelman, M.(1992). O uso de substâncias psicoativas por alunos de escola privada de Porto Alegre. Revista AMRIGS, 36(2):114-119.



129. Pechansky, F. e Soibelman, M. (1997). In search of an explanatory model for exposure to HIV in a sample of drug users in Porto Alegre, Brazil. Building International Research on Drug Abuse - Nashville, Tennessee Meeting Highlights. National Institute on Drug Abuse, Rockville, p.32.
130. Pechansky, F., Soibelman, M., e Goldim, J.R. (1989). Modificações no Escore do questionário SADD após Aplicações Repetidas. Revista ABP/APAL 11(1): 25-28
131. Pechansky, F., Soibelman, M., e Kohlrausch, E. (1996). Transmission of HIV among drug abusers in south Brazil: assessing risk and anticipating preventive interventions. Tema-livre apresentado na I Sattelite Meeting "Building an International Research Infrastructure in the Field of Drug Abuse", National Institute on Drug Abuse, San Juan.
132. Pechansky, F., Soibelman, M., e Kohlrausch, E. (1997). Assessment of risk situations for HIV transmission among drug abusers in Porto Alegre, Brazil Journal of Drug Issues, 27(1), 147-154
133. Peixinho, Z.F. e cols. (1990). Seroepidemiological studies of HIV-1 infection in large Brazilian cities. Natural Immunity and Cell Growth Regulation 9:133-136.
134. Prochaska, C. e DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W. e Heather, N. (Eds.): Treating Addictive Behaviors: Processes of Change. Plenum, New York.
135. Rafaelli M. e cols. (1995). HIV- related knowledge and risk behaviors of street youth in Belo Horizonte, Brazil. The street youth study group. AIDS Education and Prevention 7(4): 287-297.
136. Ramos, M.C. e cols. (1991). HIV seroprevalence trends and association with syphilis in an alternative test site in Porto Alegre, RS, Brazil. Annals of the VIII International conference on AIDS, Florença. p. 360
137. Resnick, LKK e cols., (1986). Stability and inactivation of HTLV-III/LAV under clinical and laboratory environments. Journal of the American Medical Association 255:1887-1891.

138. Rietmeijer, C.A. e cols. (1996). Increasing the use of bleach and condoms among injecting drug users in Denver: outcomes of a targeted, community-level HIV prevention program. AIDS 10(3): 291-298.
139. Rodrigues, L e Chequer, P (1989). AIDS in Brazil, 1982-1988. PAHO Bulletin, 23: 30-34.
140. Rosenstock, IM (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2: 328-335.
141. Tothram-Borus, MJ e cols. (1997). Behavioral change in HIV+ adolescents. AIDS and Behavior 1:43-51.
142. Rounsaville, B., e Carrol, K. (1997). Individual Psychotherapy. In: Lowinson, JH, Ruiz, P., Millman, RB, e Langrod, JG (Eds.): Substance abuse - A comprehensive textbook. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 430.
143. Sanchez-Craig, M. (1990). Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: an approach based on client choice. British Journal of Addiction 85:169-177.
144. Sanchez-Craig, M. e Lei, H. (1986). Disadvantages to imposing the goal of abstinence of problem drinkers: an empirical study. British Journal of Addiction 81:505-512.
145. Santos, B., Beck, E.J., e Peixoto, M.F. (1994). Survival and medical intervention in southern Brazilian AIDS patients. International Journal of STD and AIDS 5(4):279-283
146. Santos, B.R., e cols. (1994). Changing patterns of HIV-1 transmission in southern Brazil 1985-1991. International Journal of STD and AIDS 5(3):202-206
147. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (1985). AIDS no Estado de São Paulo. Divisão de hansenologia e dermatologia sanitária.
148. Siegal, F.P. e Siegal, M. (1983). AIDS: The medical mystery. New York, Grove Press.

149. Siegal, HA, Falck, RS, Carlson, RG, e Li, L (1991). Changes in needle risk behaviors: a preliminary comparative analysis of the Dayton-Columbus NADR Program's standard and enhanced interventions. NIDA Research in Progress, Outubro: 12-16.
150. Siqueira, D. e cols. (1998). O projeto de redução de danos no Rio Grande do Sul. In: Bastos, F.I., Mesquita, F. e Marques, L. F. (Orgs.): Troca de seringas: drogas e AIDS. Ministério da Saúde, 1998
151. Soibelman, M e Pechansky, F (1993). Evaluation of drug dependence treatments in Brazil. In: Monteiro, MG and Inciardi, JA (eds.) Brasil-United States Binational Research. São Paulo: CEBRID.
152. Sorensen JL, Wermuth, LA, Gibson, DR, Choi, KH, Guydish, JR e Batki, SL. (1991). Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. New York: Guilford Press.
153. Souza-Dias, MB e cols. (1990). Follow-up of groups at risk for HIV infection (Campinas, SP). Abstract do VII Internacional Conference on AIDS, San Francisco. p. 227
154. Stark, K. e cols. (1995). Determinants of HIV infection and recent risk behaviour among injecting drug users in Berlin by site of recruitment. Addiction 90(10): 1367-75.
155. Stine, G. AIDS Update. Prentice Hall, New Jersey, 1993. p.13
156. Stockwell, T. (1985). Behavioral approaches and alcohol sensitizing agents. In: Edwards, G. e Littleton (Eds.). Psychopharmacological approaches to alcoholism treatment. Croom Helm, Londres.
157. Stützmoller, F. e cols. (1997). The Rio de Janeiro HIV vaccine site-II. Recruitment strategies and socio-demographic data of a HIV negative homosexula and bisexual male cohort in Rio de Janeiro, Brazil. Memoria do Instituto Oswaldo Cruz 92(1): 39-45.



- 158.Surratt, H. e cols. (1998). Acceptability of the female condom among women at risk for HIV infection. American Behavioral Scientist 41(8): 1157-1170.
- 159.Swan, N. (1995). NIDA plays key role in studying links between AIDS and drug abuse. NIDA Notes 12(6), November/December.
- 160.Swan, N. (1997). Contributions of behavioral research to AIDS studies recognized. NIDA Notes, May/June: 1-4.
- 161.Telles, PR., e cols. (1997). Risk behavior and HIV seroprevalence among injecting drug users in Rio de Janeiro, Brazil. AIDS 11 (Supl. 1):S35-S42.
- 162.Trotter, R., Bowen, A.M., e Potter, J.M. (1995). Network models for HIV outreach and prevention programs for drug users. NIDA Research Monograph 151: 144-180.
- 163.Van de Pitt, J., Verwilghen, R. e Zachee, P. (1983). AIDS and cryptococcosis (Zaire, 1977). Lancet 1:925-926
- 164.Vogt, M.W e cols. (1986). Isolation of HTLV-III/LAV from cervical secretions of women at risk for AIDS. Lancet i: 525-527
- 165.Wallauer, A. P., Pechansky, F., Soibelman, M., Kohlrausch, E., Szobot, C., Lima, A.F.. Avaliação de Situações de Risco para Transmissão do HIV Através do Questionário CRA em Porto Alegre - Dados Preliminares. Anais do III Congresso Gaúcho de Alcoolismo e outras Dependências, Porto Alegre, 1996.
- 166.Watters, JK e Biernacki, P. (1986). Targeted Sampling: options for the study of hidden populations. Social Problems 36: 416-430
- 167.WHO Collaborative Study Group (1993). An international comparative study of HIV prevalence and risk behavior among drug injectors in 13 cities. Bulletin of Narcotics 45(1):19-46.
- 168.Wofsy, J.B. e cols. (1986). Isolation of AIDS - associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the vírus. Lancet i: 527-529.
- 169.Woody, G.E., e cols. (1992). HIV Seroconversion and Treatment Status. NIDA Research Monograph Series, 119: 303.

170. Woody, GE, McLellan, AT, Luborsky, L. e cols. (1984). Severity of psychiatric symptoms as a prediction of benefits from psychotherapy: the Veterans Administration-Penn study. American Journal of Psychiatry 141: 1172-1177.
171. Woody, GE., Metzger, D., Pechansky, F., Sudbrack, F e Soibelman, M. (1994) HIV/AIDS, and Risk Behaviors Among Drug Users in Brazil - Description of the Pilot Study - Phases 1 and 2 . Manuscrito enviado ao National Institute on Drug Abuse para financiamento do projeto The spread of HIV among drug abusers in Brazil (mimeo)
172. Wortmann, A. e cols. (1993). O consumo de benzodiazepínicos na cidade de Porto Alegre e a situação conjugal de seus usuários. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 15(2): 150- 151
173. Wortmann, A.C. e cols. (1994). Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. Revista da Associação Médica Brasileira 40(4): 265-270.

## **Figuras**



Figura 1. A ponte da AIDS

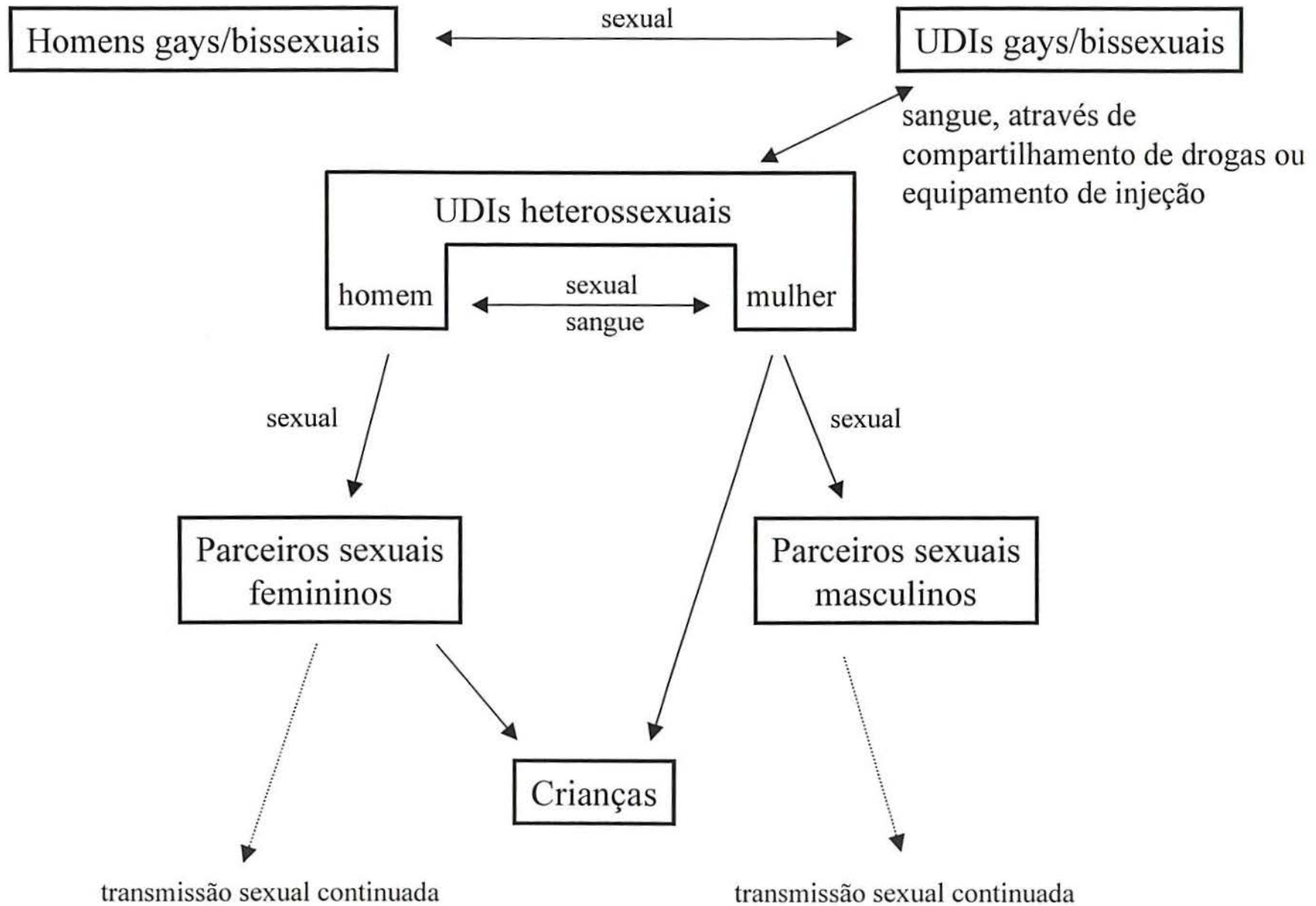


Figura 2. Rede de cidades brasileiras segundo tipologia de evolução e papel na difusão da epidemia de AIDS



Reproduzido de Barcellos e Bastos, 1996 - sob permissão

Figura 3.

Modelo de fatores de risco para uso e dependencia de substancias

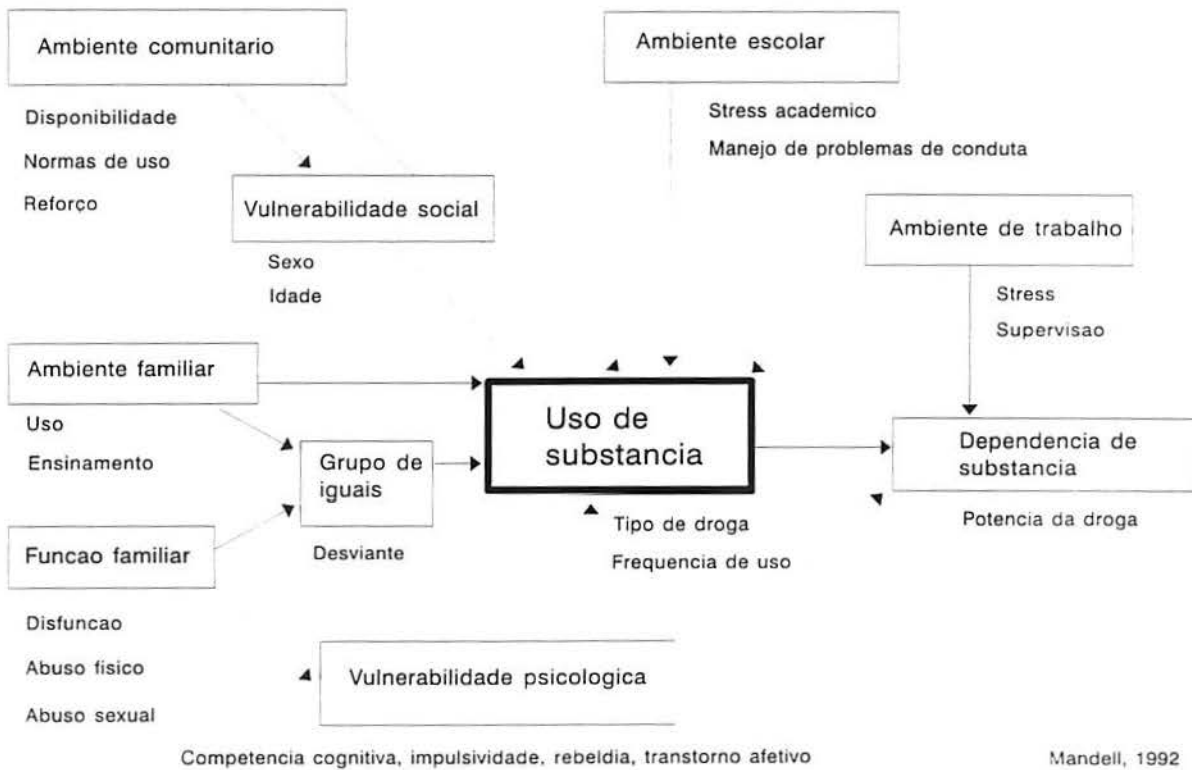




Figura 4. Modelo de exposição a risco para contaminação pelo HIV em usuários de drogas

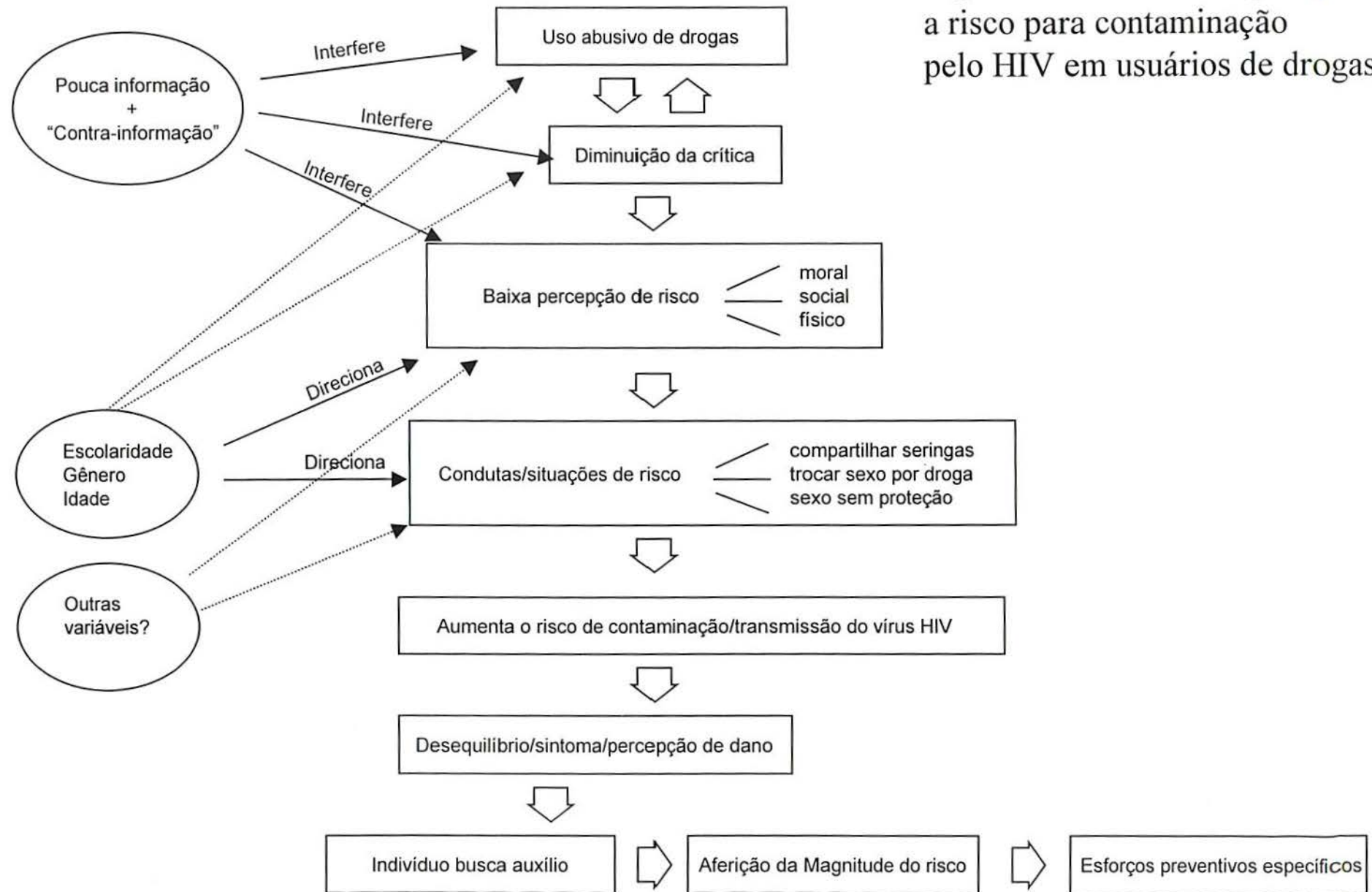


Figura 5.  
Objetivos deste estudo

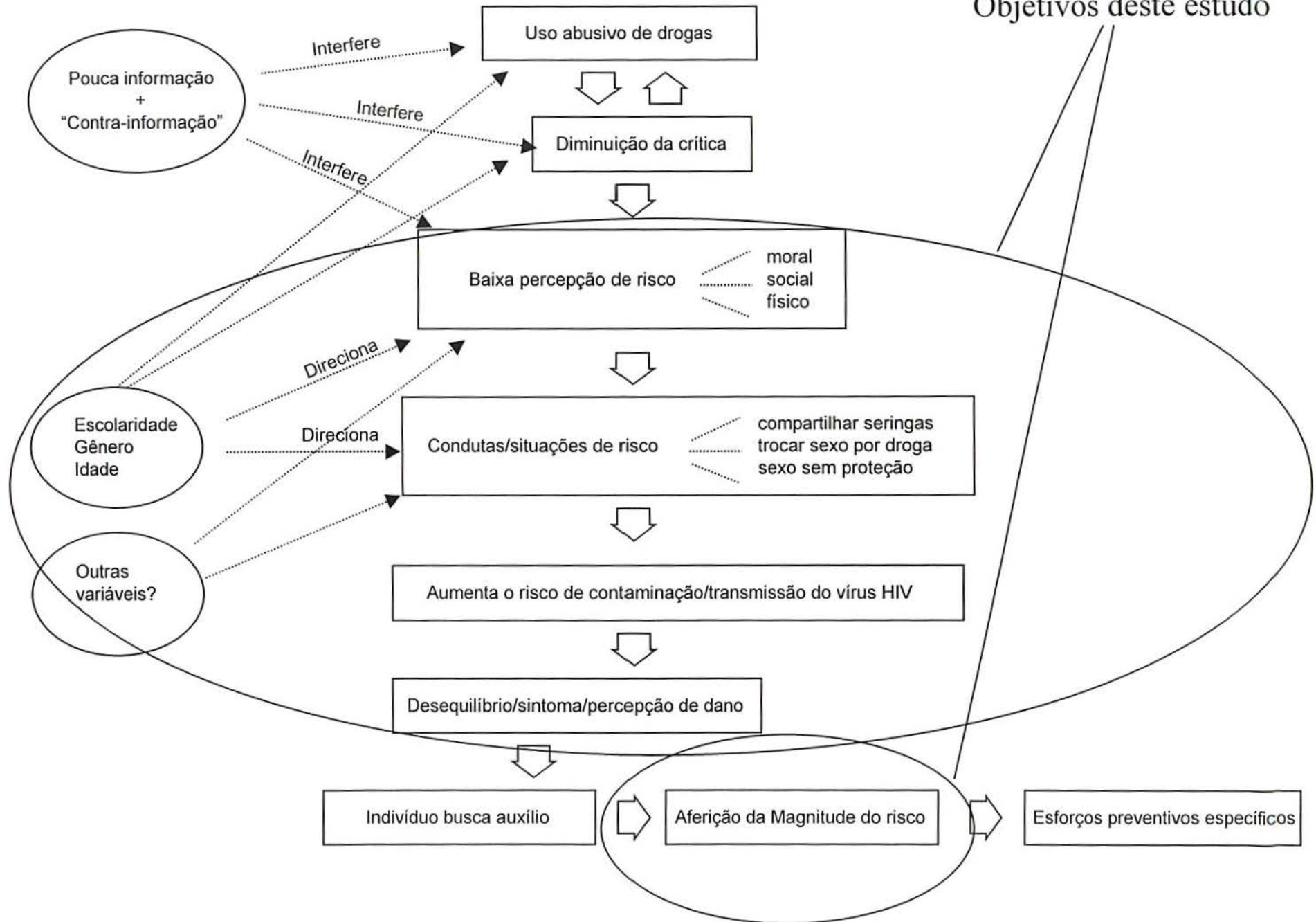


Figura 6. Uso recente de drogas (últimos 30 dias) entre os 61 entrevistados do estudo-piloto

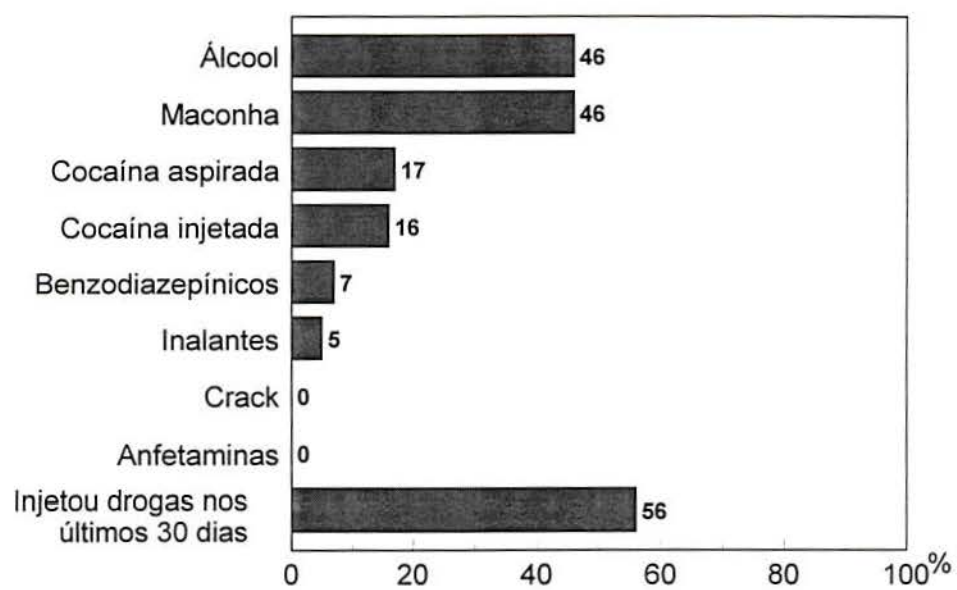




Figura 7. Práticas de risco desde 1980 entre os 61 entrevistados do estudo-piloto

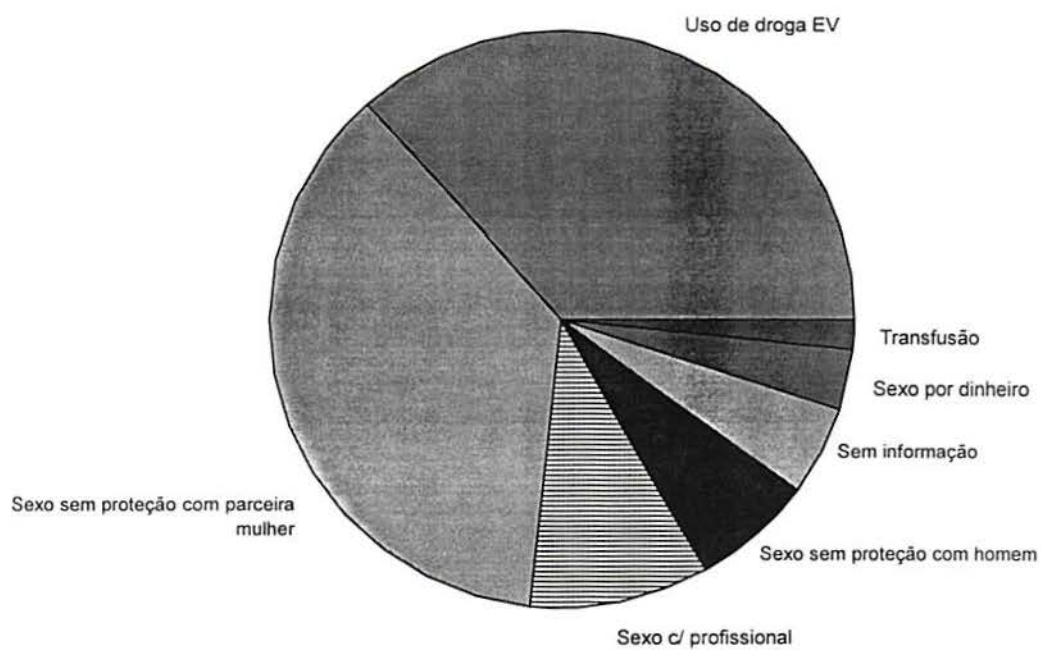


Figura 8. Curva de freqüências do EGR

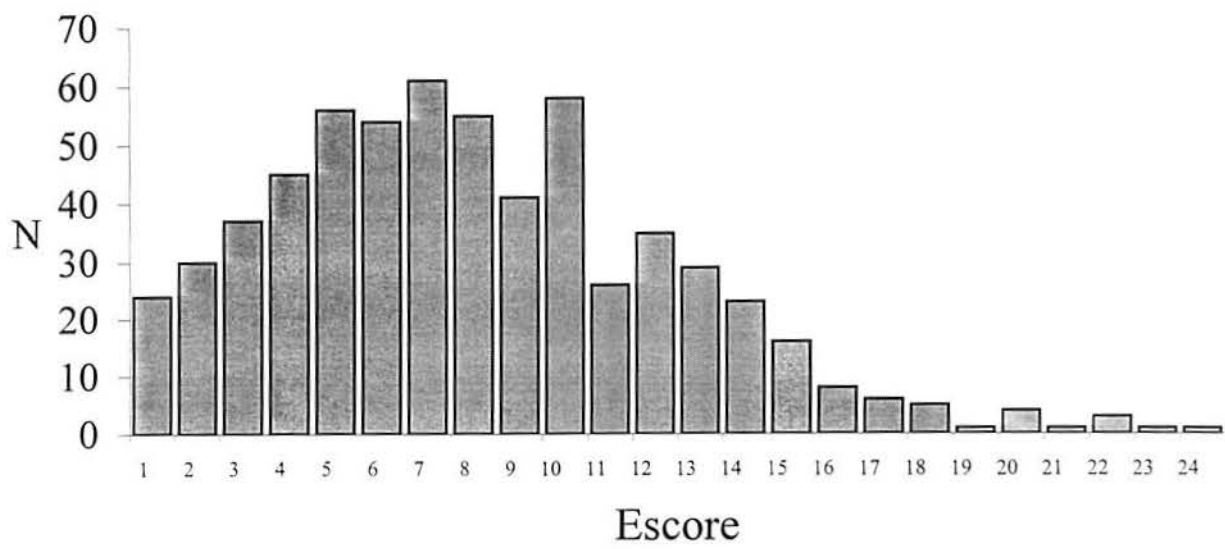


Figura 9. Curva de freqüências do ERUD

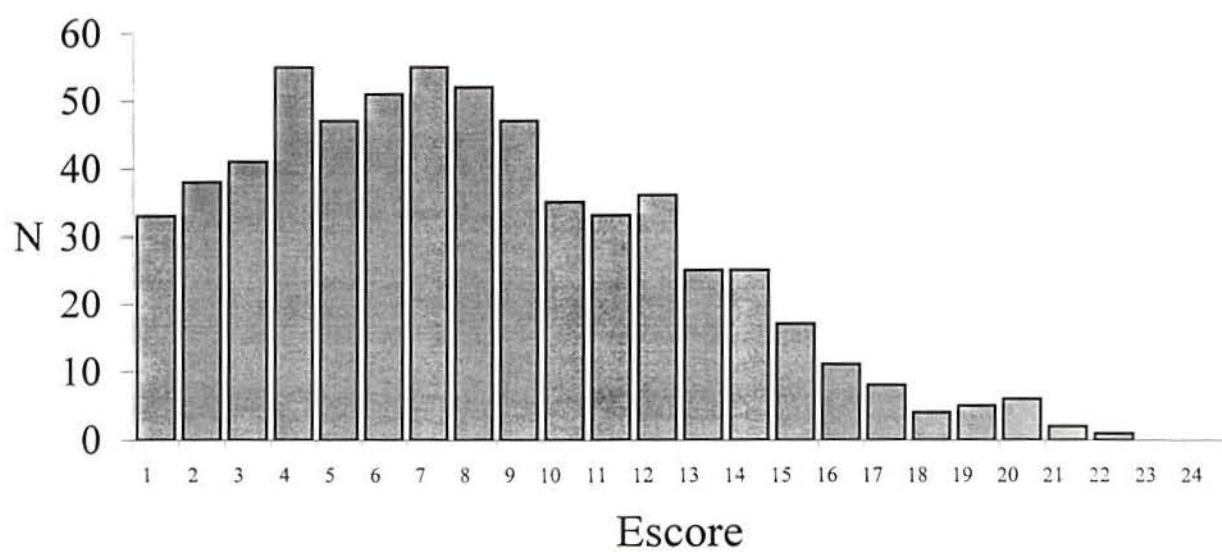




Figura 10. Curva de freqüências do ERS

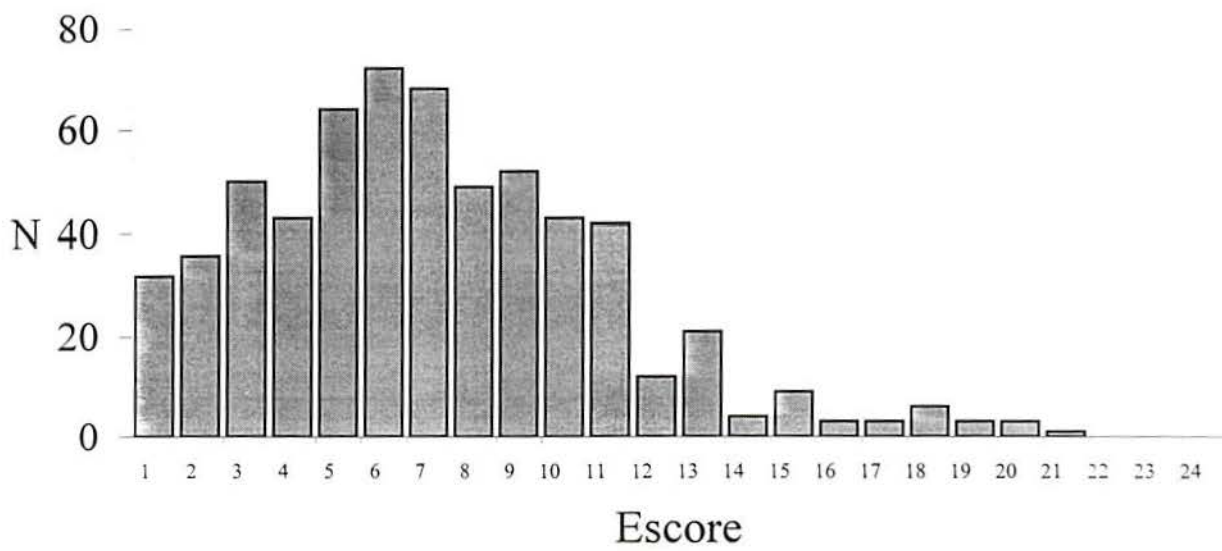
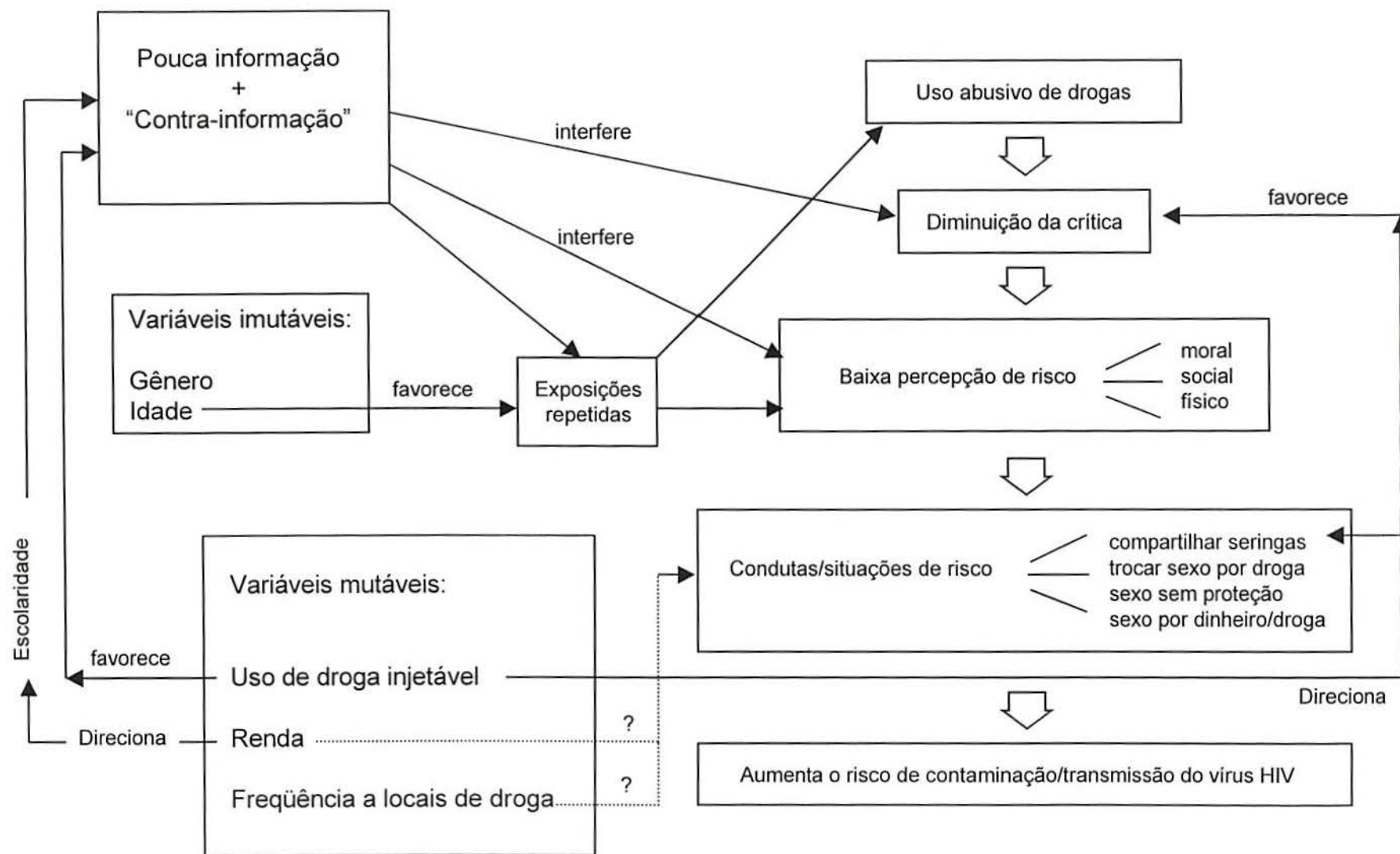


Figura 11. Modelo de exposição a risco para contaminação pelo HIV em usuários de drogas modificado após análise multivariada



## **Anexos**



## **Anexo 1 - Questionário CRA em inglês**

ID#: \_\_\_\_\_

Check If Asked By Interviewer

DATE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Administered by: \_\_\_\_\_  
Checked by: \_\_\_\_\_

R A B

(54 months)

***Please read each of the following questions very carefully.***

***As you will see, many of these questions are very personal. We understand this and have taken great care to protect the privacy of your answers.***

***It is very important that you answer every question honestly.***

***In fact, it's better not to answer a question at all than to tell us something that is not accurate or true. Some questions may not seem to have an answer that is true for you. When this happens, you should simply choose the answer that is most right. Don't spend too much time on any one question. Remember, always ask for help if you're unsure about what to do.***

***Thank you for your time and cooperation.***

University of Pennsylvania &  
Philadelphia Veterans Administration Medical Center  
Center for Studies on Addiction  
3900 Chestnut Street  
Philadelphia, Pa 19104

ID# \_\_\_\_\_

CONFIDENTIAL

54 month

Your Name: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Your Nickname: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please list places we can contact you for the next follow up interview.  
This information, along with the other information we ask of you, will be kept confidential. Thank you.

Your Address:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Your phone number:

\_\_\_\_\_

Other Contacts:

Name: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

Address:

Relationship: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

Address:

Relationship: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

Address:

Relationship: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**DRUG AND ALCOHOL USE**

MQ 1. In the past month, how often have you injected cocaine and heroin together(Speedball)?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

MQ 2. In the past month, how often have you injected heroin(not mixed)?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

MQ 3. In the past month, how often have you snorted heroin(not mixed)?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

MQ 4. In the past month, how often have you snorted cocaine (not mixed)?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

MQ 5. In the past month, how often have you injected cocaine (not mixed)?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

MQ6. In the past month, how often have you smoked freebase, rock, or crack cocaine?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

MQ7. In the past month, how often have you used speed/amphetamine?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

MQ8. In the past month, how often have you used ice?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

MQ9. In the past month, how often have you used Xanax?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

9a. If you have used Xanax, is this prescribed by a doctor?

- 0.  No
- 1.  Yes

9b. If it is prescribed by a doctor, do you use it more than it is prescribed?

- 0.  No
- 1.  Yes

ID# \_\_\_\_\_

MQ 10. In the past month, how often have you used Valium?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

10a. If you have used Valium, is this prescribed by a doctor?

- 0.  No
- 1.  Yes

10b. If it is prescribed by a doctor, do you use it more than it is prescribed?

- 0.  No
- 1.  Yes

MQ 11. In the past month, how often have you used marijuana?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

MQ 12. In the past month, how often have you used beer, wine or liquor?

- 0.  Not at all
- 1.  A few times
- 2.  A few times each week
- 3.  Everyday

### NEEDLE USE

MQ 13. In the past six months, have you injected drugs?

- 0.  No
- 1.  Yes

MQ 14. In the past six months, have you shared needles or works?

- 0.  No or I have not shot up in the past six months
- 1.  Yes



14a. With how many different people did you share needles/works in the past six months?

- 0.  0 or I have not shot up in the past six months
- 1.  1
- 2.  2 or 3 different people
- 3.  4 to 6 different people
- 4.  7 to 10 different people
- 5.  11 or more different people

M Q 15. In the past six months, how many times have you used after someone without cleaning?

- 0.  Never or I have not shot up or shared in the past 6 months
- 1.  A Few Times
- 2.  About Once a Month
- 3.  A Few Times Each Month
- 4.  About Once Each Week
- 5.  A Few Times Each Week
- 6.  Every Day
- 7.  More Than Once a Day

M Q 16. In the past six months, how many times have others used after you without cleaning?

- 0.  Never or I have not shot up or shared in the past 6 months
- 1.  A Few Times
- 2.  About Once a Month
- 3.  A Few Times Each Month
- 4.  About Once Each Week
- 5.  A Few Times Each Week
- 6.  Every Day
- 7.  More Than Once a Day

MQ 17. In the past six months, how often have you shared needles with someone you knew (or later found out) had AIDS or was positive for the AIDS virus?

- 0.  Never or I have not shot up or shared in the past 6 months
- 1.  A Few Times
- 2.  About Once a Month
- 3.  A Few Times Each Month
- 4.  About Once Each Week
- 5.  A Few Times Each Week
- 6.  Every Day
- 7.  More Than Once a Day

MQ 18. Where did you get your needles during the past six months?

- 0.  I have not shot up in the past six months
- 1.  From a diabetic
- 2.  On the street
- 3.  Drugstore
- 4.  Shooting gallery
- 5.  Other: \_\_\_\_\_

MQ 19. How often have you been to a Shooting Gallery in the past six months?

- 0.  Never
- 1.  A Few Times
- 2.  About Once a Month
- 3.  A Few Times Each Month
- 4.  About Once Each Week
- 5.  A Few Times Each Week
- 6.  Every Day
- 7.  More Than Once a Day

MQ20. How often have you been to a Crack House in the past six months?

0.  Never
1.  A Few Times
2.  About Once a Month
3.  A Few Times Each Month
4.  About Once Each Week
5.  A Few Times Each Week
6.  Every Day
7.  More Than Once a Day

MQ21. For the past six months, which statement best describes your way of cleaning your needle?

0.  I have not shot up in the past six months
1.  I always use new needles
2.  I always clean my needle just before I shoot up
3.  After I shoot up, I always clean my needle
4.  Sometimes I clean my needle, sometimes I don't
5.  I never clean my needle

MQ22. If you have cleaned your needles and works in the past six months, how did you clean them?

0.  I have not shot up in the past six months
1.  Soap and water or water only
2.  Alcohol
3.  Bleach
4.  Boiling water
5.  Other: \_\_\_\_\_
6.  I did not clean my needles in the past six months
7.  I ALWAYS used new needles in the past six months



MQ 23. In the past six months, how many times have you shared rinse water?

0.  Never or I have not shot up in the past six months
1.  A Few Times
2.  About Once a Month
3.  A Few Times Each Month
4.  About Once Each Week
5.  A Few Times Each Week
6.  Every Day
7.  More Than Once a Day

MQ 24. In the past six months, how many times have you shared a cooker?

0.  Never or I have not shot up in the past six months
1.  A Few Times
2.  About Once a Month
3.  A Few Times Each Month
4.  About Once Each Week
5.  A Few Times Each Week
6.  Every Day
7.  More Than Once a Day

MQ 25. In the past six months, how many times have you shared a cotton?

0.  Never or I have not shot up in the past six months
1.  A Few Times
2.  About Once a Month
3.  A Few Times Each Month
4.  About Once Each Week
5.  A Few Times Each Week
6.  Every Day
7.  More Than Once a Day

Sexual Practices

MQ26. How would you describe yourself?

1.  Straight/Heterosexual
2.  Gay/Homosexual
3.  Bisexual

MQ27. With how many men have you had sex in the past six months?

0.  0 men
1.  1 man
2.  2 or 3 men
3.  4 to 6 men
4.  7 to 10 men
5.  11 or more men

MQ28. With how many women have you had sex in the past six months?

0.  0 women
1.  1 woman
2.  2 or 3 women
3.  4 to 6 women
4.  7 to 10 women
5.  11 or more women

MQ29. In the past six months, how often have you had sex so you could get drugs?

0.  Never
1.  A Few Times
2.  About Once a Month
3.  A Few Times Each Month
4.  About Once Each Week
5.  A Few Times Each Week
6.  Every Day
7.  More Than Once a Day

**MQ30.** In the past six months, how often have you given drugs to someone so you could have sex with them?

- 0.  Never
- 1.  A Few Times
- 2.  About Once a Month
- 3.  A Few Times Each Month
- 4.  About Once Each Week
- 5.  A Few Times Each Week
- 6.  Every Day
- 7.  More Than Once a Day

**MQ31.** In the past six months, how often were you paid money to have sex with someone?

- 0.  Never
- 1.  A Few Times
- 2.  About Once a Month
- 3.  A Few Times Each Month
- 4.  About Once Each Week
- 5.  A Few Times Each Week
- 6.  Every Day
- 7.  More Than Once a Day

**MQ32.** In the past six months, how often did you pay money to have sex with someone?

- 0.  Never
- 1.  A Few Times
- 2.  About Once a Month
- 3.  A Few Times Each Month
- 4.  About Once Each Week
- 5.  A Few Times Each Week
- 6.  Every Day
- 7.  More Than Once a Day

**MQ 33.** In the past six months, how many times have you had sex with someone you knew (or later found out) had AIDS or was positive for the AIDS virus?

- 0.  Never
- 1.  A Few Times
- 2.  About Once a Month
- 3.  A Few Times Each Month
- 4.  About Once Each Week
- 5.  A Few Times Each Week
- 6.  Every Day
- 7.  More Than Once a Day

**MQ 34.** In the past six months, how much of the time did you use condoms when you had sex ?

- 0.  I have not had sex in the past 6 Months.
- 0.  All the time, Every time
- 1.  Most of the time
- 2.  About half the time
- 3.  Less than half the time
- 4.  None of the time



ID# \_\_\_\_\_

*If you know that you are HIV positive, skip to question M Q 3 8.*

MQ35. How worried are you about getting HIV or AIDS ?

- 0.  Not at all
- 1.  Slightly
- 2.  Moderately
- 3.  Considerably
- 4.  Extremely

MQ36. How worried are you that you may have already been exposed to the HIV or AIDS virus ?

- 0.  Not at all
- 1.  Slightly
- 2.  Moderately
- 3.  Considerably
- 4.  Extremely

MQ37. How many times have you had a blood test for the AIDS virus (HIV)?  
(circle):

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10+

MQ38. Were you ever told that you had the AIDS (HIV) virus?

- 1.  Yes
- 0.  No
- 2.  Never got the results

## **Anexo 2 - Questionário CRA em português**

[ ] Marque se administrado pelo entrevistador

SENHA:

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Administrado por: \_\_\_\_\_

Conferido por: \_\_\_\_\_

### C.R.A. - COAS (short)

Leia com muita atenção cada uma das questões abaixo. Você vai notar que várias destas questões são muito pessoais. Nós compreendemos isto e tivemos todo o cuidado para proteger a privacidade de suas respostas.

Você deve fazer uma marca na resposta que seja correta para você, ou escrever no espaço indicado. É muito importante que você responda cada questão com honestidade. Lembre-se: as questões não têm respostas "certas" ou "erradas", mas sim, algumas que correspondem ao seu caso e outras que não correspondem. Não gaste muito tempo em cada questão. Você sempre pode pedir ajuda se não tiver certeza sobre o que fazer.

Obrigado pela sua disposição e cooperação.

1. Idade (em anos): [   |   ]
2. Sexo:
  - [ ] 1= Masculino
  - [ ] 2= Feminino
3. Qual a sua situação conjugal?
  - [ ] 1= Solteiro ou sem companheiro/a
  - [ ] 2= Casado ou com companheiro/a
  - [ ] 3= Outra situação conjugal ou situação não definida
4. Qual a sua situação profissional?
  - [ ] 1= trabalho regular (diário)
  - [ ] 2= trabalho irregular (algumas vezes) - "bico"
  - [ ] 3= não trabalha de forma alguma
5. Bairro onde você mora: \_\_\_\_\_
6. Cidade onde você mora: \_\_\_\_\_
7. Qual a sua escolaridade?
  - [ ] 1= Sem instrução
  - [ ] 2= Elementar
  - [ ] 3= 1º Grau Incompleto
  - [ ] 4= 1º Grau Completo
  - [ ] 5= 2º Grau (secundário) Incompleto
  - [ ] 6= 2º Grau (secundário) Completo
  - [ ] 7= 3º Grau (superior) Incompleto
  - [ ] 8= 3º Grau (superior) Completo
8. Qual a sua renda familiar?
  - [ ] 1= Até 01 Salário Mínimo
  - [ ] 2= 01 a 03 S.M.
  - [ ] 3= 04 a 06 S.M.
  - [ ] 4= 07 a 09 S.M.
  - [ ] 5= Maior ou igual a 10 S.M.
9. Como você soube do COAS?
  - [ ] 1= Cartaz
  - [ ] 2= Amigos
  - [ ] 3= Imprensa
  - [ ] 4= Por um serviço de saúde
10. Se você foi encaminhado por um serviço de saúde, por favor descreva qual.  
\_\_\_\_\_
- Se você não foi encaminhado por um serviço de saúde, passe para a questão seguinte.
11. O fato de o COAS não perguntar o seu nome foi fundamental para que você fizesse o teste aqui?
  - [ ] 1= Sim
  - [ ] 2= Não
12. Você já fez teste anti-HIV?
  - [ ] 1= Sim
  - [ ] 2= Não
13. Se você já fez teste anti-HIV: ONDE VOCÊ REALIZOU O TESTE?
  - [ ] 0= Nunca fiz teste anti-HIV (PULE PARA A QUESTÃO 16)
  - [ ] 1= COAS
  - [ ] 2= Banco de sangue
  - [ ] 3= Laboratório particular
  - [ ] 4= Outro local \_\_\_\_\_



14. Se você já fez teste anti-HIV: PORQUE ESTÁ REPETINDO O TESTE?

- 0= Nunca fiz teste anti-HIV
- 1= Nova exposição ao risco
- 2= Confirmar resultado

15. Se você veio para confirmar o seu resultado, descreva abaixo qual o motivo. Se não, pule para a questão seguinte.

- 1= Janela imunológica
- 2= Exame inconclusivo
- 3= Tive um resultado negativo mais ainda tenho dúvidas
- 4= Tive um resultado positivo mais ainda tenho dúvidas

16. Porque você decidiu fazer este teste? (SE VOCÊ QUISE, VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA QUESTÃO)

- 1= Relações sexuais com parceiro(a) anti-HIV +
- 2= Tem dúvidas em relação ao comportamento do(a) parceiro(a)
- 3= Sintomas relacionados à AIDS
- 4= Indicação médica
- 5= Contato profissional (acidente de trabalho)
- 6= Curiosidade/precaução

17. Práticas de risco a partir de 1980: (SE VOCÊ QUISE, VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA QUESTÃO)

- 1= Recebeu transfusão de sangue
- 2= Relação sexual com parceiro masculino sem preservativo (camisinha)
- 3= Relação sexual com parceiro feminino sem preservativo (camisinha)
- 4= Relação sexual com profissional de sexo
- 5= Relação sexual por dinheiro
- 6= Uso de droga injetável
- 7= Parceiro sexual com uso de droga injetável

18. Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses:

- 0= Zero
- 1= Um
- 2= Dois a quatro
- 3= Cinco a dez
- 4= Dez ou mais

19. Nos últimos três meses, você fez uso de preservativo (camisinha)?

- 1= Nunca
- 2= Poucas vezes
- 3= Quase sempre
- 4= Sempre

20. Resultado anti-HIV:

- 1= Positivo
- 2= Negativo
- 3= Inconclusivo

NÃO PREENCHER ESTE ESPAÇO

Responsável pelo atendimento: \_\_\_\_\_

Observações:

21. Durante o último mês, com que frequência você usou cerveja, vinho, cachaça ou outra bebida?

- 0= Nenhuma vez
- 1= Poucas vezes
- 2= Quase Sempre
- 3= Todos os dias

22. Durante o **último mês**, com que frequência você usou calmantes (tranquilizantes) ou remédios para dormir?
- 0= Nenhuma vez
  - 1= Poucas vezes
  - 2= Quase Sempre
  - 3= Todos os dias
23. Durante o **último mês**, com que frequência você usou maconha?
- 0= Nenhuma vez
  - 1= Poucas vezes
  - 2= Quase Sempre
  - 3= Todos os dias
24. Durante o **último mês**, com que frequência você **cheirou** cocaína?
- 0= Nenhuma vez
  - 1= Poucas vezes
  - 2= Quase Sempre
  - 3= Todos os dias
25. Durante o **último mês**, com que frequência você **injetou** cocaína?
- 0= Nenhuma vez
  - 1= Poucas vezes
  - 2= Quase Sempre
  - 3= Todos os dias
26. Durante o **último mês**, com que frequência você fumou crack?
- 0= Nenhuma vez
  - 1= Poucas vezes
  - 2= Quase Sempre
  - 3= Todos os dias
27. Durante o **último mês**, com que frequência você usou bola/boleta/anfetamina?
- 0= Nenhuma vez
  - 1= Poucas vezes
  - 2= Quase Sempre
  - 3= Todos os dias
28. Durante o **último mês**, com que frequência você usou loló, lança perfume ou outro tipo de solvente?
- 0= Nenhuma vez
  - 1= Poucas vezes
  - 2= Quase Sempre
  - 3= Todos os dias
29. Durante os **últimos seis meses**, você se injetou drogas?
- 0= Não
  - 1= Sim
30. Nos **últimos seis meses**, com que frequência você esteve em um lugar usado somente para usar drogas?
- 0= Nunca
  - 1= Raramente
  - 2= Várias vezes por mês
  - 3= Todos ou quase todos os dias
31. Com quantos homens você teve relações sexuais nos **últimos seis meses**?
- 0= Nenhum homem
  - 1= Um homem
  - 2= Dois ou três homens
  - 3= Quatro a seis homens
  - 4= Sete a dez homens
  - 5= Onze homens ou mais

32. Com quantas mulheres você teve relações sexuais nos últimos seis meses?
- 0= Nenhuma mulher
  - 1= Uma mulher
  - 2= Duas ou três mulheres
  - 3= Quatro a seis mulheres
  - 4= Sete a dez mulheres
  - 5= Onze mulheres ou mais
33. Nos últimos seis meses, com que frequência você teve relações sexuais para conseguir drogas?
- 0= Nunca
  - 1= Raramente
  - 2= Várias vezes por mês
  - 3= Todos ou quase todos os dias
34. Nos últimos seis meses, com que frequência você deu drogas para alguma pessoa para poder ter relações sexuais com ela?
- 0= Nunca
  - 1= Raramente
  - 2= Várias vezes por mês
  - 3= Todos ou quase todos os dias
35. Nos últimos seis meses, com que frequência você recebeu dinheiro para ter relações sexuais com alguém?
- 0= Nunca
  - 1= Raramente
  - 2= Várias vezes por mês
  - 3= Todos ou quase todos os dias
36. Nos últimos seis meses, com que frequência você teve que pagar para ter relações sexuais?
- 0= Nunca
  - 1= Raramente
  - 2= Várias vezes por mês
  - 3= Todos ou quase todos os dias
37. Nos últimos seis meses, com que frequência você teve relações sexuais com alguém que você sabia (ou ficou sabendo depois) que tinha AIDS ou era positivo para o vírus da AIDS?
- 0= Nunca
  - 1= Raramente
  - 2= Várias vezes por mês
  - 3= Todos ou quase todos os dias
38. Nos últimos seis meses, com que frequência você usou preservativos/jontex/camisinha quando você tinha relações sexuais?
- 0= Eu não tive relações sexuais nos últimos seis meses
  - 0= Todo o tempo, todas as vezes
  - 1= Quase sempre
  - 2= Quase nunca
  - 3= Nunca
39. Quanto você está preocupado sobre a possibilidade de já ter sido contaminado com o vírus HIV ou AIDS?
- 0= Nem um pouco
  - 1= Um pouquinho
  - 2= Bastante
  - 3= Extremamente
40. Quanto você está preocupado com a possibilidade de que venha a se contaminar pelo vírus HIV ou AIDS?
- 0= Nem um pouco
  - 1= Um pouquinho
  - 2= Bastante
  - 3= Extremamente

41. Quanto você está preocupado com a possibilidade de **transmitir** o vírus HIV ou AIDS?

- 0= Nem um pouco
- 1= Um pouquinho
- 2= Bastante
- 3= Extremamente

42. Contando com esta, quantas vezes você fez teste para o vírus da AIDS (HIV)? (Marque o número correto)

1   2   3   4   5 ou mais

43. Alguma vez lhe disseram que você **tem** ou **é portador** do vírus da AIDS (HIV)?

- 0= Não
- 1= Sim
- 2= Fiz o teste, mas nunca peguei os resultados

**ESTE QUESTIONÁRIO É CONFIDENCIAL. OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.**



## **Anexo 3 - Consentimento informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Nós estamos solicitando que você participe de um projeto de pesquisa para determinar a proporção de usuários de drogas que se encontram em risco de transmissão do vírus da AIDS (HIV), uma doença que destrói a habilidade do organismo de resistir a infecções. Como parte deste estudo, nós queremos inicialmente lhe fazer perguntas sobre as características de sua vida. Elas são íntimas e podem eventualmente ser constrangedoras para algumas pessoas, porém são realizadas por entrevistadores treinados que irão manter sigilo sobre qualquer resposta que receberem.

Nós também estamos pedindo licença para retirar 10 mililitros (o equivalente a aproximadamente duas colheres de chá) de sangue de uma veia sua, para testar a presença de anticorpos contra o vírus da AIDS (HIV). Se você tiver questões sobre HIV e AIDS, nós responderemos estas questões detalhadamente.

Antes de ser testado, você receberá aconselhamento e informação, incluindo panfletos sobre teste HIV e AIDS, de um consultor treinado. Você receberá mais aconselhamento e informação quando receber os resultados de seu teste, em mais ou menos duas semanas.

Um teste para HIV é 99% correto, uma vez que dois outros testes são realizados para confirmar o resultado. Um teste negativo tem duas interpretações possíveis. Uma é a de que você não foi infectado pelo HIV. A outra é a de que você pode ter sido infectado, mas não houve tempo suficiente entre a exposição ao vírus e o desenvolvimento de anticorpos contra ele. Depois que uma pessoa é exposta ao HIV, pode levar de três a seis meses, ou mais, antes que os anticorpos sejam detectados no teste. É por esta razão que você poderá ser solicitado a retornar em 6 ou 12 meses, para novas testagens.

Existem benefícios e desvantagens de ter o sangue testado para HIV. Há um pequeno risco de arranhão, ou de uma pequena infecção no local da picada. Se isto acontecer, não haverá compensação financeira por parte do estudo. Porém, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre irá tratar qualquer infecção que possa ocorrer como resultado da coleta de sangue. Se os resultados do exame forem negativos, você poderá aprender como diminuir as chances de ser infectado. Se o resultado do teste for positivo para infecção por HIV, há a possibilidade de stress e desconforto emocional quando você receber o resultado do exame. O conhecimento de um teste positivo, entretanto, pode permitir que você busque tratamento e

aprenda a ter comportamentos saudáveis que poderiam retardar o início da doença associada à infecção pelo HIV. Qualquer tratamento será de sua responsabilidade. Entretanto, como parte do aconselhamento, você será orientado sobre os diferentes meios de obter informação sobre o vírus da AIDS e suas conseqüências.

Outro benefício da participação neste projeto é o de que você será instruído sobre a prevenção do vírus HIV, além de poder auxiliar outras pessoas que estejam infectadas (ou que tenham sido expostas ao HIV) a procurar aconselhamento apropriado e serviços de auxílio.

Suas informações serão mantidas em sigilo. Seus registros e resultados não serão identificados como seus sem a sua permissão expressa, e seu nome não aparecerá em nenhum arquivo de dados ou relatório de pesquisa.

A participação neste projeto é voluntária, e você tem o direito de abandonar o estudo a qualquer momento. Você poderá fazer perguntas, e receberá respostas, sobre todas as questões que envolvem este estudo. Se você tem dúvidas sobre os seus direitos como participante da pesquisa, você pode contactar o Dr. Flavio Pechansky, que é o coordenador deste projeto, no telefone 330-1845.

## Consentimento

Eu concordo em doar uma amostra do meu sangue para testagem e determinação da presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV), o vírus que causa AIDS, em meu organismo. O consultor me explicou os usos potenciais do teste HIV, suas limitações, e o significado dos resultados do teste. O consultor também me explicou os procedimentos a serem seguidos, incluindo a natureza voluntária do teste, o direito de negar o meu consentimento ao processo de testagem a qualquer momento antes do teste HIV, e o direito ao tratamento confidencial das informações que me relacionam ao teste e aos resultados do teste. Além disso, eu tive oportunidade de ler (ou foi lido para mim) um panfleto, que me foi dado, que explica não apenas o teste mas também medidas para prevenção da exposição e transmissão da infecção pelo HIV. Minhas perguntas sobre o material neste panfleto foram respondidas. O procedimento para a retirada de uma amostra de sangue e os seus riscos potenciais me foi explicado.

Eu compreendi que me será dada uma cópia assinada deste Consentimento Informado. Eu li (ou foi lido para mim) e compreendi este documento, e concordo em participar deste estudo.

Assinatura do entrevistado

Data

Assinatura do entrevistador

Data



## **Anexo 4 - Vinhetas de validação do CRA**

## VINHETAS DE VALIDAÇÃO DO CRA

### *Caso 1*

C., Masculino, 22a. Aos 16 anos iniciou o uso de drogas: loló, cocaína inalada, maconha e cachaça. Nos últimos 6 meses diminuiu o consumo de maconha. Numa semana típica fuma em média 2 a 3 cigarros de maconha e bebe duas garrafas e meia de cachaça por dia. Diz que a maconha lhe deixa calmo e parado, enquanto que a cachaça extrovertido. Costuma frequentar a esquina do beco onde se encontra com a turma para usar drogas. Afirmar ser heterossexual e nega experiência homossexual. Nos últimos seis meses teve relação sexual apenas com a sua companheira, sem uso de preservativo, tendo apenas relação vaginal. Há dois anos manteve relação sexual com uma pessoa portadora do vírus da AIDS. Não está preocupado com a possibilidade de ser HIV +. Nunca realizou teste. Confiabilidade: 10

### *Caso 2*

J., Masculino, 17 anos. Aos 15 anos iniciou o uso de drogas: cocaína inalada, loló, maconha e álcool. Nos últimos 6 meses acha que aumentou a quantidade e frequência do uso de cocaína. Numa semana típica cheira em média 1 gr e 1/2 dia sim, dia não, chegando a 4gr. às vezes. Diz que a cocaína lhe faz sentir "super-homem", com mais coragem. Costuma frequentar casas abandonadas, banheiro de um bar específico aonde se encontra com a turma para usar drogas. Nega que houvesse relação sexual ou dividido material da droga com a turma. Afirmar ser heterossexual e nega experiência homossexual. Nos últimos 6 meses teve relação sexual com 5 pessoas, com uso de preservativos durante a relação. Costuma ter relações oral, vaginal e anal. Não está preocupado com a possibilidade de ser HIV +. Nunca fez teste.

Confiabilidade: 10

### *Caso 3*

A., Masculino, 20 anos, solteiro, 3o grau incompleto. Começou a fazer uso de drogas aos 14 anos. Usou: maconha, álcool, anfetaminas, solventes, lança-perfume, cocaína inalada e injetada. Nos últimos seis meses passou a usar somente cocaína inalada e injetada, diminuindo a frequência e quantidade, usando em torno de 1 a 2 xs/semana. Nos dias em que usa associa a cocaína inalada e injetada, refere fazer um pico e após cheirar uma carreira. A droga lhe causa uma sensação de euforia, outras vezes fica quieto. Costumava frequentar um bar (Bomfim) para usar a droga. Refere que dividia o canudo com outras pessoas. Nega que houvesse relação sexual com as pessoas do grupo. Se considera heterossexual e nega experiência homossexual. Manteve relação sexual com uma pessoa nos últimos seis meses fazendo uso de preservativo durante toda a relação. Costuma ter relação do tipo vaginal e oral. Nega ter dado drogas para manter relação sexual ou ter tido relação sexual com o intuito de obter drogas. É HIV +, confirmado por 2 testes. Para se proteger, bem como a outras pessoas da contaminação, faz uso de preservativo nas suas relações sexuais.

Confiabilidade: 9

### *Caso 4*

M., Masculino, 20 anos. Aos 13 anos iniciou o consumo de drogas: maconha, lança-perfume, álcool e cocaína inalada. Nos últimos 6 meses diminuiu a quantidade e frequência de uso. Fez uso de mais ou menos 5gr de cocaína uma vez por mês. Diz que a cocaína lhe deixa eufórico e ligado. Costumava frequentar uma praça ou casa de amigos para consumir drogas. Refere que havia relação sexual e divisão do material da droga (canudo) entre a turma. Afirmar ser heterossexual e nega experiência homossexual. Nos últimos seis meses teve relação com mais ou menos 10 pessoas. Fez uso de preservativos com menos de 5 parceiras. Quando usou preservativos (carnaval) foi desde o início da relação. Costuma ter relação oral, anal e vaginal. Preocupa-se com a possibilidade de ser HIV +. Realizou um teste há 3 meses com resultado negativo.

Confiabilidade: 10

### *Caso 5*

P., Masculino, 29 anos. Aos 16 anos iniciou o consumo de drogas: maconha, álcool, anfetaminas, cocaína inalada e fumada. Nos últimos 6 meses aumentou a frequência do uso da cocaína. Numa semana típica faz uso de 30 a 40 carreiras de cocaína e 3 a 4 garrafas de cerveja/dia durante quatro dias na semana. Diz que a cocaína lhe causa euforia passageira enquanto que com o crack a sensação é mais intensa. Costuma frequentar um bar específico para usar drogas onde se encontra com alguns "conhecidos de droga". Refere que geralmente divide o material da droga (canudo) com outras pessoas. Afirmar ser heterossexual e diz ter tido uma experiência homossexual aos 15 anos. Nos últimos 6 meses teve relação sexual com a sua esposa e além dela com uma profissional do sexo, fazendo uso de preservativo durante toda a relação com essa pessoa. Costuma ter relação oral e vaginal. Se preocupa com a possibilidade de ser HIV +. Nunca realizou teste.

Confiabilidade: 10



## VINHETAS DE VALIDAÇÃO DO CRA

### *Caso 6*

A., 21 anos, masculino, solteiro. Aos 16 anos iniciou a fazer uso de drogas: loló, álcool, maconha (aspirada). Nos últimos 6 meses, mais especificamente nos últimos 3 meses diminuiu o consumo de cocaína. Durante os três primeiros meses usava cocaína diariamente. Numa semana típica faz uso de 1 a 2 baseados, duas vezes na semana. Fez uso de 5 a 6 carreiras de cocaína no último mês. Diz que a cocaína lhe deixa ligado, atento a tudo e ao mesmo tempo em nada. Costuma frequentar um parque para fazer uso das drogas na companhia de outras pessoas. Diz que compartilha o material da droga, mas não há relação sexual entre as pessoas. Afirma ser heterossexual e nega experiência homossexual. Nos últimos 6 meses teve relação sexual com 7 pessoas. Fez uso de preservativo, mas não durante toda a relação. Costuma ter relação oral, anal e vaginal. Não se preocupa com a possibilidade de ser HIV +. Nunca fez teste.

Confiabilidade: 10

### *Caso 7*

M., feminino, 26 anos. Aos 16 anos iniciou a fazer uso de drogas: maconha, álcool, anfetaminas, cocaína inalada e injetada. Nos últimos 6 meses diminuiu o consumo. Numa semana típica costuma usar, durante o final de semana, maconha e cocaína inalada. Há 4 anos se injetou cocaína em 3 ocasiões, com o seu material. Diz que a cocaína lhe libera, fala tudo o que sente vontade. Costuma reunir-se em casas de amigos com a turma. Normalmente divide o material da droga e mantém relação sexual com os membros do grupo. Afirma ser heterossexual e nega experiência homossexual. Nos últimos 6 meses teve relação sexual com 4 pessoas, fez uso de preservativo com 2, mas não durante toda a relação. Costuma ter relação oral e vaginal. Se preocupa com a possibilidade de ser HIV +. Realizou um teste (negativo)

Confiabilidade: 8

### *Caso 8*

O., 32 anos, Masculino. Aos 14 anos começou a fazer uso de drogas: maconha, álcool, anfetaminas e cocaína inalada. Nos últimos 6 meses passou a usar diariamente maconha. Numa semana típica faz uso de bebida alcoólica e maconha (1 cigarro) diariamente. Antes dos dois últimos meses fazia uso diário de cocaína, sendo que também traficava a droga. Diz que a cocaína lhe deixa ligado e a maconha funciona como relaxante. Costuma frequentar um bar para fazer uso de drogas. Divide o material da droga com outras pessoas. Nega que houvesse relação sexual com as pessoas do bar. Afirma ser heterossexual, teve uma relação sexual aos 15 anos para conseguir dinheiro. Nos últimos 6 meses não teve nenhuma relação sexual. Durante as suas relações sexuais, no passado, não costumava fazer uso de preservativos. Fez 2 testes anti-HIV. Apresenta um resultado de 02.96 positivo, não sabe do outro resultado no momento da entrevista. Tem tomado como medida de precauções: não manter relação sexual, usar seu próprio aparelho de barbear.

Confiabilidade: 10

### *Caso 9*

G., masculino, 34 anos. Aos 16 anos iniciou o uso de cocaína, aos 17 anos de álcool e aos 31 anos de cocaína (inalada). Nos últimos seis meses diminuiu a quantidade e frequência do uso de álcool e cocaína. Numa semana típica fuma 3 a 4 cigarros de maconha por dia. Faz uso diário de bebida alcoólica. Nos últimos seis meses "cheirou" cocaína esporadicamente, de 2 a 6 carreiras durante três dias. Diz que a maconha já lhe deixou eufórico, atualmente se sente inseguro. O álcool lhe causa euforia e a cocaína com o "coração acelerado" e angustiado. Costuma frequentar um boteco próximo a sua casa para usar drogas, acompanhado por amigos. Nega que haja relação sexual ou divisão do material da droga. Afirma ser heterossexual e nega experiência homossexual. Nos últimos 6 meses teve relação sexual somente com sua ex-esposa, sem fazer uso de preservativo e costuma ter relação vaginal. Está um pouco preocupado com a possibilidade de ser HIV +. Nunca realizou teste.

Confiabilidade: 9

### *Caso 10*

N., 22 anos, feminino. Aos 15 anos iniciou o uso de: maconha, cola, anfetaminas, cocaína inalada e injetada. Nos últimos 6 meses aumentou a quantidade e frequência do uso de cocaína injetável. Numa semana típica costuma usar 1 a 2 gr. por dia, sendo que mais 3 gr. nos finais de semana. Isto equivale a aproximadamente "10 picos" por dia. Diz que a cocaína lhe deixa segura, parecendo ser "dona do mundo", também sente-se insegura às vezes. Costuma frequentar a casa de amigos para fazer uso da droga. Geralmente divide o material com outras pessoas. Nega que haja relação sexual com as pessoas do grupo. Afirma ser heterossexual, nunca teve experiência homossexual. Nos últimos 6 meses teve relação sexual com 3 pessoas. Com uma dessas não usou preservativo. Quando fez uso de preservativo foi durante toda a relação. Costuma ter relação apenas vaginal. Fez um teste anti-HIV que positivou. Não tem tomado nenhuma medida de proteção contra a transmissão ou recontaminações. Confiabilidade: 10

## **Anexo 5 - Instrumento de validação do CRA**





## Validação do Questionário CRA

4. Para o caso em questão, qual você acha que é a situação de MAIOR RISCO?

	Risco		
	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 1	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 2	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 3	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 4	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 5	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 6	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 7	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 8	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 9	Droga	Sexo	Ambos
Caso # 10	Droga	Sexo	Ambos

5. Qual o critério que você utilizou para definir COMPROMETIMENTO COM DROGAS e RISCO PARA CONTAMINAÇÃO PELO HIV?

---

---

---

---

---

Avaliador: ..... Data: ...../...../.....

Ano de formatura na medicina: 19 .....

Ano de formatura em psiquiatria: 19 .....

Prática em álcool/drogas desde: 19 .....

Por favor, mantenha sigilo sobre os casos que você examinou.  
Obrigado pela sua participação.

**Anexo 6 - Questões utilizadas para a  
composição do escore EGR**

## Questões utilizadas para a composição do EGR

- Durante o **último mês**, com que frequência você **injetou** cocaína?
- Durante o **último mês**, com que frequência você fumou crack?
- Durante o **último mês**, com que frequência você usou bola/boleta/anfetamina?
- Durante o **último mês**, com que frequência você usou loló, lança perfume ou outro tipo de solvente?
- Durante os **últimos seis meses**, você se injetou drogas?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você esteve em um lugar usado somente para usar drogas?
- Com quantos homens você teve relações sexuais nos **últimos seis meses**?
- Com quantas mulheres você teve relações sexuais nos **últimos seis meses**?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve relações sexuais para conseguir drogas?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você deu drogas para alguma pessoa para poder ter relações sexuais com ela?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve relações sexuais para conseguir drogas?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você deu drogas para alguma pessoa para poder ter relações sexuais com ela?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você recebeu dinheiro para ter relações sexuais com alguém?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve que pagar para ter relações sexuais?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve relações sexuais com alguém que você sabia (ou ficou sabendo depois) que tinha AIDS ou era positivo para o vírus da AIDS?



- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você usou preservativos/jontex/camisinha quando você tinha relações sexuais?
- Quanto você está preocupado sobre a possibilidade de **já ter sido contaminado** com o vírus HIV ou AIDS?
- Quanto você está preocupado com a possibilidade de que **venha a se contaminar** pelo vírus HIV ou AIDS?
- Quanto você está preocupado com a possibilidade de **transmitir** o vírus HIV ou AIDS?
- Contando com esta, quantas vezes você fez teste para o vírus da AIDS (HIV)?
- Alguma vez lhe disseram que você **tem** ou **é portador** do vírus da AIDS (HIV)?

**Anexo 7 - Questões utilizadas para a  
composição do escore ERUD**

## Questões utilizadas para a composição do ERUD

- Práticas de risco a partir de 1980: Opção 6: Uso de droga injetável
- Durante o **último mês**, com que frequência você usou cerveja, vinho, cachaça ou outra bebida?
- Durante o **último mês**, com que frequência você usou calmantes (tranqüilizantes) ou remédios para dormir?
- Durante o **último mês**, com que frequência você usou maconha?
- Durante o **último mês**, com que frequência você **cheirou** cocaína?
- Durante o **último mês**, com que frequência você **injetou** cocaína?
- Durante o **último mês**, com que frequência você fumou crack?
- Durante o **último mês**, com que frequência você usou bola/boleta/anfetamina?
- Durante o **último mês**, com que frequência você usou loló, lança perfume ou outro tipo de solvente?
- Durante os **últimos seis meses**, você se injetou drogas?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você esteve em um lugar usado somente para usar drogas?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve relações sexuais para conseguir drogas?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você deu drogas para alguma pessoa para poder ter relações sexuais com ela?
- Quanto você está preocupado sobre a possibilidade de **já ter sido contaminado** com o vírus HIV ou AIDS?
- Quanto você está preocupado com a possibilidade de que **venha a se contaminar** pelo vírus HIV ou AIDS?

Quanto você está preocupado com a possibilidade de **transmitir** o vírus HIV ou AIDS?

**Anexo 8 - Questões utilizadas para a  
composição do escore ERS**



## Questões utilizadas para a composição do ERS

- Práticas de risco a partir de 1980: Opções: 2= Relação sexual com parceiro masculino sem preservativo, 3= Relação sexual com parceiro feminino sem preservativo, 4= Relação sexual com profissional de sexo, 5= Relação sexual por dinheiro.
- Com quantos homens você teve relações sexuais nos **últimos seis meses**?
- Com quantas mulheres você teve relações sexuais nos **últimos seis meses**?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve relações sexuais para conseguir drogas?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você deu drogas para alguma pessoa para poder ter relações sexuais com ela?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você recebeu dinheiro para ter relações sexuais com alguém?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve que pagar para ter relações sexuais?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você teve relações sexuais com alguém que você sabia (ou ficou sabendo depois) que tinha AIDS ou era positivo para o vírus da AIDS?
- Nos **últimos seis meses**, com que frequência você usou preservativos/jontex/camisinha quando você tinha relações sexuais?
- Quanto você está preocupado sobre a possibilidade de **já ter sido contaminado** com o vírus HIV ou AIDS?
- Quanto você está preocupado com a possibilidade de que **venha a se contaminar** pelo vírus HIV ou AIDS?
- Quanto você está preocupado com a possibilidade de **transmitir** o vírus HIV ou AIDS?

Contando com esta, quantas vezes você fez teste para o vírus da AIDS (HIV)?