

RAQUEL BEZERRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO
PELO HIV ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS LÍCITAS E
ILÍCITAS**

RECIFE/PE, 2014

Raquel Bezerra dos Santos

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO
PELO HIV ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS LÍCITAS E
ILÍCITAS**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Pernambuco, para
obtenção do título de mestre em
Ciências da Saúde.

Orientadora: Pof^a. Dr^a. Heloísa Ramos Lacerda
Co-orientadora: Pof^a. Dr^a. Celina Maria Turchi Martelli

**Recife/PE,
2014**

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S237p Santos, Raquel Bezerra dos.
Prevalência e fatores associados à infecção pelo HIV entre usuários de drogas lícitas e ilícitas / Raquel Bezerra dos Santos. – Recife: O autor, 2014.
93 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientadora: Heloísa Ramos Lacerda.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2014.
Inclui referências e apêndices.

1. Cocaína crack. 2. HIV. 3. Fatores de risco. 4. Centros de reabilitação. I. Lacerda, Heloísa Ramos (Orientadora). II. Título.

610 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2014-143)

RAQUEL BEZERRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA E RISCOS ASSOCIADOS Á INFECÇÃO PELO HIV EM
USUÁRIOS DE DROGAS LÍCTAS E ILÍCITAS**

Dissertação ou Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE em CIÊNCIAS DA SAÚDE.

Aprovada em: 08/04/2014

BANCA EXAMINADORA

Profº. Drº. José Ângelo Rizzo (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Drº. Paulo Sérgio Ramos de Araújo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Drª. Valéria Maria Gonçalves de Albuquerque (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco

CORPO DOCENTE

Prof^a. Ana Lúcia Coutinho Domingues

Prof^a. Ângela Luiza Branco Pinto Duarte

Prof. Brivaldo Markman Filho

Prof^a. Cláudia Diniz Lopez Marques

Prof. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dinaldo Cavalcanti de Oliveira

Prof. Edgar Guimarães Vitor

Prof. Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto

Prof. Emanuel Sávio de Cavalcanti Sarinho

Prof^a. Heloísa Ramos Lacerda de Melo

Prof. Hilton Justino de Oliveira

Prof. Jeymesson Raphael Cardoso Vieira

Prof. José Ângelo Rizzo

Prof. Lúcio Villar Rabelo Filho

Prof. Marcelo Tavares Viana

Prof. Paulo Sérgio Ramos de Araújo

Prof^a. Patrícia Érika de Melo Marinho

Prof^a. Romualda Castro do Rêgo Barros

Prof. Sandro Gonçalves de Lima

Prof^a. Simone Cristina Soares Brandão

Dedico esta dissertação aos meus queridos pais, José e Creuza, pelo incentivo, apoio incondicional e dedicação durante minha formação, lutando comigo nas horas difíceis e comemorando nos momentos de conquista. À minha querida irmã, Aninha, pelo amor, amizade e companheirismo que tornaram este caminho mais fácil.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dr^a. Heloísa Ramos, minha orientadora, que por meio de sua sabedoria, competência e dedicação tornou possível esse trabalho. Meus sinceros agradecimentos pela oportunidade que me foi concedida em desenvolver um projeto tão desafiador.

À Professora Dr^a. Celina Maria Turchi Martelli, exemplo de competência profissional. Muito obrigada por poder compartilhar de seus ensinamentos.

Aos professores Dr. Paulo Sérgio Ramos de Araújo e Dr^a. Ana Maria de Brito, presentes na banca de qualificação, meus sinceros agradecimentos pelas valiosas considerações para o aprimoramento deste trabalho;

À Fernanda Accioly e minha irmã, Ana, que, além de suas atribuições profissionais e pessoais, me ajudaram sobremaneira na obtenção dos dados para que este trabalho fosse concretizado. Obrigada pelo apoio, suporte e amizade.

Às colegas de trabalho Nayale Lucinda Andrade de Albuquerque, Vanessa Juvino de Souza, Valéria Gorayeb e Sílvia Gabriella Borba de Lima, meu muito obrigada pela colaboração e incentivo.

A todos os envolvidos na assistência aos usuários de drogas lícitas e ilícitas, que facilitaram o desenvolvimento deste estudo nos centros de reabilitação do município de Caruaru-PE. Meus sinceros agradecimentos.

A Deus pelo dom da vida e por ter me concedido saúde e perseverança em sempre lutar para atingir os objetivos propostos.

A todos os usuários de drogas lícitas e ilícitas, motivo maior da realização deste estudo.

RESUMO

Historicamente o HIV entre os usuários de drogas é transmitido com maior frequência através do compartilhamento de agulhas e seringas. No entanto, drogas como o crack e o álcool estimulam comportamentos sexuais inseguros favorecendo a transmissão do vírus por via sexual. A droga predominante no Nordeste do Brasil é o álcool, no entanto esta região concentra o maior número de usuários de crack do país. Desta forma, acredita-se que existe uma alta prevalência da infecção entre os usuários de drogas, inclusive nas cidades do interior do Nordeste. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados a infecção pelo HIV em usuários de drogas internados ou em atendimento ambulatorial em cinco centros de reabilitação para dependência química em uma cidade de médio porte na Região Nordeste do Brasil. O delineamento do estudo é de corte transversal analisado como caso-controle. Foi conduzido em cinco centros de reabilitação para dependência química na cidade de Caruaru, Pernambuco, Brasil, no período de novembro de 2012 a novembro de 2013. Participaram da pesquisa 561 usuários de drogas lícitas e ilícitas que estavam internados ou em atendimento ambulatorial, sem limite de idade. Todos foram submetidos a uma entrevista e realização de teste rápido de HIV após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. O resultado do estudo identificou que a prevalência do HIV entre os usuários de drogas foi de 4,8%. O sexo feminino foi associado de forma independente com o HIV ($p = 0,018$; OR = 3,19; IC95% = 1,22 – 8,34), assim como a idade da primeira relação sexual ($p = 0,012$; OR = 1,17; IC95% = 1,03 – 1,33), a troca de sexo por crack ($p = 0,031$; OR = 2,81; IC95% = 1,10 – 7,19) e ter parceiro que usa crack ($p = 0,035$; OR = 3,89; IC95% = 1,10 – 13,7). O álcool é consumido por 96,3% dos participantes, mas não houve associação estatística com o HIV, assim como o uso da maconha (86,5%), do crack (82,5%), da cocaína (65,1%) e drogas injetáveis (10%). Embora os participantes do estudo tenham referido o uso de múltiplas drogas ilícitas durante a vida, percebeu-se a maior prevalência do consumo de crack entre eles. Contudo, esta investigação não mostrou associação isolada do crack ou outra droga em relação à infecção pelo HIV. No entanto, o consumo do crack estimula a prática sexual de risco, troca de sexo por crack e sexo comercial, favorecendo a infecção. Este é o primeiro estudo realizado no município de Caruaru, focando a investigação sorológica e os fatores de risco para HIV entre os usuários de drogas da região. Os achados confirmam a necessidade de implantação ou ampliação de unidades de testagem, aconselhamento e tratamento do HIV entre os usuários de droga no município.

Palavras-chave: Cocaína crack. HIV. Fatores de risco. Centros de reabilitação.

ABSTRACT

Historically, HIV infection among drug users has generally been transmitted through the sharing of needles and syringes. However, drugs such as crack and alcohol encourage unsafe sexual behaviour, which is responsible for transmitting the virus through sex. Although the predominant drug in the north-eastern region of Brazil is alcohol, this region presents the largest number of crack users in the whole country. Hence, it is believed that there is a high prevalence of infection amongst drug users, including cities in the interior. The aim of this study was to estimate the prevalence and factors associated with HIV infection in inpatient and outpatient drug users at five drug rehabilitation centres in a medium-sized city in north-eastern Brazil. This was a case-control cross-sectional study, and was conducted in five drug rehabilitation centres in the city of Caruaru, in the state of Pernambuco, Brazil, from November 2012 to November 2013. A total of 561 licit and illicit drug users took part in the study. All participants were receiving either inpatient or outpatient care and there was no age limit. All patients underwent an interview and a rapid HIV test after signing the informed consent forms. Results of the study demonstrated that there was a prevalence of HIV among drug users of 4.8%. Females were independently associated with HIV ($p=0.018$; OR=3.19, 95% CI=1.22 to 8.34), together with age of the first sexual intercourse ($p = 0.012$; OR =1 17, 95% CI=1.03 to 1.33), the exchange of sex for crack ($p=0.031$, OR =2.81, 95% CI=1.10 to 7.19) and having a partner who uses crack ($p=0.035$; OR=3.89, 95% CI=1.10 to 13.7). Alcohol was consumed by 96.3% of all participants; however, there was no statistical association with HIV, or with the use of marijuana (86.5%), crack (82.5%), cocaine (65.1) and injected drugs (10%). Although study participants reported the use of multiple illicit drugs during their lifetime, they presented with a higher prevalence of crack use. However, the present study did not indicate an isolated association of crack or other drugs in relation to HIV infection. Nonetheless, crack consumption encourages the risks of unprotected sex, sex-for-crack exchanges and commercial sex, thus favouring infection. This has been the first study conducted in the city of Caruaru, which focuses on serological investigation and risk factors for HIV among drug users in the region. The findings confirm the need to implement and expand testing facilities, counselling services and HIV treatment among drug users in the city.

Keywords: Cocaine crack. HIV. Risk factors. Rehabilitation Centres.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | APRESENTAÇÃO | 11 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 12 |
| | Epidemiologia do HIV e vulnerabilidade | 12 |
| | Mecanismo de transmissão da infecção pelo HIV | 14 |
| | O problema do abuso do álcool e outras drogas no Brasil | 15 |
| | Risco de infecção pelo HIV em usuários de drogas lícitas e ilícitas | 18 |
| | O problema do HIV no Nordeste do Brasil | 21 |
| 2.2 | Justificativa | 23 |
| 2.3 | Objetivos | 23 |
| 2.3.1 | Geral | 23 |
| 2.3.2 | Específico | 24 |
| 2.4 | Hipótese | 24 |
| 3 | METODOLOGIA | 24 |
| 3.1 | Desenho do estudo | 24 |
| 3.2 | Fluxograma | 25 |
| 3.3 | Local e período do estudo | 25 |
| 3.4 | População do estudo | 27 |
| | Critérios de inclusão | 27 |
| | Critérios de exclusão | 27 |
| 3.5 | Definição do tamanho amostral | 28 |
| 3.6 | Definição das variáveis | 28 |
| 3.7 | Instrumentalização das variáveis | 28 |
| | Termo de consentimento livre e esclarecido | 28 |

| | |
|---|----|
| Instrumento para coleta dos dados | 29 |
| 3.8 Procedimento | 29 |
| Coleta sanguínea | 29 |
| 3.9 Tabulação | 30 |
| 3.10 Análise estatística | 30 |
| 3.11 Aspectos Éticos | 31 |
| REFERÊNCIAS | 33 |
| 4 ARTIGO ORIGINAL | 39 |
| Prevalência e fatores associados à infecção pelo HIV entre usuários de drogas lícitas e ilícitas em uma cidade de médio porte no Nordeste do Brasil | |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 58 |
| Apêndice A – Questionário | 60 |
| Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos | 82 |
| Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos | 86 |
| Apêndice D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido | 90 |

1 APRESENTAÇÃO

A epidemia da AIDS está estabilizada no Brasil. No entanto, verifica-se alta prevalência da infecção em populações vulneráveis como os usuários de droga (BRASIL, 2012a). Tradicionalmente o uso de drogas injetáveis eram os responsáveis pela disseminação do HIV entre os usuários de drogas. Mas o Brasil vivencia uma transição do consumo da droga injetável para o aumento do consumo de drogas fumadas, como o crack (CARVALHO; SEIBEL, 2009). Este fato poderia contribuir para a redução da transmissão do HIV nesta população, no entanto o comportamento sexual sem uso de preservativo praticado frequentemente por usuários de drogas favorecem o aumento das taxas de HIV entre eles (DICKSON-GOMEZ, 2012). O consumo do álcool, que é uma droga lícita, também está associado ao sexo desprotegido facilitando a transmissão da infecção (LUO *et al*, 2012)

A droga mais consumida na Região Nordeste do Brasil é o álcool (BRASIL, 2010). No entanto, as capitais desta Região concentram 40% (150 mil) dos usuários de crack do país (BRASIL, 2013b), indicando que a transmissão do HIV neste grupo é predominantemente sexual (DOURADO *et al*, 2006; SZWARCWALD *et al*, 2000b).

Além da existência da situação de vulnerabilidade, a epidemia do HIV está relacionado com o desenvolvimento e indicadores sociais das cidades (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010). O município de Caruaru, localizado a 126 km da capital de Pernambuco, verifica um grande desenvolvimento populacional e econômico (CONDEPE, 2012), o que sugere aumento do número de usuários de droga na região e, consequentemente, transmissão do HIV. A escassez de estudo sobre a prevalência e fatores de risco do HIV na população de usuários de droga no município de Caruaru ressalta a importância deste trabalho.

Esta dissertação, apresentada ao colegiado do Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade federal de Pernambuco (PPG/CCS/UFPE) para obtenção do grau de mestre foi elaborada em quatro capítulos. O primeiro capítulo é composto pelo referencial teórico do estudo, o segundo, a metodologia utilizada e o terceiro, o artigo original intitulado **PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO HIV ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS NO NORDESTE DO BRASIL**. No último capítulo constam as considerações finais com breves comentários quanto aos principais achados do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Epidemiologia do HIV/aids e vulnerabilidade

Mundialmente, o número de casos de aids apresenta redução ao longo dos anos. Em 2012, o número total de novas infecções do HIV foi 33% menor que em 2001, ou seja, 2,3 milhões de novos casos de HIV foram identificados neste ano, totalizado 35,3 milhões de pessoas infectadas no mundo (UNAIDS, 2013).

Entretanto as taxas de HIV ainda são elevadas em alguns grupos populacionais ditos vulneráveis (UNAIDS, 2013). O termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde (NICHICATA et al, 2008). No entanto, o conceito de vulnerabilidade é complexo e engloba grande variedade de definições de caráter interdisciplinar (NICHICATA et al, 2008; BATES et al, 2004).

Os estudos sobre este tema tentam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõe a dado agravio à saúde e engloba fatores que levam a variação no impacto da doença (AYRES, 2009). Estes fatores podem ser individuais, quando envolvem aspectos relacionados a características biológicas, pessoais, atitudes para a autoproteção e habilidades de negociação, que implicam em exposição e suscetibilidade a determinado agravio; sociais, quando se refere à estrutura econômica, políticas públicas de saúde e educação, cultura, ideologia e relações de gênero; e pragmática, relacionada às políticas públicas de saúde de enfrentamento (AYRES, 2009; NICHICATA et al, 2008).

O conceito de *vulnerabilidade* começou a ser discutido no âmbito da saúde pública a partir do surgimento da pandemia da aids/HIV (AYRES, 2009). Atualmente, os grupos de riscos mais vulneráveis para a infecção pelo HIV no mundo são mulheres profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis (UNAIDS, 2013).

Estima-se que as mulheres profissionais do sexo tem 13,5 vezes mais chance de estarem convivendo com o HIV do que outras mulheres no mundo. Este dado reflete o baixo investimento para prevenção do HIV entre as profissionais do sexo em alguns países. Na América Latina a prevalência do HIV entre as mulheres profissionais do sexo é de 6,1%. No entanto, a maior fonte de novas infecções nesta região não está entre as mulheres que

praticam sexo comercial, mas sim entre o grupo de homens que fazem sexo com homens (12%) (UNAIDS, 2012).

Embora as pessoas que utilizem drogas injetáveis represente apenas de 0,2-0,5% da população mundial, cerca de 5-10% de todas as pessoas que convivem com HIV são usuárias de drogas injetáveis no mundo. Em 49 países, a prevalência do HIV neste grupo é pelo menos 22 vezes maior que a população geral (UNAIDS, 2012).

No Brasil, a infecção pelo HIV vivencia um padrão evolutivo. Na década de 80, a infecção ocorria predominantemente em homossexuais masculinos ou bissexuais, hemofílicos ou em quem realizava transfusão sanguínea. Além disso, os primeiros casos de aids ocorreram em moradores de grandes metrópoles, como Rio de Janeiro e São Paulo, e com níveis de escolaridade e socioeconômico mais favorecidos. A partir da década de 90, verifica-se a difusão geográfica da epidemia para cidades de médio e pequeno porte associado ao aumento relativo dos casos de AIDS entre usuários de droga injetável (UDI), heterossexuais, mulheres e pessoas de extrato social mais baixo. No entanto, desde 1990, tem sido observado uma diminuição de casos de AIDS entre os indivíduos infectados por transfusão de sangue e hemofílicos (FONSECA; SZWARCWALD; BASTOS, 2002; BRITO; CASTILHO; SZWARCWALD, 2000).

Foram notificados 608.230 casos de aids no Brasil acumulados de 1980 a junho de 2011. Do total, 397.662 (65,4%) casos foram registrados em homens. Ao longo dos anos, percebe-se um aumento progressivo das taxas de incidência da doença entre as mulheres. Em 1985, haviam 24 homens infectados para cada mulher; em 1990, para cada 6 homens infectados havia 1 mulher; e em 2010 essa relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2012a; BRITO; CASTILHO; SZWARCWALD, 2000).

Passados 30 anos, a epidemia da aids está estabilizada no Brasil e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. A taxa de prevalência atual da infecção pelo HIV, na população brasileira de 15 a 49 anos, é de 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens. Em relação aos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com mais de 18 anos, estudos realizados em dez municípios brasileiros (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande e Brasília), entre 2008 e 2009, estimaram taxas de prevalências de HIV de 5,9% entre usuários de drogas, de 10,5% entre homens que fazem sexo com homens e de 5,1% entre mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2012b).

O número de casos de aids no Brasil no período de 1980 a junho de 2011 está distribuído entre as Regiões da seguinte forma: 56,4% no Sudeste, 20,2% no Sul, 12,9% no

Nordeste, 5,8% no Centro-Oeste e 4,7% no Norte. Entretanto, neste mesmo período, observa-se uma diminuição na proporção de casos na Região Sudeste (de 63,31% em 1998 para 41,33% em 2010) e um aumento, nas demais Regiões do país (BRASIL, 2012c). O aumento dos casos entre os homossexuais, no período de 2002 a 2006, e uma estabilização/redução menor do que a média nacional dos casos ocorridos entre os UDI, receptores de sangue e seus derivados e a transmissão vertical, também contribuíram para o crescimento da epidemia (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Mecanismos de transmissão da infecção pelo HIV

No Brasil, como um todo, os casos associados ao uso de drogas representam 8,6% do total de casos de aids, no entanto verifica-se uma tendência de queda no número de casos em UDI (BRASIL, 2010; BASTOS *et al*, 2005). Em 2001, para cada caso de aids notificado em UDI, eram notificados 6,7 casos em outras categorias de exposição. Já em 2007, para cada caso de aids notificado em UDI, eram notificados 14,0 casos em outras categorias de exposição. Este fato demonstra a menor participação da categoria UDI entre todas as categorias de exposição ao longo do tempo (BRASIL, 2010).

Os usuários de drogas são um grupo que merece especial atenção por parte do sistema de saúde, devido às suas altas taxas de exposição a infecções, particularmente aquelas transmitidas através do uso de materiais contaminados (seringas, agulhas e componentes relacionados) e através de relações sexuais desprotegidas. Os usuários de drogas injetáveis representam o mais importante grupo envolvido nessa forma de transmissão. Além do aumento do risco individual de adquirir estas infecções, eles têm um papel importante na transmissão de doenças em suas comunidades (CARVALHO; SEIBEL, 2009).

A partir do surgimento da epidemia da aids no Brasil, foram desenvolvidas práticas de prevenção do contágio da infecção (MACHADO; BOARINI, 2013; BRASIL, 2010). Entre as estratégias de prevenção, estavam aquelas de redução de risco, como a difusão de informação, controle dos bancos de sangue, estímulo e orientação para o uso do preservativo e outras práticas de sexo mais seguro, testagem e aconselhamento. Em 1989, foram implementadas as estratégias de Redução de Danos voltadas para os usuários de drogas. Estes, pelo compartilhamento e pela reutilização de seringas e agulhas, assumiam comportamentos de risco de infecção e de difusão do HIV e de hepatites (MACHADO; BOARINI, 2013).

A estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar os usuários de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga (MACHADO; BOARINI, 2013).

Dessa forma, programas de Redução de Danos foram criados em grande número no Brasil, com o apoio do Ministério da Saúde, e integraram outras ações de atenção à epidemia de aids, favorecendo a diminuição progressiva da participação do grupo de usuários de drogas injetáveis entre os novos casos de contágio, acarretando no declínio do número de pessoas que injetam droga e convivem com o HIV (UNODC, 2013; BRASIL, 2010; BRASIL, 2005).

Em vários países do mundo, inclusive no Brasil, são implementadas ações para prevenir a transmissão do HIV entre a população usuária de droga injetável (TI; KERR, 2014; SHOPTAW *et al*, 2013). No entanto, a redução do compartilhamento de agulhas/seringas não se reflete, necessariamente, na prevenção da transmissão sexual, assim como o aumento do uso do crack, implica o maior risco de infecção (LINDENBURG *et al*, 2006; PECHANSKY *et al*, 2006). As ações de Redução de Danos são voltadas, em geral, para os usuários de drogas injetáveis, quando a maioria das substâncias químicas utilizadas no mundo não são administradas por via injetável, mas sim ingeridas, fumadas ou aspiradas (SHOPTAW *et al*, 2013).

A região Nordeste do Brasil vivencia um aumento nas taxas de HIV (BRASIL, 2010; DOURADO *et al*, 2006) como consequência das práticas sexuais desprotegidas, maior prevalência das doenças sexualmente transmissíveis e baixa proporção de realização do teste anti-HIV (SZWARCWALD *et al*, 2000a). Além disso, a infecção está concentrada em grupos específicos como o de pessoas que mantém a relação com práticas homo/bissexual, associado ao crescimento das taxas de HIV por transmissão heterossexual, e uso de drogas (BRASIL, 2012b; GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010; HACKER *et al*, 2009; MAGNUS *et al*, 2009).

O problema do abuso do álcool e outras drogas no Brasil

O uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas constitui problema relevante para a sociedade (BASTOS *et al*, 2007).

Um inquérito domiciliar de base populacional realizado no Brasil com 5.040 indivíduos, em 2005, apontou que 86,7% dos participantes haviam consumido bebidas alcoólicas na vida (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008). O álcool é, inclusive, a droga mais consumida entre universitários (89,3%) (ECKSCHMIDT; ANDRADE; OLIVEIRA, 2013) e escolares (82,5%) no país, seguida por tabaco (12,6%), maconha (6,6%), cocaína (5,3%), tranquilizantes (5,3%) e solventes orgânicos (5,1%) (MIOZO et al, 2013).

O consumo do álcool e tabaco estão associados ao início precoce da atividade sexual (MIOZO et al, 2013). Este fato constitui um importante problema de saúde pública, devido aos danos secundários do consumo abusivo do álcool e do seu efeito sobre as práticas sexuais, com inegável prejuízo para a adoção de comportamentos seguros por uma expressiva fração da população sexualmente ativa (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008).

A região Nordeste do Brasil apresenta a segunda maior prevalência (18,8%) de consumo de álcool no país, ficando atrás apenas da região Centro-Oeste (28,4%) (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008).

Entre as drogas ilícitas, o Brasil verificou um grande aumento no consumo da maconha ao longo do período de 1998 a 2005, enquanto que o consumo de cocaína neste mesmo período sofreu um declínio (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008). Entretanto há uma grande exposição da mídia que divulga o consumo da cocaína apontando a sua inter-relação com a violência urbana (BASTOS et al, 2007).

O I e II levantamentos domiciliares sobre uso do álcool e outras drogas realizados no Brasil, mostraram que as menores taxas de consumo de cocaína foram observadas nas Regiões Norte e Nordeste (FONSECA et al, 2010). Apesar disto, o Nordeste é a Região que apresenta a maior prevalência de uso na vida de qualquer droga ilícita (BRASIL, 2010), embora o álcool, uma droga lícita, seja a mais consumida da Região. Dessa forma, diferente das regiões Sudeste e Sul do Brasil, apenas 8,4% dos pacientes adquirem o HIV por uso de drogas injetáveis, indicando baixa prevalência do HIV na região por uso desse tipo de substância (SZWARCWALD et al, 2000b).

O Relatório Mundial sobre Drogas, divulgado em 2013, demonstra que o aumento do consumo das drogas coloca em risco a saúde e o bem-estar de pessoas em todo o mundo. Ele enfatiza o aumento na produção e uso indevido de novas substâncias psicoativas, que são consideradas drogas lícitas e vendidas abertamente, e aponta para a estabilidade no uso de drogas tradicionais. As drogas mais comercializadas no mundo ainda são a maconha e a cocaína. Enquanto alguns países sul-americanos verificam uma redução ou estabilidade no

consumo da cocaína, no Brasil identifica-se um aumento substancial em seu consumo e tráfico (UNODC, 2013).

Até início do século XX, a cocaína era utilizada e liberada como produto medicinal, tópicos gaseificados ou como substância para o preparo de vinho. Após esse período o consumo da cocaína apresentou um declínio em detrimento a difusão do conhecimento sobre seu efeito nocivo quando usado em grande quantidade (FERREIRA; MARTINI, 2001). Entretanto, na década de 80, ocorreu o ressurgimento da utilização da cocaína no mundo, seguido do aparecimento do crack (PULCHERIO *et al*, 2010).

O crack é um subproduto da cocaína, uma combinação a partir do “cozimento” da pasta básica de coca com o bicarbonato de sódio. Sua apresentação alcalina, em pedra, é volátil e pode ser fumada, ou seja, a absorção é mais rápida e maior por via pulmonar, favorecendo uma ação entre 8 e 10 segundos após sua inalação e um efeito com duração de 5 a 10 minutos (PULCHERIO *et al*, 2010; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002). O seu uso nesse formato permite efeitos mais estimulantes e prazerosos como outras drogas injetáveis. Dessa forma muitos usuários de cocaína decidiram substituir o uso injetável pelo crack (cocaína fumada) (CARVALHO; SEIBEL, 2009; KESSLER; PECHANSKY, 2008).

Supostamente, uma das razões por trás dessa substituição está no fato do crack ser mais barato que a cocaína (CARVALHO; SEIBEL, 2009; KESSLER; PECHANSKY, 2008). O uso de crack de longo prazo tende a ser estimulado pela alta disponibilidade (lucratividade) e fácil acesso à substância. Além disso, a apresentação da droga sofreu alteração (mudança na cor, consistência, efeito e tamanho), resultando em preparações “impuras” (menor potencial aditivo, acréscimo de diluentes) e fracionadas (menor custo, maior disseminação) (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011)

Associado a isso, verifica-se que a convivência com amigos ou companheiros que consomem o crack, estimulam seu uso. Este fato acontece em aproximadamente 80% dos casos (BRASIL, 2013a; CARVALHO; SEIBEL, 2009).

Apesar do crack ser uma droga relativamente nova no Brasil, ele tornou-se um problema de saúde pública em detrimento a sua ampla expansão no Brasil (BRASIL, 2013b; FONSECA *et al*, 2010). O primeiro levantamento domiciliar sobre álcool e outras drogas do Brasil, realizado em 2001, identificou uma prevalência de uso do crack de 0,4% (GALDUROZ *et al*, 2005); já o segundo levantamento domiciliar, em 2005, apontou uma taxa de 0,7% (FONSECA *et al*, 2010). Recentemente foram divulgados pelos Ministérios da

Justiça e da Saúde o último inquérito domiciliar, realizado em 2012 nas 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal (BRASIL, 2013b).

Essa pesquisa demonstrou o perfil dos usuários de crack e drogas similares de cocaína fumada (pasta base, oxi e “merla”), através de um inquérito domiciliar de natureza indireta (método NSUM - Network Scale-up Method). Vinte cinco mil pessoas foram entrevistadas e falaram sobre o comportamento de outros indivíduos pertencentes a suas redes de contatos. A pesquisa identificou que 0,81% da população desses municípios fazem uso regular do crack, ou seja, 370 mil pessoas são dependentes químicas da substância. Dentre estas, 0,70% são maiores de idades e 0,11% correspondem às crianças e adolescentes consumidoras da droga (BRASIL, 2013b).

Riscos de infecção pelo HIV em usuários de drogas lícitas e ilícitas

O elevado consumo de álcool é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, pois está associado a uma série de comportamentos sexuais de risco que favorecem a transmissão do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (LUO et al, 2012; LI; LI; STANTON, 2010; LIN et al, 2005).

A relação entre o consumo do álcool antes e durante o ato sexual na população geral é comumente justificada pela crença de que o consumo dessa substância poderia favorecer um desempenho sexual mais satisfatório. O uso do álcool, nesse contexto, também é associado à diminuição da ansiedade ou inibição, facilitando hábitos que seriam difíceis sem o efeito da bebida alcoólica (STONER et al, 2007).

Como o álcool é uma droga vendida legalmente, o seu consumo elevado é uma das práticas mais associadas à múltiplos parceiros sexuais e sexo comercial (LIN et al, 2005), o que favorece a disseminação da infecção pelo HIV (LUO et al, 2012). Embora o uso de drogas injetáveis e a transfusão de sangue tenham sido as principais vias de transmissão do HIV no passado (BRITO; CASTILHO; SZWARCWALD, 2000), a transmissão sexual tem aumentado rapidamente tornando-se a principal forma de disseminação da infecção (HE; DETEL, 2005).

Um estudo realizado na China evidenciou que 21,6% dos participantes da pesquisa já haviam se envolvido em práticas sexuais após o uso de bebidas alcoólicas e destes, 13,4% se envolveram em sexo comercial, 32,8% haviam praticado sexo casual e 62,7% nunca tinham

usado preservativo durante o ato sexual após o consumo de álcool. Dessa forma, a atividade sexual após uso de bebidas alcoólicas foi associado ao uso de drogas e infecção pelo HIV (LOU *et al*, 2012).

O consumo de bebidas alcoólicas é uma prática frequentemente realizada em nossa sociedade, principalmente em contextos sociais. No Brasil, 74,6% dos brasileiros já fizeram uso de álcool alguma vez na vida. Comparados os dados do I e II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, evidencia-se que há um aumento nos casos de dependência de álcool entre pessoas de 12 a 65 anos, visto que em 2001 o índice foi de 11,2% e em 2005, aumentou para 12,3% (FONSECA *et al*, 2010).

Em relação às drogas ilícitas, observa-se que o crack é uma das principais drogas não injetáveis associada independentemente à infecção pelo HIV. Estudos mostram que alguns dependentes químicos associam o consumo do crack ao uso de drogas injetáveis. Este fato favorece à exposição de dois riscos de infecção, a parenteral e a sexual, aumentando os riscos de infecção (TI *et al*, 2011; DEBECK *et al*, 2011; ROSSI *et al*, 2008; NUNES *et al*, 2007). Apesar da redução no número de usuários de drogas injetáveis, vários países do mundo tem identificado aumento da prevalência do HIV entre os usuários de droga não injetáveis. Esse aumento tem sido relacionado com a transmissão sexual (TI *et al*, 2011; CAMONI *et al*, 2010).

Os comportamentos de risco associados a utilização de drogas injetáveis foram identificados durante muitos anos como os fatores-chave na transmissão do HIV. No entanto, a popularização do crack proporcionou mudanças a respeito dos fatores de risco para a infecção. Ele provoca uma forte sensação de euforia e aumento da vontade de se envolver em práticas sexuais que estão relacionadas a altas taxas de comportamento sexual de risco (grande número de parceiros, uso irregular de preservativos, prostituição e troca de sexo por drogas) (DEBECK *et al*, 2011), embora existam relatos que o consumo de crack diminua o desejo sexual (STRAZZA *et al*, 2007). Isso coloca os usuários de crack, sob risco potencial de infecção e transmissão do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (TI *et al*, 2011; PULCHERIO *et al*, 2010; AZEVEDO *et al*, 2007).

A troca de sexo por droga entre os dependentes químicos é uma prática que amplia as possibilidades de transmissão da infecção viral, uma vez que, quando o dependente químico é HIV positivo e pratica sexo sem proteção, ele coloca outros indivíduos em maior risco de contrair o vírus (TIMPSOM *et al*, 2010). Além disso, estudos sugerem que a presença da cocaína ou do crack no organismo pode alterar o sistema imunológico favorecendo a progressão mais rápida do HIV/AIDS e aumento das doenças oportunistas (BAUM *et al*,

2009; COOK *et al*, 2008; COOK *et al*, 2007), embora não seja descartada a possibilidade deste fato ocorrer em decorrência da menor adesão ao tratamento antirretroviral pelos usuários de droga (COOK *et al*, 2008).

O consumo de crack entre pessoas soropositivas merece especial atenção por parte do sistema de saúde, pois esse grupo desempenha um papel fundamental na transmissão de doenças na comunidade. Além disso, os usuários dessa droga podem ter mais indivíduos HIV positivos em suas redes sociais. Por isso, qualquer risco de comportamento sexual ou uso de droga injetável representa um aumento da probabilidade de infecção por HIV (TI *et al*, 2011; TIMPSOM *et al*, 2010; WU *et al*, 2010; CARVALHO; SEIBEL, 2009).

A mulher usuária de crack se envolve em comportamento de risco sexual com maior frequência que o homem. Para as mulheres dependentes químicas do crack, a prostituição é uma prática quase unânime, embora não exclusiva delas. Pesquisas apontam que a infecção pelo HIV também tem associação com o desemprego, mostrando que as desvantagens socioeconômicas podem contribuir para o aumento da probabilidade de se engajar em comportamentos de risco (múltiplos parceiros, prostituição e uso irregular de preservativos) e ampliação das proporções de meios ilegais para obtenção de renda (BRASIL, 2013a; CHAVES *et al*, 2011; TIMPSOM *et al*, 2010; CAMONI *et al*, 2010; CARVALHO; SEIBEL, 2009; ROSSI *et al*, 2008; NUNES *et al*, 2007).

Apesar das várias estratégias para prevenção contra a infecção pelo HIV entre usuários de drogas, percebe-se que estas ações têm um impacto maior na mudança de comportamentos de risco relacionados ao uso de drogas (como o compartilhamento de utensílios), do que na mudança de comportamentos de risco relacionados à prática sexual (AZEVEDO *et al*, 2007). É necessário que sejam desenvolvidas e intensificadas ações de prevenção para a população com risco de infecção e transmissão do HIV por meio do comportamento sexual através da implantação ou ampliação de unidades de testagem e aconselhamento, constante supervisão da adesão aos medicamentos antirretrovirais e busca ativa dos não tratados (SHOPTAW *et al*, 2013).

Alguns usuários de drogas preferem não ter conhecimento da sua sorologia para HIV por terem medo de enfrentar uma infecção considerada grave e estigmatizante. No entanto, o comportamento de risco associado às práticas sexuais inseguras é largamente praticado entre as mulheres (Ti *et al*, 2012). Apesar dos esforços para melhorar as ações de Saúde da Mulher no Brasil, os serviços de saúde primários ainda são voltados ao atendimento materno-infantil (COUTO *et al*, 2010). Além disso, os usuários de crack enfrentam várias barreiras nos

serviços de saúde em decorrência das atitudes estigmatizantes dos profissionais favorecendo o seu afastamento da assistência à saúde (Ti *et al*, 2012).

O consumo de crack tem sido associado, juntamente com os riscos sexuais, à criminalidade e a violência. Estes praticados com maior frequência pelos homens do que pelas mulheres. A dependência de drogas é muitas vezes agravada pelo baixo desenvolvimento social e econômico, e o tráfico de drogas, junto com muitas outras formas de crime organizado, compromete o desenvolvimento humano. Portanto, é razoável supor que um importante fator associado com a violência no Brasil é o tráfico de drogas. As pesquisas tem encontrado uma forte relação entre o uso de drogas e o crime e apontam que aproximadamente 84% dos dependentes químicos de crack já vivenciaram algum tipo de violência relacionada ao uso da substância. Além disso, cerca de 11% dos usuários de crack vivem totalmente de renda ilegal contra 5% dos usuários de droga injetável (UNODC, 2013; DEBECK *et al*, 2011; CARVALHO & SEIBEL, 2009; AZEVEDO *et al*, 2007).

O último inquérito epidemiológico realizado no Brasil, demonstra que a frequência elevada do consumo de crack, especialmente nas capitais onde existem mais de 200 usuários, se traduz numa circulação e consumo de 3.200 pedras/dia, ou mesmo, 3.200 pedras/turno, exigindo a circulação intensa de redes dinâmicas de comércio local da droga. O tráfico de droga é uma prática rentável e isso justifica as constantes guerras de tráfico existentes no Brasil (BRASIL, 2013a).

O problema do HIV no Nordeste do Brasil

Em meados da década de 90, identifica-se o aumento do número de casos de HIV decorrentes da transmissão via relação heterossexual, fenômeno denominado “heterossexualização” da epidemia. E como consequência disso, ocorreu o aumento do número de notificações do HIV entre as mulheres. Ocorrência que ficou conhecida como “feminização”. A partir daí, a epidemia da aids deixou de ser uma infecção concentrada apenas em grandes centros urbanos no Brasil e se disseminou para municípios de pequeno e médio portes, pobres e com menor renda per capita (SZWARCWALD *et al*, 2000). No entanto, essa distribuição não ocorreu de forma homogênea e iniciou, com maior intensidade, em torno de municípios que já apresentavam expressivas taxas de incidência (BARBOSA; SAWYER, 2003).

É nesse período que se verifica uma ampliação da disseminação da epidemia da aids na região Nordeste do Brasil na direção leste-oeste. Este fato permite identificar a “interiorização” da aids, que se espalha dos grandes centros urbanos, localizados principalmente no litoral, para outras cidades no interior. Nessa região, a infecção do HIV ocorre predominante por transmissão na relação heterossexual e sua disseminação é justificada pela elevada vulnerabilidade social existente nos municípios do Nordeste (BARBOSA; SAWYER, 2003).

Áreas que apresentam acesso restrito aos meios de comunicação em massa, os menores valores de PIB per capita, os mais baixos percentuais de gastos com a saúde, os menores percentuais de médicos por 100 mil habitantes, os mais elevados índices de desigualdade salarial entre homens e mulheres e os piores índices de condição de vida são as mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Grande parte dos municípios nordestinos apresentam elevada vulnerabilidade social. As cidades identificadas como menos vulneráveis são constituídas, principalmente, pelas capitais estaduais, cidades em volta das capitais e alguns poucos polos sub-regionais de desenvolvimento (BARBOSA; SAWYER, 2003), ou seja, cidades com mais de 100 mil habitantes, caracterizada pela urbanidade e melhores indicadores sociais. Além da distribuição geográfica, a epidemia do HIV está estreitamente relacionada a presença de contextos que favorecem a infecção em grupos específicos como a diversidade da forma de transmissão (relações homossexuais e heterossexuais, uso de drogas) (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

A droga mais consumida na região Nordeste do Brasil é o álcool (BASTOS, BERTONI; HACKER, 2008). O fácil acesso e o consumo excessivo da substância favorecem comportamentos sexuais de risco que ampliam as possibilidades de infecção pelo HIV neste grupo (LUO et al, 2012). Além disso, os estudos evidenciam crescimento do consumo do crack na região. O aumento da frequência de sexo comercial, irregularidade no uso do preservativo e multiplicidade de parceiros são alguns comportamentos associados ao uso do crack que facilitam a transmissão do HIV (BRASIL, 2013a; FONSECA et al, 2010). Dessa forma, o consumo elevado do álcool e drogas como o crack, favorecem o aumento dos casos de HIV no Nordeste brasileiro.

Há evidências de que os usuários de drogas representam um grupo com grande potencial de infecção e transmissão do HIV, inclusive entre usuários de drogas não injetáveis. Dessa forma, são necessárias estratégias de prevenção da transmissão sexual entre este grupo, que incluem mudança de comportamento, disposição de preservativo, programas voltados

para os profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens e acesso a terapia antirretroviral (UNAIDS, 2013; UNAIDS, 2012).

2.2 Justificativa

Aproximadamente 150 mil (40%) do total de pessoas que fazem uso regular do crack ou similares no Brasil estão concentradas nas capitais da região Nordeste do país (BRASIL, 2013b). O uso do crack associado a outras drogas lícitas ou ilícitas podem favorecer o aumento do comportamento sexual de risco. No entanto, a literatura ainda apresenta escassez de estudos que evidenciam a associação do consumo de crack e outras drogas, os fatores associados e a infecção pelo HIV em cidades de médio porte como o município de Caruaru, localizado a 126 km da capital do Estado de Pernambuco, na região Nordeste do Brasil.

Caruaru, um dos 185 municípios de Pernambuco, tem 314.912 habitantes (IBGE, 2010) e está em amplo desenvolvimento econômico evidenciado por ter o quinto maior Produto Interno Bruto (PIB) no setor de serviços do Estado. Ele é considerado polo regional, pois concentra serviços como comércio (sua principal atividade produtiva), administração pública, saúde e educação mercantis (CONDEPE, 2010).

Com o desenvolvimento da cidade, acredita-se que o consumo de crack e outras drogas tenham aumentado na região, assim como a disseminação do HIV entre essa parcela da população. Este estudo tem como objetivo de estimar a prevalência e os fatores associados a infecção pelo HIV em usuários de droga internados ou atendimento ambulatorial em cinco centros de reabilitação para dependência química em Caruaru, cidade de médio porte da região Nordeste do Brasil.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência e os fatores associados a infecção pelo HIV em usuários de drogas internados ou em atendimento ambulatorial em centros de reabilitação para dependência química em Caruaru, cidade de médio porte da região Nordeste do Brasil.

2.3.2 Objetivos Específicos

Em usuários de drogas internados ou em atendimento ambulatorial nos centros de reabilitação para dependência química na cidade de Caruaru, Pernambuco, Brasil:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e o uso de drogas lícitas e ilícitas;
- Estimar a prevalência da infecção pelo HIV;
- Estudar a associação entre a infecção pelo HIV e o comportamento sexual de risco.

2.4 Hipótese

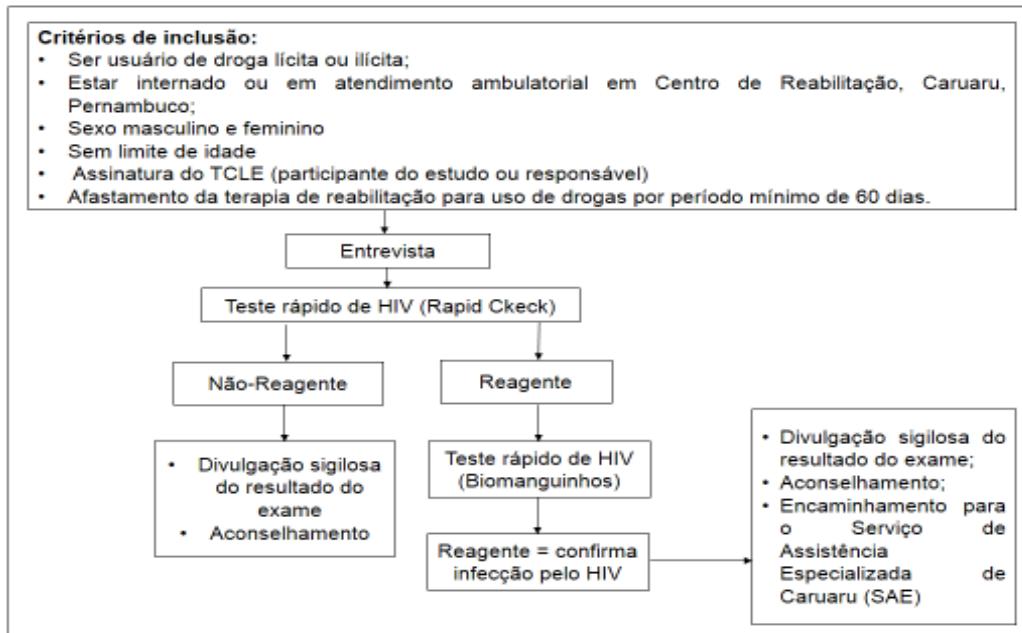
Usuários de drogas lícitas e ilícitas apresentam elevada prevalência da infecção pelo HIV por estarem expostos à múltiplas situações de risco.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

O delineamento do presente estudo é de corte transversal com análise tipo caso-controle.

3.2 Fluxograma



3.3 Local e período do estudo

O estudo foi realizado entre novembro de 2012 e novembro de 2013, no município de Caruaru, Pernambuco, Brasil, em cinco centros de reabilitação para usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Os centros de reabilitação tem as seguintes características:

- O Programa Atenção Integral ao Usuário de Drogas (Atitude) atende 30 homens e mulheres usuários de droga por dia, maiores de 18 anos, baseando-se na Política de Redução de Danos. Os usuários de drogas permanecem na instituição apenas no horário diurno. Desenvolvem atividades de terapia ocupacional, participam de ações de educação em saúde e são assistidos por equipe multiprofissional (psiquiatra, assistente social, psicólogo e enfermeiro). No horário noturno eles saem da unidade e retornam no dia seguinte. No tratamento intensivo, 30 dependentes químicos (homens e mulheres) ficam internados. O serviço ambulatorial é oferecido na Zona Urbana e o internamento, na Zona Rural de Caruaru. O tratamento de reabilitação acontece por um período de seis meses a um ano. No entanto,

verifica-se uma grande rotatividade de usuários de drogas no programa evidenciado pela adesão de cinco a dez novos usuários de drogas por semana.

- No Centro de Recuperação Rosa de Sarom são internadas mulheres usuárias de drogas lícitas e ilícitas, maiores de 18 anos. O tratamento é baseado na abordagem religiosa e realização de atividades laborais. Não há suporte de profissionais de saúde vinculados ao serviço e durante os primeiros 15 dias de internamento, a usuária de droga não tem contato com conhecidos ou familiares. Há 80 vagas e são preconizados de nove meses a um ano de internamento para o tratamento. Verifica-se uma rotatividade de dez a quinze novas usuárias de drogas por mês. Está localizado na zona rural de Caruaru. Funciona há 15 anos e é o único centro de reabilitação filantrópico feminino do Nordeste brasileiro.
- No Desafio Jovem Luz e Vida são internados 17 homens usuários de drogas, sem limite de idade. O tratamento é baseado na abordagem religiosa e realização de atividades laborais. Não há profissionais de saúde vinculados ao serviço. É uma instituição privada, que preconiza nove meses de internamento, localizada na Zona Rural. A rotatividade neste serviço gira em torno de cinco a dez novos usuários de drogas por mês.
- O Centro de Atendimento ao Usuário de Drogas (CAUD), atende 17 menores na faixa etária de 12 a 17 anos, do sexo masculino, por um período de seis meses a um ano de internamento. Recebem assistência de profissionais de saúde como psiquiatra, psicólogo, assistente social e educador físico. São estimulados a realizar cursos profissionalizantes. Localizado na Zona Rural de Caruaru. A rotatividade neste serviço é de aproximadamente três a cinco novos usuários de drogas por mês.
- O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), atende ambulatorialmente 5 homens e mulheres usuários de droga por semana, maiores de 18 anos, para realização de terapia ocupacional e acompanhamento com o psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social e educadores. A unidade, localizada na Zona Urbana, ainda estava em fase de estruturação física justificando a baixa demanda e frequência dos usuários de drogas neste serviço.

O Centro de Recuperação Rosa de Sarom e o Desafio Jovem Luz e Vida não realizam nenhuma triagem sorológica para HIV durante a admissão ou acompanhamento da terapia de reabilitação para dependência química. São instituições com dificuldade de acesso aos serviços de saúde por questões relacionadas à recursos financeiros e localização na Zona Rural.

O município de Caruaru possui uma unidade do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Ele realiza os testes rápido de HIV nos centros de reabilitação CAUD e ATITUDE. No entanto, essa assistência não é sistemática ou frequente permitindo que muitos usuários de drogas tenham o acompanhamento de reabilitação para dependência química sem o conhecimento da sorologia para HIV.

3.4 População do estudo

A população do estudo foi constituída por usuários de drogas lícitas e ilícitas em terapia de reabilitação para dependência química internados ou em atendimento ambulatorial nos Centro de Atendimento ao Usuário de Drogas (CAUD), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), Programa de Atenção Integral ao Usuário de Drogas (Atitude), Desafio Jovem Luz e Vida e Centro de Recuperação Rosa de Sarom, no município de Caruaru, Pernambuco.

- **Critérios de Inclusão**

Foram incluídos usuários de drogas de ambos os sexos, sem limite de idade, atendidos ambulatorialmente ou em unidades de internamento nos centros de reabilitação durante o período do estudo. Usuários de drogas, afastados por um período mínimo de 60 dias dos centros de reabilitação e com nova exposição ao consumo de drogas, que foram reintegrados ao programa, tiveram reinvestigados suas condições epidemiológica e sorológica, sendo considerados casos novos.

- **Critérios de Exclusão**

Foram excluídos do estudo usuários que estavam sob efeito de drogas e que apresentavam comprometimento da função cognitiva.

3.5 Definição do tamanho amostral

O cálculo do tamanho amostral foi baseado na prevalência de 2% (infecção do HIV) (HWANG et al, 2000), com erro de 1% e intervalo de confiança de 90% para triagem sorológica.

O tamanho final da amostra foi acrescido de aproximadamente 15% levando-se em consideração as recusas e eventuais impossibilidades de abordagem dos dependentes químicos. Assim 600 casos usuários de droga seriam convidados a participar do estudo, estimando-se uma amostra final de 500 dependentes químicos.

3.6 Definição das variáveis

Parceiro fixo: pessoa com quem se mantém ou manteve relações sexuais regulares.

Parceiro casual: pessoa com quem se teve relações sexuais uma ou mais vezes sem nenhuma regularidade e para quem não se pagou ou recebeu dinheiro para ter a relação sexual.

Parceiro comercial: pessoa que pagou ou recebeu dinheiro para ter relação sexual.

Dependente químico: condição física e psicológica causada pelo consumo constante de substâncias psicoativas.

Drogas lícitas: é uma droga cuja produção e uso são permitidos por lei, sendo liberada para comercialização e consumo.

Drogas ilícitas: toda e qualquer substância química ou composto químico natural ou artificial que tenha efeito psicoativo e que seja proibida por lei.

3.7 Instrumentalização das variáveis

- **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Os usuários de drogas foram convidados a participar do estudo após ter sido detalhado informações sobre os objetivos, etapas, riscos e benefícios do estudo. Todos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento, quando menores de 18 anos. Os TCLE dos menores de 18 anos foram assinados pelos responsáveis.

- **Instrumento para coleta dos dados**

Os instrumentos de investigação utilizados foram o ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e validado para a versão brasileira (HENRIQUE *et al*, 2004) e o instrumento utilizado na pesquisa intitulada “*Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras*” (KERR, 2009). *Estes instrumentos foram* adaptados para atingir o objetivo do presente estudo. Foram investigados aspectos relacionados às características sociodemográficas (idade, sexo, procedência, raça, estado conjugal, moradia, renda mensal, escolaridade e ocupação), comportamento sexual (sexo com parceiros fixos, casuais e comerciais, troca de sexo por crack, prática de sexo com usuário de crack), uso de drogas (uso de drogas lícitas e ilícitas na vida e frequência de uso nos últimos 12 meses, compartilhamento de utensílios), envolvimento com a criminalidade e conhecimento sobre sorologia para HIV.

Utilizamos o termo “sexo comercial” relacionado apenas a troca de sexo por dinheiro, uma vez que a variável “troca de sexo por crack” foi avaliada separadamente.

3.8 Procedimento

Após assinatura do Termo de Consentimento Live e Esclarecido (TCLE) pelo participante ou responsável, os dependentes químicos foram submetidos a uma entrevista para investigação epidemiológica e coleta de sangue para investigação da sorologia do HIV.

- **Coleta sanguínea**

Para coleta da amostra de sangue total, foi utilizado lanceta descartável para punção digital no dedo indicador, médio ou anelar e os testes rápidos utilizados foram o Rapid Check HIV 1 & 2 e o HIV-1/2 Rapid Test Bio-Manguinhos. Ambos com valores de sensibilidade que variam de 99,3 – 100% e especificidade de 100% (Motta, 2013). Após a punção digital, foi feito uma leve e intermitente pressão do dedo punctionado estimulando a saída de sangue e encostado o tubo capilar para captação de sangue total. As amostras foram transferidas para a almofada do teste imunocromatográfico e aplicado, imediatamente após, uma gota de tampão. A leitura dos testes foram feitas no intervalo de 15 a 20 minutos após a aplicação do tampão, segundo normas do fabricante.

A primeira amostra de sangue total foi utilizada com o Rapid Check HIV 1 & 2. Quando o teste rápido evidenciou resultado reagente para HIV, foi colhido nova amostra de sangue e utilizado o HIV-1/2 Rapid Test Bio-Manguinhos para confirmação da sorologia positiva para HIV, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2009).

O teste rápido Rapid Check HIV 1 & 2 é fabricado pelo Centro de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo, em Vitória, Brasil, e o HIV-1/2 Rapid Test Bio-Manguinhos é fabricado pela Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Ambos utilizam a análise imunocromatográfica de fluxo lateral e o sangue total como amostra. O volume de amostra necessário para uma análise eficiente do Rapid Check HIV 1 & 2 é de 20 µL, enquanto que no HIV-1/2 Rapid Test Bio-Manguinhos são necessários 5 µL (MOTTA, 2013).

3.9 Tabulação

As informações foram digitadas em um banco de dados utilizando-se o programa SPSS Statistics, versão 21.

3.10 Análise estatística

A prevalência da infecção pelo HIV foi estimada pelo percentual de usuários soropositivos para o testes rápido de HIV em relação ao total de usuários de drogas participantes do estudo.

Foi avaliada a associação entre a variável dependente (ser ou não portador do vírus HIV) e as variáveis independentes (aspectos sociodemográficos, hábitos relacionados ao uso de drogas, envolvimento com a justiça criminal e comportamento sexual).

Os dados referentes às características sociodemográficas e padrões de uso de drogas foram analisados de forma descritiva e calculada a prevalência das infecções pelo HIV e seu respectivo Intervalo de confiança (95%).

As variáveis contínuas foram sumarizadas como média \pm desvio padrão e as categóricas em frequências. As diferenças das médias entre os dois grupos foram analisadas através do teste *t-Student* ou Mann-Whitney, conforme apropriado. As diferenças nas proporções foram testadas através do teste *Qui-Quadrado de Pearson*.

Na análise das associações foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher, conforme apropriado. A medida de associação calculada foi a Odds Ratio com seus respectivos intervalos de confiança.

O modelo de regressão logística foi utilizado, considerando a infecção pelo HIV como variável resposta para verificar a influência de múltiplas variáveis conjuntamente. A força da associação entre o HIV e os diversos fatores associados foi avaliado pelo cálculo do *Odds Ratio*.

Foram incluídas na regressão logística múltipla as variáveis independentes que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada (sexo feminino, idade da primeira relação sexual, parceiro comercial, troca de sexo por crack e ter parceiro que usa crack). No entanto, o pequeno número de HIV positivos na amostra pode não ter permitido o aparecimento de variáveis que são clássicas para o risco de HIV nesse grupo, como exemplo, ter tido parceiro comercial.

3. 11 Aspectos Éticos

Os usuários de drogas lícitas e ilícitas abordados foram informados sobre os objetivos do estudo pela pesquisadora principal. Aqueles que eram maiores de 18 anos assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento e o TCLE destes foi assinado pelos seus responsáveis.

Os usuários de drogas poderiam negar-se a participar ou retirar-se do estudo em qualquer fase da pesquisa sem que houvesse prejuízos à terapia de reabilitação química o qual estavam se propondo a fazer. Todos foram informados que a pesquisa teria garantia do sigilo absoluto, confidencialidade das informações prestadas e do resultado sorológico. Os resultados dos testes rápido para HIV foram divulgados apenas aos participantes e, aqueles que apresentaram resultado reagente para HIV, foram encaminhados para acompanhamento clínico e multiprofissional no Serviço de Assistência Especializado (SAE) do município de Caruaru-PE.

Foi esclarecido que os resultados da pesquisa seriam divulgados publicamente mantendo a privacidade de sua identidade e que não haveria despesa pessoal ou compensação financeira relacionada à participação na pesquisa.

Este estudo está autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob parecer número 116.598 e CAAE 06942012.7.0000.5208.

Não houve conflitos de interesse neste protocolo.

REFERÊNCIAS

- AYRES, JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde soc**, v. 18, supl.2, p. 11-22, 2009.
- AZEVEDO, RCS *et al.* Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 29, n. 1, p. 26-30, Mar 2007.
- BARBOSA, LM; SAWYER, DO. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **R. Bras. Est. Pop**, v. 20, n. 2, p. 241-257, 2003.
- BASTOS, FI; BERTONI, N; HACKER, M. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 42, Supl. 1, p. 109-117, 2008.
- BASTOS, FI *et al.* The children of mama coca: Coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America. **Int J Drug Policy**, v. 18, p. 99–106, 2007.
- BASTOS, FI *et al.* Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v.100, n.1, p. 91-96, Feb 2005.
- BATES, I *et al.* Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1: determinants operating at individual and household level. **Lancet Infect Dis**, vol. 4, p. 267-277, May 2004.
- BAUM, MK *et al.* Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 50, n.1, p. 93-99, Jan. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Perfil dos usuários de crack e ou similares no Brasil**. Brasília, DF, 2013a.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Estimativa de número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país**. Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano VIII, nº 1 de 27^a à 52^a semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2010, de 01^a a 26^a semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2011. Brasília, DF, 2012a.
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Ano I, nº 1 até 52^a semanas epidemiológicas – dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010/2011)**. Brasília, DF, 2012c.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Regulamenta as ações destinadas à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 jul. 2005. Seção 1.

BRITO, AM; CASTILHO, EA; SZWARCWALD, CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2001.

CAMONI, L *et al.* Continued high prevalence of HIV, HBV and HCV among injecting and noninjecting drug users in Italy. **Ann Ist Super Sanita**, v. 46, n. 1, p. 59-65, 2010.

CARVALHO, HB; SEIBEL, SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. **Clinics**, v.64, n.9, p. 857-866, 2009.

CHAVES, TV *et al.* Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.6, p.1168-1175, 2011.

CONDEPE. Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco. Secretaria de Planejamento e Gestão. **Pernambuco PIB municipal 2010**. Recife, Dez., 2012.

COOK JA, *et al.* Crack Cocaine, Disease Progression, and Mortality in a Multi-Center Cohort of HIV-1 Positive Women. **AIDS**, v. 22, n.11, p. 1355–1363, July 2008.

COOK , JA *et al.* Illicit drug use, depression and their association with highly active antiretroviral therapy in HIV-positive women. **Drug Alcohol Depend.**, v. 89, n.1, p. 74-81, 2007.

COUTO, MT *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic, Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.257-270, abr./jun. 2010.

DEBECK, K *et al.* Public crack cocaine smoking and willingness to use a supervised inhalation facility: implications for street disorder. **Subst Abuse Treat Prev Policy**, v.6, n.4, p. 2-8, 2011.

DIAS, AC; ARAÚJO, MR; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.5, p.938-948, Oct 2011.

DICKSON-GOMEZ, J *et al.* The relationship between community structural characteristics, the context of crack use and HIV risk behaviors in San Salvador, El Salvador. **Subst Use Misuse**, v. 47, n.3, p. 265–277, 2012.

DOURADO, I *et al* . Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev Saúde Pública**, v. 40, supl., Abr 2006.

DUAilibi, LB; RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 4, p. 545-557, 2008 .

ECKSCHMIDT, F; ANDRADE, AG; OLIVEIRA, LG. Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. **J Bras Psiquiatr**, v. 62, n. 3, p. 199-207, 2013.

FERREIRA, PEM; MARTINI, RK. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, n.2, p.96-99, 2001.

FONSECA, AM *et al.* Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 663-670, May 2010.

FONSECA, MGP; SZWARCWALD, CL; BASTOS, FI. Análise sociodemográfica da epidemia de AIDS no Brasil, 1989-1997. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.6, p. 678-685, 2002.

GALDUROZ, JCF *et al.* Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. spe, Oct. 2005.

GRANGEIRO, A; ESCUDER, MML; CASTILHO, EA. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev Saúde Pública**, v.44, n. 3, p. 430-441, June 2010.

HACKER, MA *et al.* Poverty, bridging between injecting drugs users and the general population, and “interiorization” may explain the spread of HIV in southern Brazil. **Health Place**, v.15, n.2, p. 514-519, 2009.

HWANG, LY *et al.* Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Associated Risk Factors among Populations of Drug Abusers. **Clin Infect Dis**, v. 30, p. 920-926, 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Acessado em: 2014 mar 05. Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=260410>

KESSLER, F; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Rev Psiquiatr RS**, v. 30, n.2, p.96-98, 2008.

LI, Q; LI, X; STANTO, B. Alcohol Use and Sexual Risk Behaviors and Outcomes in China: A Literature Review. **AIDS Behav**, v. 14, n. 6, p. 1227–1236, Dec 2010.

LIN, D *et al.* Alcohol intoxication and sexual risk behaviors among rural-to-urban migrants in China. **Drug Alcohol Depend**, v. 79, n. 1, p. 103–112, 2005.

LINDENBURG, CEA *et al.* Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. **AIDS**, v.20, n. 13, p. 1771-1775, Aug 2006.

LUO, X *et al.* Prevalence and correlates of alcohol use and subsequent sexual activity among adult males in a rural community of ethnic minorities in Yunnan Province, China. **Biose Trends**, v. 6, n. 6, p. 288-295, 2012.

MACHADO, LV; BOARINI, ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol cienc prof**, v.33, n.3, p. 580-595, 2013.

MAGNUS, M *et al.* Risk Factors driving the emergence of a generalized heterosexual HIV epidemic in Washington, District Of Columbia networks at risk. **AIDS**, v.23, n.10, p.1277-1284, 2009.

MIOZZO, L *et al.* Consumo de substâncias psicoativas em uma amostra de adolescentes e sua relação com o comportamento sexual. **J Bras Psiquiatr**, v. 62, n. 2, p. 93-100, 2013.

MOTTA, LR *et al.* Evaluation of five simple rapid HIV assays for potential use in the Brazilian national HIV testing algorithm. **J Virol Methods** 2013 194,132–137

NICHIATA, LYI *et al.* The use of the “vulnerability” concept in the nursing área. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923-928.

NUNES, CLX *et al.* Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador – Bahia, Brazil. **Braz J Infect Dis**, v.11, n.6, p. 561-566, Dec. 2007.

PECHANSKY, F *et al.* HIV soroprevalence among drug users: an analysis of select variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. **Drug Alcohol Depend**, v.82, Suppl 1, p. S109-S113, April 2006.

PULCHERIO, G *et al.* Crack – da pedra ao tratamento. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, n.3, p.337-343, Jul-Set 2010.

ROMANO, M; RIBEIRO, M; MARQUES, A. **Abuso e Dependência da Cocaína** (Projeto Diretrizes). Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

ROSSI, D *et al.* Multiple infections and associated risk factors among non-injecting cocaine users in Argentina. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 965-974, May. 2008.

SHOPTAW, S *et al.* Not just the need: the state of HIV-prevention science among substance users and future directions. **Acquir Imumune Defic Syndr**, v.63, suppl 2, p. S174-S178Jul 2013.

STONER, S *et al.* Liquid courage: alcohol fosters risk sexual decision-making in individuals with sexual fears. **AIDS Behav**, v. 11, p. 227-237, 2007.

STRAZZA, L *et al.* Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p.197-205, Jan. 2007.

SZWARCWALD, CL *et al.* Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, supl 1, p. 113-128, 2000a.

SZWARCWALD, CL *et al.* A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise especial. **Cad. Saúde Pública**, v.16, supl. 1, p. S07 – 19, 2000b.

TI, L; KERR, T. The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. **Harm Reduct J** v. 11, n. 7, p. 1-3, 2014

TI, L *et al.* Factors associated with difficulty accessing crack cocaine pipes in a Canadian setting. **Drug Alcohol Rev.** v. 31, n. 7, p. 890–896, Nov. 2012.

TI, L *et al.* Difficulty accessing crack pipes and crack pipe sharing among people who use drugs in Vancouver, Canada. **Subst Abuse Treat Prevent Policy**, v.6, n.34, p. 2-5, 2011.

TIMPSON, SC *et al.* Sexual Activity in HIV-Positive African American Crack Cocaine Smokers. **Arch Sex Behav**, v.39, n. 6, p. 1353–1358, Dec. 2010.

UNAIDS. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013**, 2013.

UNAIDS. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012**, 2012.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2013**. New York, 2013.

WU, J *et al.* Infection status and risk factors of HIV, HBV HCV e syphilis among drug users in Guangdong, China – a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v.10, p. 1-8, 2010.

4 ARTIGO ORIGINAL

Prevalência e fatores associados à infecção pelo HIV entre usuários de drogas lícitas e ilícitas em uma cidade de médio porte no Nordeste do Brasil

Resumo

Introdução: usuários de drogas lícitas e ilícitas se expõem à múltiplas situações de risco que podem contribuir para o aumento da infecção pelo HIV. Este artigo relata o primeiro estudo realizado para estimar a prevalência e os fatores associados à infecção pelo HIV em usuários de drogas internados ou em atendimento ambulatorial em cinco centros de reabilitação para dependência química em Caruaru, cidade de médio porte da Região Nordeste do Brasil.

Método: Estudo transversal analisado como caso-controle. Foi realizado em cinco centros de reabilitação para dependência química na cidade de Caruaru, Pernambuco, Brasil, no período de novembro de 2012 a novembro de 2013. Participaram da pesquisa 561 usuários de drogas lícitas e ilícitas que estavam internados ou em atendimento ambulatorial. Todos foram submetidos a uma entrevista e realização de teste rápido de HIV após assinatura do TCLE. Na análise das variáveis categóricas foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Foi utilizado o odds ratio com intervalo de confiança de 95%. A análise multivariada foi realizada através do modelo de regressão logística múltipla.

Resultado: A prevalência do HIV entre os participantes foi de 4,8%. O modelo multivariado apresentou os seguintes preditores para infecção pelo HIV: ser do sexo feminino (OR = 3,19, IC 95% 1,22 – 8,34), a idade precoce da primeira relação sexual (OR = 1,17, IC 95% 1,03 – 1,33), a troca de sexo por crack (OR = 2,81, IC 95% 1,10 – 7,19) e ter parceiro que usa crack (OR = 3,89, IC 95% 1,10 – 13,7).

Conclusão: Apesar deste estudo não ser suficiente para indicar que o crack ou outra droga isoladamente sejam causadores da transmissão do HIV, ele indica que o crack estimula comportamentos sexuais de risco que favorecem a infecção e que as mulheres usuárias de drogas possuem maior risco.

Descritores: HIV, fatores de risco, cocaína crack, droga, centro de reabilitação

Abstract

Background: users of licit and illicit drugs are exposed to multiple risk situations that may contribute to the increase of HIV infection. This article presents a report on the first study to assess the prevalence and risk factors associated with HIV infection among inpatient and/or outpatient drug users in five rehabilitation centres for chemical dependency in Caruaru, a medium-sized city in North-east Brazil.

Methods: a cross-sectional study with case-control analysis was conducted in five rehabilitation centres for chemical dependency in the city of Caruaru, Pernambuco, Brazil, from November 2012 to November 2013. A total of 561 licit and illicit drug users receiving treatment either as inpatients or outpatients, participated in the study. All participants underwent an interview and an HIV rapid test after signing the Terms of Consent. The Pearson Chi-Square test was applied to analyse the categorical variables, with a significance level of 5%. The odds ratio was used with a confidence interval of 95%. Multivariate analysis was performed using the multiple logistic regression model.

Results: HIV prevalence among participants was 4.8%. Approximate, 80% of the participant had used crack and/or cannabis. The multivariate model indicated the following predictors for HIV infection: being female (OR = 3.19, 95% CI 1.22 to 8.34), partner who uses crack (OR = 3.89, CI 95 % 1.10 to 13.7), exchanging sex for crack (OR = 2.81, 95% CI 1.10 to 7.19), sexual initiation at an early age (OR = 1.17, CI 95% 1.03 to 1.33).

Conclusions: this study indicates that female drug users are at risk of HIV infection. The high frequency of crack users suggests correlation with risk sexual behaviour.

Keywords: HIV, risk factors, crack cocaine, drugs, rehabilitation centre

Introdução

Passados 30 anos, a epidemia da aids está estabilizada no Brasil. A taxa de prevalência atual da infecção pelo HIV, na população brasileira de 15 a 49 anos, é de 0,6% desde 2004. No entanto, estima-se que a taxa de prevalência de HIV em subgrupos populacionais de maior vulnerabilidade sejam de 5,1% entre mulheres profissionais do sexo, 10,5% entre homens que fazem sexo com homens e 5,9% entre usuários de drogas [1].

Os usuários de drogas são um grupo que merece especial atenção por parte do sistema de saúde, devido às suas altas taxas de exposição a infecções, particularmente aquelas transmitidas através do uso de materiais contaminados (seringas, agulhas e componentes relacionados) e através de relações sexuais desprotegidas [2].

No Brasil, como um todo, os casos associados ao uso de drogas representam 8,6% do total de casos de aids, no entanto verifica-se uma tendência de redução da infecção em usuários de droga injetável (UDI) [3,4]. Em vários países do mundo, inclusive no Brasil, a diminuição progressiva da participação dos UDI entre os novos casos de transmissão do HIV, se deve à implementação de Programas de Redução de Danos [3, 5-8].

As ações de Redução de Danos são, em geral, voltadas para os usuários de drogas injetáveis, quando a maioria das substâncias químicas utilizadas no mundo são ingeridas, fumadas ou aspiradas [7], ou seja, a redução do compartilhamento de agulhas e seringas não se reflete, necessariamente, na prevenção da transmissão sexual, assim como o aumento do uso do crack, implica o maior risco de infecção [9-10].

O Relatório Mundial sobre Drogas [6], divulgado em 2013, aponta para a estabilidade no uso de drogas tradicionais como a maconha e a cocaína. Enquanto alguns países sul-americanos verificam uma redução ou estabilidade no consumo da cocaína, no Brasil identifica-se um aumento substancial em seu consumo e tráfico. O crack é um subproduto da cocaína. Ele provoca uma forte sensação de euforia e aumento da vontade de se envolver em práticas sexuais, que acontecem muitas vezes de forma arriscada facilitando a transmissão do HIV e outras infecções [11-12].

Os Ministérios da Justiça e da Saúde do Brasil divulgaram os resultados do último inquérito domiciliar, considerado o maior do mundo em relação ao crack. Foi realizado em 2012, nas 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal. E demonstrou o perfil dos usuários de crack e drogas similares de cocaína fumada (pasta base, oxi e “merla”) através de um

inquérito domiciliar de natureza indireta (método NSUM - Network Scale-up Method). Vinte cinco mil pessoas foram entrevistadas e falaram sobre o comportamento de outros indivíduos pertencentes a suas redes de contatos. A pesquisa identificou que 0,81% da população desses municípios fazem uso regular do crack, ou seja, 370 mil pessoas são dependentes químicas da substância, das quais aproximadamente 150 mil (40%) estão concentradas nas capitais da região Nordeste do Brasil [13], região em que a transmissão do HIV é predominantemente sexual para ambos os sexos [3,14,15].

No entanto, ainda são escassos os estudos que evidenciam a associação do consumo de crack e outras drogas não injetáveis com a infecção pelo HIV em cidades de pequeno e médio porte na região Nordeste do Brasil.

Caruaru é um dos 185 municípios do Estado de Pernambuco, no Nordeste brasileiro. Está localizado a 126 km da capital. Tem o quinto maior Produto Interno Bruto (PIB) no setor de serviços do Estado e está em amplo crescimento econômico. Ele é considerado polo regional, pois concentra serviços como comércio (sua principal atividade produtiva), administração pública, saúde e educação mercantis [16].

Com o desenvolvimento da cidade, acredita-se que o consumo de crack e outras drogas tenham aumentado na região, assim como a disseminação do HIV entre esse público. Sendo assim, esse estudo tem o objetivo de determinar a prevalência e os fatores associados à infecção pelo HIV em usuários de droga internados ou atendimento ambulatorial em cinco centros de reabilitação para dependência química em Caruaru, cidade de médio porte na Região Nordeste do Brasil.

Método

O delineamento do presente estudo é de corte transversal com análise tipo caso-controle. Esta investigação foi realizada em cinco centros de reabilitação para usuários de drogas lícitas e ilícitas, no município de Caruaru, Pernambuco, Brasil, entre novembro de 2012 e novembro de 2013.

Os centros de reabilitação tem as seguintes características:

O Programa Atenção Integral ao Usuário de Drogas (Atitude) atende 30 homens e mulheres usuários de droga por dia, maiores de 18 anos, baseando-se na Política de Redução de Danos. O usuário de droga passa o dia desenvolvendo atividades de terapia ocupacional na

unidade, à noite ele sai da unidade e retorna no dia seguinte. No tratamento intensivo, 30 dependentes químicos (homens e mulheres) ficam internados. Todos tem acompanhamento de profissionais de saúde (psiquiatra, assistente social, psicólogo, enfermeiro). O serviço ambulatorial é oferecido na Zona Urbana e o internamento, na Zona Rural de Caruaru. O tratamento de reabilitação acontece por um período de 6 meses a 1 ano. No entanto, verifica-se uma rotatividade de cinco a dez novos usuários de drogas por semana.

No Centro de Recuperação Rosa de Sarom são internadas mulheres usuárias de drogas lícitas e ilícitas, maiores de 18 anos. O tratamento é baseado na abordagem religiosa e realização de atividades laborais. Não há suporte de profissionais de saúde vinculados ao serviço e durante os primeiros 15 dias de internamento, a dependente química não tem contato com conhecidos ou familiares. Há 80 vagas e são preconizados de 9 meses a 1 ano de internamento para o tratamento. Verifica-se uma rotatividade de dez a quinze novas usuárias de drogas por mês. Está localizado na zona rural de Caruaru. Funciona há 15 anos e é o único centro de reabilitação filantrópico feminino do Nordeste brasileiro.

No Desafio Jovem Luz e Vida são internados 17 homens usuários de drogas, sem limite de idade. O tratamento é baseado na abordagem religiosa e realização de atividades laborais. Não há profissionais de saúde vinculados ao serviço. É uma instituição privada, que preconiza 9 meses de internamento, localizada na Zona Rural. A rotatividade neste serviço gira em torno de cinco a dez novos usuários de drogas por mês.

O Centro de Atendimento ao Usuário de Drogas (CAUD), atende 17 menores na faixa etária de 12 a 17 anos, do sexo masculino, por um período de 6 meses a 1 ano de internamento. Recebem assistência de profissionais de saúde como psiquiatra, psicólogo, assistente social e educador físico. São estimulados a realizar cursos profissionalizantes. Localizado na Zona Rural de Caruaru. A rotatividade neste serviço é de aproximadamente cinco novos usuários de drogas por mês.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), atende ambulatorialmente 5 homens e mulheres usuários de droga por semana, maiores de 18 anos, para realização de terapia ocupacional e acompanhamento com o psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social e educadores. A unidade, localizada na Zona Urbana, ainda estava em fase de estruturação justificando a baixa demanda e frequência dos usuários de drogas neste serviço.

O Centro de Recuperação Rosa de Sarom e o Desafio Jovem Luz e Vida não realizam nenhuma triagem sorológica para HIV durante a admissão ou acompanhamento da terapia de reabilitação para dependência química. São instituições com dificuldade de acesso aos

serviços de saúde por questões relacionadas à recursos financeiros e localização na Zona Rural.

O município de Caruaru possui uma unidade do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Ele realiza os testes rápido de HIV nos centros de reabilitação CAUD e ATITUDE. No entanto, essa assistência não é sistemática ou frequente permitindo que muitos usuários de drogas tenham o acompanhamento de reabilitação para dependência química sem o conhecimento da sorologia para HIV.

Coleta dos dados

Foram incluídos 561 dependentes químicos de drogas lícitas e ilícitas de ambos os sexos, sem limite de idade, atendidos ambulatorialmente ou em unidades de internamento nos centros de reabilitação durante o período do estudo. Usuários de drogas afastados por um período mínimo de 60 dias dos centros de reabilitação e com nova exposição ao consumo de drogas, que foram reintegrados ao programa de reabilitação destes centros, tiveram reinvestigados suas condições epidemiológica e sorológica, sendo considerados casos novos.

Os instrumentos de investigação utilizados foram o ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e validado para a versão brasileira [17] e o instrumento utilizado na pesquisa intitulada “*Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras*” [18]. Estes instrumentos foram adaptados para atingir o objetivo do presente estudo.

Foram investigados aspectos relacionados às características sociodemográficas (idade, sexo, procedência, raça, estado conjugal, moradia, renda mensal, escolaridade e ocupação), comportamento sexual (sexo com parceiros fixos, casuais e comerciais, troca de sexo por crack, prática de sexo com usuário de crack), uso de drogas (uso de drogas lícitas e ilícitas na vida, frequência do uso de drogas nos últimos 12 meses e compartilhamento de utensílios), envolvimento com a criminalidade e conhecimento sobre sorologia para HIV. Utilizamos o termo “sexo comercial” relacionado apenas a troca de sexo por dinheiro, uma vez que a variável “troca de sexo por crack” foi avaliada separadamente.

Após a entrevista, foi realizado o teste rápido para identificação de infecção pelo HIV. A amostra de sangue total foi colhida por punção digital no dedo indicador, médio ou anelar e

os testes rápidos utilizados foram o Rapid Check HIV 1 & 2 e o HIV-1/2 Rapid Test Bio-Manguinhos. Ambos com valores de sensibilidade que variam de 99,3 – 100% e especificidade de 100% [19].

A primeira amostra de sangue total foi utilizada com o Rapid Check HIV 1 & 2. Quando o teste rápido evidenciou resultado reagente para HIV, foi colhido nova amostra de sangue e utilizado o HIV-1/2 Rapid Test Bio-Manguinhos para confirmação da sorologia positiva para HIV, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil [20].

O teste rápido Rapid Check HIV 1 & 2 é fabricado pelo Centro de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo, em Vitória, Brasil, e o HIV-1/2 Rapid Test Bio-Manguinhos é fabricado pela Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Ambos utilizam a análise imunocromatográfica de fluxo lateral e o sangue total como amostra. O volume de amostra necessário para uma análise eficiente do Rapid Check HIV 1 & 2 é de 20 μ L, enquanto que no HIV-1/2 Rapid Test Bio-Manguinhos são necessários 5 μ L [19].

Análise dos dados

Foi avaliada a associação entre a variável dependente (ser ou não portador do vírus HIV) e as variáveis independentes (aspectos sociodemográficos, hábitos relacionados ao uso de drogas, envolvimento com a justiça criminal e comportamento sexual).

Os dados referentes às características sociodemográficas e padrões de uso de drogas foram analisados de forma descritiva e calculada a prevalência da infecção pelo HIV e seu respectivo Intervalo de Confiança (95%).

As variáveis contínuas foram sumarizadas como média \pm desvio padrão e as categóricas em frequências. As diferenças das médias entre os dois grupos foram analisadas através do teste *t-Student* ou Mann-Whitney, conforme apropriado. As diferenças nas proporções foram testadas através do teste *Qui-Quadrado de Pearson*.

Na análise das associações foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher, conforme apropriado. A medida de associação calculada foi a Odds Ratio com seus respectivos intervalos de confiança.

O modelo de regressão logística foi utilizado, considerando a infecção pelo HIV como variável resposta para verificar a influência de múltiplas variáveis conjuntamente. A força da associação entre o HIV e os diversos fatores de risco foi avaliado pelo cálculo do *Odds Ratio*.

Foram incluídas na regressão logística múltipla as variáveis independentes que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada (sexo feminino, idade da primeira relação sexual, parceiro comercial, troca de sexo por crack e ter parceiro que usa crack).

Tamanho amostral

O cálculo do tamanho amostral foi baseado na prevalência de 2% (infecção do HIV) [21], com erro de 1% e intervalo de confiança de 90% para triagem sorológica. O tamanho final da amostra foi acrescido de aproximadamente 15% levando-se em consideração as recusas e eventuais impossibilidades de abordagem dos dependentes químicos. Assim 600 casos usuários de drogas seriam convidados a participar do estudo, estimando-se uma amostra final de 500 dependentes químicos.

Aspectos éticos

Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos pela pesquisadora principal. Aqueles que eram maiores de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento e o TCLE foi assinado por seus responsáveis.

Os resultados dos testes rápido para HIV foram divulgados aos participantes e, aqueles que apresentaram resultado positivo, foram encaminhados para acompanhamento clínico e multiprofissional no Serviço de Assistência Especializado do município de Caruaru-PE.

Este estudo está autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob parecer número 116.598 e CAAE 06942012.7.0000.5208.

Não houve conflitos de interesse neste protocolo.

Resultados

A presente pesquisa incluiu 561 dependentes químicos de drogas lícitas e ilícitas distribuídos da seguinte forma: 212 (37,8%) estavam em reabilitação no ATITUDE, 178 (31,7%), no Centro de Recuperação Rosa de Sarom, 114 (20,3%) no Desafio Jovem Luz e Vida, 52 (9,2%) no CAUD e 5 (1,0%) no CAPS ad. A idade média foi de $28,5 \pm 9,9$ anos para ambos os sexos, com um desvio padrão de 9,9 anos. Os homens representam 61,3% da amostra. Em sua maioria, os participantes eram solteiros (as), de baixo nível socioeconômico e de escolaridade, sem vínculos empregatícios formais e sem renda salarial mensal. Cinquenta e seis porcento dos dependentes químicos eram provenientes de outras cidades do Estado de Pernambuco e 143 (25,5%) residiam no município de Caruaru (Tabela 1).

Dos 561 usuários de drogas investigados, 17 (3,0%) tinham conhecimento da sorologia positiva para HIV antes de serem admitidos nos centros de reabilitação. Destes 8 (47,1%) informaram que não haviam iniciado a terapia antirretroviral. A prevalência da infecção pelo HIV no estudo foi de 4,8% e a distribuição por sexo mostrou uma diferença estatisticamente significante ($p = 0,000$; OR = 4,88; IC 95% 2,03-11,76). Na análise univariada, verifica-se que a raça negra, no grupo de dependentes químicos, tem 6 vezes mais chance de infecção pelo HIV com significância estatística ($p = 0,036$; OR = 6,33; IC 95% 1,31 - 30,58) (Tabela 1).

Tabela 1 Fatores socioeconômicos relacionados a positividade para o HIV entre 561 dependentes químicos atendidos em centros de reabilitação. Caruaru, Brasil, 2013.

| Fatores de risco | Todos os participantes | HIV | | OR (IC (95%)) | p-valor |
|------------------------------|------------------------|----------------|-----------------|---------------------|---------|
| | | Positivo | Negativo | | |
| Número de casos | 561 | 27 (4,8%) | 534 (95,2%) | - | - |
| Demográficos | | | | | |
| Idade | $28,5 \pm 9,98$ | $29,7 \pm 8,5$ | $28,4 \pm 10,1$ | 1,01 (0,97 - 1,05) | 0,535 |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 344 (61,3%) | 7 (2,0%) | 337 (98,0%) | 1,0 | - |
| Feminino | 217 (38,7%) | 20 (9,2%) | 197 (90,8%) | 4,88 (2,03 - 11,76) | 0,000 |
| Procedência | | | | | |
| Caruaru | 143 (25,5%) | 2 (1,4%) | 141 (98,6%) | 1,0 | - |
| Outras cidades de Pernambuco | 314 (56,0%) | 20 (6,4%) | 294 (93,6%) | 4,79 (1,10 - 20,80) | 0,036 |
| Cidade de outros Estados | 104 (18,5%) | 5 (4,8%) | 99 (95,2%) | 3,56 (0,67 - 18,72) | 0,134 |
| Raça | | | | | |
| Branca | 156 (27,8%) | 4 (2,6%) | 152 (97,4%) | 1,0 | - |
| Negra | 21 (3,7%) | 3 (14,3%) | 18 (85,7%) | 6,33 (1,31 - 30,58) | 0,036 |
| Parda | 384 (68,5%) | 20 (5,2%) | 364 (94,8%) | 2,08 (0,70 - 6,21) | 0,134 |
| Estado civil | | | | | |
| Solteiro | 428 (76,3%) | 23 (5,4%) | 405 (94,6%) | 1,0 | - |
| Casado | 133 (23,7%) | 4 (3,0%) | 129 (97,0%) | 0,54 (0,18 - 1,60) | 0,272 |

Socioeconômico

| Escolaridade | | | | | | |
|---------------------------|-------------|-----------|-------------|---------------------|-------|--|
| ≥ Ensino médio | 65 (11,6%) | 1 (1,5%) | 64 (98,5%) | 1,0 | - | |
| Fundamental completo | 115 (20,5%) | 3 (2,6%) | 112 (97,4%) | 1,71 (0,17 – 16,82) | 0,644 | |
| Fundamental incompleto | 381 (67,9%) | 23 (6,0%) | 358 (93,5%) | 4,11 (0,54 – 30,98) | 0,170 | |
| Ocupação | | | | | | |
| Empregado | 164 (29,2%) | 4 (2,4%) | 160 (97,6%) | 1,0 | - | |
| Desempregado | 397 (70,8%) | 23 (5,8%) | 374 (94,2%) | 2,45 (0,83 – 7,22) | 0,102 | |
| Renda mensal | | | | | | |
| De 1 a 8 salários mínimos | 75 (13,4%) | 4 (5,3%) | 71 (94,67%) | 1,0 | - | |
| < 1 salário mínimo | 56 (10,0%) | 0 (0,0%) | 56 (100%) | Não avaliado | | |
| Não tem renda | 430 (76,6%) | 23 (5,4%) | 407 (94,6%) | 1,00 (0,33 – 2,98) | 0,996 | |

Em relação ao consumo de substância psicoativa, verificou-se que a mais utilizada foi o álcool (96,3%), seguido por tabaco (89,6%), maconha (86,5%), crack (82,5%), inalantes (66%), cocaína (65,1%), sedativos e hipnóticos (41%) e alucinógenos (17,5%). Entre os dependentes químicos com HIV positivo, 14,8% usaram na vida substâncias psicoativas injetáveis. Não houve diferença significante na prevalência do HIV entre os que usaram ou não drogas injetáveis na vida ($p = 0,395$; OR = 1,61; IC 95% 0,53 – 4,84). Em relação as substâncias químicas ilícitas usadas na vida entre os dependentes químicos com testes positivos para o HIV, 92,6% consumiram a maconha ($p = 0,349$; OR = 2,01; IC 95% 0,46 – 8,66) e o crack ($p = 0,175$; OR = 2,73; IC 95% 0,63 – 11,76), no entanto o uso dessas substâncias não mostrou associação com a presença da infecção pelo HIV (Tabela 2).

Em relação ao comportamento sexual, a análise evidenciou que ter iniciado a atividade sexual mais precocemente, ter tido parceiro comercial, parceiro que usava crack e ter feito sexo em troca de crack foram fatores associados ao HIV. Apesar da maioria dos participantes já ter sido detido por questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas não há associação entre o envolvimento criminal com possuir a infecção pelo HIV (Tabela 2).

Tabela 2 Fatores comportamentais e tipo de substâncias psicoativas e sua associação com a positividade para o HIV entre 561 dependentes químicos atendidos em centros de reabilitação. Caruaru, Brasil, 2013.

| Fatores de risco | Todos os participantes | HIV | | OR (IC (95%)) | p-valor |
|---------------------------------------|------------------------|-----------|-------------|--------------------|---------|
| | | Positivo | Negativo | | |
| Uso de substâncias psicoativas | | | | | |
| Tabaco | | | | | |
| Não | 58 (10,4%) | 3 (5,2%) | 55 (94,8%) | 1,0 | - |
| Sim | 501 (89,6%) | 24 (4,8%) | 477 (95,2%) | 0,92 (0,26 – 3,16) | 0,898 |
| Álcool | | | | | |
| Não | 21 (3,7%) | 1 (4,8%) | 20 (95,2%) | 1,0 | - |
| Sim | 540 (96,3%) | 26 (4,8%) | 514 (95,2%) | 1,01 (0,13 – 7,83) | 0,991 |
| Maconha | | | | | |
| Não | 76 (13,5%) | 2 (2,6%) | 74 (97,4%) | 1,0 | - |
| Sim | 485 (86,5%) | 25 (5,1%) | 460 (94,9%) | 2,01 (0,46 – 8,66) | 0,349 |
| Cocaína | | | | | |
| Não | 196 (34,9%) | 13 (6,6%) | 183 (93,4%) | 1,0 | - |

| | | | | | |
|---|-------------|------------|-------------|---------------------|-------|
| Sim | 365 (65,1%) | 14 (3,8%) | 351 (96,2%) | 0,56 (0,25 – 1,21) | 0,145 |
| Crack | | | | | |
| Não | 98 (17,5%) | 2 (2,0%) | 96 (98,0%) | 1,0 | - |
| Sim | 463 (82,5%) | 25 (5,4%) | 438 (94,6%) | 2,73 (0,63 – 11,76) | 0,175 |
| Inalantes | | | | | |
| Não | 191 (34,0%) | 7 (3,7%) | 184 (96,3%) | 1,0 | - |
| Sim | 370 (66,0%) | 20 (5,4%) | 350 (94,6%) | 1,50 (0,62 – 3,61) | 0,364 |
| Hipnóticos/sedativos | | | | | |
| Não | 331 (59%) | 17 (5,1%) | 314 (94,9%) | 1,0 | - |
| Sim | 230 (41%) | 10 (4,3%) | 220 (95,7%) | 0,83 (0,37 – 1,8) | 0,668 |
| Alucinógenos | | | | | |
| Não | 463 (82,5%) | 23 (5,0%) | 440 (95,0%) | 1,0 | - |
| Sim | 98 (17,5%) | 4 (4,0%) | 94 (96,0%) | 0,81 (0,27 – 2,40) | 0,710 |
| Droga injetável | | | | | |
| Não | 505 (90,0%) | 23 (4,5%) | 482 (95,5%) | 1,0 | - |
| Sim | 56 (10,0%) | 4 (7,1%) | 52 (92,9%) | 1,61 (0,53 – 4,84) | 0,395 |
| Compartilhamento de utensílios para uso de drogas | | | | | |
| Nunca | 121 (22,7%) | 3 (2,5%) | 118 (97,5%) | 1,0 | - |
| Frequentemente | 310 (58,3%) | 21 (6,8%) | 289 (93,2%) | 2,85 (0,83 – 9,76) | 0,094 |
| Raramente | 101 (19,0%) | 3 (3,0%) | 98 (97,0%) | 1,20 (0,23 – 6,09) | 0,822 |
| Comportamento sexual | | | | | |
| Idade da 1ª relação sexual | 13,5 ± 3,29 | 12,1± 3,58 | 13,5 ± 3,26 | 0,89 (0,80 – 0,98) | 0,027 |
| Parceiros fixos | | | | | |
| Sim | 360 (65,0%) | 19 (5,3%) | 341 (94,7%) | 1,0 | - |
| Não | 194 (35,0%) | 8 (4,1%) | 189 (95,9%) | 0,77 (0,33 – 1,79) | 0,548 |
| Parceiros casuais | | | | | |
| Sim | 319 (56,9%) | 13 (4,1%) | 306 (95,9%) | 1,0 | - |
| Não | 242 (43,1%) | 14 (5,8%) | 228 (94,2%) | 1,44 (0,66 – 3,13) | 0,351 |
| Parceiros comerciais | | | | | |
| Não | 377 (67,2%) | 11 (2,9%) | 366 (97,1%) | 1,0 | - |
| Sim | 184 (32,8%) | 16 (8,7%) | 168 (91,3%) | 3,16 (1,43 – 6,97) | 0,004 |
| Parceiro(a) que usou crack | | | | | |
| Não sabe | 10 (1,8%) | 0 (0,0%) | 10 (1,9%) | Não avaliado | |
| Nunca teve relação sexual | 11 (1,9%) | 0 (0,0%) | 11 (2,1%) | Não avaliado | |
| Não | 226 (40,3%) | 3 (1,3%) | 223 (98,7%) | 1,0 | - |
| Sim | 314 (56,0%) | 24 (7,6%) | 290 (92,3%) | 6,15 (1,82 – 20,68) | 0,003 |
| Fez sexo em troca de crack | | | | | |
| Não lembra | 4 (0,7%) | 0 (0,0%) | 4 (100%) | Não avaliado | |
| Nunca teve relação sexual/ alcoolistas | 48 (8,6%) | 2 (4,2%) | 46 (95,8%) | 1,0 | - |
| Não | 364 (64,9%) | 8 (2,2%) | 356 (97,8%) | 1,0 | - |
| Sim | 145 (25,8%) | 17 (11,7%) | 128 (88,3%) | 5,91 (2,49 – 14,02) | 0,000 |
| Envolvimento criminal | | | | | |
| Preso | | | | | |
| Não | 342 (60,8%) | 15 (4,4%) | 326 (95,6%) | 1 | - |
| Sim | 220 (39,2%) | 12 (5,5%) | 208 (94,5%) | 1,25 (0,57 – 2,73) | 0,569 |
| Detido | | | | | |
| Não | 208 (37,1%) | 11 (5,3%) | 197 (94,7%) | 1 | - |
| Sim | 353 (62,9%) | 16 (4,5%) | 337 (95,5%) | 0,85 (0,38 – 1,86) | 0,686 |
| Transfusão | | | | | |
| Não | 511 (91,1%) | 23 (4,5%) | 488 (95,5%) | 1,0 | - |
| Sim | 50 (8,9%) | 4 (8,0%) | 46 (92%) | 1,84 (0,61 – 5,56) | 0,277 |
| Tatuagem | | | | | |
| Não | 218 (38,7%) | 8 (3,7%) | 210 (96,3%) | 1,0 | - |
| Sim | 343 (61,1%) | 19 (5,5%) | 324 (94,5%) | 1,53 (0,66 – 3,58) | 0,317 |
| Piercing | | | | | |
| Não | 466 (83,1%) | 21 (4,5%) | 445 (95,5%) | 1,0 | - |
| Sim | 95 (16,9%) | 6 (6,3%) | 89 (93,7%) | 1,42 (0,56 – 3,64) | 0,455 |

A prevalência de HIV positivo foi maior entre as mulheres (74%). Na maioria das vezes, a mulher dependente química tem parceiros comerciais (55,4%), parceiros que usaram

crack e faz sexo em troca de crack (62,5%). Os homens são, em sua maioria, solteiros (65,2%), sem renda salarial (63%), que realizaram tatuagem (61%), com menor nível de escolaridade (64%), tem parceiros casuais (68%), fazem uso de alucinógenos (74,5%), inalantes (63,3%), maconha (62,7%), tabaco (62%), cocaína (61,7%), álcool (61,5%) e crack (60,3%) e já foram detidos alguma vez na vida por questões ligadas ao uso de substância psicoativa (70%).

As variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise univariada, foram incluídas em um modelo de regressão logística múltipla para evidenciar os fatores de risco independentes para ser HIV positivo. Foram identificadas como associadas de forma independente com o HIV ser do sexo feminino ($p = 0,018$; OR = 3,19; IC 95% 1,22 – 8,34), a idade da primeira relação sexual ($p = 0,012$; OR = 1,17; IC 95% 1,03 – 1,33), troca de sexo por crack ($p = 0,031$; OR = 2,81; IC 95% 1,10 – 7,19) e ter parceiro que usa crack ($p = 0,035$; OR = 3,89; IC 95% 1,10 – 13,7) (Tabela 3).

Tabela 3 Análise de regressão logística multivariada dos fatores associados com a positividade para o HIV entre 561 dependentes químicos atendidos em centros de reabilitação. Caruaru, Brasil, 2013.

| Fatores de risco | OR (IC (95%)) | p-valor |
|---|--------------------|---------|
| Sexo | | |
| Masculino | 1,0 | - |
| Feminino | 3,19 (1,22 – 8,34) | 0,018 |
| Idade da 1^a relação sexual* | | |
| | 1,17 (1,03 – 1,33) | 0,012 |
| Troca de sexo por crack | | |
| Não | 1,0 | - |
| Sim | 2,81 (1,10 – 7,19) | 0,031 |
| Ter parceiro(a) que usa crack | | |
| Não | 1,0 | - |
| Sim | 3,89 (1,10 – 13,7) | 0,035 |

*Ter iniciado relação sexual mais jovem aumenta risco para HIV

Discussão

Nosso estudo identificou uma prevalência da infecção pelo HIV de 4,8% entre usuários de droga em centros de reabilitação para dependência química no município de Caruaru, Pernambuco, Brasil. Este dado é preocupante, tendo em vista que a prevalência do HIV na população geral do Brasil é de 0,6% [1] e evidencia a vulnerabilidade dos usuários de droga à infecção e transmissão do HIV em cidades do interior do país. Esta taxa é similar a encontrada

no inquérito epidemiológico realizado nas 26 capitais brasileiras, Distrito Federal, 9 regiões metropolitanas e cidades de médio e pequeno porte do Brasil [13].

Além da existência da situação de vulnerabilidade, a epidemia do HIV está relacionado com a distribuição geográfica. Ela está concentrada em cidades caracterizadas pela urbanidade, com mais de 100 mil habitantes, e melhores indicadores sociais [22]. Caruaru é um município que se inclui neste perfil. Segundo dados divulgados pelo Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [23], Caruaru tem 314.912 habitantes e é o município com o sétimo maior PIB do Estado de Pernambuco (com um aumento de aproximadamente 23% quando comparados os indicadores de 2009 e 2010) [16]. Além disso, Caruaru é cidade polo para 32 municípios circunvizinhos, justificando o grande número de participantes do estudo procedentes de outros municípios do Estado.

A região Nordeste apresenta as menores taxas de consumo da cocaína no Brasil e as menores ocorrências de HIV por uso de droga injetável, apenas 8,4% [3,15,24]. Entretanto é a região com a maior prevalência de uso na vida de drogas ilícitas, embora o álcool, uma droga lícita, seja a substância química mais consumida. Na região Nordeste a transmissão do HIV por via sexual predomina sobre todas as outras formas de transmissão [3,15,25].

O aumento da prevalência do HIV relacionado com a transmissão sexual entre os usuários de droga não injetáveis, em especial, entre os consumidores de crack, que apresentam uma elevada frequência de sexo desprotegido com múltiplos parceiros foi relatado em vários países [11,12,26,27].

Os dados do inquérito domiciliar brasileiro já mostravam que o número absoluto de usuários do crack era maior na Região Nordeste do Brasil, o que evidencia o aumento do consumo da droga na região [13,25]. Desta forma, chama a atenção a elevada prevalência de HIV entre os usuários de droga encontrada neste estudo. Quase todos eram consumidores do crack. E, ainda mais surpreendente, tratar-se de uma cidade fora das grandes regiões metropolitanas do país.

De acordo com outros estudos [26,28], observando os fatores associados à infecção, verificamos que a troca de sexo por crack ou dinheiro, ampliam a taxa de transmissão sexual do HIV e o risco de adquirir a doença. O inquérito nacional refere que 7,5% dos usuários de crack são profissionais do sexo ou trocam sexo por droga. E em relação às mulheres usuárias de crack, cerca de 30% delas trocam sexo por droga no Brasil [29]. Assim percebemos que nossa pesquisa apresenta dados semelhantes a estudos anteriores acrescentando que o usuário de droga que troca sexo por crack tem quase seis vezes mais chance de adquirir HIV.

Este padrão é ainda mais evidente entre as mulheres, que se utilizam do sexo para obter a droga ou recurso financeiro para comprá-la. Setenta e quatro porcento das pessoas infectadas pelo HIV neste estudo são mulheres, embora os homens representem mais da metade da amostra. Além disso, nossos dados evidenciam que a mulher dependente química apresenta um risco quase cinco vezes maior de adquirir HIV em relação ao homem. Certamente esse fato se deve a maior exposição ao sexo comercial entre o sexo feminino [2,26,29].

O maior problema do sexo comercial entre os usuários de droga é o uso irregular do preservativo. Esta atitude coloca esse grupo sob potencial risco de contaminação e transmissão do HIV. Estudo realizado em El Salvador, com dependentes químicos de crack, demonstrou que o sexo feminino está associado positivamente com o número de parceiros comerciais em que não foi usado o preservativo e que o maior uso de crack está associado com o número de vezes que o sexo sem preservativo foi trocado por dinheiro [11].

Outra situação preocupante é que os dependentes químicos de crack podem ter mais indivíduos HIV positivos em sua rede social. Nossos dados mostraram que ter parceiro usuário de crack aumentou em seis vezes a chance de adquirir a doença. Isso faz supor uma transmissão dentro dessa população e, inclusive, para parceiros não usuários de droga [30].

Nossos dados evidenciaram que quase a metade dos usuários de droga HIV positivos não haviam iniciado a terapia antirretroviral, embora tivessem conhecimento da sorologia positiva para HIV antes de iniciar o tratamento de reabilitação para dependência química. Esse é um fato preocupante, pois estudos sugerem que a presença da cocaína ou do crack no organismo pode alterar o sistema imunológico favorecendo a progressão mais rápida do HIV/AIDS e aumento das doenças oportunistas [31,32].

Alguns usuários apesar de terem conhecimento da infecção, continuam fazendo uso do crack, aumentando assim a probabilidade de sexo inseguro [26]. Esta situação talvez ocorra porque as estratégias de prevenção do HIV entre os usuários de droga tenham um impacto maior na mudança de comportamento de risco relacionado à droga (compartilhamento de utensílios), do que na mudança de comportamento de risco associado à prática sexual [28]. Em algumas situações a dificuldade em utilizar o preservativo durante o sexo comercial está ligada a situação de agressão sexual, ameaça ou medo da violência [11,29].

A idade de início da primeira relação sexual está associada à infecção. Este achado é fácil de compreender, visto que, provavelmente a exposição sexual dessas mulheres foi maior e possivelmente associada à droga. Enquanto a idade média da primeira relação sexual entre escolares no Brasil é de 14,6 anos [34], em nossa amostra, a idade média foi de 13,5 anos.

Esse achado complementa os resultados apresentados em outro estudo, o qual evidencia que a idade estava associada com o número de vezes que houve relações sexuais desprotegidas, em troca de dinheiro ou crack [11]. E o uso de álcool, maconha e comportamentos sexuais de risco estão associados com o início precoce da atividade sexual e prostituição [34].

Além dos riscos sexuais, o consumo de crack tem sido associado com a criminalidade e a violência praticados, com maior frequência, pelos homens do que pelas mulheres. Situação agravada pelo baixo desenvolvimento social e econômico dos usuários de droga [6].

Por algum motivo, este fato protege os homens contra a infecção pelo HIV. Apenas 26% dos indivíduos investigados neste estudo com a infecção eram homens. No entanto, mais da metade deles relataram que já haviam sido detidos por questões relacionadas a roubo, tráfico ou homicídio. Esses dados corroboram com outros estudos, os quais identificaram que aproximadamente 84% dos usuários de crack já vivenciaram algum tipo de violência relacionada à droga. Além disso, cerca de 11% dos consumidores de crack, vivem totalmente de renda ilegal contra 5% dos usuários de droga injetável evidenciando a maior exposição do homem ao envolvimento criminal [2,28,34].

No entanto, este estudo foi realizado apenas com usuários de drogas vinculados aos centros de reabilitação no município de Caruaru, Pernambuco. A reduzida amostra pode não ser representativa da subpopulação de usuários de drogas lícitas e ilícitas na região, uma vez que houve exclusão dos dependentes que estão fora de atendimento do setor saúde e dos que estão encarcerados por motivo de uso, limitando a extração dos resultados. Além disso, o pequeno número de HIV positivos na amostra pode não ter permitido o aparecimento de relação entre variáveis, no modelo de regressão logística multivariada, que são clássicas para o risco de infecção pelo HIV nesse grupo, como por exemplo, ter tido parceiro comercial.

Conclusão

Nossos resultados tendem a concordar com estudos anteriores sobre o uso de drogas não injetáveis e infecção pelo HIV. A prevalência de HIV entre usuários de drogas em atendimento nos centros de reabilitação para dependência química na cidade de Caruaru foi de 4,8%, sem diferença significativa entre os usuários de crack e outras drogas. Apesar deste estudo não ser suficiente para indicar que o crack isoladamente é causador da transmissão do

HIV, ele indica que o crack estimula comportamentos sexuais de risco que favorecem a infecção.

Além disso, os fatores associados no presente estudo (sexo feminino, a precocidade da primeira relação sexual, ter trocado sexo por crack e ter tido parceiros que usam crack) apontam a necessidade de se fazer intervenções que promovam a ampliação ou implantação de unidades de testagem, aconselhamento e tratamento do HIV para os usuários de droga, inclusive, para os que estão em centros de reabilitação

Abreviatura

UDI: usuário de droga injetável; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; HIV: vírus da imunodeficiência humana; PIB: Produto Interno Bruto; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; OR: Odds Ratio; TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; NSUM: Network Scale-up Method; CAUD: Centro de Atenção ao Usuário de Drogas; CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram ausência de interesses conflitantes.

Contribuições dos autores

RBS desenvolveu o projeto, coleta dos dados, análise dos dados e redigiu o manuscrito. HRL desenvolveu o projeto, análise dos dados e redigiu o manuscrito. CMTM participou da elaboração do projeto e revisão final do artigo. URM realizou o tratamento estatístico e análise dos dados.

Informações dos autores

Raquel Bezerra dos Santos, Msc pelo Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

Celina Maria Turchi Martelli, Dra, Professor da Universidade Federal de Pernambuco e Universidade de Pernambuco

Ulisses Ramos Montarroyos, Dr, Professor da Universidade Federal de Pernambuco e Universidade de Pernambuco

Heloísa Ramos Lacerda, Dra, Professor da Universidade Federal de Pernambuco e Universidade de Pernambuco

Agradecimentos

Agradecemos à Dr^a. Ana Maria de Brito e ao Dr. Paulo Sérgio Ramos de Araújo, pelas excelentes considerações na elaboração deste estudo. À Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco por ter disponibilizado os kits de teste rápido de HIV. A Fernanda Accioly e Ana Thereza Bezerra dos Santos pela colaboração na coleta dos dados. A Alecsandra Gomes de Lucena Oliveira por sua contribuição na formatação do artigo. A todos os envolvidos na assistência aos usuários de drogas lícitas e ilícitas, que facilitaram o desenvolvimento deste estudo nos centros de reabilitação do município de Caruaru, Pernambuco, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2012. Ano I, nº 1 até 52^a semanas epidemiológicas – dezembro de 2012.

2. Carvalho HB, Seibel SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics* 2009, 64(9): 857-866.
3. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BR). Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília, 2010.
4. Bastos FI, Bongertz V, Teixeira SL, Morgado MG, Hacker MA: **Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them.** *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2005, 100 (1):91-96.
5. Ti L, Kerr T: **The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use.** *Harm Reduct J* 2014, 5(7):2-3.
6. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World Drug Report 2013.** New York, 2013.
7. Shoptaw S, Montgomery B, Williams CT, El-Bassel N, Aramrattana A, etsch L, Metzger DS, Kuo I, Bastos FI, Strathdee SA: **Not Just the Needle: The State of HIV-Prevention Science Among Substance Users and Future Directions.** *JAIDS* 2013, 63(suppl 2), s170-s174.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.028 de Julho 01, 2005. Seção 1. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Julho 04, 2005.
9. Lindenburg CEA, Krol A, Smit C, Buster MCA, Coutinho RA, Prins M. **Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study.** *AIDS* 2006, 20(13): 1771-1775.
10. Pechansky F, Woody G, Inciardi J, Surrat H, Kessler F, Diemen LV, Bumaguin DB: **HIV soroprevalence among drug users: an analysis of select variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil.** *Drug Alcohol Depend* 2006, 82(Suppl 1): S109-S113.
11. Dickson-Gomez J, McAuliffe T, Mendoza LR, Glasman L, Gaborit M: **The relationship between community structural characteristics, the context of crack use and HIV risk behaviors in San Salvador, El Salvador 1.** *Subst Use Misuse* 2012, 47(3): 265-277.
12. Ti L, Buxton J, Wood E, Zhang R, Montaner JT Kerr: **Difficulty accessing crack pipes and crack pipe sharing among people who use drugs in Vancouver, Canada.** *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2011, 6(34):2-5.
13. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Estimativa de número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
14. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM: **Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral.** *Rev Saúde Pública* 2006, 40(suppl):9-17.
15. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT: **A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise especial.** *Cad Saúde Pública* 2000, 16(Sup. 1):7-19.
16. CONDEPE. Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco, Secretaria de Planejamento e Gestão: **Pernambuco PIB municipal 2010**, 2012.
17. Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS: **Validação da versão Brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST).** *Rer Assoc Méd Bras* 2004 50(2): 199-206.
18. Kerr LRS: Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Projeto de pesquisa, 2009.

- Disponível em:
http://sistemas.aids.gov.br/ct/projetos/redes_pesquisa4.asp?ano=2007&numero=234.
19. Motta LR, Vannia AC, Katoa, SK, Borgesa LGA, Sperhackea RD, Ribeiro RMM, Inocêncio LA: **Evaluation of five simple rapid HIV assays for potential use in the Brazilian national HIV testing algorithm.** J Virol, Methods 2013 194,132–137.
 20. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 151, de 14 outubro de 2009. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Outubro 16, 2009, p. 40-44.
 21. Hwang LY, Ross MW, Zack C, Bull L, Rickman K, Holleman M: Prevalence of sexually transmitted infections and associated risk factors among populations of drug abusers. Clin Infect Dis 2000 31(4): 920-6.
 22. Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA: **Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002–2006.** Rev Saúde Pública 2010, 44(3):430-441.
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): **Censo demográfico 2010.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=260410>
 24. Hacker MA, Leite I, Friedman SR, Carrijo RG, Bastos FI: **Poverty, bridging between injecting drug users and the general population, and “interiorization” may explain the spread of HIV in southern Brazil.** Health Place 2009: 514–519.
 25. Fonseca AM, Galduróz JCF, Noto AR, Carlini ELA: **O uso de drogas no Brasil: comparação de dois levantamentos domiciliares: 2001 e 2004.** Ciênc saúde coletiva 2010,15(3):663-670.
 26. Timpson SC, Williams ML, Bowen AM, Atkinson JS, Ross MW: **Sexual Activity in HIV-Positive African American Crack Cocaine Smokers.** Arch Sex Behav 2010, 39(6):1353–1358.
 27. Camoni L, Regine R, Salfa CM, Nicoletti G, Canuzzi P, Magliocchetti N, Rezza G, Suligoi B: **Continued high prevalence of HIV, HBV and HCV among injecting and noninjecting drug users in Italy.** Ann Ist Super Sanità 2010, 46(1):59-65.
 28. Azevedo RCS, Botega NJ, Guimarães LA. **Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection.** Rev Bras Psiquiatr 2007, 29(1):26-30.
 29. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Perfil dos usuários de crack e ou similares no Brasil, 2013.
 30. DeBeck K, Kerr T, Li K, Fischer B, Buxton J, Montaner J, Wood E: **Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs.** CMAJ 2009, 181(9): 585-589
 31. Baum MK, Rafie C, Lai S, Sales S, Page B, Campa A: **Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users.** J Acquir Immune Defic Syndr 2009, 50(1): 93-99.
 32. Cook JA, Burke-Miller JK, Cohen MH, Cook RL, Vlahov D, Wilson TE, Golub ET, Schwartz RM, Howard AA, Ponath C, Plankey MW, Levine AM, Grey DD: **Crack Cocaine, Disease Progression, and Mortality in a Multi-Center Cohort of HIV-1 Positive Women.** AIDS 2008, 22(11): 1355–1363.
 33. Miozzo L, Dalberto ER, Silveira DX, Terra MB: **Consumo de substâncias psicoativas em uma amostra de adolescentes e sua relação com o comportamento sexual.** J Bras Psiquiatr 2013, 62(2):93-100.
 34. DeBeck K, Buxton J, Kerr T, Qi, J, Montaner J, Wood E: **Public crack cocaine smoking and willingness to use a supervised inhalation facility: implications for street disorder.** Subst Abuse Treat Prev Policy 2011, 6(4):2-8.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados neste estudo não evidenciam associação entre o consumo de drogas lícitas e o HIV. No entanto, apontam a estreita relação do uso de drogas ilícitas com a infecção pelo HIV, concordando com estudos anteriores. Entre os usuários de drogas investigados nos centros de reabilitação do município de Caruaru, Pernambuco, percebemos a baixa frequência de uso de drogas injetáveis, o que sugere que a infecção pelo HIV é resultado do comportamento sexual de risco praticado largamente pelos usuários de droga.

Embora os participantes do estudo tenham referido o uso de múltiplas drogas ilícitas durante a vida, percebemos a prevalência do consumo de crack entre eles. Esta investigação não mostrou associação isolada do crack ou outra droga em relação à infecção pelo HIV. No entanto, o consumo do crack estimula a prática sexual de risco favorecendo a infecção. Além disso, a infecção pelo HIV entre os dependentes químicos foi associada com o sexo feminino, a precocidade da primeira relação sexual, a troca de sexo por crack e ter tido parceiros que usam crack.

As evidências reforçam uma urgente necessidade de que sejam desenvolvidas e intensificadas ações voltadas aos usuários de drogas ilícitas, especialmente os usuários de crack, com risco de infecção e transmissão do HIV por meio do comportamento sexual inseguro.

Este é o primeiro estudo realizado no município de Caruaru, Pernambuco, focando a investigação sorológica e os fatores de risco para HIV entre os usuários de drogas da região. Os achados confirmam a necessidade de implantação ou ampliação de ações de testagem, aconselhamento e tratamento do HIV entre os usuários de drogas no município, inclusive, para aqueles que estão nos centros de reabilitação para dependência química. A maioria dos

centros de reabilitação para dependência química do município de Caruaru estão localizados na zona rural e não dispõem de estrutura física e recursos financeiros para facilitar o acesso dos usuários de drogas ao Centro de Testagem e Aconselhamento da cidade.

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO**

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: _____ anos

SEXO: 1. Feminino 2. Masculino

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

A0. LOCAL DA ENTREVISTA:

1. Rosa de Sarom 2. Desafio Jovem Luz e Vida 3. ATITUDE 4. CAUD 5. CAPS ad

IDENTIFICAÇÃO**A1. Procedência:**

1. Caruaru 2. Outras cidades de Pernambuco 3. Cidades de outro estado

A2. Qual a sua religião:

- | | | | | | | | |
|---|----------|---|------------|---|-----------|---|-----------|
| 1 | Católica | 2 | Evangélico | 3 | Espírita | 4 | Candomblé |
| 5 | Budista | 6 | Judaica | 7 | Muçulmana | 8 | Ateu |
| 9 | Outras | | | | | | |

A3. Como você se classifica em relação à sua cor ou raça?

- | | | | | | | | |
|---|--------|---|-------|---|---------|---|----------------------------|
| 1 | Branco | 2 | Preto | 3 | Amarela | 4 | Moreno/mulato/pardo/marrom |
|---|--------|---|-------|---|---------|---|----------------------------|

5 Indígena

A4. Qual seu estado conjugal:

- 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Divorciado
 5 União estável

A5. Qual foi sua renda no último mês: R\$ _____ reais

1. < de 1 salário mínimo
2. entre 1 e 2 salários mínimos
3. entre 3 e 4 salários mínimos
4. entre 5 e 6 salários mínimos
5. entre 7 e 8 salários mínimos
6. mais de 8 salários mínimos
7. não teve renda salarial

A6. Em que tipo de lugar você mora?

[Se participante estiver em regime de internamento, levar em consideração sua moradia antes da sua admissão no centro de reabilitação]

1. Casa ou apartamento próprio
2. Casa ou apartamento alugado
3. Casa dos seus pais ou de um de seus pais
4. Casa de amigos, companheiro, parentes
5. Quarto alugado
6. Quarto de hotel ou de pensão
7. Quarto cedido no local do trabalho
8. Abrigo ou instituição
9. Sem endereço fixo (rua, etc)
10. Outro: _____

A7. Com quem você mora atualmente?

[Se participante estiver em regime de internamento, levar em consideração sua moradia antes da sua admissão no centro de reabilitação]

- | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---|-----------------------------|---|------|---|-----------------|
| 1 | Sozinho | 2 | Parceiro homem | 3 | Pais | 4 | Parceira mulher |
| 5 | Outros parentes adultos | 6 | Outros adultos não-parentes | | | | |
| 7 | Filhos | 8 | Outros | | | | |

A8. Você estudou até que ano?

1. Não alfabetizado
2. Ensino fundamental incompleto
3. Ensino fundamental completo
4. Ensino médio incompleto
5. Ensino médio completo
6. Ensino superior completo
7. Ensino superior incompleto
8. Pós-graduação

A9. Que tipo de trabalho você faz?

[Se A9 = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9, vá para B1]

1. Servidor público
2. Militar
3. Agricultor
4. Empregado com carteira de trabalho
5. Empregado sem carteira de trabalho
6. Trabalha por conta própria
7. Empregador
8. Aposentado
9. Pensionista
10. Não está trabalhando

A10. Qual a principal razão de você não estar trabalhando atualmente?

1. Do lar/cuidando da família
2. Procurou, mas não conseguiu encontrar trabalho
3. Está trabalhando como voluntário
4. Está estudando ou em treinamento não remunerado

5. Aposentado/incapacitado para o trabalho
 6. Por motivo de doença
 7. O vício da droga o impede de trabalhar
 8. Outro

BLOCO B: TESTE DE HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C

[Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua experiência com o teste para AIDS, sífilis e hepatite]

B1. Você já fez exame de AIDS alguma vez na vida? (desfecho 1)

[Se B1 = 2, vá para B7]

Sim

2. Não

3. Não sabe

B2. Quando foi a última vez que você fez o teste para AIDS?

1. Nos últimos três meses
 2. Entre 3 e 12 meses atrás
 3. Entre 1 e 5 anos atrás
 4. Mais de 5 anos atrás
 5. Não sabe ou não se lembra

B3. Qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para AIDS?

1. Por exigência do patrão / chefe
 2. Doou sangue somente para se testar
 3. Doou sangue porque precisou ou quis
 4. Por achar que tinha algum risco
 5. Por curiosidade

6. 7. Porque o(a) parceiro(a) pediu
8. Porque o(a) parceiro(a) está infectado(a) pelo HIV ou tem AIDS
9. Por indicação médica/gestação
10. Por outro motivo
11. Não lembra

B5. Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

1. Positivo
2. Negativo
3. Inconclusivo
4. Não quero dizer
5. Não sabe/não pegou o resultado

[Se B5 = 2, 3, ou 4, vá para B7]

B6. Você toma algum medicamento antirretroviral, ou seja, faz algum tratamento para AIDS?

1. Sim
2. Não

B7 . Você já fez exame de hepatite B alguma vez na vida? (Desfecho 2)

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

[Se B7=2, vá para B9]

B8. Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

1. Positivo
2. Negativo
3. Inconclusivo
4. Não quero dizer
5. Não sabe/não pegou o resultado

B9 . Você já fez exame de hepatite C alguma vez na vida? (Desfecho 3)

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

[Se B9=2, vá para B12]

B10. Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

1. Positivo
2. Negativo
3. Inconclusivo
4. Não quero dizer
5. Não sabe/não pegou o resultado

[Se B10= 2, 3 ou 4, vá para B12]

B11. Você faz algum tratamento para hepatite?

1. Sim
2. Não

B12. Você já fez exame de sífilis alguma vez na vida?

(Desfecho 4)

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

[Se B12=2, vá para B15]

B13. Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

1. Positivo
2. Negativo
3. Inconclusivo
4. Não quero dizer
5. Não sabe/não pegou o resultado

[Se B13= 2, 3 ou 4, vá para B15]

B14. Você já fez algum tratamento para sífilis?

1. Sim
2. Não

B15. Você já recebeu transfusão de sangue alguma vez na vida?

1. Sim, nos últimos 12 meses

2. Sim, entre um ano e 20 anos atrás
3. Sim, há mais de 20 anos
4. Sim, mas não lembra quando
5. Não

B16. Você já tomou a vacina contra hepatite B?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

[se B16=1, vá para B18]

B17. Você recebeu o esquema completo da vacina contra hepatite B?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

[se o entrevistado for homem, vá para o bloco C]

B18. Você está grávida nesse momento?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

[se B16=2, vá para Bloco C]

B19. Depois que você descobriu que está grávida, ainda fez uso de drogas?

1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

B20. Você já iniciou pré-natal?

1. Sim 2. Não

BLOCO C: Comportamento sexual

[Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre seu comportamento sexual. Lembre-se que qualquer informação que você der será anônima e sua resposta sincera será muito importante para o nosso estudo].

C1. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? _____ anos

0. Ainda não teve a primeira relação sexual

C2. A pessoa com quem você teve sua primeira relação sexual era?

- 1. Homem
- 2. Mulher
- 3. Travesti

C3. Vocês usaram camisinha nesta primeira relação sexual?

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. Não lembra

C4. Com qual dessas categorias você mais se identifica?

- 1. Bissexual
- 2. Homossexual
- 3. Heterossexual
- 5. Outro. Qual? _____

Parceiros fixos

[Agora, vamos falar de suas experiências sexuais somente durante os últimos 12 meses. Vamos começar perguntando sobre parceiros(as) fixos com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro(a) fixo(a) pode ser um namorado(a), esposa, companheiro(a) ou alguém com quem você vive e de quem você não pagou e nem recebeu para ter relações sexuais].

C5. Você teve relação sexual com parceiros(as) fixos(as) nos últimos 12 meses? 1. Sim 2. Não
[se C5=2, vá para C8]

C6. Com quantos(as) parceiros(as) fixos(as) você teve relação sexual nos últimos 12 meses? ___
___ parceiros

1. Um
2. Dois
3. Três
4. Quatro
5. Cinco
6. Mais de 5 parceiros fixos

C7. Pensando somente no(a) último(a) parceiro(a) fixo(a), com que frequência vocês usaram camisinha nos últimos 12 meses?

1. Nenhuma das vezes
2. Menos da metade das vezes
3. Mais da metade das vezes
4. Todas as vezes

C8. Em relação ao tipo de sexo praticado, vocês fizeram sexo oral?

1. Sim
2. Não

C9. Vocês fizeram sexo anal?

1. Sim
2. Não

C10. Vocês fizeram sexo vaginal?

1. Sim
2. Não

Parceiros casuais

[Agora, vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 12 meses com parceiros(as) casuais com quem você manteve ou mantém relações sexuais. Parceiro(a)casual é alguém com quem você transou uma ou mais vezes sem nenhuma regularidade e para quem você não pagou nem recebeu dinheiro para ter relações sexuais. Pode ser um(a) paquera, ficante, rolos, etc].

C11. Você teve relação sexual com parceiros(as) casuais nos últimos 12 meses?

[Se C8=2, vá para C14]

C12. Com quantos(as) parceiros(as) casuais você teve relação sexual nos últimos 12 meses? __ __
__parceiros(as)

1. Entre 1 e 3 parceiros casuais
 2. Entre 4 e 6 parceiros casuais
 3. Entre 7 e 10 parceiros casuais
 4. Entre 11 e 15 parceiros casuais
 5. Mais de 15 parceiros casuais
 6. Não lembra

C13. Quantos desses parceiros casuais eram travestis? ___ travestis

C14. Quantos desses parceiros casuais eram homens? _____ homens

C15. Quantos desses parceiros casuais eram mulheres? _____ mulheres

C16. Com que frequência você usa camisinha com seus/suas parceiros(as) casuais nos últimos 12 meses?

1. Nenhuma das vezes
 2. Menos da metade das vezes

3. Mais da metade das vezes

4. Todas as vezes

C17. Em relação ao tipo de sexo praticado, vocês fizeram sexo oral?

1. Sim

2. Não

C18. Você fizeram sexo anal?

1. Sim

2. Não

C19. Você fizeram sexo vaginal?

1. Sim

2. Não

Parceiros comerciais

[Agora, vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 12 meses com parceiros(as) comerciais, ou seja, alguém com quem você pagou ou recebeu dinheiro para ter relações sexuais].

C20. Nos últimos 12 meses, você recebeu dinheiro em troca de sexo?

1. Sim

2. Não

[se C14=2, vá para C20]

C21. Nos últimos 12 meses, quantas pessoas pagaram a você para ter relações sexuais? _____

pessoas

1. Entre 1 e 15 pessoas pagaram a você

2. Entre 16 e 30 pessoas pagaram a você

3. Entre 31 e 50 pessoas pagaram a você

5. Entre 51 e 100 pessoas pagaram a você

6. Mais de 100 pessoas pagaram a você

7. Não lembra

C22. Pensando nas pessoas que pagaram a você para fazer sexo, com que frequência vocês usaram camisinha nos últimos 12 mes

1. Nenhuma das vezes
2. Menos da metade das vezes
3. Mais da metade das vezes
4. Todas as vezes

C23. Quantos desses parceiros comerciais eram travestis? travestis

C24. Quantos desses parceiros comerciais eram homens? homens

C25. Quantos desses parceiros comerciais eram mulheres? mulheres

C26. Ainda pensando nos últimos 12 meses, você pagou alguma pessoa para fazer sexo com você?

1. Sim
2. Não

[Se C20=2, vá para C26]

C27. Quantos dessas pessoas eram travestis? travestis

C28. Quantos dessas pessoas eram homens? homens

C29. Quantos dessas pessoas eram mulheres? mulheres

C30. Nessas situações em que você pagou alguém para fazer sexo com você, com que frequência vocês usaram camisinha nos últimos 12 meses?

1. Nenhuma vez
2. Menos da metade das vezes
3. Mais da metade das vezes
4. Todas as vezes

C31. Em relação ao tipo de sexo praticado, vocês fizeram sexo oral?

1. Sim
2. Não

C32. Vocês fizeram sexo anal?

1. Sim
2. Não

C33. Vocês fizeram sexo vaginal?

1. Sim
2. Não

C34. Em relação à seguinte afirmação: “o uso de álcool ou drogas pode fazer com que a pessoa se esqueça ou não se importe em usar preservativos”, você:

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

C35. Isso já aconteceu com você?

1. Sim
2. Não

Sorologia do parceiro

C36. Em relação a seu/ sua parceiro (a) fixo(a), você:

1. Sabia que ele(a) tinha o vírus da AIDS
2. Sabia que ele(a) não tinha o vírus da AIDS
3. Não sabia que ele(a) tinha ou não o vírus da AIDS
4. Não se aplica

C37. Em relação a seu/ sua parceiro(a) casual, você:

1. Sabia que ele(a) tinha o vírus da AIDS
2. Sabia que ele(a) não tinha o vírus da AIDS
3. Não sabia que ele(a) tinha ou não o vírus da AIDS
4. Não se aplica

C38. Em relação a seu/ sua parceiro(a) comercial, você:

1. Sabia que ele(a) tinha o vírus da AIDS
2. Sabia que ele(a) não tinha o vírus da AIDS
3. Não sabia que ele(a) tinha ou não o vírus da AIDS
4. Não se aplica

C39. Em relação a seu/ sua parceiro (a) fixo(a), você:

1. Sabia que ele(a) tinha o vírus da hepatite
2. Sabia que ele(a) não tinha o vírus da hepatite
3. Não sabia que ele(a) tinha ou não o vírus da hepatite
4. Não se aplica

C40. Em relação a seu/ sua parceiro(a) casual, você:

1. Sabia que ele(a) tinha o vírus da hepatite
2. Sabia que ele(a) não tinha o vírus da hepatite
3. Não sabia que ele(a) tinha ou não o vírus da hepatite
4. Não se aplica

C41. Em relação a seu/ sua parceiro(a) comercial, você:

1. Sabia que ele(a) tinha o vírus da hepatite
2. Sabia que ele(a) não tinha o vírus da hepatite
3. Não sabia que ele(a) tinha ou não o vírus da hepatite

4. Não se aplica

C42. Em relação a seu/ sua parceiro (a) fixo(a), você:

1. Sabia que ele(a) tinha sífilis
2. Sabia que ele(a) não tinha sífilis
3. Não sabia que ele(a) tinha ou não sífilis
4. Não se aplica

C43. Em relação a seu/ sua parceiro(a) casual, você:

1. Sabia que ele(a) tinha sífilis
2. Sabia que ele(a) não tinha sífilis
3. Não sabia que ele(a) tinha ou não sífilis
4. Não se aplica

C44. Em relação a seu/ sua parceiro(a) comercial, você:

1. Sabia que ele(a) tinha sífilis
2. Sabia que ele(a) não tinha sífilis
3. Não sabia que ele(a) tinha ou não sífilis
4. Não se aplica

BLOCO D: USO DE ÁLCOOL E DROGAS E SAÚDE MENTAL

[Agora, gostaríamos de perguntar sobre o seu uso de bebidas alcoólicas e de algum tipo de droga. Lembre-se que toda a informação que você der será confidencial. Sua resposta é muito importante para o estudo].

D1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você usou? (somente uso não prescrito pelo médico)

| | NÃO | SIM |
|--------------------------|------------|------------|
| a. Derivados do tabaco | 0 | 3 |
| b. Bebidas alcoólicas | 0 | 3 |
| c. Maconha | 0 | 3 |
| d. Cocaína | 0 | 3 |
| e. Crack | 0 | 3 |
| f. Anfetaminas ou êxtase | 0 | 3 |
| g. Inalantes | 0 | 3 |
| h. Hipnóticos/sedativos | 0 | 3 |
| i. Alucinógenos | 0 | 3 |
| j. Opióides | 0 | 3 |
| k. Outras, especificar | 0 | 3 |

D2. Durante os 12 último meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)

| | Nunca | 1 ou 2 vezes | Mensalmente | Quinzenalmente | Semanalmente | Diariamente ou quase todos os dias |
|--------------------------|----------|--------------|-------------|----------------|--------------|------------------------------------|
| a. Derivados do tabaco | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| b. Bebidas alcoólicas | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| c. Maconha | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| d. Cocaína | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| e. Crack | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| f. Anfetaminas ou êxtase | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| g. Inalantes | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| h. Hipnóticos/sedativos | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| i. Alucinógenos | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| j. Opióides | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |
| k. Outras, especificar | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 |

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcóolicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- f. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- g. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter,
lança perfume, cheirinho da loló)

h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

- i. alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
 - j. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
 - k. outras** – especificar:

D5. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

| | | |
|------------|--------------------------------------|---------------------------|
| NÃO, nunca | SIM, mas não dos últimos 12 meses | SIM, nos últimos 12 meses |
|------------|--------------------------------------|---------------------------|

D6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida ou usado drogas?

D7. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido ou usado drogas?

1. Não
 2. Sim, mas não no último ano
 3. Sim, durante o último ano

D8. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você fumou maconha durante a relação sexual ou duas horas antes da relação?

1. Sempre
 2. Na maioria das vezes
 3. Algumas vezes
 4. Raramente

5. Nunca

D9. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você fumou crack ou merla durante a relação sexual ou duas horas antes da relação?

- 1. Sempre
- 2. Na maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente
- 5. Nunca

D10. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você tomou ecstasy durante a relação sexual ou duas horas antes da relação?

- 1. Sempre
- 2. Na maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente
- 5. Nunca

D11. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você injetou alguma droga na veia durante a relação sexual ou duas horas antes da relação?

- 1. Sempre
- 2. Na maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente
- 5. Nunca

D12. Nos últimos 12 meses, com que frequência você tem sentido medo ou pânico por nenhuma razão aparente?

- 1. Nenhuma vez
- 2. Uma ou duas vezes
- 3. Algumas vezes

4. Muitas vezes/o tempo todo

D13. Nos últimos 12 meses, com que frequência você tem se sentido triste ou deprimido?

1. Nenhuma vez
2. Uma ou duas vezes
3. Algumas vezes
4. Muitas vezes/o tempo todo

D14. Nos últimos 12 meses, com que frequência você tem tido a ideia de acabar com sua própria vida?

1. Nenhuma vez
2. Uma ou duas vezes
3. Algumas vezes
4. Muitas vezes/o tempo todo

Bloco E: assistência à saúde e DST

[Agora, gostaria de perguntar sobre alguns riscos para aquisição de doenças]

E11. Já teve algum(a) parceiro(a) que fazia ou faz uso de drogas injetáveis?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe
4. Não se aplica

E12. Já teve algum(a) parceiro(a) que fazia ou faz uso de crack?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe
4. Não se aplica

E13. Já praticou sexo em troca de crack?

1. Sim
2. Não
3. Não lembra
4. Não se aplica

E14. Você compartilha utensílios para uso de drogas ilícitas?

1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente
 4. Nunca

[Se E13= 4, vá para E15]

E15. Que tipo de utensílios para uso de drogas é compartilhado?

1. Seringas 2. Agulhas 3. Canudos
 4. Cachimbos 5. Marica

E16. Alguma vez na vida você já fez tatuagem?

1. Sim 2. Não

[Se E15=2, vá para o bloco F]

E17. A tatuagem foi realizada por quem?

1. Parceiro(a)
 2. Amigos
 3. Estabelecimento comercial 5. Por você mesmo
 4. Não se aplica

E18. Faz uso de piercing:

1. Sim 2. Não

Bloco F: Envolvimento com a justiça criminal

F1. Alguma vez na vida você já foi preso(a)? 1. Sim 2. Não

[Se F1= 2, vá para F9]

F2. Quantas vezes? ___ vezes

F3. Você já foi preso por crimes violentos ou crimes contra pessoas (roubo, agressão, estupro, assassinato, tráfico)? 1. Sim 2. Não

F9. Alguma vez na vida você já foi detida? 1. Sim 2. Não

F10. Quantas vezes? ___ vezes

F11. Você já foi detida por roubo, agressão, tráfico? 1. Sim 2. Não

Testes: RESULTADO DE EXAMES PARA HIV, HEPATITE B, HEPATITE C E SÍFILIS.

T1. Anti-HIV: 1. Reagente 2. Não reagente 3. Indeterminado

(Rapid Check)

T2. HBsAg: 1. Reagente 2. Não reagente 3. Indeterminado

T3. Anti-HCV: 1. Reagente 2. Não reagente 3. Indeterminado

T4. Sífilis: 1. Reagente 2. Não reagente 3. Indeterminado

T5. Anti-HIV: 1. Reagente 2. Não reagente 3. Indeterminado

(Bio-Manguinhos)

APÊNDICE B**TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Maiores de 18 anos)****Universidade Federal de Pernambuco - UFPE****Centro de Ciências da Saúde - CCS****Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

Convido o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE USO DE DROGAS E PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO PELOS VÍRUS DA HEPATITE B, HEPATITE C E HIV EM DEPENTES QUÍMICOS ATENDIDOS EM CARUARU – PERNAMBUCO, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Raquel Bezerra dos Santos, celular: (81) 8738.0156, endereço Avenida Portugal, 584, Santa Maria - Caruaru - PE - CEP: 55016-400, e-mail raquelbs23@hotmail.com

Esta pesquisa está sob a orientação da professora Dra. Heloisa Ramos Lacerda e co-orientação da professora Dra. Celina Maria Turchi Martelli.

Após ser esclarecido (a) sob as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

A pesquisa tem como objetivo: identificar o padrão de uso de drogas e prevalência de infecção pelos vírus da hepatite B, hepatite C e HIV em dependentes químicos institucionalizados e ambulatoriais na cidade de Caruaru, Pernambuco, Brasil. Para o alcance de tal objetivo, o participante da pesquisa será entrevistado a respeito a respeito de seus

hábitos de vida e uso drogas ilícitas, por fim será convidado a realizar os testes rápido para investigar infecções pelo vírus HIV, hepatite B e hepatite C. Os resultados dos exames serão divulgados exclusivamente ao pesquisado.

Riscos da pesquisa para o participante: haverá risco do participante da pesquisa sentir dor, uma vez que há a necessidade de furar o dedo indicador ou médio ou anelar do participante com lanceta descartável para coleta de seis gotas de sangue para realização de testes rápido de HIV, hepatites B e C. Além disso, pode haver constrangimento em relação ao resultado da investigação sorológica que será divulgado exclusivamente ao participante. No caso de resultado positivo para qualquer uma das infecções, o mesmo será devidamente comunicado e encaminhado para confirmação sorológica e devido acompanhamento multiprofissional do quadro infeccioso no Serviço de Assistência Especializada (SAE), no município de Caruaru-PE.

Benefícios da pesquisa para o participante: Como benefício direto para os dependentes químicos infectados com os vírus da hepatite B e/ou hepatite C e/ou HIV, serão devidamente encaminhados para o Serviço de Assistência Especializado (SAE) de Caruaru para o acompanhamento multiprofissional e tratamento da doença o mais precocemente possível. O benefício indireto da pesquisa se justifica pela possibilidade de triar infecções pelo HIV, HCV e HBV em dependentes químicos. A identificação do diagnóstico precoce permite uma melhor resposta ao tratamento e tende a diminuir a transmissão dos vírus. Esse rastreamento favorecerá a identificação da prevalência dessas infecções em dependentes químicos, facilitando a criação de políticas públicas que favoreçam a redução de danos direcionada para esse grupo de risco no município de Caruaru-PE.

Todo material da pesquisa será guardado em pastas de arquivo e computador pessoal por um período mínimo de 5 anos, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora principal com o objetivo futuro de pesquisa médica ou educacional. O resultado da pesquisa poderá ser utilizado em reuniões, congressos e publicações científicas sem que seu nome apareça, ou que haja possibilidades de ser identificado(a).

Caso você queira desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, isso não vai implicar nenhum prejuízo de qualquer natureza para você e seus familiares.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço:

(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/_____
CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Caracterização do padrão de uso de drogas e prevalência de infecção pelos vírus da hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis em dependentes químicos atendidos em Caruaru – Pernambuco”, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome _____ e Assinatura _____ do participante _____ ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

| | |
|-------------|-------------|
| Nome: | Nome: |
| Assinatura: | Assinatura: |

APÊNDICE C

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Menores de 18 anos)

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Centro de Ciências da Saúde - CCS

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Convido o (a) adolescente que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntário (a), da pesquisa CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE USO DE DROGAS E PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO PELO HIV, HEPATITE B, HEPATITE C E SÍFILIS EM DEPENTES QUÍMICOS ATENDIDOS EM CARUARU – PERNAMBUCO, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Raquel Bezerra dos Santos, celular: (81) 8738.0156, endereço Avenida Portugal, 584, Santa Maria - Caruaru - PE - CEP: 55016-400, e-mail raquelbs23@hotmail.com

Esta pesquisa está sob a orientação da professora Dra. Heloisa Ramos Lacerda e co-orientação da professora Dra. Celina Maria Turchi Martelli.

Após ser esclarecido (a) sob as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa o (a) Sr.(a) ou o (a) menor não serão penalizados (a) de forma alguma.

A pesquisa tem como objetivo: identificar o padrão de uso de drogas e prevalência de infecção pelos vírus da hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis em dependentes químicos institucionalizados e ambulatoriais na cidade de Caruaru, Pernambuco, Brasil. Para o alcance

de tal objetivo, o participante da pesquisa será entrevistado a respeito de seus hábitos de vida e uso de drogas lícitas e ilícitas, por fim será convidado a realizar os testes rápido para investigar infecções pelo vírus HIV, hepatite B e hepatite C, e sífilis. Os resultados dos exames serão divulgados exclusivamente ao pesquisado.

Riscos da pesquisa para o participante: haverá risco do participante da pesquisa sentir dor, uma vez que há a necessidade de furar o dedo indicador ou médio ou anelar do participante com lanceta descartável para coleta de seis gotas de sangue para realização de testes rápido de HIV, hepatites B e C e sífilis. Além disso, pode haver constrangimento em relação ao resultado da investigação sorológica que será divulgado exclusivamente ao participante. No caso de resultado positivo para qualquer uma das infecções, o mesmo será devidamente comunicado e encaminhado para confirmação sorológica e devido acompanhamento multiprofissional do quadro infeccioso no Serviço de Assistência Especializada (SAE), no município de Caruaru-PE.

Benefícios da pesquisa para o participante: como benefício direto para os dependentes químicos infectados com os vírus da hepatite B e/ou hepatite C e/ou HIV e/ou sífilis, serão devidamente encaminhados para o Serviço de Assistência Especializado (SAE) de Caruaru-PE para o acompanhamento multiprofissional e tratamento da doença o mais precocemente possível. O benefício indireto da pesquisa se justifica pela possibilidade de triar infecções pelo HIV, HCV, HBV E SÍFILIS em dependentes químicos. A identificação do diagnóstico precoce permite uma melhor resposta ao tratamento e tende a diminuir a transmissão dos vírus. Esse rastreamento favorecerá a identificação da prevalência dessas infecções em dependentes químicos, facilitando a criação de políticas públicas que favoreçam a redução de danos direcionada para esse grupo de risco no município de Caruaru-PE.

Todo material da pesquisa será guardado em pastas de arquivo e computador pessoal por um período mínimo de 5 anos, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora principal com o objetivo futuro de pesquisa médica ou educacional. O resultado da pesquisa poderá ser utilizado em reuniões, congressos e publicações científicas sem que nome do (a) menor apareça, ou que haja possibilidades de ser identificado(a).

Caso você queira que o menor desista de participar da pesquisa em qualquer momento, isso não vai implicar nenhum prejuízo de qualquer natureza para ele ou familiares.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço:

(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/_____
_____, CPF/_____, responsável por
_____, abaixo
assinado, concordo com a participação do adolescente em participar do estudo “Caracterização do padrão de uso de drogas e prevalência de infecção pelos vírus da hepatite B, hepatite C e HIV e sífilis em dependentes químicos atendidos em Caruaru – Pernambuco”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação do adolescente. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do acompanhamento/assistência/tratamento do menor.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

| | |
|-------------|-------------|
| Nome: | Nome: |
| Assinatura: | Assinatura: |

APENDICE D**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Menores de 12 a 18 anos – Resolução 466/12)****Universidade Federal de Pernambuco - UFPE****Centro de Ciências da Saúde - CCS****Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

Convido você, após autorização dos seus pais ou responsável, para participar como voluntário da pesquisa Caracterização do padrão de uso de drogas e prevalência de infecção pelo HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis em dependentes químicos atendidos em Caruaru – Pernambuco, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Raquel Bezerra dos Santos, celular: (81) 8738.0156, endereço Avenida Portugal, 584, Santa Maria - Caruaru - PE - CEP: 55016-400, e-mail raquelbs23@hotmail.com,

Esta pesquisa está sob a orientação da professora Dra. Heloisa Ramos Lacerda e co-orientação da professora Dra. Celina Maria Turchi Martelli.

Este documento se chama Termo de Assentimento e pode conter algumas palavras que você não entenda. Se tiver alguma dúvida, pode perguntar à pessoa a quem está lhe entrevistando, para compreender tudo o que vai acontecer. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

A pesquisa tem como objetivo: identificar o padrão de uso de drogas e prevalência de infecção pelos vírus da hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis em dependentes químicos

institucionalizados e ambulatoriais na cidade de Caruaru, Pernambuco, Brasil. Para o alcance de tal objetivo, o participante da pesquisa será entrevistado a respeito de seus hábitos de vida e uso de drogas lícitas e ilícitas, por fim será convidado a realizar os testes rápido para investigar infecções pelo vírus HIV, hepatite B e hepatite C, e sífilis. Os resultados dos exames serão divulgados exclusivamente ao pesquisado.

Riscos da pesquisa para o participante: haverá risco do participante da pesquisa sentir dor, uma vez que há a necessidade de furar o dedo indicador ou médio ou anelar do participante com lanceta descartável para coleta de seis gotas de sangue para realização de testes rápido de HIV, hepatites B e C e sífilis. Além disso, pode haver constrangimento em relação ao resultado da investigação sorológica que será divulgado exclusivamente ao participante. No caso de resultado positivo para qualquer uma das infecções, o mesmo será devidamente comunicado e encaminhado para confirmação sorológica e devido acompanhamento multiprofissional do quadro infeccioso no Serviço de Assistência Especializada (SAE), no município de Caruaru-PE.

Benefícios da pesquisa para o participante: como benefício direto para os dependentes químicos infectados com os vírus da hepatite B e/ou hepatite C e/ou HIV e/ou sífilis, serão devidamente encaminhados para o Serviço de Assistência Especializado (SAE) de Caruaru-PE para o acompanhamento multiprofissional e tratamento da doença o mais precocemente possível. O benefício indireto da pesquisa se justifica pela possibilidade de triar infecções pelo HIV, HCV, HBV E SÍFILIS em dependentes químicos. A identificação do diagnóstico precoce permite uma melhor resposta ao tratamento e tende a diminuir a transmissão dos vírus. Esse rastreamento favorecerá a identificação da prevalência dessas infecções em dependentes químicos, facilitando a criação de políticas públicas que favoreçam a redução de danos direcionada para esse grupo de risco no município de Caruaru-PE.

Todo material da pesquisa será guardado em pastas de arquivo e computador pessoal por um período mínimo de 5 anos, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora principal com o objetivo futuro de pesquisa médica ou educacional. O resultado da pesquisa poderá ser utilizado em reuniões, congressos e publicações científicas sem que nome do (a) menor apareça, ou que haja possibilidades de ser identificado(a).

Caso você queira desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, isso não vai implicar nenhum prejuízo de qualquer natureza para você e seus familiares.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).

(Assinatura do pesquisador)

**ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO
VOLUNTÁRIO**

Eu, _____,
RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Caracterização do padrão de uso de drogas e prevalência de infecção pelos vírus da hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis em dependentes químicos atendidos em Caruaru – Pernambuco”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do Menor:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

| | |
|-------------|-------------|
| Nome: | Nome: |
| Assinatura: | Assinatura: |