

Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Coordenação Nacional de DST e Aids

***A Contribuição dos Estudos  
Multicêntricos frente à  
Epidemia de HIV/Aids entre  
UDI no Brasil***

***10 Anos de Pesquisa e  
Redução de Danos***

***Série Avaliação, n° 8***

Maio de 2003  
Brasília - DF

© 2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série Avaliação; n° 8 - CN/DST/Aids

Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n° 58 - MS

Tiragem: 5.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva

Coordenação Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C

CEP: 70.750-000, Brasília - DF

E-mail: [aids@ aids.gov.br](mailto:aids@ aids.gov.br)

Home page: <http://www.aids.gov.br>

Disque Saúde/Pergunte Aids: 0800 61 1997

Publicação financiada com recursos do Projeto AD/BRA 99 EO2 UNDCP

*Edição:* Assessoria de Comunicação

*Editor:* Dario Almeida Noletto

*Diagramação e arte final:* Lúcia Helena Saldanha Gomes

*Revisão:* Ana Paula Magalhães Penha, Nágila Paiva

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catálogo na fonte

Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito - CRB 1ª Região n° 1542

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids.

A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDIs no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

114 p.: il. - (Série Avaliação; n° 8) - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n° 58)

ISBN 85-334-0415-8

1. Dependência a substâncias. 2. Drogas - epidemiologia. 3. Síndrome de imunodeficiência adquirida. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. III. Título. IV. Série.

NLM/WM 270 DB8

# Sumário

Apresentação.....	5
Introdução.....	7
Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990.....	11
Fábio Mesquita; Regina Bueno, Alex Kral, Arthur Reingold, Giselda Lopes, Ilham Haddad, Daniela Piconez, Marta Sanches, Paula Jayme Araujo e Cassia Maria Buchalla.	
I - Introdução.....	13
II - Objetivo Geral.....	17
III - Métodos.....	19
IV - Resultados.....	23
V - Discussão.....	33
VI - Conclusões e considerações finais.....	41
VII - Bibliografia	

Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis & HIV/aids no Rio de Janeiro.....49

:	?
Francisco Inácio Bastos; Paulo Telles & Mariana Hacker	
I - Introdução.....	51
II - HIV/Aids no Brasil e no mundo.....	53
III - Alguns achados empíricos do estudo em curso, em comparação com estudos anteriores.....	57
IV - Discussão.....	63
V - Perspectivas de análises futuras.....	67
VI - Bibliografia	

:	,
.....79	
Telles, P. R.; Bastos, F. I., Inciardi, J. A. & Surratt H. L.	
I - Introdução.....	81
II - O projeto multicêntrico do NIDA.....	83
III - Projeto de redução de danos do Rio de Janeiro, NEPAD/UERJ.....	89
IV - Bibliografia	

Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, em Salvador - BA.....95

Tarcísio Matos de Andrade; Maria Ines Dourado; Alessandro Henrique Farias e Bernardo Galvão Castro	
I - O Programa de Redução de Danos (PRD) da Bahia.....	97
II - Estudos entre usuários de drogas injetáveis já realizados pelo PRD/CETAD.....	101
III - Discussão.....	109
IV - Bibliografia	

## Apresentação

A redução de danos no Brasil vem se constituindo, nos últimos anos, como uma política pública imprescindível para a constituição de novas formas de inclusão social e horizontes claros de cidadania para as populações vulneráveis com práticas de risco acrescido.

E é por meio de inovadoras estratégias de projetos e programas, de pesquisas e de intervenção que uma importante parcela dessa população marginalizada, os Usuários de Drogas Injetáveis, pode se sentir menos intrusa no contexto da saúde. Desta forma, esse público que hoje tem acesso às ações preventivas disponibilizadas pelos programas de RD adota práticas mais seguras em relação à infecção pelo HIV/aids, outras doenças sexualmente transmissíveis e doenças de transmissão sanguínea.

A troca de seringas em postos autorizados e a inclusão de usuários ou ex-usuários de drogas injetáveis como redutores de danos ativistas são algumas das iniciativas desse projeto. Mais ainda, o resultado dessa política de intervenção reflete não só o declínio das taxas de HIV positivos nos três estados em que foi realizada (Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia), mas também corrobora para que a redução de danos seja, de fato, institucionalizada como uma prática de prevenção.

Esta publicação traz uma grande contribuição à conscientização de todos os envolvidos na luta contra a aids de que a prevenção não é uma atitude isolada, mas um conjunto de ações da sociedade brasileira.

**Paulo Roberto Teixeira**

Coordenador Nacional de DST e Aids

## Introdução

O Brasil conta hoje, em diferentes contextos e populações, com considerável experiência em pesquisa e intervenção. Esta experiência abrange não apenas aqueles segmentos os quais se beneficiam claramente das vigorosas iniciativas das próprias comunidades atingidas pela epidemia de HIV/aids (e aqui o exemplo mais claro, tantas vezes repisado, é o das comunidades gays dos países desenvolvidos), mas igualmente comunidades e populações claramente marginalizadas, como os usuários de drogas injetáveis (UDI). A população de UDI, objeto do presente livro, se beneficia dos resultados de dois outros estudos, o projeto “Estudo Multicêntrico da OMS/II – Segunda Fase - Inquérito Epidemiológico” que retoma e complementa as análises desenvolvidas na fase I do estudo multicêntrico da OMS (Organização Mundial da Saúde) entre UDI e o Projeto AJUDE-BRASIL, que apresenta uma avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos do país, ambos desenvolvidos no Brasil com o apoio da CN-DST/AIDS do Ministério da Saúde em parceria com o UNDCP.

O leitor deste volume poderá comprovar a fecundidade das diferentes pesquisas desenvolvidas em Salvador (Bahia), Baixada Santista (São Paulo) e Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), constituindo, hoje, um verdadeiro *corpus* de conhecimentos obtidos na vivência cotidiana com

os usuários de drogas injetáveis, com os consumidores de outras substâncias por vias que não a injetável, além de seus parceiros, amigos e próximos. Mais do que um conjunto de conhecimentos teóricos e acadêmicos, apenas “informados” pela vivência prática, o que temos neste volume é a conjugação bem-sucedida de teoria e prática, pesquisa e intervenção.

Ao longo de uma década de pesquisas e intervenções, o conhecimento acerca das “cenas de uso” nesses contextos beneficiou-se de diferentes projetos e metodologias de pesquisa, quantitativas e qualitativas. Um trunfo especialmente valorizado pela pesquisa contemporânea - a triangulação de dados obtidos a partir de metodologias distintas -, aparece aqui como o desdobramento natural, muitas vezes involuntário, da diversidade de pesquisas e intervenções em cada um destes locais. Dois destes locais (Baixada Santista e Rio de Janeiro) lançaram-se a campo por ocasião do primeiro projeto multicêntrico da OMS, que se iniciou em 1990, campo este quase que inteiramente virgem, a desafiar estas equipes então constituídas de jovens e inexperientes pesquisadores. Os colegas baianos se juntaram a essas iniciativas pouco depois (quando das iniciativas multicêntricas nacionais), sendo, no entanto, pioneiros no estabelecimento do primeiro projeto de troca de seringas em território brasileiro.

Estas equipes de pesquisa amadureceram com os anos, incorporaram novos atores, se abriram a novas estratégias de pesquisa e intervenção e estabeleceram renovadas parcerias institucionais. As iniciativas pioneiras frutificaram, desafiaram alguns dos poderes estabelecidos e, muitas vezes ao arrepio da lei e na contra-mão das previsões pessimistas de muitos, mostraram ser viável abordar esta população, fazendo-o de forma humana e acolhedora, sem, contudo, perder o fio da pesquisa empírica e da necessária avaliação das intervenções propostas. Não é fruto da mera coincidência que estes três locais, onde sucessivas pesquisas e intervenções foram implementadas, contam, hoje, com epidemias em franco declínio, ao menos nesta população específica. Ainda que não seja possível atribuir a qualquer fator isolado esse declínio, não resta dúvida de que as iniciativas



preventivas vieram se somar à mudança espontânea dos comportamentos (na direção de práticas mais seguras), à saturação desta população, “às voltas com tantos e diversos danos”, e às mutações da própria cena de uso. A agenda de pesquisa na área deverá necessariamente incluir a avaliação criteriosa dos programas preventivos e o refinamento dos diferentes fatores, individuais e micro, meso e macrossociais, envolvidos na determinação de tanto de riscos ampliados como também de oportunidades da sua efetiva redução nesta população específica. Não apenas replicando ou meramente adaptando os conhecimentos e experiências internacionais, os diferentes projetos e programas vêm ousando propor iniciativas genuinamente nacionais, sem dúvida criativas, como novas estratégias de vacinação para a hepatite B, a utilização da rede de farmácias como instituições de promoção da saúde pública ou a plena integração das iniciativas de prevenção às iniciativas de defesa e promoção da saúde pública *lato sensu*, como os Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Renovados desafios se apresentam nesses locais tais como a persistência de comportamentos de risco, a sustentabilidade financeira e técnica das ações desenvolvidas, a abertura de novas frentes geográficas ou as iniciativas a serem desenvolvidas em contextos particulares (como os presídios ou comunidades particularmente afetadas pela violência estrutural). Mas se antes não faltou engenho, arte e persistência aos propositores e ativistas nas mais diferentes situações, frequentemente adversas, certamente não será agora que algum deles irá esmorecer ou se intimidar diante das tarefas que estão por vir.



# Aids entre usuários de drogas injetáveis na re- gião metropolitana de Santos, na década de 1990

*Fábio Mesquita<sup>1,2\*</sup>, Regina Bueno<sup>2</sup>, Alex Kraß<sup>4</sup>, Arthur Reingold<sup>5</sup>, Giselda Lopes<sup>2</sup>,  
Ilham Haddad<sup>3</sup>, Daniela Picones<sup>2,3</sup>, Marta Sanches<sup>2,3</sup>, Paula Jayme Araujo<sup>2,3</sup> e  
Cassia Maria Buchalla<sup>1</sup>.*

---

*<sup>\*</sup>Estas instituições referem-se às que os autores trabalham/trabalhavam quando da elaboração do artigo.*

*<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;*

*<sup>2</sup> IEPAS;*

*<sup>3</sup> Secretaria de Saúde de São Vicente;*

*<sup>4</sup> University of California San Francisco,*

*<sup>5</sup> University of California Berkeley*

*\* Este artigo contém trechos anteriormente publicados na tese de doutoramento em Saúde Pública apresentada pelo autor principal junto à Faculdade de Saúde Pública da USP, em abril de 2001*



## I - Introdução

A epidemia de aids mundial se caracterizou rapidamente pela ligação entre a transmissão de HIV e o uso de drogas injetáveis. Esta característica predominante se instalou inicialmente na Europa, e em algumas regiões da América do Norte, e tornou-se rapidamente um fenômeno mundial (1). Até junho de 2000, a Organização Mundial da Saúde registrou a presença do uso de drogas injetáveis em 134 países. Destes, 114 haviam notificado casos de aids cuja forma de transmissão foi considerada o uso de drogas injetáveis (2).

Carlini e colaboradores em estudo coordenado também pela Organização Mundial da Saúde sobre a cocaína publicado em 1995, descrevem detalhes interessantes da história do uso de cocaína no Brasil. Este uso, tem suas primeiras menções na imprensa leiga brasileira por volta de 1910. Alarmistas, as informações de jornais como O Estado de São Paulo e o Rio Jornal neste período dão conta de um crescente uso de cocaína na população geral. Esta informação no entanto é contradita com outras duas fornecidas pelo mesmo autor no referido texto: a) entre 1925 e 1931, apenas 22 apreensões de cocaína foram realizadas, sendo a maior delas de 230 gramas; b) entre 1921 e 1924, serviços especializados em tratamento de dependência de drogas, internaram 16 casos relacionados à cocaína (3).

Ainda que apontado no início do século passado, o uso mais intenso da cocaína no entanto, foi denotado nas últimas 2 décadas do século XX, como consequência da política externa norte americana conhecida como “Guerra Contra as Drogas”. A ajuda militar e o recrudescimento de uma política repressiva impostos por esta “Guerra” aos países andinos produtores de coca, fizeram com que o tráfico de drogas buscasse rotas alternativas de distribuição para os mercados que significavam maior lucro, como o europeu e o da América do Norte. O Brasil, como alguns de seus vizinhos do Mercosul, passaram a integrar estas novas rotas e tiveram entre outras consequências o aumento de vários agravos à saúde, dentre as quais se destacou a epidemia de HIV/aids entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs). Nos últimos 20 anos, o país viveu um aumento significativo do consumo de cocaína em forma de pó (aspirada ou injetada) e de pedras de *crack* (fumado ou injetado). Relatos recentes confirmados em grande parte pelos estudos que aqui serão analisados, dão conta de uma série de outras substâncias consumidas em nosso meio em menor escala, dentre as quais a heroína (4).

No Brasil, já no início da epidemia de HIV/AIDS, ficou evidente o papel dos usuários de drogas injetáveis em seu curso. O primeiro caso registrado nesta categoria de transmissão foi no Estado de São Paulo em 1982. Houve deste então, um incremento de mais de 3000 casos novos por ano desde 1993, perfazendo, até 31 de maio de 1997, um total de 22.879 casos entre UDIs. Esses casos representavam 20,6% do total acumulado de casos de aids notificados no País até a data acima referida (5). Embora com variações regionais, desde então esta proporção vem se mantendo na epidemia brasileira. No boletim epidemiológico da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde (CN-DST/AIDS) de agosto de 2000, os UDIs representavam 19,3% dos casos de aids do país no acumulado histórico(6).

No Estado de São Paulo, a epidemia de AIDS também cursou com uma grande influência do uso de drogas injetáveis. Dos 79.634 casos de aids do Estado reportados até o final de 1999, 21.746 (27,30%), são atribuídos ao uso de drogas injetáveis. Ademais da infecção direta, 18,5% das mulheres cujo fator de infecção foi notificado como transmissão heterossexual, são parceiras sexuais de usuários de drogas

injetáveis (5). Este panorama, que já chegou a ser de 40% das mulheres em 1994 (7), é uma demonstração clara do papel dos usuários de drogas injetáveis na epidemia de aids por contato heterossexual no Estado de São Paulo, hoje a via de transmissão preponderante.

Dentro do Estado de São Paulo, a Região Metropolitana de Santos sempre desempenhou destacado papel na epidemia de HIV/aids. Santos liderou durante anos o *ranking* de números de casos de aids proporcionais à população do país. Durante certo tempo, em meados da década de 90, metade dos casos da cidade eram decorrentes do uso de drogas injetáveis. Em agosto de 2000, 5 cidades da região (Santos, São Vicente, Praia Grande, Cubatão e Guarujá), encontravam-se entre as 20 cidades que lideravam o *ranking* brasileiro de casos de aids proporcionais à população (6). Todas elas apresentam uma importante fração de casos associados ao uso de drogas injetáveis.

A disseminação da epidemia de aids na população de usuários de drogas já foi bastante relacionada com as rotas escolhidas pelo tráfico para levar as drogas aos mercados da Europa e da América do Norte, sendo o Porto de Santos, uma das mais importantes portas de saída da droga da América Latina (8-9).

Desta forma, na história da epidemia de aids no Brasil, a região aqui analisada teve e tem grande importância. Compreender o que significa para a epidemia o que ocorreu na Região Metropolitana de Santos, é parte fundamental da compreensão da epidemia de aids em nosso país. Este trabalho trata de três estudos que contribuíram para uma análise de tendência da epidemia de HIV/aids entre UDIs na região mencionada.

Um primeiro estudo, o Estudo Multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS) de HIV entre usuários de drogas injetáveis, ocorreu em 1991 e 1992, e analisou os fatores de risco e as taxas de soroprevalência para o HIV (10). A Região Metropolitana de Santos foi envolvida nesta fase do estudo pela importância de então que os UDIs tiveram na epidemia de HIV/aids. Os dados da RMS foram utilizados pela OMS para serem comparados com outras 12 cidades do mundo, no maior Estudo já realizado em tal temática até o final da década de 90. Com a RMS virgem de intervenção neste momento, o estudo aponta uma espécie de parâmetro inicial de análise. Aqui também foi possível medir as taxas de infecção de hepatites B e C na região (11).

O segundo estudo, o Projeto Brasil, foi o maior estudo de soroprevalência de HIV e comportamento entre UDIs realizado no País até hoje. Foram realizadas 668 entrevistas com usuários de drogas injetáveis, em cinco centros de pesquisa, em quatro regiões distintas no Brasil (12). Desta vez, o Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos coordenou nacionalmente o Estudo, que entrevistou usuários de drogas injetáveis entre os anos de 1994 e 1996. Na cidade de Santos tínhamos em curso desde 1993, um trabalho de redutores de danos (*outreach workers*) que, com base na proposta de educação de pares, levava entre outros instrumentos de prevenção, hipoclorito de sódio para a desinfecção de seringas entre a população-alvo deste estudo (13). Foram ainda realizados exames sorológicos de hepatites B e C nos entrevistados.

Finalmente em 1999, como parte da fase II do Estudo Multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS) de HIV entre usuários de drogas injetáveis, novamente se avaliaram as taxas de soroprevalência para HIV, hepatites B e C e os fatores de risco remanescentes na Região Metropolitana de Santos (14). Nesta época estavam em curso em Santos e São Vicente, Programas de Trocas de Seringas (PRDs). Este estudo foi mais amplo em um aspecto, que não diminui sua comparabilidade com os anteriores: entrevistou usuários de drogas injetáveis; ex-usuários de drogas injetáveis e usuários de drogas que, potencialmente, poderão vir a ser injetáveis, dando uma noção importante de padrões de uso que influenciam a epidemia de HIV e aids em nosso meio.

Este trabalho, composto das informações acumuladas por uma década, analisa a trajetória da epidemia de HIV entre usuários de drogas injetáveis na Região Metropolitana de Santos no final do século XX.



## II - Objetivo Geral

Estudar a tendência da epidemia de HIV/aids e seus determinantes, entre os usuários de drogas injetáveis, durante a década de 1990, na Região Metropolitana de Santos.



### III - Métodos

Os três estudos aqui utilizados analisaram fatores de comportamento de risco para a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis. Mediram ainda, as taxas de soroprevalência para o HIV.

O Quadro 1 abaixo resume as características principais dos 3 Estudos:

**Quadro 1**

*Quadro comparativo de metodologia nos 3 estudos.*

Característica	Estudo	I
População estudada (N de UDIs)		
Ano no campo		
Título		
Questionário		
Metodologia		T
Tipo de amostragem		Bo

### III.1 - Amostras Estudos I, II e III

A epidemia de aids trouxe para a Epidemiologia alguns novos desafios. Fenômenos importantes precisavam ser estudados e não se encaixavam na proposta tradicional de seleção de indivíduos com amostra probabilística. Como, por exemplo, estudar as populações escondidas como homens que fazem sexo com homens; profissionais do sexo sem ponto fixo, ou usuários de drogas injetáveis? Comportamentos escondidos, muitas das vezes criminalizados, não poderiam ser randomizados como em um inquérito domiciliar ou em um estudo desenvolvido com clientes de um serviço de saúde.

Desta forma a saída para constituição amostral encontrada nestes estudos e que foi implementada entre usuários de drogas injetáveis de maneira mais abrangente pela primeira vez no Estudo Multicêntrico da OMS, fase I (o primeiro dos três Estudos aqui mencionados), foi a da utilização da metodologia de “amostragem em cadeia” ou “*chaim sampling*”. Dentro desta metodologia, utilizamos nos três Estudos aqui mencionados a técnica de recrutamento em “bola de neve” ou técnica de indicação sucessiva de entrevistas (15-17).

Ainda restava uma questão importante na formulação de um estudo de tendências. Como em uma população deste tipo, tão difícil de acessar, poderia se estudar tendência? A Organização Mundial da Saúde e o Programa de Aids das Nações Unidas (UNAIDS) preconizam o uso de repetidos estudos transversais em populações deste tipo para fazer estimativas de tendência(18-20). Amplamente utilizadas em termos de taxas de soroprevalência em estudos do tipo sentinela para monitorar a epidemia de HIV em diversas populações, a técnica de coleta de informações em populações similares, foi depois estendida para estes estudos comportamentais. Os estudos comportamentais repetidos foram utilizados para suprir esta dificuldade. Tais estudos são chamados também de “*Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk of HIV*” (18). Estas populações comparáveis, seguiram os mesmos critérios de recrutamento, foram estudadas com instrumentos similares, e representam um segmento muito semelhante aos usuários de drogas injetáveis em seus respectivos locais de estudo. A informação individual de cada entrevistado, passa a ser analisada como uma opinião coletiva de um segmento.

No caso dos três estudos aqui comparados, os critérios de inclusão foram:

- ♦ ser maior de 16 anos de idade (lembrando que nos estudos I e II o parâmetro foi estabelecido antes da norma do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa de 1996);
- ♦ após ser esclarecido sobre o estudo, ter condições de assinar um consentimento informado, e no caso do Estudo III, menores de 18 anos terem os pais assinando o consentimento;
- ♦ ter feito uso de drogas injetáveis nos 6 meses anteriores à data da entrevista

O número de usuários de drogas injetáveis entrevistados foi o seguinte:

Estudo I: 220 entrevistas em usuários de drogas injetáveis (UDIs)

Estudo II: 140 entrevistas em UDIs.

Estudo III: 108 entrevistas UDIs

O estudo III teve a particularidade de também estudar 100 ex-UDIs e 192 usuários que nunca injetaram drogas – NUDIs, que não serão objeto da corrente análise. Para o Estudo III, foram considerados ex-usuários de drogas injetáveis, aqueles que utilizaram droga injetável em vida, mas não o fizeram nos últimos 6 meses; e foram considerados Não-Usuários de Drogas Injetáveis (NUDIs), aqueles que nunca utilizaram droga injetável, e que utilizam drogas que potencialmente poderão vir a ser utilizadas pela via injetável.

Os participantes do Estudo responderam a um dos questionários padrão utilizados nos respectivos Estudos Multicêntricos. Os referidos questionários foram divididos em seções contendo:

- ♦ Dados demográficos;
- ♦ Hábitos em relação ao uso de drogas injetáveis;
- ♦ Compartilhamento de agulhas e seringas;
- ♦ Comportamento sexual;
- ♦ Conhecimento sobre aids e conseqüente mudança de comportamento;
- ♦ História de prisões;
- ♦ História de viagens (se o entrevistado ia de uma cidade à outra com frequência);
- ♦ História de testes prévios para HIV e para Hepatites B e C.

No Estudo III ainda contamos com as seguintes seções perguntadas a todos os entrevistados:

- ♦ Overdoses
- ♦ Hepatites
- ♦ Questões sobre o tráfico de drogas
- ♦ Histórico médico
- ♦ Utilização dos Serviços de Saúde
- ♦ Violência, além de questões específicas para quem nunca injetou, ou para quem deixou de injetar há mais de 6 meses
- ♦ Uso de drogas antes da primeira injeção (perguntadas só para UDIs)

A inclusão das informações destas novas seções no Estudo III, mostraram-se acertadas, embora não sejam motivos de análise mais detalhada neste trabalho, por não serem comparáveis aos Estudos I e II.

Após as entrevistas os indivíduos foram submetidos à coleta de 10 a 20 ml de sangue, feitas no mesmo local das entrevistas por auxiliares de enfermagem. O sangue foi centrifugado e o soro congelado a menos 20°C. Foram então efetuadas sorologias de HIV e hepatites B e C (nos 780 entrevistados). Dentre o total de pessoas testadas nos 3 estudos, incluem-se os 468 indivíduos analisados no presente trabalho.

### **III.2 -Análise Estatística**

Os dados obtidos foram armazenados em 3 bancos de dados distintos do software Epiinfo 6.04 (atualizados para a versão C), e sistematizados em um banco de dados único do software SAS (System Viewer versão 6.12 para Windows), de onde saíram a maioria das análises bivariadas e multivariadas. As análises bivariadas foram conduzidas utilizando-se do teste do qui-quadrado; qui-quadrado para tendência linear de Mantel-Haenszel; teste de Fisher e teste de Student. Foi definido um valor de nível de significância  $\alpha = 0.05$ , para um intervalo de confiança de 95%. As análises multivariadas foram conduzidas utilizando-se de regressão logística (stepwise retrógrada). Nela foram utilizados as diversas variáveis que estão a seguir detalhadas e que eventualmente poderiam ter associação com a transmissão do HIV. As análises univariadas do Estudo III referentes aos aspectos singulares do Estudo III (sobretudo hepatites e overdoses), foram conduzidas em Epiinfo 6.04.

## IV - Resultados

### IV.1 - Dados Demográficos

Como a maioria dos resultados que interessam ao estudo estão relacionados aos usuários de drogas injetáveis e somando-se o fato de que esta é a única categoria do estudo possível de comparação em suas três fases, as informações, aqui detalhadas, referem-se aos usuários de drogas injetáveis dos 3 estudos (n= 468). Algumas informações relevantes encontradas especificamente no estudo III (n= 400 dos quais 108 UDIs), sobretudo no caso de hepatites e overdoses, são mencionadas também ao final deste capítulo pelo seu ineditismo e relevância quando tratamos das consequências para a saúde do uso indevido de drogas. Todos os participantes responderam ao questionário e colheram material para a sorologia de HIV.

- Os resultados referentes às variáveis demográficas estão resumidos na Tabela 1 a seguir.

Característica	
Eristica	
<b>Sexo</b>	Mulheres
	Homens
<b>Idade</b>	Abaixo de 25 anos
	Entre 25 e 40 anos
	Acima de 40 anos
<b>Anos de Educação</b>	Até 9 anos
	9 a 12 anos
	Acima de 12 anos
	Cidade de Santos

**Tabela 1**

*Características Demográficas dos Usuários de Drogas Injetáveis da Região Metropolitana de Santos (N=468).*

\*Mantel Haenszel  $\chi^2$

#### IV.2 - Como é o Uso de Drogas

A principal droga utilizada para injeção na década de 90 foi a cocaína, dentre os entrevistados deste estudo. No Estudo 1, 95% usavam cocaína como droga de eleição; no Estudo II 94% e no Estudo III 95%. Várias drogas também utilizadas de maneira injetável foram referidas, tais como anfetaminas, tranquilizantes, barbitúricos, heroína, o próprio *crack*, dentre outras, mas todas têm menor frequência de uso.

O compartilhamento de seringas e agulhas que pode ser visto no Gráfico I, teve um pequeno aumento do primeiro para o segundo Estudo e uma acentuada queda em 1999 (respectivamente 55%, 70% e 24%).

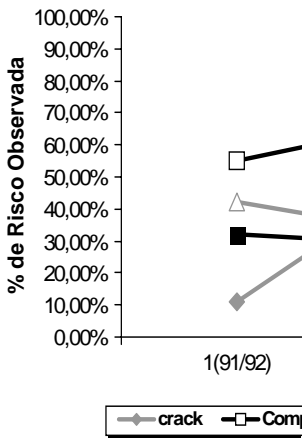
Ainda quanto à forma de consumir a droga injetável há uma diminuição acentuada com o passar dos anos do Estudo, tanto na frequência de uso em dias no mês (uso diário caindo de 32%, 28% e 13% respectivamente), quanto na frequência de uso em um mesmo dia (mais de 5x ao dia caindo respectivamente de 42%; 30 e 15%) Gráfico I.



Há ainda um acentuado aumento do consumo de cocaína em forma de pedras de *crack* para uso fumado, no decorrer da década de 90, entre UDIs (10%; 60% e 67% respectivamente). Esta tendência de expansão do uso de *crack*, é verificada em todo Brasil, e particularmente no Estado de São Paulo, durante a década estudada (21–25). A relação entre o padrão de consumo de drogas e a infecção pelo HIV será explicitada adiante na seção de análises bivariadas.

**Gráfico 1**

*Comportamento de Risco Associado ao Uso de Drogas.*



### IV.3 - Comportamento Quanto ao Uso de Preservativo

O comportamento quanto ao uso de preservativo dos indivíduos entrevistados nos três estudos não teve uma variação expressiva como um todo, durante a década de 1990. Há, no entanto, um ponto de variação: o número de homens que tiveram sexo com outros homens. Esta variação oscilou no tempo, saindo de 16% no Estudo I; indo a 33% no Estudo II e voltando a 11% no Estudo III, mas teve significância estatística ( $p < 0.001$ ). Outra variação, a do número de entrevistados que tiveram relacionamento sexual desprotegido com seus parceiros sexuais principais (35% nos estudos I e II e 49% no Estudo III ( $p = 0.06$ ), aponta portanto para uma discreta piora no decorrer do tempo, sem no entanto apresentar significância estatística. Para efeito de análise, foi considerado protegido quem teve 100% das relações sexuais utilizando-se de preservativos (masculinos ou femininos), (**Tabela 2**).

Embora tenham havido pequenas alterações no comportamento dos que tiveram relacionamento sexual desprotegido com parceiros considerados ocasionais (27%, 25% e 20% respectivamente) ou clientes (14%, 17% e 7% respectivamente); estas mudanças também não foram estatisticamente significantes (**Tabela 2**).

Parceiro \ Estudo	I
Principal	65'
Ocasional	73'
Cliente	86'

\*Mantel Haenszel  $\chi^2$

**Tabela 2**

*Distribuição percentual do uso de preservativos na totalidade das relações sexuais, segundo tipo de parceiros sexuais, entre UDIs, Região Metropolitana de Santos, 1991-1999.*

#### IV.4 - Mudanças de Comportamento Influenciadas pelo Conhecimento de HIV/Aids

Outra variável analisada foi se o entrevistado mudou seu comportamento a partir do conhecimento sobre a existência da epidemia de AIDS. Suas respostas, sem qualificá-las, eram em relação a aumentar a segurança para evitar infecção. A mudança de comportamento ocorreu paulatinamente, demonstrando uma preocupação ascendente dos UDIs estudados. Em 1991/1992, 51% haviam reportado ter aumentado suas precauções depois de conhecer a epidemia de aids; em 1994/1996 esta proporção aumentou para 55% dos entrevistados, chegando em 1999 aos 72% dos entrevistados havendo mudado comportamento sob a influência dos conhecimentos adquiridos sobre a epidemia de aids.

#### IV.5 - Prevalência do HIV e de outras doenças

As taxas de soroprevalência de HIV foram respectivamente: 63%, 65% e 42% nos Estudos I, II e III (**Tabela 3**).

As taxas de prevalência de hepatite B encontradas foram de 75% para o Estudo I, para 71% no Estudo II e 51% para o Estudo III (**Tabela 3**).

Quanto às taxas de prevalência de hepatite C encontradas, foram de 75% para o Estudo I, 77% no Estudo II e 44% para o Estudo III (**Tabela 3**).

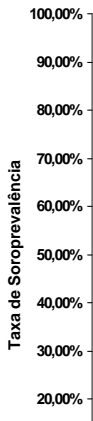
As taxas de hepatites apresentadas, embora não sejam objeto de comparação deste trabalho, podem ser vistas como um marcador biológico adicional de tendência de infecções parenterais entre usuários de drogas injetáveis, no mesmo local e período estudados.

**Tabela 3**

*Taxas de Soroprevalência de HIV, hepatite B e hepatite C entre UDIs encontradas segundo estudo, RMS.*

Estudo	Taxas de Soroprevalência
H I V	
H e p B	
H e p C	

No Gráfico II, podemos visualizar melhor a tendência de queda das taxas de soroprevalência dos diversos patógenos de veiculação sanguínea ocorridas na década de 90 entre UDIs na amostra estudada.

**Gráfico 2**

*Doenças de  
Transmissão  
Sanguínea.*

## IV.6 - Análise dos Fatores de Risco para HIV

### IV.6.1 - Análise Bivariada

Para as análises bivariadas, utilizamos as variáveis que poderiam estar associadas como fatores de risco para a infecção pelo HIV. Esta análise foi estratificada para estas variáveis pelo possível efeito que poderiam exercer sobre o risco de infecção. Foram portanto utilizados: sexo; idade; nível de escolaridade; categoria de trabalho; morador ou não na cidade de Santos; se esteve alguma vez na prisão (ou nunca foi preso); os próprios estudos como variáveis; usuário de *crack* nos últimos seis meses (ou não usuário de *crack*); compartilhamento de agulhas e seringas (ou usuário de equipamentos individuais de injeção); usuário de drogas injetáveis diariamente (ou usuário de drogas injetáveis com qualquer outra frequência); usuário de drogas injetáveis com mais de cinco aplicações por dia (contra de 3 a 5 injeções por dia; e de 0 a 2 injeções por dia), além de anos de uso de droga injetável. A Tabela 4 abaixo, demonstra em detalhe os resultados que apresentaram alguma relevância para a análise.

Como pudemos verificar na análise bivariada os fatores que se expressaram como associados à infecção pelo HIV foram: ser mulher usuária de drogas injetáveis; compartilhar seringas; usar drogas injetáveis diariamente; usar drogas injetáveis mais de cinco vezes por dia; e ser morador da cidade de Santos. Embora tivéssemos aproveitado na análise multivariada, os fatores de risco uso de *crack* e ter sido preso, não foram considerados significantes para um intervalo de confiança de 95%.

O uso ou não dos programas de troca de seringas e uso ou não de projetos contando com redutores de danos, também foram analisados como possíveis variáveis de proteção, não sendo encontrado nenhum resultado que indicasse que sua utilização fosse estatisticamente associado com uma menor *odds ratio* para infecção pelo HIV (**Quadro II**).

**Tabela 4**

	Variável	% HI
<i>Análise</i>		
<i>Bivariada:</i>		
	Feminino	72%
<i>Fatores de Risco X</i>		
	Masculino	53%
<i>Infecção pelo HIV entre UDIs na</i>		
	Preso	61%
<i>Região Metropolitana de Santos.</i>		
	Nunca Preso	48%
	Morador de Santos	63%
	Morador RMS	50%
	Compartilhamento	71%
	Não-compartilhamento	45%
	Uso de <i>Crack</i> Fumado	53%
	Uso de <i>Crack</i> Injetado	53%

\*Mantel Haenszel  $\chi^2$

Intervenção	Estud
PRD	Não ex
PTS	Não ex

PRD = Programa de Redução de Danos sem troca de seringas

PTS = Programa de Troca de Seringas

N= pessoas que freqüentaram o programa por estudo

#### Quadro 2

*Esforços de Prevenção para HIV por Estudo para UDIs da RMS, 1991-1999.*

### IV.6.2 - Análise Multivariada (Regressão Logística)

Na regressão logística considerou-se a infecção pelo HIV como variável dependente e o conjunto de variáveis já mencionadas na análise bivariada como variáveis independentes. As variáveis foram sendo paulatinamente retiradas à medida em que não apresentavam significância estatística (*stepwise* retrógrada).

Os resultados desta análise encontram-se na Tabela 5 da próxima página.

Os fatores que remanesceram como sendo importantes para a transmissão do HIV foram: compartilhar seringas; fazer uso de drogas injetáveis diariamente e ser do sexo feminino.

Variáveis	Odds Ra
Compartilhamento	:
Uso Injetável Diário	:
Mulheres	:

#### Tabela 5

*Regressão Logística para risco de infecção pelo HIV, avaliando variáveis independentes de comportamento, entre UDIs na Região Metropolitana de Santos, 1991-1999.*

#### IV.6.3 - Outros Achados Relevantes para a Saúde da População- alvo

Conhecimento sobre hepatites e informações sobre overdoses foram novidades implementadas no Estudo III. Como já mencionamos, estes resultados não são comparáveis, visto que executados apenas no estudo III, entretanto pelo ineditismo e relevância das informações e sua relação direta com as conseqüências para a saúde do uso indevido de drogas, concluímos ser informação complementar relevante para figurar neste trabalho.

Das 400 pessoas entrevistadas (108 UDIs, 100 ex-UDIs e 192 Uds), em apenas 20,8% dos questionários há alguma informação adequada, sobre pelo menos uma das formas de hepatites existentes. De todos os entrevistados, apenas 10% receberam alguma dose de vacina de hepatite B, e nenhum deles tomou as três doses necessárias para a imunização. De todos, 94,5% gostariam de ser vacinados se houvesse a vacina disponível (26).

Da mesma forma são importantes os resultados encontrados sobre o risco de overdose que a população estudada corre. Dos entrevistados, 20% haviam tido pelo menos um episódio de overdose por uso de cocaína. Destes, 62% estavam acompanhados quando o episódio ocorreu e 73% foram socorridos. A assistência durante os episódios de overdose foi prestada em 58% das vezes por um amigo também UD, em 13% das vezes por um parente não UD; em 12% das vezes por um parceiro sexual e em 17% por outras pessoas.

Sessenta por cento da amostra testemunhou uma overdose de outra pessoa, sendo que 49% destas, ocorreram nos últimos 12 meses precedentes à entrevista. Os entrevistados tentaram socorrer em 90% das vezes, mas o fizeram com medidas adequadas em apenas 40% das tentativas. 50% dos entrevistados conhece alguém que morreu de overdose. 24% não procurariam serviço de saúde por temer ser mal atendido e 49% acreditam que seria denunciado à polícia, pelo próprio serviço de saúde (27).

Na análise multivariada (regressão logística) dois fatores foram associados ao fato de os entrevistados terem overdose em vida: ser mulher (*odds ratio* = 2,0) e ter estado preso em vida (*odds ratio* = 2,3).





## V – Discussão

Os estudos aqui apresentados mostram uma transição no padrão de consumo de drogas, que aconteceu principalmente de meados para o final da década de 1990. O auge da epidemia de HIV/aids no Brasil entre usuários de drogas injetáveis, se dá exatamente nesta década. Os estudos transversais funcionam como uma espécie de bússola que mede a epidemia em seu momento de corte, antes que as taxas de infecção pelo HIV se reflitam em casos de doentes de aids.

Não obstante a dificuldade de se estabelecer um padrão, o perfil dos usuários de drogas injetáveis na região estudada se manteve mais ou menos o mesmo durante a década, sendo que as características demográficas apresentaram apenas mudanças brandas. Adultos jovens; em sua maioria homens, com menos de 8 anos de educação. O nível de emprego formal nunca atingiu os 20% durante todos estes anos, e uma parcela considerável admitiu subsistir de atividades ilegais. Mais da metade chegou a ser presa pelo menos uma vez após iniciar seu envolvimento com as drogas.

Vimos as modificações ocorridas em cada um dos estudos nas características demográficas das amostras analisadas. Há uma modificação temporal em algumas das características em função de modificações peculiares como: um maior número de profissionais do sexo no Estudo I (portanto mais mulheres e mais atividade “ilegal”); uma modificação etária paulatina que mostra uma diminuição de UDIs mais

jovens com o tempo (seja porque menos jovens passaram a ser UDIs, seja porque os de 10 anos atras envelheceram); uma menor presença de recrutados em Santos, no Estudo III, compensada pelo fato de que 50% dos entrevistados iniciaram seu uso de drogas na cidade de Santos.

As características relacionadas ao uso de preservativos em todas as relações sexuais da amostra em questão, apontam para uma tendência que não variou muito durante a década estudada. O fato de muitos dos programas de prevenção concentrarem suas atividades para esta população específica na questão da transmissão parenteral, pode ser responsável por parte da explicação do fenômeno. De outro lado, o fato dos programas de prevenção não terem cobertura suficiente, pode ser outro fator que influencia este comportamento. Não houve mudança no uso de preservativos entre os usuários de drogas injetáveis em toda uma década.

A questão de gênero, aparece aqui com uma importância relativamente grande, conforme também mencionam outros autores em questões da transmissão do HIV. Pesquisadores de diversos países como Goldestein, Scheper-Hughese e Giffin com seus grupos de colaboradores, bem como pesquisadores brasileiros coordenados por Ventura-Felipe, em trabalhos de bastante profundidade, analisam as dificuldades do enfrentamento da epidemia de HIV/aids no Brasil onde a relação de gênero é bastante desfavorável às mulheres (28-31). Em uma sociedade machista, na qual prazeres e riscos são controlados pelos parceiros sexuais do sexo masculino, as mulheres se colocam de maneira inferiorizada no relacionamento a dois. Isto portanto acaba se traduzindo no risco maior também das mulheres usuárias de drogas injetáveis para a transmissão do HIV como sugere o presente estudo. Ainda como subproduto deste Estudo, encontramos a mesma associação de maior risco para as mulheres no relato de overdoses. Ou seja, ser mulher aparece como variável independente significativa quando relacionada à overdose como variável dependente. É importante ponderar que os programas de redução de danos trabalham com uma abordagem genérica que não distingue ações específicas por gênero, mesmo considerando que vários dos Redutores de Danos são do sexo feminino.

As limitações das políticas públicas de drogas e saúde se refletem nos achados de outras alterações relativas ao padrão de consumo de drogas. Parece que muito mais do que uma decisão tomada como fruto da ação da saúde pública, o crescimento do uso de cocaína em forma de pedra de *crack* na população estudada, deu-se entre outras causas por uma decisão comercial do tráfico de drogas. É preciso ficar claro que seria indefensável do ponto de vista das autoridades de saúde, o incentivo ao uso de *crack*, como forma de desestimular o uso de cocaína injetável. Esta afirmação está centrada nos prejuízos à saúde geral (à parte da aids e outras doenças de transmissão parenteral), que o *crack* causa aos seus usuários.

O fato é que houve no presente estudo uma expressiva modificação no padrão de consumo de drogas injetáveis. Dois fatores de risco aparecem com uma mudança que parece se associar diretamente a diminuição da transmissão do HIV. O número de dias que os entrevistados injetam por mês (frequência diária de uso com associação significativa) e o número de injeções diárias (mais de cinco vezes por dia, com uma forte associação), diminuíram. A análise multivariada (regressão logística) reitera que a injeção diária foi um dos fatores marcantes na possível associação com a transmissão do HIV.

Além disto, o compartilhamento de agulhas e seringas que inicialmente tem uma ascensão de 55% (Estudo I) para 71% (Estudo II); tem uma queda abrupta para 24% no Estudo III, e também aparece como fator decisivo na análise multivariada.

Estas três modificações na forma de uso injetável têm como consequência uma queda acentuada na soroprevalência do HIV, que dos 63% e 65% dos dois primeiros estudos cai para 42% no estudo final. A mesma queda pôde ser observada nas taxas de hepatites.

Estes dados, melhores dispostos no Gráfico I e no Gráfico II, somam-se a um crescimento muito expressivo do uso de *crack*, entre esta população de poliusuários, aqui já analisado. Houve, portanto, uma queda de comportamentos de risco quanto ao uso de drogas injetáveis bastante expressiva. O aumento do consumo de *crack* pode ter entrado como fator de substituição, preenchendo o vazio deixado pela diminuição do consumo da droga injetada.

Paralelamente a isto, uma série de informações indiretas levam a inferir que a estratégia de ampliação do mercado consumidor de cocaína no Brasil pelos traficantes de drogas, fez com que a cocaína em pedra para consumo, principalmente fumada (*crack*), tomasse grande parte do mercado. Somados a este fator, o preço mais baixo, a facilidade de porte e uso, a velocidade com que o efeito da droga se manifesta, dentre outros, auxiliaram.

Assim paulatinamente, a cocaína injetável passou de uma das principais drogas de uso, a uma droga de uso complementar e menos freqüente, diminuindo como já vimos, em muito os dias de uso, a quantidade usada em um mesmo dia e o compartilhamento de seringas e de agulhas.

Quando tentamos medir a eficácia direta dos programas de intervenção (*outreach work* nos Estudos II e III e Programa de Trocas de Seringas no Estudo III), vemos que sua ação foi completamente insuficiente. De toda a amostra envolvida nos 3 Estudos, cerca de 12% tiveram acesso ao Programa de *Outreach Work*. Este número é insignificante, mesmo considerando que este programa estava disponível apenas no segundo e terceiro Estudos. Já nos de troca de seringas, apenas 10% das pessoas tinham este programa como sua principal fonte de fornecimento de seringas limpas, mesmo considerando que o programa estava implantado apenas nos últimos 2 anos anteriores ao último estudo. Freqüentar qualquer um destes dois programas, não fez a menor diferença nas taxas de infecção pelo HIV. As análises bivariadas apenas sugerem a reiteração desta observação.

Embora não seja o único fator de controle das epidemias mundo afora, os programas de redução de danos, no geral, e os de troca de seringas, em particular, foram descritos por autores clássicos como Wodak, Lurie e Stinson (dentre outros autores) como sendo estratégicos no controle das epidemias de HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis e deles para a população geral. O fato de no presente estudo a inserção do público estudado neste referidos programas ser muito baixa, é um fator que teoricamente dificulta em muito o sucesso no controle da disseminação do HIV.

Uma luta política intensa entre autoridades de saúde e autoridades jurídico-policiais retardou a implantação e diminuiu em muito a magnitude dos programas de redução de danos propostos para enfrentar o problema. Ainda somou-se a isto a falta de recursos financeiros suficientes para estender estes programas às suas reais demandas, em um Sistema Único de Saúde que não tem recursos para outras questões também importantes. Mesmo considerando que estes programas tiveram um investimento real adicional com recursos da CN-DST/AIDS no âmbito do Projeto do Banco Mundial e em conjunto com recursos da UNDCP, diferentes de outras áreas do SUS que lutam por recursos. Estes recursos no entanto, só chegaram aos trabalhos na ponta de fato a partir de 1996 (apesar de existirem desde 1993). O número de projetos foi insuficiente para um país da dimensão do Brasil. Cabe ainda ressaltar que mesmo estes programas existentes careciam de inserção real, mesmo neste precário Sistema Único de Saúde. Ademais, os serviços de saúde existentes, nem sempre eram convidativos para a clientela-alvo. Finalmente não é demais lembrar que em nenhuma circunstância as iniciativas de saúde pública isoladamente devam ser superestimadas. Frequentemente elas atingiram objetivos aquém daqueles que desejamos. Em suma, a intervenção originária destas contradições foi tardia e pequena, pelo menos no caso da RMS.

Pela primeira vez em nosso meio, um Estudo teve parâmetros basais, intermediários e posteriores, para medir o quanto uma intervenção de saúde para uma população de usuários de drogas injetáveis tem repercussão. Embora este não seja o único objetivo do presente estudo, o ineditismo deste aspecto merece destaque.

No entanto não seria correto analisar o papel dos programas de redução de danos apenas por sua ação direta. Um dado relevante é o que aponta para o fato de que após saber sobre a epidemia de aids, uma parcela dos entrevistados mudaram seu comportamento que expunha ao risco de infecção pelo HIV, conforme mencionado no capítulo de resultados deste trabalho, sob o subtítulo Mudanças de Comportamento Influenciadas pelo Conhecimento de HIV/aids.

Estes resultados demonstram que uma parcela crescente de usuários de drogas injetáveis foram se tornando mais conscientes dos riscos de infecção pelo HIV nestes 10 anos. Este dado, que podere-

mos considerar um certo elemento de sucesso para as ações da saúde, é provavelmente fruto do intenso debate sobre a necessidade ou não de implantar programas de redução de danos que se travou na região na década em estudo. Também é bastante conhecida a forma de comunicação peculiar de usuários de drogas, pessoa a pessoa. Os projetos em curso, ainda que não tenham tido ampla abrangência, certamente contribuíram para estas mudanças verificadas no comportamento da população estudada. O índice de 72% de mudança de comportamento observado no Estudo III, embora crescente e importante, é ainda bastante inferior aos encontrados em países de primeiro mundo e mesmo em países como a Tailândia, no início da década de 1990. Autores diversos como Des Jarlais e colaboradores, bem como o Grupo Colaborativo do Estudo Multicêntrico de HIV entre UDIs da Organização Mundial de Saúde, dedicaram parte de seus estudos para a análise destas mesmas mudanças (32-34).

Outro fator relevante que merecerá análise posterior é o impacto que a introdução da terapia anti-retroviral para os doentes de aids, iniciada em Santos em 1996 e a seguir estendida para outras cidades da região, teve na disseminação do HIV, visto que seu uso tem impacto importante na carga viral e portanto provavelmente na transmissão do HIV. O Brasil tem tido enorme destaque nos últimos dias na imprensa leiga por sua iniciativa de sucesso nesta área, a despeito da opinião de países e organizações contrários à atitude brasileira.

É difícil definir categoricamente qual o fator determinante, mas a soma de fatores que inclui: a decisão comercial do tráfico de drogas; a opção de mudança de via de administração de drogas do próprio usuário; os efeitos indiretos dos programas de troca de seringas, de redução de danos e de outras políticas públicas de saúde dirigidas a este segmento; o aumento da consciência dos usuários de drogas, a introdução da terapia anti-retroviral nesta comunidade, dentre outros fatores; de fato levou a uma modificação dos padrões de uso de drogas e a uma diminuição expressiva de risco de infecção pelo HIV por via injetável, que são o principal achado deste trabalho.

Importante também é analisar o que chamamos de outros achados relevantes para a saúde da população-alvo: hepatites e overdoses. As taxas de soroprevalência de hepatites não foram analisadas neste trabalho com a profundidade que demos as análises das taxas de HIV. Entretanto, é pertinente o comentário de que a queda nas taxas de hepatite C foi maior que a queda nas taxas de hepatite B durante estes 10 anos de estudo, em função da similaridade nas formas de transmissão da hepatite C e do HIV. O crescimento do uso de *crack* com a diminuição da utilização da cocaína injetável; a diminuição na quantidade de droga utilizada por via injetável e de dias injetados; a morte de várias pessoas ao longo dos anos foram dentre já mencionados para as taxas de HIV, fatores que empurraram para baixo as taxas de soroprevalência de hepatites B e C. A pequena diferença na queda de hepatite C para B de 7%, pode ser explicada pela não alteração no comportamento sexual da população estudada. Como se sabe, a hepatite B tem transmissão sexual importante, quase inexistente na hepatite C. Utilizar as hepatites como marcador biológico não foi no entanto a intenção do presente estudo, e para uma análise mais conclusiva, novos estudos deverão ser realizados com este fim específico.

Chama muito a atenção, no entanto, o baixíssimo conhecimento que os entrevistados no Estudo III (o único a analisar este quesito) têm sobre as hepatites de maneira geral. O baixo índice de vacinados também é destaque, bem como a aspiração por uma vacina; que foi bastante acentuada.

Este quadro demonstra uma necessidade de se ampliar o espectro dos trabalhos de prevenção e assistência dirigidos aos usuários de drogas. Incorporar ao trabalho que vem sendo realizado com HIV/aids as informações sobre hepatites, parece uma tarefa fácil e de grande relevância. Da mesma forma, serviços que já atendem usuários de drogas, podem fornecer, sobretudo para os que fazem uso de drogas injetáveis, vacina de hepatite B, nas doses necessárias. Esta última medida, evitaria que um fígado atingido pela hepatite C, e eventualmente por uma medicação antiretroviral hepatotóxica, tivesse sua situação geral agravada. Como argumento adicional, hepatite B é uma doença considerada de transmissão sexual (DST) e portanto deve ser tema relevante para os Programas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids.

O mesmo poderia se dizer do risco de overdose a que a população estudada está exposta. Os índices de pessoas que experimentaram ou testemunharam overdoses foi também surpreendente. Isto se soma ao número também expressivo dos que referiram conhecer episódios fatais. Em muitas das vezes, o usuário está acompanhado de seus amigos usuários, familiares ou parceiros sexuais (nesta ordem) que são as pessoas que mais frequentemente os socorrem. Muitos desconfiam do sigilo dos serviços de saúde e atribuem a estes uma grande ligação com as forças de repressão.

Informações complementares ao estudo, dão conta de que há um enorme subregistro de casos de overdose na RMS, o que provavelmente reflete a situação similar em outras partes do Brasil (35). Há três hipóteses que nosso grupo de pesquisadores analisa como prováveis causas do fenômeno: o SUS não remunera overdose; os médicos de salas de emergência não sabem diagnosticar adequadamente overdose de cocaína; os pacientes temendo a denúncia à polícia e o mal atendimento preferem soluções caseiras para estes casos (36).

Da mesma forma que os serviços de saúde precisam “olhar” mais para os casos de hepatites, os casos de overdose merecem a mesma atenção (aponta o presente estudo), do que aquela que se dedica à prevenção e assistência do HIV. Utilizar drogas, sobretudo as injetáveis, traz uma série de conseqüências à saúde e temos de pensar as ações que contemplem este conjunto.



## VI - Conclusões e considerações finais

O objetivo deste projeto de analisar as tendências da epidemia de HIV/aids bem como seus determinantes entre os usuários de drogas injetáveis na Região Metropolitana de Santos durante a década de 1990, parece ter avançado neste estudo.

O estudo possibilitou a oportunidade inédita de estudar o mesmo fenômeno analisar as conseqüências para a saúde do uso de drogas injetáveis em três períodos distintos da história. Virgem de intervenção (no Estudo I); com a intervenção dos “redutores de danos” (Estudo II) e com a intervenção destes e dos programas de trocas de seringas no Estudo III (oficialmente dois em curso em Santos e um em curso em São Vicente) no Estudo III.

Da mesma forma tivemos a oportunidade inédita de estudar e portanto compreender melhor um fenômeno relativamente pouco estudado até o início dos anos 90, que se consolidou na sociedade brasileira nesta década, que é o uso de drogas injetáveis. A associação do uso de drogas injetáveis ao uso de cocaína, fez a Região Metropolitana de Santos ser conhecida como uma das de maior taxa de soroprevalência de HIV entre usuários de drogas injetáveis no mundo (1, 34). Esta mesma associação foi determinante no rápido crescimento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil como um todo (37).

O crescimento do consumo de *crack* na segunda metade da década de 90, possivelmente decidida por uma estratégia comercial do tráfico de drogas, não significou o fim do uso de drogas injetáveis. Além disto, com motivações similares, outras drogas injetáveis ou até mesmo a cocaína injetável, podem retomar seu espaço no dinâmico mercado de drogas.

Chama a atenção a modificação de comportamento para melhor, que os usuários de drogas injetáveis tiveram nestes dez anos. Contrariamente ao senso comum, é possível modificar comportamento de usuários de drogas injetáveis, como foi possível depreender do presente estudo e como vem sendo reiterado por outros pesquisadores. Uma mescla de causas, como já vimos anteriormente, que vão do temor da epidemia de aids à praticidade do uso do *crack*, se somou para que estas modificações fossem possíveis no estudo aqui analisado.

A discussão aqui estabelecida aponta para as seguintes recomendações:

- ♦ Melhoria da qualidade e extensão de cobertura dos programas de Redução de Danos;
- ♦ Inclusão de aspectos relevantes como Overdoses e Hepatites nas atividades dos PRDs (incluindo vacinação de hep B);
- ♦ Inserir os programas de redução de danos no SUS;
- ♦ Aumentar o componente sexual dos programas de RD;
- ♦ Atenção particular deve ser dada às mulheres UDIs em função de sua particular vulnerabilidade;
- ♦ Apoio à luta nacional e internacional por uma melhor política de drogas (pragmática e humanitária);
- ♦ Apoio à criação de organizações próprias de usuários de drogas.

Agradecimentos: devem ser feitos às seguintes fontes de financiamento que tornaram viáveis os referidos estudos: **Estudo I:** Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde (escritório de Brasília); Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos;

Hospital Guilherme Álvaro; Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP); Laboratório de Investigação Médica - LIM 01 – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Universidade da Califórnia Berkeley (*Fogarty International Aids Training*); Empresa Brasileira de Biotecnologia (EMBRABIO). **Estudo II:** Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde do Brasil; Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos; Laboratório de Investigação Médica - LIM 01 – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Empresa Brasileira de Biotecnologia (EMBRABIO). **Estudo III:** Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde do Brasil; Programa Estadual de DST e Aids do Estado de São Paulo; Secretaria Municipal da Saúde de São Vicente; Laboratório de Investigação Médica - LIM 01 – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Miranda Advocacia; Universidade da Califórnia Berkeley (*Fogarty International Aids Training*); Empresa Brasileira de Biotecnologia (EMBRABIO).



## VII - Bibliografia

1. STIMSON, G; CHOOPANYA K. Global Perspectives on Drug Injecting. In: Stinson, Ball and Des Jarlais, editor. Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Response. London - UK: Taylor and Francis, 1998
2. STRATHDEE S; AMEIJDEN EJC; MESQUITA, F; WODAK, A; RANA, S. & VLAHOV, D. Can HIV epidemics among injecting drug users be prevented? *Aids* 1998;12:S71-S79
3. CARLINI, E; GALDUROZ, JC; NOTO, AR; NAPPO, S; LIMA, E; ADIALA, JC. Revisão: Perfil do uso de cocaína no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1995; 44(6):287-303.
4. MESQUITA, F. Perspectivas das Estratégias de Redução de Danos no Brasil. In: Mesquita, F & Bastos, FI, editores. Drogas e Aids, Estratégias de Redução de Danos. São Paulo: HUCITEC, 1994
5. DATASUS. TABNET-AIDS, Estado de São Paulo: DATASUS - Ministério da Saúde do Brasil, on line no [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) em abril de 2000.
6. Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde do Brasil. *Boletim Epidemiológico*. Ano XIII nº 1, Brasília, junho de 2000.
7. SANTOS, N; KALICHMAN, A; GRANGEIRO, A; GIANA, C & MUNHOZ, R.. Heterossexual Transmission in women in São Paulo, Brasil. In: X International Conference on Aids. Yokohama, Japan, 1994.

8. BUENO R. Estratégias de Redução de Danos em Santos. In: Mesquita F, & Bastos, FI, editores. Troca de Seringas: Drogas e Aids; Ciência, Debate e Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 1998:163-169.
9. MESQUITA F. Dar Oportunidade de Vida ao Usuário de Drogas Injetáveis - Polêmica Nacional. In: Mesquita, F & Bastos, FI editores. Troca de Seringas: Drogas e Aids; Ciência, Debate e Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 1998:101-112.
10. WHO Collaborative Study Group. Final Report of the Multi-City Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection. Geneva: Program on Substance Abuse - World Health Organization, 1994.
11. CARVALHO, HB; MESQUITA, F; MASSAD, E; BUENO, R; TURIENZO, G; RUIZ, A and BURATTINI, M. HIV and Infections of Similar Transmission Patterns in a Drug Injectors Community of Santos, Brazil. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1996;12:84-92.
12. CARVALHO, H; BUENO, R & Projeto Brasil Collaborative Study Group. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras – Projeto Brasil. In Mesquita, F & Seibel, S editores. Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas. São Paulo: HUCITEC, 2000.
13. BUENO, R; LURIE, P; MESQUITA, F; TURIENZO, G; HAIECK, R. Bleaching Among IDUs in Santos, Sao Paulo, Brazil. XI International Conference on Aids. Vancouver, 1996.
14. MESQUITA, F; BUENO, R; KRAL, A; REINGOLD, A; ARAUJO, PJ; TRIGUEIROS, DP and SMR Collaborative Study Group. Trends of HIV epidemic related to the changes in drug using patterns among injection drug users in Santos, Brazil, during the 1990's. In: XIII International Aids Conference; 2000 Junho, Durban, África do Sul, 2000.
15. WATTERS, J; BIERNACKI, P. "Targeted Sampling: Options for the Study of Hidden Populations". *Social Problems* 1989;36:416-430.
16. LOHR S. In: "Sampling: Design and Analysis: Duxbury Press", 1999.
17. LOPES, C; RODRIGUES, L & SICHIEXRI, R. The Lack of Selection Bias in a Snowball Sampled Case-Control Study on Drug Abuse. *International Journal of Epidemiology* 1996; 25 (6): 1267-1270.
18. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Survey Measurements and Sampling Guidelines for Repeated Behavioral Surveys. Arlington, USA, 1999.
19. UNAIDS/WHO. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. Geneva, 2000.

20. WHO. Carrying out HIV Sentinel Surveillance. New Delhi, India: Organização Mundial da Saúde, 1994.
21. SZWARCOWALD, C; BASTOS, FI; GRAVATO, N; LACERDA, R; CHEQUER, P; CASTILHO, EA. The relationship of illicit drug use to HIV infection among commercial sex workers in the city of Santos, Sao Paulo, Brazil. *International Journal on Drug Policy* 1998;9:427 - 436.
22. BASTOS, FI; TELLES, PR; BASTOS, W Jr; STRATHDEE, S. Higher frequency of commercial sex among crack smokers in a sample of injecting drug users, in Rio de Janeiro, Brazil. 12th World Aids Conference. Poster - 23212, 1998.
23. MESQUITA F; BUENO, R; TURIENZO, G; PICONEZ, D; HADDAD, I; ARAUJO, PJ. Diagnóstico Rápido e Pronta Resposta. In: Mesquita F & Seibel, S. editores. Consumo de drogas, desafios e perspectivas. São Paulo, HUCITEC, 2000: 123-160.
24. CAIAFFA, W; PROIETTI, F; MARQUES, LF; DONEDA, D; CARNEIRO-PROIETTI, A; MINGOTTI, S; DESLANDES, S. e Projeto Ajude-Brasil. Prevenção do HIV em Populações em UDIs e Projeto Ajude-Brasil. In: Mesquita F & Seibel, S editores. Consumo de drogas, desafios e perspectivas, São Paulo, HUCITEC, 2000: 101-122.
25. CARVALHO, H; SEIBEL, S; SANTOS, V; SACOMI, R; FINIANOS, A; BURATTINI, M; MASSAD, E. HIV and infections with related transmission in drug users of Brazil, particularly of crack abusers - analysis of morbidity and risk factors in behavior.. In: XIII International Conference on Aids; 2000; Durban, South Africa; 2000.
26. TRIGUEIROS, DP; MESQUITA, F; BUENO, R; ARAUJO, PJ; HADDAD, I; TURIENZO, G; SANCHES, M. Hepatitis among drug users in Brazil: lack of information and its consequences. In: 11<sup>th</sup> International Conference'1 on the Reduction of Drug Related Harm; Jersey GB, 2000.
27. MESQUITA, F; BUENO, R; TRIGUEIROS, DP; ARAUJO, PJ; HADDAD, I; TURIENZO, G; SANCHES, M. Overdoses among cocaine users in Brazil. In: 11<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug Related Harm; Jersey GB, 2000.
28. GOLDSTEIN, DM. Aids and Women in Brazil: the Emerging Problem. *Social Science and Medicine* 1994;39:919-929.
29. SCHEPER-HUGHES N. An Essay: Aids and Social Body. *Social Science & Medicine* 1994;39:991-1003.

30. GIFFIN, K & LOWNDES, CM. Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. *Social science & Medicine* 1999;48:283-292
31. VENTURA-Felipe EMB, L. E.; LEME, B.; SANTOS, N.J.S.; GARCIA, S.; PAIVA, V.; HEARST, N. Risk perception and counselling among HIV-positive women in Sao Paulo, Brazil. *Inter. Journal of STD & AIDS* 2000;11:112-114.
32. DES JARLAIS, D; FRIEDMANN, P; HAGAN, H; FRIEDMAN, S. The Protective Effect of AIDS-Related Behavioral Change among Injection Drug Users: A Cross-National Study. *Am. J Public Health* 1996;86:1780-1785.
33. DES JARLAIS, D; HAGAN, H; FRIEDMAN, S; FRIEDMANN, P; GOLDBERG, D; FRISCHER, M *et al.* Preventing Epidemics of HIV-1 among Injecting Drug Users. In: Stimson GDJ, D; Ball, A, ed. Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses. London: Taylor and Francis, 1998:183-200.
34. MALLIORI, M; ZUNZUNEGUI, MV; RODRIGUES-Arenas, A; GOLDBERG, D. Drug Injecting and HIV-1 Infection: Major Findings from the Multi-City Study. In: Stimson G; Ball, A; Des Jarlais, D, ed. Global Perspectives on Drug Injecting in Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Response. London, UK: Taylor and Francis, 1998:58-75.
35. MESQUITA, F; BUENO, R; ARAUJO, PJ; TRIGUEIROS, DP; TURIENZO, G; HADDAD, I. Rapidly responding to injecting drug use and HIV in Brazil: a field-report from São Vicente, Sao Paulo State. *Journal on Drug Policy*, 2000; 11(1,2):133-144.
36. MESQUITA F; KRAL, A.; REINGOLD, A.; HADDAD, I.; SANCHES, M.; TURIENZO, G.; PICONEZ, D.; ARAUJO, P.; BUENO, R. Overdoses among Cocaine Drug Users in Brazil. *Addiction*, aprovado para publicação em junho de 2001.
37. FONSECA, MG & CASTILHO, E. Os Casos de Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis. Brasil, 1980-1997. In: *Boletim Epidemiológico de Aids*, Coordenação Nacional de DST/Aids, Ministério da Saúde, Brasília, junho a agosto de 1997.



# Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis & HIV/aids no Rio de Janeiro

Parte I: "Rumo a uma  
epidemia sob controle?"

*Francisco Inácio Bastos<sup>1</sup>; Paulo Telles<sup>2</sup> & Mariana Hacker<sup>3</sup>*

---

<sup>1</sup> Pesquisador-adjunto da Fundação Oswaldo Cruz e do CNPq.

<sup>2</sup> Coordenador do Projeto de Redução de Danos do NEPAD-UERJ.

<sup>3</sup> Estatística, Mestranda da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.



## I - Introdução

O presente texto procede a um rápido balanço de uma década de pesquisas desenvolvidas no Rio de Janeiro junto à população de usuários de drogas, especialmente injetáveis. O eixo que norteia o texto se refere ao aparente declínio das taxas de prevalência (e possivelmente de incidência), para diferentes infecções de transmissão sexual e/ou sangüínea, fundamentalmente exemplificadas pelo HIV/aids, ao longo de mais de uma década de avaliação desta população na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

A qualificação de "aparente" para declínios empiricamente verificados prende-se basicamente a duas questões, de certa forma, complementares:

O Rio de Janeiro jamais contou com estudos longitudinais no âmbito desta população, mas apenas com uma seqüência de estudos seccionais (o que se conhece por "painel de estudos seccionais seriados"). A análise destes painéis está sujeita a diversos vícios e imprecisões - o que foge ao escopo deste texto detalhar -, e que foram revisados em Ades (1995). Neste sentido, sua interpretação deve ser vista como, invariavelmente, provisória e preliminar.

Ainda no que diz respeito às questões intrínsecas à pesquisa, cabe observar que em se tratando de populações de difícil acesso e, no caso específico dos usuários de drogas, de população marginalizada quando não criminalizada, não é possível obter amostras de fato aleatórias, mas tão somente amostras mais ou menos relevantes e em certa medida representativas (ainda que invariavelmente sujeitas a vícios amostrais diversos) de um universo, em larga escala, desconhecido (Godfrey *et al.*, 2001).

A solução contemporânea para tais dificuldades tem sido, basicamente, a de combinar diferentes abordagens metodológicas, de natureza qualitativa (por exemplo, métodos de avaliação rápida ou a etnografia clássica), quantitativa (epidemiologia e modelagem matemática) e mista (análise das redes sociais). A aposta aqui é que da triangulação de informações provenientes de diferentes abordagens metodológicas será possível obter uma consistência que falta às estimações de base exclusivamente estatística em situações em que não é possível obter amostras aleatórias (o que, para alguns metodólogos algo radicais, inviabilizaria por si só quaisquer estimações de fato válidas) (Godfrey *et al.*, 2001).

- 2) Uma segunda limitação, tanto metodológica como mais propriamente epistemológica, se refere ao fato de não ser possível em um universo de pesquisa complexo, em que a própria definição de uso de drogas injetáveis ("caso") está longe de ser consensual e campo sujeito à influência de fatores diversos e contraditórios (políticas nacionais e internacionais de drogas; políticas de saúde; dinâmica de mercados ilícitos e organizações criminosas, nacionais e supranacionais etc.), definir associações efetivamente causais entre mudanças observadas em alguns dos parâmetros e/ou indicadores e determinadas ações implementadas e/ou alterações contextuais. Ou seja, é possível supor, mas não demonstrar que políticas preventivas determinem taxas declinantes de infecção nesta população, uma vez que diferentes fatores podem estar aí envolvidos, tais como as mudanças na "cena de uso", mudanças no acesso e na natureza dos tratamentos para o abuso de drogas ou na política de drogas lato sensu. Além disso, estudos seccionais não se prestam, por definição, a demonstrar associações causais.

Enfim, para que todas as limitações acima apontadas não constituam fatores impeditivos, mas apenas uma exigência da necessária prudência, cabe apostar na multiplicidade de metodologias e fontes de dados disponíveis, na interpretação judiciosa e, *last but not least*, na refutabilidade dos achados e seu permanente refinamento.

## II - HIV/AIDS no Brasil e no mundo

A epidemia de aids segue em expansão acelerada em todo o mundo, com importantes assimetrias ao longo das diferentes regiões e dos segmentos populacionais (UNAIDS, 2000). O Brasil ocupa hoje uma posição intermediária entre países com epidemias em franca expansão - onde os exemplos mais dramáticos, com relação à epidemia entre usuários de drogas injetáveis (UDI), são as ex-repúblicas da União Soviética e/ou atuais estados membros da Federação Russa (UNAIDS, 2000; Rhodes *et al.*, 1999) - e países onde a epidemia está praticamente sob controle, de uma forma geral e entre os UDI, como a Austrália.

O exemplo dos países desenvolvidos vem demonstrando claramente que não só é possível prevenir epidemias em determinados segmentos populacionais, mesmo em segmentos considerados, a princípio, como refratários à mudança comportamental, como os UDI (Des Jarlais *et al.*, 1998a), como reverter epidemias "maduras"/estabelecidas (ainda uma vez o exemplo paradigmático é o sucesso das intervenções desenvolvidas entre UDI - Des Jarlais *et al.*, 1998b; Des Jarlais *et al.*, 2000a; Des Jarlais *et al.*, 2000b).

O sucesso destas intervenções preventivas se prende, por um lado, a fenômenos de fácil compreensão (embora de difícil mensuração) como o aumento da oferta de seringas estéreis e a retirada de circulação de

seringas passíveis de "infectar" os UDI que as reutilizam (Bastos & Strathdee, 2000), mas vão bem além disso, o que inclui desde efeitos indiretos das estratégias preventivas (por exemplo, cuidados médicos básicos dispensados pelos programas de troca de seringas - PTS -, com conseqüente redução de taxas de infecção por outras infecções sexualmente transmissíveis que não o HIV/aids, que servem como cofatores na transmissão sexual do HIV - Bastos & Strathdee, 2000) a características complexas das redes de interação dos UDI e seus parceiros sexuais (Friedman *et al.*, 2000), passando pela capacidade dos PTS de referir os UDI a programas de tratamento para o abuso de drogas, e com isso reduzir substancialmente ou mesmo eliminar as práticas de injeção (devido à abstinência do consumo de drogas ou a transição para padrões de consumo que não incluam as drogas injetáveis) (Strathdee *et al.*, 1999).

Enfim, ainda que não seja possível por ora estabelecer precisamente o quanto cada um desses fatores (e outros, não mencionados aqui) vem contribuindo para a "prevenção" e/ou reversão de epidemias entre UDI (van Ameijden *et al.*, 1994; van Ameijden *et al.*, 1995), fato é que ambas ("prevenção" e reversão de epidemias) são factíveis, uma vez que existam os recursos humanos, financeiros e técnicos necessários. Ainda que a pesquisa brasileira esteja muito aquém da pesquisa norte-americana, européia e australiana na identificação de "pontos nodais" a serem atacados com vistas à implementação de estratégias de prevenção mais efetivas, eficazes e culturalmente apropriadas, e esteja ainda Tateando nos esforços de avaliação das iniciativas já implementadas, é vital dispor de dados empíricos consistentes e abrangentes, tanto em termos de linha-de-base como de avaliação (ainda que preliminar) do impacto das ações de prevenção.

O cenário brasileiro contemporâneo do uso de drogas vem se alterando segundo um ritmo acelerado de transição, combinando padrões tradicionais de consumo de drogas (por exemplo, maconha), drogas psicofarmacológicas vendidas sem controle, substâncias inaladas (por exemplo, cola de sapateiro), e drogas ilícitas prevalentes em países ocidentais (como, a cocaína em pó e o *crack*) (Bastos *et al.*, 1998a; Bastos & Carlini-Cotrim, 1998).

Diferentes estudos (Bastos & Barcellos, 1995; Barcellos & Bastos, 1966; Szwarcwald & Bastos, 1998; Szwarcwald *et al.*, 1998b; Szwarcwald *et al.*, 2000a) têm mostrado que o Brasil, devido à sua extensão continental e forte heterogeneidade social e cultural, abriga muitas subepidemias regionais distintas de HIV/aids.

A epidemia de HIV/aids entre UDI no Brasil seguia, em seu início, as principais rotas de tráfico da cocaína, da fronteira oeste (próxima a áreas de produção de coca) aos principais portos localizados na costa sudeste (Barcellos & Bastos, 1996). As rotas de tráfico de cocaína - ligando o Oeste e o Sudeste/Sul do País - se beneficiaram da malha viária e de uma rede de cidades com mercado consumidor expressivo e sistema financeiro capaz de intermediar estas operações no "centro nervoso" do País.

Pesquisas internacionais indicam que os UDI são uma população muito dinâmica (Frischer, 1998). Um exemplo desta mobilidade no contexto brasileiro é a ocorrência de dois surtos de malária secundária entre UDI no estado de São Paulo, livre da doença por décadas. Estes surtos foram atribuídos à migração de UDI de outras áreas do País (Bacia Amazônica e Centro-Oeste), onde a malária foi, e é, endêmica (Bastos *et al.*, 1999b). A maioria desses UDI estava co-infectada com o HIV, num exemplo de superposição geográfica e clínica de patologias diversas (Morgado *et al.*, 2000).

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

Um entendimento abrangente do papel do uso de drogas injetáveis em epidemias de HIV específicas deve considerar hábitos e costumes locais, além dos comportamentos individuais. Como mostrado por Kalichman (1993), Grangeiro (1994) e Fonseca & Castilho (1997), os UDI estão concentrados nas regiões socioeconômicas mais ricas do Brasil, embora a vasta maioria deles pertença aos estratos sociais mais pobres e com escolaridade mais baixa.

O Rio de Janeiro possui uma cena bastante dinâmica com relação ao consumo de drogas, onde a cocaína é tipicamente cheirada. Interessantemente, a epidemia de HIV/aids nesse estado não tem sido fortemente influenciada pela, relativamente, pequena parcela da população que faz uso de drogas injetáveis (comparando-se com o quadro registrado em São Paulo, por exemplo). Como revisto por Telles *et al.* (1997), as taxas de soroprevalência para a infecção pelo HIV entre UDI no Rio de Janeiro vinham se mantendo, até muito recentemente, relativamente elevadas para os padrões internacionais (em torno de, aproximadamente, 25%), sem nunca haverem alcançando níveis catastróficos como em Santos (onde chegaram a atingir valores da ordem de 60%; Carvalho *et al.*, 1996). Embora o Rio de Janeiro seja geograficamente próximo a Santos, e ambas as cidades compartilhem diversas características culturais e socioeconômicas (o fato de serem portos de grande calado, desempenharem um papel aparentemente central no tráfico de cocaína como corredores de exportação e contarem com uma vigorosa indústria de turismo), as duas cidades possuem um cenário de drogas e epidemias locais de HIV/aids substancialmente distintos.

A cidade do Rio de Janeiro talvez seja a cidade brasileira com o maior número de estudos conduzidos entre a população de usuários de drogas (especialmente entre usuários de drogas injetáveis). Nossa equipe de pesquisa tem estado envolvida em diferentes estudos seccionais desde 1990, iniciando-se esta série com o primeiro Estudo Multicêntrico OMS (Lima *et al.*, 1994; Friedman *et al.*, 1998; Mesquita *et al.*, 1998; Des Jarlais *et al.*, 1995; Des Jarlais *et al.*, 1996); o Estudo Multicêntrico Brasileiro (Projeto Brasil) (Telles *et al.*, 1997; Telles *et al.*, 1998; Oliveira *et al.*, 1999; Bastos *et al.*, 2000a); um inquérito de centros de tratamento para drogas (Bastos *et al.*, 2000b), e o Estudo OMS Fase II, ainda em andamento (Bastos *et al.*, 2001a; Bastos *et al.*, 2001b; Telles *et al.*, 2001). Outro estudo, patrocinado pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) dos EUA e pela Universidade de Miami teve como alvo basicamente os usuários de cocaína em comunidades marginalizadas (Surratt, 2000).



### III - Alguns achados empíricos do estudo em curso, em comparação com estudos anteriores<sup>4</sup>

Os estudos desenvolvidos pelo nosso grupo de pesquisa, no Rio de Janeiro, vinham registrando até então prevalências pontuais para a infecção pelo HIV na população de UDI em torno de 27% (Telles *et al.*, 1997; Guimarães *et al.*, 2001) e prevalências substancialmente mais elevadas (acima de 55%) para as hepatites B e C (Oliveira *et al.*, 1999), nos sucessivos estudos seccionais que realizamos junto a esta população.

---

<sup>4</sup> *Todos os projetos cujos dados são aqui revisados foram parcialmente financiados pelo Ministério da Saúde. Os diferentes projetos envolveram mais de duas dezenas de profissionais de diversas instituições, envolvendo o Departamento de Informações para a Saúde e os laboratórios de Imunologia e Virologia da Fiocruz, colegas de diferentes instituições estrangeiras, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Ambulatório do Banco da Providência. Os projetos contaram com o apoio decisivo da Fiocruz, Faperj e CNPq, além de verbas internacionais.*

Para nossa surpresa, nos deparamos, no âmbito do estudo OMS Fase II de avaliação da prevalência e fatores de risco para o HIV e hepatites virais entre usuários de drogas, injetáveis e não-injetáveis, com uma prevalência pontual para a infecção pelo HIV de aproximadamente 8-9%, dependendo do momento de totalização dos resultados (estando restritas, por ora, estas análises aos usuários ou ex-usuários de drogas injetáveis), acompanhada de redução igualmente substancial das prevalências para as hepatites B e C.

Os achados parecem consistentes com resultados anteriores, no sentido de uma epidemia em declínio nesta população no Rio de Janeiro, como é possível demonstrar por meio da triangulação de dados provenientes de diversas fontes, o que descrevemos com mais detalhe a seguir.

Um recente artigo do nosso grupo evidenciou um achado favorável a um aparente declínio de novas infecções pelo HIV nesta população (Guimarães *et al.*, 2001). Utilizando um algoritmo de teste sensível/menos sensível (também chamado de *detuned assays*; Janssen *et al.*, 1998), não encontramos uma única nova infecção nas amostras de sangue de UDI, de projeto anterior, coletadas entre 1994-6.

Em virtude de não termos encontrado uma única infecção recente para o HIV nestas amostras, não nos deparamos com o problema habitual de estimativas desta natureza, os dilatados intervalos de confiança quando da estimação de incidência a partir de amostras pequenas (Janssen *et al.*, 1998). Repetiremos no projeto em curso (que já recrutou mais de 600 usuários e ex-usuários de drogas injetáveis) o mesmo algoritmo de testagem, contando desta feita com uma amostra substancialmente maior e, portanto, com a oportunidade de estimar a incidência da infecção pelo HIV nesta população com uma menor margem de erro.

Igualmente, no âmbito de outro projeto anterior, desenvolvido exclusivamente em centros de tratamento para o abuso de drogas (Bastos *et al.*, 2000a), encontramos prevalências relativamente baixas para os diferentes patógenos de transmissão sexual e sanguínea avaliados, inclusive o HIV (0,9%). Prevalências estas comparáveis aos dados disponíveis para a assim denominada "população geral" (com exceção da prevalência para o vírus da hepatite C - HCV), substancialmente

mais elevada no subgrupo de usuários e ex-usuários de drogas injetáveis entrevistados, frente aos demais usuários de drogas avaliados pelo estudo e à população geral). Ainda que em se tratando de uma amostra cujo processo de (auto)seleção está sujeita a viés fundamental - uma vez que congregava usuários que demandaram espontaneamente tratamento para um consumo de drogas que lhes pareceu abusivo, concordando em permanecer em listas de espera e, posteriormente, num árduo programa de tratamento, em regime de internação -, não deixa de ser animador constatar que usuários de drogas com um grau de abuso que justifica (aos seus olhos e aos olhos dos profissionais) uma internação prolongada não estejam mais frequentemente sujeitos às diferentes infecções do que a população geral (Bastos *et al.*, 2000a).

Comparando o estudo OMS Fase II ao projeto anterior desenvolvido em 1994/6 (Projeto Brasil), é possível verificar ainda que o declínio observado no projeto em curso quanto à prevalência da infecção pelo HIV se faz acompanhar de um declínio em tudo semelhante das taxas de infecção para os agentes das hepatites B e C (bastante mais pronunciado quanto a esta última). Os valores encontrados no âmbito do projeto OMS II foram de (dados parciais, referentes a 565 UDI/ex-UDI recrutados até agosto de 2001): 4,1%, 28,7% e 15,8%, para, respectivamente, a infecção aguda pelo HBV (vírus da hepatite B) (definida pela presença do marcador HBsAg); qualquer marcador sorológico para o HBV (ou seja, infecção aguda, crônica ou passada para o HBV) e para a infecção pelo HCV. Já no projeto de 1994/6 (Projeto Brasil), estes valores foram de, respectivamente, 7,8%, 55,8% e 69,6%.

O declínio muito acentuado da prevalência para a infecção pelo HCV no presente estudo (frente aos projetos anteriores) aparentemente acompanhou o declínio, igualmente expressivo, dos diferentes comportamentos de risco na esfera das práticas de injeção (por exemplo, redução do compartilhamento de seringas e agulhas ou menor frequência de auto-administração de cocaína injetável).

Tomamos como base de comparação o projeto anterior coordenado pela OMS (OMS I), desenvolvido entre 1990-4 (WHO International Collaborative Group, 1994), em virtude do fato de algumas questões e chaves de resposta serem idênticas em ambos os projetos (respectivamente, OMS I e OMS II).

No projeto OMS I, as proporções encontradas, em relação aos usuários que injetavam<sup>5</sup> diariamente, semanalmente e mensalmente, foram de, respectivamente, 20%, 55% e 25% (WHO International Collaborative Group, 1994; valores aproximados). Já quanto aos dados parciais do projeto OMS II, essas proporções foram de, respectivamente, 3%, 52% e 45%. Ou seja, observou-se no segundo projeto (em comparação com o primeiro) redução substancial dos usuários que auto-administravam cocaína com frequências muito elevadas ("diária"), com aumento da proporção de pessoas que auto-administravam cocaína mais espaçadamente ("mensal"), sem que houvesse qualquer alteração substancial nas frequências médias ("semanal") de um projeto em relação ao outro. Com isso, registrou-se queda substancial das frequências agregadas de injeção, do primeiro para o segundo projeto.

Quanto ao compartilhamento de agulhas e seringas<sup>6</sup>, embora a proporção de usuários que nunca compartilharam, nos últimos 6 meses, não tenha se alterado significativamente do primeiro para o segundo projeto (65-70%), entre os usuários com alta frequência de compartilhamento (recategorizados como "diariamente" ou "semanalmente", para efeito de análise), as proporções caíram de, respectivamente, 1% (compartilhamento "diário") e 7% (compartilhamento "semanal"), no projeto OMS I, para 0% (ou seja, nenhum UDI/ex-UDI até o momento relatou ter compartilhado agulhas e seringas com frequência "diária" nos seis meses anteriores à entrevista) e 1,4%, indicando redução expressiva entre aqueles que compartilhavam, frequentemente, agulhas e seringas, também reduzindo, com isso, a frequência global de compartilhamento.

<sup>5</sup> O enunciado da questão em ambos os projetos (OMS I e OMS II) foi: "Nos meses em que você injetou, com que frequência o fez?"

<sup>6</sup> O enunciado da questão em ambos os projetos (OMS I e OMS II) foi: "Quando você se injetou nos últimos 6 meses, qual a frequência com que isso ocorreu com agulhas e/ou seringas usadas, emprestadas, alugadas ou vendidas a você por uma outra pessoa (incluindo aí seu/sua parceiro/a)?"

Em suma, dois fatores de risco centrais à transmissão parenteral - as frequências de injeção e de compartilhamento - tiveram suas frequências globais bastante reduzidas, com particular redução das frequências extremas, que estão associadas a riscos especialmente ampliados.

Observou-se ainda, na esfera dos hábitos e comportamentos sexuais, redução parcial das práticas de sexo desprotegido, quando se compara o presente ao projeto anterior (OMS I). No anterior, aproximadamente 82% relataram nunca usar preservativos com o(s) parceiro(s) principal(is) do sexo oposto, com referência aos 6 meses anteriores à entrevista<sup>7</sup>. No presente projeto, essa proporção caiu para 63%. Por outro lado, não foi observada qualquer alteração substancial quanto à frequência de uso de preservativos com parceiros ocasionais de um projeto para o outro.

---

<sup>7</sup> O enunciado da questão em ambos os projetos (OMS I e OMS II) foi: “Nos últimos 6 meses, quando você teve relações vaginais ou anais com seu(s)/sua(s) parceiro(s)/parceira(s) principal(ais) do sexo oposto, com que frequência você ou seu(sua) parceiro(a) usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino?”



## IV - Discussão

Em contraste com o recente aumento da incidência de aids nas cidades (especialmente litorâneas) do sul do Brasil, onde o papel dos UDI na epidemia regional é absolutamente central, municípios como Santos (SP) (o maior porto brasileiro), após experimentarem uma difusão explosiva do HIV/aids no começo da epidemia (anos 80), têm registrado nos últimos anos uma "desaceleração" do processo de difusão da epidemia de aids (expressa pelo registro de novos casos de aids), de um modo geral e, especificamente, entre os UDI (Mesquita, 2000).

Tais achados sugerem que o Brasil está experimentando, cronologicamente, diferentes epidemias. Uma epidemia mais madura existiria, por exemplo, em Santos (e Baixada Santista), municípios nos quais a prevalência da infecção pelo HIV entre UDI, antes aparentemente "estabilizada" em níveis muito elevados de 50-60% (Carvalho *et al.*, 1996), está, assim como no Rio de Janeiro, experimentando um declínio expressivo (Mesquita, 2000). Resultados similares foram ainda relatados em Salvador, Bahia, com um declínio igualmente expressivo das prevalências das infecções para o HIV e o HTLV - vírus causador da leucemia/linfoma das células T e da paraparesia espástica tropical - em estudo recente (1999/2000), quando comparado a estudos anteriores (Dourado *et al.*, 1998).

Por outro lado, vários estudos conduzidos em outros municípios e regiões (principalmente localizados no interior do Estado de São Paulo, e costa sul do Brasil - Caiaffa *et al.*, 2001) indicam persistirem níveis altos de infecção pelo HIV entre UDIs brasileiros, e em menor extensão entre usuários de *crack* (Szwarcwald *et al.*, 1998a). Como as taxas de infecção pelo HIV, nesta última população, são significativamente mais elevadas (Szwarcwald *et al.*, 1998a) do que aquelas encontradas entre populações que são consideradas representativas da população geral (por exemplo, doadores de sangue, mulheres grávidas e conscritos do exército, Bastos *et al.*, 1995; Szwarcwald *et al.*, 2000b), o papel do consumo de *crack* (e dos riscos sexuais ampliados a ele associados) na epidemia do HIV, no Brasil, não deve ser considerado desprezível, constituindo, entretanto, o uso de drogas injetáveis o maior e renovado desafio.

Nossa conclusão provisória é que em algumas regiões brasileiras (das quais Rio de Janeiro, Baixada Santista e Salvador constituiriam exemplos) existem hoje epidemias de HIV maduras em suas populações de UDI. Embora não nos seja possível, por ora, estabelecer relações de causalidade e precedência, fato é que nestas mesmas localidades foram implantados, com relativo sucesso, programas preventivos (Telles, 1999; Mesquita, 2000; Andrade *et al.*, 2001a). O quanto das alterações observadas na dinâmica dessas epidemias é possível atribuir em cada região à saturação da população de UDI, à mudança espontânea de seus hábitos, a mudanças na "cena de uso", e o quanto à ação dos programas preventivos, cabe a nós responder.

Os dados disponíveis até o momento para o projeto OMS II apontam para um acréscimo importante (em relação a projetos anteriores) de variáveis-chave para a transmissão parenteral do HIV (e demais patógenos de transmissão sanguínea), além de uma redução não-homogênea das práticas sexuais desprotegidas, redução esta basicamente restrita às parcerias com parceiros sexuais principais do sexo oposto.

Esses achados explicariam, em parte, o declínio da prevalência da hepatite C no presente estudo, já que se trata de um patógeno de transmissão quase exclusivamente parenteral, que apresenta letalidade importante apenas em um prazo dilatado e em uma fração de pacientes infectados que evoluem com infecção crônica e ativa (Thomas *et al.*, 2000), ou seja, que não atinge níveis de saturação com a velocidade do HIV/aids.



Os resultados parciais são encorajadores, mas muito há de ser feito se quisermos de fato controlar a epidemia de HIV/aids (e demais infecções de transmissão sexual e/ou sanguínea) nesta população (seus parceiros sexuais e prole). Por um lado, a redução de riscos na esfera sexual é ainda inconsistente e claramente insuficiente, uma vez que partiu de níveis extremamente elevados de risco (Telles *et al.*, 1997). Por outro lado, os riscos parenterais se reduziram, mas estão longe de uma eliminação ou redução a níveis insignificantes. O hábito de fato almejado como meta central dos programas preventivos - o não-compartilhamento de agulhas e seringas - não parece ter tido sua frequência alterada ao longo dos anos, ainda que tenham se reduzido a frequência de auto-administração de drogas (basicamente a cocaína) por via injetável e a frequência agregada de compartilhamento, esta última basicamente tributária da redução expressiva do hábito de compartilhar em um subgrupo de indivíduos com frequências muito elevadas de injeção e compartilhamento. Poderíamos pensar que os programas preventivos (somados à mudança espontânea de comportamento) estejam determinando, fundamentalmente, alterações do comportamento daqueles indivíduos com hábitos de injeção particularmente danosos e arriscados, embora com capacidade aparentemente limitada, até o momento, de eliminar, de fato, comportamentos de maior risco ou de atingir efetivamente subgrupos de indivíduos que neles incorrem de forma pouco regular ou intermitente.



## V - Perspectivas de análises futuras

Diversas iniciativas de pesquisa, no Brasil, vêm tematizando o efeito combinado do uso de diferentes drogas (e álcool) sobre os comportamentos de risco para a infecção pelo HIV, além das transições das vias de uso. Destacariamos aqui a questão das trabalhadoras do sexo socialmente carentes, consumidoras de *crack* e diversas outras substâncias (Szwarcwald *et al.*, 1998b), dos usuários de *crack* e cocaína injetável, de forma simultânea ou intermitente (Bastos *et al.*, 1998b), e jovens em situação de rua, usuários de diferentes substâncias psicoativas (Raffaelli *et al.*, 1993).

Ao invés de tentar estabelecer relações causais lineares entre padrões do abuso de drogas e comportamentos de risco, cabe, na verdade, identificar e caracterizar "estilos de vida", e procurar evidenciar a interação entre fatores de vulnerabilidade social, comportamentos individuais, redes sociais e padrões de consumo de drogas (Friedman, 1993).

Outro aspecto-chave encontrado na pesquisa brasileira, nos últimos anos, tem sido a análise da transição entre rotas de auto-administração de cocaína (Dunn & Laranjeira, 1999; Ferri & Gossop, 1999), um campo de estudo anteriormente restrito a outros contextos, onde a heroína é consumida mais frequentemente. Como evidenciado por

ambos os grupos de pesquisa brasileiros, as transições de via de consumo da cocaína são bastante freqüentes, e ocorrem em diferentes direções (isto é, de modos de administração de maior risco, para os mais seguros, e vice-versa), e incluem períodos espontâneos de abstinência assim como freqüentes recidivas. Esta dinâmica torna a prevenção e o tratamento do consumo abusivo de cocaína e danos associados verdadeiros desafios a serem realizados continuamente, sempre de forma flexível.

Portanto, a agenda brasileira de pesquisa deve incorporar, progressivamente, a complexa dinâmica do consumo de drogas nas suas diferentes inter-relações com infecções de transmissão sexual e/ou sanguínea. Neste sentido, cabe, retomando as idéias desenvolvidas na introdução, desenvolver protocolos que contemplem, simultaneamente, diferentes metodologias, desenhos de estudo e recortes populacionais.

Visando ao aprimoramento dos protocolos de pesquisa em curso e igualmente com o objetivo de minimizar algumas das suas limitações, tecemos os comentários abaixo:

Cabe, em primeiro lugar, ampliar e intensificar as estratégias de recrutamento, aumentando o número de recrutadores e locais de recrutamento, com o objetivo de minimizar os vícios de seleção, sempre presentes em estudos que lidam com populações ocultas. Embora a estratégia de recrutamento seja a de indicação sucessiva de entrevistados ou bola-de-neve, cabe observar que o estudo OMS II foi precedido, nas diferentes cidades nele envolvidas (inclusive nas três cidades brasileiras), por um processo intensivo de "mapeamento" da "cena de uso", pela utilização de entrevistas com informantes-chaves, grupos focais e entrevistas em profundidade, de acordo com a metodologia de "Avaliação Rápida e Pronto Resposta" (RAR), proposta pela OMS (WHO, 1997).

Como discutido anteriormente por um dos autores do presente texto (Bastos, 1996), é fundamental, ao lidar com populações ocultas, diversificar as características e a inserção dos recrutadores, de modo a explorar o campo de estudo de forma exaustiva, evitando tanto quanto possível passar ao largo de eventuais "bolsões" de características peculiares, como redes sociais caracterizadas por determinados hábitos, ou prevalências mais baixas ou mais elevadas (Friedman *et al.*, 2000). Os resultados de alguns estudos têm sido animadores no sentido de desenvolver

estratégias que reduzam a "clonalidade" das cadeias de recrutamento (ou seja, a propriedade de reproduzir, grosso modo, determinadas características dos recrutados ao longo das sucessivas indicações, Díaz *et al.*, 1992), e da constatação de que é possível minimizar os vícios amostrais utilizando a bola-de-neve como estratégia de recrutamento (Lopes *et al.*, 1996).

Na medida do possível, continuaremos a desdobrar a proposta original da OMS (restrita, na série de manuais "RAR", às diferentes metodologias qualitativas - WHO, 1997) de triangulação de métodos diversos de apreensão da realidade. Tal proposta incorpora, no nosso caso, diferentes variáveis biológicas, que não constam da proposta original da OMS.

Uma análise relevante a ser desenvolvida, neste caso, compara "novos" e "antigos" injetadores, a princípio, aprofundando análise anterior (Friedman *et al.*, 1998), que considerou, com propósitos basicamente descritivos, como "novos injetadores" os UDI que haviam começado a injetar há menos de 6 anos. Por meio dessas comparações e da utilização de algoritmos de testagem sensíveis/menos sensíveis (*detuned*) é possível avaliar como está ocorrendo a "reposição" de uma população absolutamente dinâmica, onde ocorrem com frequência: deslocamentos geográficos, mortes, adoecimento e saída da cena de uso, interrupção do consumo de drogas, interrupção do consumo de drogas injetáveis e transição das vias de consumo etc.

Se, por um lado, é possível ocorrer a "saturação" desta população quanto ao risco de se infectar por diferentes patógenos, por outro, existe um "ingresso" contínuo, na cena de uso, de novos injetadores (inicialmente, não infectados). O monitoramento dos hábitos, prevalências para os diferentes patógenos e, quando possível, estimativas da incidência de algumas destas infecções entre os "novos injetadores", é fundamental à compreensão da dinâmica das cenas de uso e da disseminação dos patógenos nessas cenas.

Partindo-se do pressuposto de que, nesta população (e, em grande medida, nas demais), a infecção pela hepatite C está basicamente associada à exposição parenteral (Burattini *et al.*, 2000), é possível correlacionar variações desta prevalência (entre subamostras e entre amostras de diferentes "cortes" ao longo do tempo) a variações dos hábitos de injeção. Repetindo o que dissemos anteriormente, esta tarefa é sempre complexa e falível, uma vez que a análise de prevalências seriadas está sujeita a inúmeras imprecisões e dificuldades, a par das limitações decorrentes da não-aleatoriedade das amostras estudadas.

Em relação à transmissão do HIV, há que considerar ainda o papel muito relevante (e absolutamente distinto entre homens e mulheres) da transmissão sexual na difusão do HIV na população de UDI (Strathdee *et al.*, 2001).

Outra avaliação a ser desenvolvida é aquela que compara usuários de drogas que relatam e não relatam tratamento e/ou contato com programa de prevenção e/ou mudança espontânea de comportamento. É necessário também aqui proceder com grande cautela, dadas as especificidades da epidemiologia das doenças infecciosas e a multiplicidade e diversidade de ações (e suas conseqüências) preventivas e terapêuticas implementadas pelos diferentes programas (o que discutimos com detalhe em Bastos & Strathdee, 2000). Ainda assim, é possível avançar algumas análises, ainda que preliminares, possibilitando o debate posterior acerca do possível papel dos programas preventivos e terapêuticos na redução observada das taxas de infecção. A propósito, cabe recordar o artigo, hoje clássico, de Bruneau *et al.* (1997), sobre os possíveis efeitos adversos dos programas de troca de seringas, que, a partir de sua publicação no *American Journal of Epidemiology*, motivou um acirrado debate que prossegue ainda hoje, quatro anos após sua publicação.

## VI - Bibliografia

- ADES A E (1995). Serial HIV seroprevalence surveys: Interpretation, design, and role in HIV/AIDS prediction. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 9:490-9.
- ANDRADE T, LURIE P, MEDINA MG, ANDERSON K & DOURADO, I (2001a). The opening of South America's first Needle Exchange Program and an epidemic of *crack* use in Salvador, Bahia-Brazil. In: AIDS & Behavior 5:51-64.
- BARCELLOS C & BASTOS F I (1996). Redes sociais e difusão da aids no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 121:11-24.
- BASTOS FI, TELLES PR, CASTILHO EA & BARCELLOS C (1995). A epidemia de Aids no Brasil. In: Minayo MCS (ed). Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec & ABRASCO.
- BASTOS FI & BARCELLOS C (1995). A geografia social da aids no Brasil. Revista de Saúde Pública 29:52-62.
- BASTOS FI (1996). Ruína & Reconstrução - Aids e Drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA & IMS-UERJ.

- BASTOS, FI & CARLINI-COTRIM, B (1998). O consumo de substâncias psicoativas entre os jovens brasileiros: dados, danos & algumas propostas. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento - CNPD (ed.). Jovens Acontecendo nas Trilhas das Políticas Públicas, Vol. II. Brasília: CNPD.
- BASTOS, FI, STIMSON G, TELLES PR & BARCELLOS C (1998a). Cities responding to HIV-1 epidemics among injecting drug users, in: STIMSON G, DES JARLAIS DC & Ball A (eds.). Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses. Londres: UCL Press.
- BASTOS FI, TELLES PR, BASTOS JR. W & STRATHDEE SA (1998b). Higher frequency of commercial sex among *crack* smokers in a sample of injecting drug users, in Rio de Janeiro, Brazil. Paper presented at the XII International Conference on Aids, abstract book, p. 84, Geneva.
- BASTOS FI, BARCELLOS C, LOWNDES CM & FRIEDMAN SR (1999b). Co-infection with malaria and HIV in injecting drug users in Brazil: a new challenge to public health? *Addiction* 94:1165-1174.
- BASTOS FI (2000). Drugs and AIDS: A case study from Brazil. Urban Health and Development Bulletin 3:30-38.
- BASTOS FI & STRATHDEE SA (2000). Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Soc Sci Med* 51:1771-82.
- BASTOS FI, TELLES PR, OLIVEIRA ML & MORGADO MG (2000a). Infecção pelo HIV e HTLV e hepatites virais entre UDIs no Rio de Janeiro. In: Mesquita FC & Seibel S (eds.). Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas. São Paulo: Hucitec.
- BASTOS FI, LOWNDES CM, DERRICO M *et al.* (2000b). Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J STD AIDS* 11:383-392.
- BASTOS FI, TELLES PR, OLIVEIRA ML *et al.* (2001a). Different findings point to a substantial decline of the AIDS epidemic among injection drug users (IDUs) in Rio de Janeiro (RJ), Brazil. XII Conf. Int. de Redução dos efeitos nocivos das drogas (harm reduction), New Delhi.



- BASTOS FI, TELLES PR, DERRICO M, HACKER MA & SZWARCOWALD CL (2001b). Factors associated with overdose self-report in a sample of injecting drug users (IDUs) and ex-IDUs in a cocaine consuming environment, in Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Paper presented at the XII International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, abstract book p. 47, New Delhi.
- BRUNEAU J, LAMOTHE F, FRANCO E *et al.* (1997). High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. Am J Epidemiol 146:994-1002.
- BURATTINI M, MASSAD E, ROZMAN M, AZEVEDO R & CARVALHO H (2000). Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. Rev Saude Publica 34:431-6.
- CARVALHO HB, MESQUITA F, MASSAD E *et al.* (1996). HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 12:84-92.
- DES JARLAIS DC, FRIEDMAN SR, FRIEDMANN P *et al.* (1995). HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. AIDS 9:611-7.
- DES JARLAIS DC, FRIEDMANN P, HAGAN H & FRIEDMAN SR (1996). The protective effect of AIDS-related behavioral change among injection drug users: a cross-national study. Am Public Health 86:1780-5.
- DES JARLAIS DC, CHOOPANYA K, MILLSON P *et al.* (1998a). The structure of stable seroprevalence HIV-1 epidemics among IDUs. In: Stimson G, Des Jarlais DC & Ball A (eds.). Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses. Londres: UCL Press.
- DES JARLAIS DC, PERLIS T, FRIEDMAN SR *et al.* (1998b). Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1991 to 1996. Am J Public Health 88:1801-6.

- DES JARLAIS DC, PERLIS T, FRIEDMAN SR *et al.* (2000a). Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: injection drug users in New York City, 1990-1997. Am J Public Health 90:1112-6.
- DES JARLAIS DC, MARMOR M, FRIEDMANN P *et al.* (2000b). HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. Am J Public Health 90:352-9.
- DÍAZ A, BARRUTI M & DONCEL C (1992). The Lines of Success? A Study in the Nature and Extent of Cocaine Use in Barcelona. Barcelona: ICESM.
- DOURADO I, ANDRADE T, GALVÃO-CASTRO B (1998). HTLV-I in Northeast Brazil: differences for male and female injecting drug users. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 19:426-9.
- DUNN J & LARANJEIRA RR (1999). Transitions in the route of cocaine administration. Characteristics, direction and associated variables. Addiction 94:813-824.
- FERRI CP & GOSSOP M (1999). Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. Addictive Behavior 24:815-821.
- FONSECA MGP & CASTILHO EA (1997). Os casos de aids entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1980-1997. Boletim Epidemiológico X(3):6-14.
- FRIEDMAN SR (1993). Aids as a sociohistorical phenomenon. In: The Social and Behavioral Aspects of Aids. Advances in Medical Sociology Vol. III. New York: JAI Press.
- FRIEDMAN SR, FRIEDMANN P, TELLES PR, BASTOS FI *et al.* (1998). New injectors and HIV-1 risk. In: Stimson G, Des Jarlais DC & Ball A (eds.). Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses. Londres: UCL Press.
- FRIEDMAN SR, KOTTIRI BJ, NEAIGUS A *et al.* (2000). Network-related mechanisms may help explain long-term HIV-1 seroprevalence levels that remain high but do not approach population-group saturation. Am J Epidemiol 152:913-22.

- GRANGEIRO, A. (1994). O perfil socioeconômico da aids no Brasil, in: Parker R, Bastos C, Galvão J & Pedrosa JS (eds.). A aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ & Relume-Dumará.
- GODFREY C, WIESSING L & HARTNOLL R (eds.) (2001). Modelling Drug Use: Methods to quantify and understand hidden processes. Londres: EMCDDA.
- GUIMARÃES ML, BASTOS FI, T ELLES PR *et al.* (2001). Retroviruses infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City, Brazil: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-infection with HTLV. J Clin Virol 21:143-51.
- JANSSEN RS, SATTEN GA, STRAMER SL *et al.* (1998). New testing strategy to detect early HIV-1 infection for use in incidence estimates and for clinical and prevention purposes. JAMA 280:42-8.
- KALICHMAN A (1993). Aids and Intravenous Drug use (IVDU) in Brazil, in: Monteiro MG & Inciardi JA (eds.). Brasil - United States Binational Research. São Paulo: CEBRID.
- LIMA ES, FRIEDMAN SR, BASTOS FI *et al.* (1994). Risk factors for HIV-1 seroprevalence among drug injectors in the cocaine-using environment of Rio de Janeiro. Addiction 89:689-98.
- LOPES CS, RODRIGUES LC & SICHIERI R (1996). The lack of selection bias in a snowball sampled case-control study on drug abuse. Int J Epidemiol 25:1267-70
- MESQUITA FC, TELLES PR, BASTOS FI & STIMSON G (1998). City epidemics (appendix 2). In: Stimson G, Des Jarlais DC & Ball A (eds.). Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses. Londres: UCL Press.
- MESQUITA FC (2000). Trabalho apresentado na Reunião do "WHO Multicentre Study Phase II Study", São Petesburgo, Federação Russa.
- MORGADO MG, BARCELLOS C, PINA MF, BASTOS FI (2000). Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome and tropical diseases: a Brazilian perspective. Mem Inst Oswaldo Cruz 95(Suppl. 1):145-51.

- OLIVEIRA ML, BASTOS FI, TELLES PR *et al.* (1999). Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. In: Braz J Med Biol Res 32:1107-14.
- RAFFAELLI M, CAMPOS R, MERRITT AP *et al.* (1993). Sexual practices and attitudes of street children youth in Belo Horizonte, Brazil. Soc Sci Med. 37:661-670.
- RHODES T, BALL A, STIMSON GV *et al.* (1999). HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. Addiction 94:1323-36.
- STRATHDEE SA, CELENTANO DD, SHAH N *et al.* (1999). Needle-exchange attendance and health care utilization promote entry into detoxification. In: J Urban Health 76:448-60.
- STRATHDEE SA, GALAI N, SAFAIEAN M *et al.* (2001). Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users: A 10- year perspective. Arch Intern Med 161:1281-8
- SURRATT HL (2000). Indigence, marginalization and HIV infection among Brazilian cocaine users. Drug Alcohol Depend 58:267-74.
- SZWARCWALD CL & BASTOS FI (1998). Spatiotemporal model: an application to the AIDS epidemic in São Paulo, Brazil. In: Gierl L et al. (eds). Geomed 97. Stuttgart/Leipzig: B. G. Teubner.
- SZWARCWALD CL, BASTOS FI & CASTILHO EA (1998a). The dynamic of the AIDS epidemic in Brazil: a spatio-temporal analysis, 1987-1995. In: Braz J Infect Dis 2:175-186.
- SZWARCWALD CL, BASTOS FI, GRAVATO N *et al.* (1998b). The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. In: J Drug Polic 9:427-436.
- SZWARCWALD CL, BASTOS FI, ESTEVES MA & ANDRADE CL (2000a). A disseminação da epidemia de aids no Brasil, no período de 1987 a 1996: uma análise espacial. In: Cad. Saúde Pública 16(suppl. 1):7-19.

- SZWARCWALD CL, CASTILHO EA, BARBOSA A Jr *et al.* (2000b). Comportamentos de risco dos conscritos do exército brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. In: *Cad. Saúde Pública*, 16(suppl. 1):113-28.
- TELLES, PR; BASTOS FI, GUYDISH J *et al.* (1997). Risk behaviors and HIV seroprevalence among IDUs in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS* 11(suppl. 1):S35-S44.
- TELLES, PR; VARNIER-ALMEIDA RM & BASTOS FI (1998). Infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis: análise dos fatores de risco no município do Rio de Janeiro. In: *Rev. Bras. Epidemiol* 1:245-55.
- TELLES, PR (1999). Preventing HIV/Aids and other sexually transmitted diseases among injecting drug users in Rio de Janeiro. In: *Int J Drug Polic* 10:365-373.
- TELLES PR, SAMPAIO CM, TEIXEIRA LOPES S & BASTOS FI (2001). Risk factors for HIV infection among Injection Drug Users (IDUs) enrolled in the WHO Phase-II study in Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Paper presented at the XII International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, abstract book p. 45, New Delhi.
- THOMAS DL, ASTEMBORSKI J, VLAHOV D, STRATHDEE SA, RAY SC, NELSON KE, GALAIN, NOLT KR, LAEYENDECKER O, TODD JA (2000). Determinants of the quantity of hepatitis C virus RNA. In: *J Infect Dis* 181:844-51.
- UNAIDS (2000). Report on the Global HIV/Aids Epidemic. Geneva: UNAIDS.
- CAIFFA WT & Equipe Colaboradora (2001). Projeto Ajude-Brasil: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis do Programas de Redução de Danos (PRD) Apoiados pela CN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.
- VAN AMEIJDEN EJ, VAN DEN HOEK AR & COUTINHO RA (1994). Injecting risk behavior among drug users in Amsterdam, 1986 to 1992, and its relationship to aids prevention programs. In: *Am J Public Health*, 84:275-81.

VAN AMEIJDEN EJ, WATTERS JK, VAN DEN HOEK JA & COUTINHO RA (1995). Interventions among injecting drug users: do they work? AIDS 9 (Suppl A):S75-84

WHO INTERNATIONAL COLLABORATIVE GROUP (1994). Multi-City Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection. Genebra: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - PROGRAMME ON SUBSTANCE ABUSE (1997). The Guide on Rapid Assessment Methods for Drug Injecting (Eds. GV Stimson, C Fitch & T Rhodes). Genebra: WHO.

Uma década de pesquisas  
sobre usuários de drogas  
injetáveis & HIV/aids no  
Rio de Janeiro

Parte II: "Uma agenda para a  
ação, a experiência carioca"

*Telles, P. R.\*; Bastos, F. I.\*\*; Inciardi, J. A.\*\*\* & Surratt H. L.\*\*\*.*

*\*Coordenador do Projeto de Redução de Danos do NEPAD-UERJ*

*\*\*Pesquisador-adjunto da Fundação Oswaldo Cruz e do CNPq*

*\*\*\* Centro de Estudos do Abuso de Drogas e Alcool, Universidade de Delaware*





## I - Introdução

No Rio de Janeiro, foram duas, até o presente momento (agosto de 2001), as principais intervenções preventivas especificamente voltadas para os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). A primeira delas teve seu início em 1994 com término em 1999 (encerrando suas atividades de campo em 1997), e foi financiada pelo NIDA (*National Institute on Drug Abuse*, dos Estados Unidos da América), integrando um Projeto multicêntrico denominado *Cooperative Agreement for Aids Community-Based Outreach/Intervention Research Initiative*. Este projeto abrangeu 23 cidades, desde Anchorage, no Alasca, a Miami, na Flórida, e de São João, em Porto Rico, ao Rio de Janeiro, no Brasil. A segunda, iniciou-se em 1996 e prossegue até o momento, financiada pelo Ministério da Saúde, e denominada “Projeto de Redução de Danos do Rio de Janeiro – NEPAD/UERJ”. Os segmentos a seguir descrevem estas duas iniciativas em maiores detalhes.



## II - O projeto multicêntrico do NIDA

A iniciativa de implementar acordos cooperativos do NIDA (National Institute on Drug Abuse), ocorreu em 1990 com os seguintes propósitos: 1) prevenir a difusão do HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis e outros usuários de drogas; 2) monitorar a soroprevalência para a infecção pelo HIV nestas populações; e 3) avaliar a eficácia de intervenções experimentais controladas, com o propósito de reduzir os comportamentos de risco para o HIV (Inciardi & Needle, 1998).

O Acordo Cooperativo baseou-se em protocolos que se aplicaram a todos os seus 23 projetos específicos, com pequenas variações de local para local. O processo de pesquisa seguiu os seguintes procedimentos gerais:

- ♦ As populações-alvo incluíam os Usuários de Droga Injetáveis (UDI) e usuários de *crack* (no Rio de Janeiro, usuários de cocaína injetada e cheirada). Os casos elegíveis deveriam ter, pelo menos, 18 anos de idade e ter utilizado cocaína (injetada/fumada/cheirada) nos últimos 30 dias, não poderiam estar engajados em quaisquer modalidades de tratamento para o uso de drogas durante os últimos 30 dias. O uso efetivo da droga deveria ser verificado através do exame de marcas/cicatrizes deixadas pelo uso da droga injetável e/ou por testes positivos para a droga (feitos a partir de uma amostra de urina);

- ◆ Os usuários de drogas foram recrutados por agentes de saúde por “amostragem seletiva” (*targeted sampling*, Watters & Biernacki, 1989) e “referência em cadeia” (*chain referral*, Inciardi, 1986), em locais específicos onde as taxas de consumo de drogas fossem elevadas;
- ◆ Os agentes de saúde abordavam os clientes em potencial e estabeleciam um diálogo preliminar sobre a prevenção da aids. Eram distribuídos *kits* de proteção que continham preservativos masculinos, material para a limpeza de agulhas e seringas (hipoclorito de sódio), literatura de prevenção para o HIV/aids e outras doenças de transmissão sexual e sanguínea (incluindo instruções de como utilizar o preservativo e de como limpar o equipamento de injeção), e informação sobre serviços para doenças sexualmente transmissíveis, teste para o HIV e tratamento para o uso de drogas;
- ◆ Os usuários elegíveis para o estudo eram encaminhados e agendados para o local de atendimento do projeto. A participação no projeto incluía o preenchimento de um consentimento informado, verificação do uso de drogas, administração de um instrumento de pesquisa sobre comportamentos de risco (denominado “RBA”) e formulários de localização para recrutamentos posteriores, além de instrumentos específicos para algumas localidades;
- ◆ Os aconselhamentos de prevenção pré-teste do HIV abordavam tópicos, tais como a infecção pelo HIV, as suas vias de transmissão, os comportamentos de risco, os riscos associados ao uso da cocaína ou *crack*, treinamento quanto à correta utilização de preservativos masculinos, estratégias de como evitar o sexo inseguro, estratégias de comunicação com parceiros sexuais, métodos de limpeza e desinfecção do equipamento de injeção, treinamento para a limpeza de agulhas e seringas e descarte de material potencialmente contaminado, como evitar o uso de drogas inseguro, aconselhamento acerca dos benefícios do tratamento para drogas, testagem para o HIV, literatura e referência para outros serviços e distribuição do *kit* de proteção;
- ◆ O teste para o HIV foi oferecido a todos os usuários de forma voluntária;

- ♦ Os aconselhamentos pós-teste e os resultados do teste para o HIV eram fornecidos de uma a três semanas após a coleta do sangue para o teste;
- ♦ Na maioria dos locais onde se realizou o Acordo Cooperativo havia um encaminhamento aleatório dos participantes para dois tipos de intervenção: “Intervenção Padrão” ou “Intervenção Estendida”, sendo que esta rotina apresentou pequenas variações de local para local;
- ♦ Procurou-se reavaliar todos os participantes após determinados períodos de tempo, aplicando um instrumento específico de comportamentos de risco no *follow-up* (denominado “RBFa”);

No Rio de Janeiro, os principais objetivos do projeto eram: estabelecer um sistema de avaliação e monitoramento do HIV/aids, além de desenvolver, implementar e avaliar um programa de prevenção/intervenção para o HIV/aids entre usuários de cocaína injetada e inalada.

No Rio de Janeiro, também participaram do projeto travestis masculinos, trabalhadores do sexo. Os principais locais de recrutamento foram: as favelas, as regiões de prostituição e outros bairros onde as taxas de uso de drogas eram elevadas. Um objetivo secundário do projeto no Rio de Janeiro foi desenvolver um programa eficaz de prevenção para o HIV que poderia ser utilizado como modelo em outras comunidades do Brasil e, talvez, em outras nações em desenvolvimento. Durante o projeto, foi também conduzido um estudo-piloto que contemplava a distribuição e a avaliação do uso de preservativos femininos, mensurando e analisando a aceitabilidade deste dispositivo nas mulheres atendidas.

Entre março de 1994 e outubro de 1997, 1.544 usuários de cocaína foram recrutados, entrevistados, testados para o HIV e convidados a participar das intervenções preventivas oferecidas. A grande maioria dos participantes possuía renda e escolaridade baixas. O percentual de usuários de drogas injetáveis era de 18,7% e apenas 7,9% referiu algum tipo de tratamento anterior para o uso de drogas. Além dos comportamentos de risco mais diretamente relacionados ao próprio consumo de drogas (como as práticas de risco de preparação e injeção compartilhada de drogas), foram frequentes os riscos sexuais entre os participantes. Mais de um quarto da amostra referiu múltiplos parceiros sexuais no mês anterior à entrevista.

A ocorrência de relações sexuais em troca de dinheiro foi relatada por, aproximadamente, 21, 0% dos participantes, e 41,5% dos entrevistados referiu uma história de doenças sexualmente transmissíveis. Dos 1.544 usuários de cocaína recrutados no programa de prevenção/intervenção, 8,7% se mostraram positivos (reatores) para a infecção pelo HIV.

Após análise exploratória dos dados, procedeu-se a análises multivariadas dos fatores potencialmente associados à soropositividade para a infecção pelo HIV. No modelo final de regressão logística, os fatores de risco significativos e independentemente relacionados à soropositividade para a infecção pelo HIV foram: “ter injetado drogas em algum momento na vida” ( $p=0,003$ ); “relatar ter feito sexo em troca de dinheiro” ( $p<0,001$ ); “história de doenças sexualmente transmissíveis” ( $p=0,003$ ); e “viver em áreas de baixa renda da cidade, que não as favelas” ( $p = 0,025$ ), (esta variável havia sido anteriormente estratificada, incluindo as categorias: “viver em áreas de baixa renda, que não as favelas” e “viver em favelas”).

As tentativas de recontactar os 1.544 participantes três meses depois da entrevista inicial não foram muito bem sucedidas, isto porque as técnicas tradicionais de recrutamento e seguimento que foram empregadas se mostraram pouco eficazes para uma população que na sua maioria não possui telefone, endereço fixo ou serviço de correio. Apenas 782 dos 1.544 participantes originais (51%) foram efetivamente recontactados e reentrevistados após três meses da intervenção inicial. No *follow-up*, foram identificados cinco casos novos de infecção de HIV (soroconvertedores recentes) entre voluntários previamente soronegativos (no momento do primeiro encontro). Os dados do *follow-up* sugerem que as intervenções preventivas propostas foram efetivas no sentido de reduzir o risco de infecção para o HIV. Houve diminuição da frequência de uso da cocaína na segunda entrevista (em relação à entrevista de linha-de-base). Especificamente, o uso de cocaína, nos trinta dias anteriores à entrevista, decresceu de 17, 3 dias para 12,9 dias, em média ( $p<0,000$ ). Adicionalmente, setenta e oito clientes (10,0% da amostra) referiram não ter usado cocaína nos trinta dias anteriores à entrevista de *follow-up*. O uso sistemático de preservativos quando da prática de sexo vaginal aumentou de uma média de 1,7 vezes (durante os últimos 30 dias), na entrevista inicial, para 3,7 vezes, na entrevista de

*follow-up* ( $p=0,003$ ). Cabe ressaltar que a amostra que compôs o momento de *follow-up* se mostrou semelhante à amostra das entrevistas iniciais quanto à maioria das variáveis demográficas e características relativas ao consumo de drogas, sugerindo que os resultados positivos das intervenções propostas não seriam, a princípio, decorrentes de vícios de seleção.

Apesar de suas limitações, este estudo demonstrou a viabilidade de se ter acesso a comunidades empobrecidas utilizando recrutadores (ou agentes de saúde), e documentou a disposição dos participantes em participar de um programa de educação/prevenção para a aids. Os resultados sugerem ainda que os participantes podem aprender e aplicar técnicas específicas para diminuir os comportamentos de risco para o HIV em um prazo relativamente curto. Isto indica, sem dúvida, que a implementação de estratégias efetivas para prevenir a transmissão do HIV nas populações estudadas reveste-se de grande importância e deve constituir prioridade das políticas públicas e das iniciativas de organizações não-governamentais e grupos de defesa dos direitos e promoção da saúde desta e de outras populações marginalizadas.





### III - Projeto de redução de danos do Rio de Janeiro, NEPAD/UERJ

O Programa de Redução de Danos do Rio de Janeiro (PRD-RJ) foi um dos seis primeiros projetos de redução de danos brasileiros financiados pelo Ministério da Saúde (em conjunto com o Banco Mundial e a UNDCP), tendo sido desenvolvido e implementado em associação com o NEPAD - UERJ (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro). As atividades de campo com os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) iniciaram-se no ano de 1996, após o efetivo treinamento dos agentes de saúde do programa (também denominados “redutores de danos”) e a apresentação do projeto a autoridades locais e diferentes instituições e instâncias representativas da cidade e do estado do Rio de Janeiro. Foram estabelecidos contatos com a polícia, órgãos de justiça, educação, Secretarias de Estado e organizações governamentais e não-governamentais (especialmente aquelas mais diretamente vinculadas à prevenção e cuidados com a aids).

O contato com as autoridades era feito por meio de reuniões entre os representantes destas instituições e os técnicos do PRD. De um modo geral, a aceitação do PRD foi bastante boa, o problema principal levantado pela polícia, na época, referia-se à lei Federal brasileira (Lei nº 6368, de 1976), que permitia uma interpretação da troca de seringas e agulhas como um incentivo ao uso de drogas injetáveis e, por conseguinte, fazendo com que esta atividade preventiva fosse passível de punição, como se fosse um ato criminoso.

De forma paralela ao desenvolvimento do PRD-RJ, uma série de movimentos a favor da redução de danos (e da troca de seringas) foram iniciados em outras partes do País, o que em muito facilitou o trabalho no Rio de Janeiro, incluindo, entre eles: i) uma Lei Estadual, em São Paulo (aprovada no primeiro semestre de 1998), que não só considerava a troca de agulhas e seringas legal neste Estado, mas considerava ainda as ações de redução de danos como atividades de saúde pública, fundamentais na prevenção da epidemia do HIV; ii) a VIII Conferência Internacional de Redução de Danos, ocorrida em São Paulo, em 1998, com grande repercussão na mídia nacional; e iii) um expressivo aumento da tolerância das autoridades para com os PRD e para com suas atividades em diferentes cidades – como, por exemplo, em Salvador (BA) –, onde as atividades de redução de danos passaram a se desenvolver sem grande interferência (negativa) das autoridades, mesmo não contando com uma lei específica, como a supra-mencionada para o Estado de São Paulo.

Junto com a apresentação do trabalho para as autoridades, estavam sendo desenvolvidas duas outras atividades importantes no PRD – a aquisição do material preventivo e a seleção/treinamento dos agentes de saúde ou trabalhadores de campo (“redutores de danos”). Esta última tarefa se mostrou complexa e desafiadora, já que os agentes de saúde deveriam ter um perfil profissional peculiar: eles teriam de entrar em contato com as redes de UDI, que no Rio de Janeiro são muito pequenas e dispersas, escondidas e espalhadas por toda a cidade. Na prática, o perfil mais importante para o agente de saúde era ser ou ter sido (ele mesmo) um UDI – o que facilitava sobremaneira o contato com as redes de UDI (já conhecidas pelo agente de saúde). Estes profissionais tinham de conciliar a capacidade para lidar com as vicissitudes dos quase sempre

marginalizados e escondidos UDI; trabalhar em áreas muito perigosas e pobres da cidade; desenvolver um trabalho de grande responsabilidade; e receber uma remuneração pequena (devido ao baixo orçamento do programa como um todo). Durante os anos de projeto, foram entrevistados muitos candidatos a estas posições, mas apenas alguns acabaram trabalhando efetivamente no programa.

O PRD-RJ está baseado em sede fixa, adjacente a um centro de tratamento para usuários de drogas (o NEPAD/UERJ), possuindo também uma unidade móvel (um furgão) utilizada como recurso auxiliar nas atividades de campo. O fato de contar com as facilidades de uma universidade e de um hospital universitário (geograficamente bastante próximos) em muito auxilia os trabalhos com os UDI, propiciando para eles, sempre que necessário, os serviços especializados destas instituições. As reuniões de equipe e treinamentos, em geral, acontecem na sede fixa. Embora muitos UDI venham para a sede fixa para participar das atividades do programa, a maioria deles é contatada e recebe o material preventivo durante as próprias atividades de campo, com o apoio eventual da unidade móvel.

Embora as atividades preventivas oferecidas pelo PRD-RJ venham se alterando e se tornando mais abrangentes ao longo do tempo, inicialmente, elas incluíam basicamente a troca de agulhas e seringas; a distribuição de preservativos e água sanitária (hipoclorito de sódio); a distribuição de literatura informativa e de outros materiais preventivos; serviço de acolhimento; testagem para o HIV, com aconselhamento pré e pós-teste; grupos focais; reuniões preventivas e referência para outros serviços clínicos ou lugares para tratamento para o uso de drogas. Com o passar do tempo, diversos outros serviços passaram a ser disponibilizados pelo PRD-RJ, entre eles, a testagem para diferentes hepatites virais, vacinação para a hepatite B, intervenções preventivas utilizando o preservativo feminino, treinamento em redução de danos para profissionais de saúde, participação em estudos e pesquisas etc. Entre as principais pesquisas desenvolvidas no PRD-RJ encontra-se o Estudo Multicêntrico da OMS, que já entrevistou e testou para o HIV e hepatites mais de 600 UDI recrutados pelo projeto (cujos resultados parciais das análises foram apresentados na parte inicial deste capítulo).

Entre essas pesquisas, cabe mencionar ainda um pequeno estudo de seguimento de UDI, contemplando a aplicação de um breve questionário, contendo dados sociodemográficos básicos e informações sobre comportamento de risco. Tal estudo é desenvolvido, igualmente, no âmbito do projeto e é repetido a cada 2 meses, visando avaliar possíveis mudanças de comportamento.

Apesar dos problemas enfrentados, um número crescente de UDI tem conseguido acesso às estratégias preventivas disponibilizadas pelo programa e vem adotando práticas mais seguras em relação à infecção pelo HIV, outras doenças sexualmente transmissíveis e doenças de transmissão sanguínea.

Entre os desafios que o PRD do Rio de Janeiro vem enfrentando, cabe mencionar: i) os constrangimentos legais relativos à troca de seringas e agulhas; ii) o ambiente peculiar do Rio de Janeiro, no que diz respeito às redes de UDI – pequenas, extremamente segregadas e com baixa interconexão; iii) o grande preconceito contra os UDI em diferentes comunidades da cidade do Rio de Janeiro; e iv) os escassos recursos financeiros com que conta o programa.

## IV - Bibliografia

- INCIARDI, J A & NEEDLE, R H. HIV/AIDS interventions for the out of treatment drug users. J Psych Drugs 30:225-229, 1998.
- INCIARDI, J A. The War on Drugs: Heroin, Cocaine, Crime, and Public Policy. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Co.,1986.
- WATTERS, J K and BIERNACKI, P. Targeted sampling: options for the study of hidden populations. In: Soc Probl . 36:416-430, 1989.



Redução de danos e  
redução da prevalência  
de infecção pelo HIV  
entre usuários de drogas  
injetáveis em  
Salvador-Bahia

*\*Tarcísio Matos de Andrade; \*\*Maria Ines Dourado; \*Alessandro Henrique Farias e  
\*\*\*Bernardo Galvão Castro*

*\*Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal da Bahia*

*\*\* Instituto de Saúde Coletiva – ISC, Universidade Federal da Bahia*

*\*\*\*Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz - Fiocruz, Bahia*





## I - O Programa de Redução de Danos (PRD) da Bahia

Dados do Ministério da Saúde demonstram que em 1991, 25,5% dos casos notificados de aids se deviam diretamente ao uso de drogas injetáveis. Com as tendências mais recentes da epidemia e a maior participação de outros grupos no número de casos de aids, nota-se uma aparente redução ano a ano, representando 12,1% em 2000. Por outro lado, os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) continuam um segmento importante na manutenção da epidemia do HIV/aids, sobretudo se considerarmos, nessa população, a associação com outros comportamentos de risco.

Seguindo experiência bem sucedida de países da Europa, Austrália e de alguns estados Americanos, em 1995 foi implementado no Brasil o primeiro projeto de troca de seringas. O Projeto foi iniciado na Bahia, no âmbito das ações preventivas entre UDI desenvolvidas por um programa que viria a se constituir o Programa de Redução de Danos (PRD) do CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, um serviço de extensão permanente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, com apoio do Governo Estadual

e da Prefeitura de Salvador. Esse Programa, desde o seu início, vem progressivamente ampliando suas ações, alcançando novas áreas de atuação e novas populações de usuários de drogas, a exemplo dos usuários de *crack*, de cocaína cheirada e dos usuários de anabolizantes.

Entre as ações implementadas pelo PRD/CETAD estão os pontos fixos de prevenção localizados em postos de saúde e Associações de Moradores, e nos bairros que não dispõem desses suportes sociais, na própria casa dos agentes comunitários de saúde, também conhecidos como redutores de danos. Além de atuarem nos pontos fixos, os redutores de danos contatam os usuários de drogas nas ruas e nos locais onde eles costumam se reunir para suas atividades, inclusive para o uso de drogas. O programa dispõe ainda de pontos móveis de prevenção, que se constituem num veículo equipado como um consultório móvel, que três vezes por semana é deslocado com a equipe técnica para locais recônditos, difíceis de serem alcançados pelos pontos fixos e pelo trabalho dos redutores de danos nas ruas. Esses locais habitualmente se caracterizam pela falta de saneamento básico e de serviços de saúde, pelas precárias condições de moradia, por intenso tráfego e consumo de drogas e práticas de risco para infecções pelo HIV, hepatites e outras DST. Integrando essas ações, o Programa tem organizado reuniões com usuários de drogas, seus parceiros sexuais e a comunidade em geral para discussão de temas relacionados ao uso de drogas e riscos e danos à saúde decorrentes dessa prática, o que inclui distribuição de material educativo, equipamentos de prevenção, preservativos masculino e feminino, e a exibição de filmes educativos, seguidos de debate com os participantes dessa atividade.

Além de estar inserido dentro do CETAD, um serviço com mais de 15 anos de atuação na atenção ao uso/abuso de drogas e de reconhecida competência dentro e fora do estado da Bahia, outra característica importante do PRD é a interação e/ou formação de parcerias com organizações existentes nos locais de atuação, a exemplo das associações de moradores, organizações religiosas, serviços de saúde e outras organizações governamentais e não-governamentais voltadas para prevenção do HIV/aids, como as Secretarias de Saúde do Estado e do Município, a Pathfinder do Brasil e a DKT do Brasil. Tais parcerias têm possibilitado ao programa o preenchimento de toda

a sua necessidade de preservativos, inclusive preservativos femininos, na realização do trabalho de prevenção entre usuários de drogas e seus parceiros sexuais, e ainda a execução de projetos que possibilitam atender demandas específicas das populações assistidas, como é o caso do Projeto Saúde Reprodutiva, executado com o apoio da Pathfinder do Brasil, e o Projeto Pontos móveis, cuja ênfase recai sobre as mulheres usuárias de *crack*, e que conta com o apoio da DKT e, ainda, as atividades em atenção aos usuários de anabolizantes que contam com o apoio do serviço de endocrinologia do HUPES (Hospital Universitario Prof. Edgar Santos/UFBA).

Como forma de ampliar o alcance das ações desenvolvidas, o PRD/CETAD iniciou, em 1999, uma parceria com o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Salvador. Esta parceria, formalizada por meio de convênio celebrado entre a Universidade Federal da Bahia e a Prefeitura de Salvador, envolvendo recursos da Coordenação Nacional de DST e Aids, permitiu a ampliação de cinco para vinte bairros alcançados pelo PRD, o qual, a partir de outubro/2001, deverá ser estendido a mais vinte novos bairros, desta feita contando com recursos locais da Secretaria de Saúde do Município. Neste ano de 2001, as atividades do PRD/CETAD passaram a se constituir em disciplina do currículo Médico (MED 463), integrada ao Programa de Extensão: UFBA em Campo/ACC -Atividade Curricular em Comunidade. No primeiro semestre de 2001, oito alunos cursaram a disciplina, tendo recebido treinamento em atenção à saúde entre os usuários de drogas, com ênfase para a prevenção do HIV, hepatites e outras DST.

No momento, estão em execução dois novos projetos: Redução de Danos em Presídios, com um projeto-piloto funcionando na Penitenciária Lemos de Brito, em Parceria com a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado da Bahia, e o projeto Redução de Danos pelas Farmácias, uma forma de estender as áreas de alcance do programa e o tempo de disponibilização de equipamentos preventivos e outros cuidados com a saúde entre os usuários de drogas. Um novo projeto, que visa aumentar a aderência dos usuários de drogas HIV positivos atendidos nos serviços de saúde que servem de retaguarda ao

programa, estará sendo iniciado ainda este ano. Esse projeto, que envolve a participação dos redutores de danos, inclui visitas domiciliares aos pacientes HIV positivos e/ou com tuberculose, como uma forma de acompanhá-los no seguimento das orientações médicas e cuidados gerais com a saúde.

Do seu início, em 1995, até janeiro de 2001, o PRD/CETAD havia atendido 5.340 UDI e 4.534 usuários de *crack*. Nos últimos dois anos, o programa passou a atender os usuários de anabolizantes, também uma importante população de risco. Esses atletas, por serem jovens, musculosos, de aparência saudável, têm se permitido o compartilhamento de seringas (a maioria dos anabolizantes por eles utilizados são injetáveis) e práticas sexuais desprotegidas. No primeiro semestre de 2001, em média, cinquenta novos usuários de anabolizantes procuraram o programa, a cada mês, para troca de seringas, aquisição de preservativos e em busca de orientação e encaminhamento médico. No primeiro trimestre de 2001, o programa atendeu, em média, a cada mês, 335 novos usuários de drogas, fez 339 atendimentos a UDI e 284 a usuários de *crack*, trocou 1.837 seringas, distribuiu 9.876 preservativos e fez 18 encaminhamentos médicos. Vale salientar que significativa proporção desses UDI (79%) são também usuários de *crack*.

## II - Estudos entre usuá- rios de drogas injetáveis já realizados pelo PRD / CETAD

### II.1 Características dos Estudos

Os primeiros contatos entre os usuários de drogas injetáveis e o CETAD se deu quando os UDI ainda não apareciam nas estatísticas desse Centro, no contexto de um estudo das características psicossociais e dos comportamentos de risco de HIV entre 100 UDI contatados no Centro Histórico de Salvador (Estudo I, Andrade, 1996)<sup>1</sup>. Desde então, dois outros importantes estudos de natureza comportamental e de soroprevalência foram realizados: O Projeto Brasil, envolvendo 221 UDI (Estudo II) e o Estudo Multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS), envolvendo 400 usuários de drogas, sendo 200 UDI, 99 ex-UDI e 101 não UDI (Estudo III), ambos financiados pela Coordenação Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde. Além desses estudos, dois outros, um com usuários de *crack* e o outro

com parceiras de usuárias de drogas, constituíram-se em dissertação de Mestrado de técnicos ligados ao programa. Quatro publicações<sup>2,3,4</sup>, três em revistas internacionais e uma em revista nacional e seis capítulos de livros, também foram publicados a partir dos dados gerados pelo Programa de Redução de Danos da Bahia. Estes dados refletem a preocupação do Programa quanto a avaliação dos resultados das intervenções preventivas e pesquisas realizadas.

Nos Estudos I e II, a grande maioria dos UDI entrevistados foram recrutados no Centro Histórico de Salvador, e no Estudo III, no Engenho Velho da Federação, no Calabar e na Ribeira, três bairros populares que, à semelhança do Centro Histórico, se caracterizam pela pobreza e intenso tráfico e consumo de drogas. Enquanto o Engenho Velho da Federação e o Calabar estão situados próximos ao Centro Histórico, e os três mais ou menos equidistantes às áreas economicamente mais desenvolvidas e com os melhores suportes sociais de Salvador; a Ribeira se situa a cerca de 30 minutos de automóvel do centro da cidade. O Pelourinho, no momento dos Estudos I e II, apesar de importante Centro Cultural, especialmente da cultura afro-brasileira, contava com mais precária estruturação social e familiar e maior nível de prostituição em relação aos outros bairros; já a Ribeira, envolve áreas extremamente pobres e com condições habitacionais muito precárias — os alagados.

Embora não idênticos, nos três estudos, os questionários aplicados foram baseados naqueles dos estudos multicêntricos da OMS entre usuários de drogas injetáveis (*World Health Organization*, 1994)<sup>5</sup>. O Projeto Brasil, (Estudo II) foi o primeiro estudo multicêntrico nacional entre UDI e se constitui numa extensão da primeira fase da pesquisa da OMS, que em nosso País envolveu apenas as cidades de Santos-SP e Rio de Janeiro-RJ ascioladas de Salvador-BA, Itajaí-SC e região Centro-Oeste. Setenta por cento dos entrevistados foram recrutados nas ruas do Centro Histórico e os demais levados ao CETAD para serem entrevistados, recrutados de áreas próximas ao centro da cidade. Os três estudos utilizaram o desenho do tipo corte-transversal e foi considerado como UDI apenas aqueles usuários que haviam se injetado nos últimos seis meses. Nos três estudos, as amostras se constituíram de UDI não institucionalizados, portanto, fora de centros de tratamento e recrutados nas ruas. O método de

amostragem utilizado foi o de bola-de-neve (Watter and Biernacki, 1989)<sup>6</sup>, que consiste na constituição de uma amostra a partir da indicação de indivíduos anteriormente recrutados.

As amostras de soros foram testadas para anticorpos contra HIV e HTLV-I/II, utilizando-se ELISA (Abbott HIV-1/2, 3<sup>rd</sup> generation Plus EIA, Delkenheim, Germany e HTLV-I (rp<sub>21c</sub> enhanced), EIA, Cambridge Biotech Corporation, Worcester, MA, USA, respectivamente) e confirmados por *Western Blot* (HIV-1 Cambridge Biotech Corporation, Worcester, MA, USA e HTLV Blot 2,4 Genelabs Diagnostics (GLD), Science Park Drive, Singapore, respectivamente). Para os testes de hepatites, foi utilizada a técnica de ELISA para anticorpos anti-HCV (segunda geração), do Laboratório ABBOT.

Na análise dos três estudos, as variáveis contínuas foram descritas usando-se médias e desvios-padrões. As variáveis categóricas e dicotômicas foram descritas com percentagens.

## II.2 Os Resultados Obtidos

Os resultados dos três estudos são apresentados buscando-se um paralelo entre os dados dos Estudo II e III (estudos multicêntricos) e utilizando-se o Estudo I como suporte, quando necessário, a uma melhor compreensão desse paralelo.

Os dados do Estudo I (junho de 1993 e outubro de 1994) foram coletados antes do início das ações de redução de danos pelo CETAD; no Estudo II, a coleta de dados se estendeu de um ano antes a um ano e meio após as primeiras trocas de seringas. No Estudo III, os dados foram coletados após as atividades de redução de danos (incluindo troca de seringas) estarem em pleno funcionamento. Iniciadas no CETAD e nas ruas do Centro Histórico em março de 1995, nos primeiros seis meses ocorreram apenas 121 trocas de seringas, e o primeiro ponto fixo na comunidade somente foi instalado no segundo semestre de 1996, período em que se encerrava a coleta de dados do segundo estudo. Quando a coleta de dados do Estudo III foi iniciada, as ações de redução de danos, incluindo troca de seringas, já funcionavam há três anos e meio no Calabar, três no Engenho Velho da Federação e dois na Ribeira.

Os dados do Estudo I revelaram, entre outros, os seguintes resultados: 58% dos UDI infectados pelo HIV, 41% infectados pelo HTLV-I/II. Compartilhamento de seringas e agulhas e nunca ter usado preservativo em suas relações sexuais foram informados por 58% e 59% dos UDI entrevistados, respectivamente. Entre os dados sociodemográficos, chamou a atenção o fato de que, apesar de recrutados no Centro Histórico, somente 56% dos entrevistados ali residiam, sendo 41% provenientes de outros bairros de Salvador e 3% de outras cidades. Quase não houve diferença de soropositividade para HIV entre os UDI residentes no Centro Histórico (59%, 30/51) e nos outros bairros (55%, 22/40), embora a proporção de compartilhamento de seringas entre os UDI residentes no Centro Histórico tenha sido muito superior (64,7%, 33/51) a dos moradores de outros bairros (45,0% (18/40). Já as proporções de não-uso de preservativos foram equivalentes nos dois grupos, 59,6% (28/47) e 58,3% (21/36), respectivamente.

Os dados do Estudo II foram coletados entre agosto de 1994 e setembro de 1996, com uma superposição de 18% (40/221) dos entrevistados em relação ao Estudo I. A média de idade da amostra foi  $25.2 \pm 7.8$  anos, com pequena proporção de mulheres (18%); a maioria (70%) sabia ler, mas tinha baixo nível de escolaridade ( $3.4 \pm 2.8$  anos na escola). Quase metade da amostra (47.1%) obtinha de práticas ilegais sua principal fonte de renda, e 70.7% tinham estado de uma a cinco vezes na cadeia.

De 217 soros testados, 49.5% foram positivos para HIV e 35.2% para HTLV-I/II. Neste, a prevalência de hepatite C foi de 77,0% (Carvalho *et al.* 1998)<sup>7</sup>. Em relação aos comportamentos de risco, 61,0% dos UDI referiram compartilhamento de seringas nos últimos seis meses, 59,0% deles nunca haviam usado preservativos com seus parceiros casuais, o mesmo acontecendo com 82,0% deles em relação aos seus parceiros principais. Trinta e cinco por cento dos entrevistados referiram ter tido relações sexuais em troca de dinheiro ou drogas, com similar proporção de mulheres e homens referindo este comportamento (39,0% e 34,0%, respectivamente). O uso diário de drogas injetáveis e o número de injeções em um dia típico de consumo superior a cinco vezes foram referidos por 5.1% e 17.0% dos entrevistados, respectivamente. O uso de *crack* foi referido por 36% da amostra.



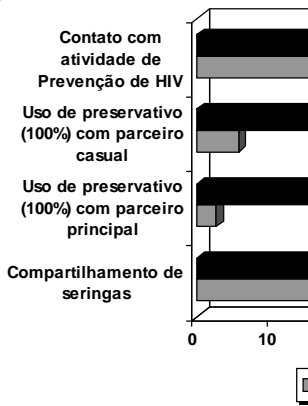
Dos 200 UDI entrevistados no segundo Estudo III, 100 eram do Bairro Engenho Velho da Federação, 90 da Ribeira e 10 do Calabar. A média de idade era de  $25.4 \pm 6.6$  anos, com apenas 6.0% da amostra constituída por mulheres. Embora houvesse melhor nível educacional ( $6,2 \pm 2,5$  anos na escola), menor fonte de renda a partir de práticas ilegais (9.3%) e menor número de entrevistados tendo referido trocado sexo por dinheiro ou droga nos últimos seis meses (6.0%), o número de entrevistados que havia estado preso até cinco vezes (87.6%) foi maior do que no Projeto Brasil (70,7%). Embora não se possa caracterizar uma substituição do uso injetável pelo uso de *crack*, houve um aumento no consumo dessa droga entre o Estudo II (36,7%) e o Estudo III (60,4%). A **Tabela 1** mostra de forma comparativa as principais variáveis dos Estudos II e III.

**Tabela 1**

*Dados demográficos, comportamentos de risco para HIV HTLV-I/II e Hepatite C entre UDI de Salvador – Bahia.*

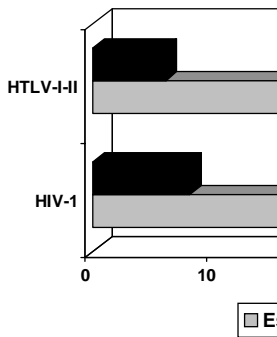
VARIÁVEIS	N
Local do estudo	
Idade	
Sexo feminino	
Educação (em anos de escolaridade)	
Atividades ilegais como fonte de renda	
Preso até cinco vezes	

A proporção de UDI que referiu compartilhamento de seringas foi muito inferior à encontrada no estudo anterior, 17,0% contra 61,0%. Em relação ao uso de preservativos em todas as relações sexuais, nos últimos seis meses, tanto com parceiros principais (31,3%) como com parceiros ocasionais (30,0%) houve um crescimento acentuado em relação ao estudo anterior, 2,3% e 5,1%, respectivamente. O número de UDI que referiu contato com alguma atividade de prevenção ao HIV no último ano cresceu de 28,8%, no estudo anterior, para 67,4%, no Estudo III. A **figura 1** mostra a diferença desses comportamentos nos dois estudos.



**Figura 1**  
Comportamentos de risco para HIV-1 entre UDI em Salvador, Bahia - Brasil.

Os testes sorológicos mostraram 7,1% dos UDI positivos para HIV e 5,0% para HTLV. A **Figura 2** mostra as taxas de soroprevalência de HIV e HTLV nos Estudos II e III. Testes para sífilis e hepatites ainda não foram realizados no Estudo III. No bairro do Calabar, dos 10 UDI entrevistados nenhum foi positivo para HIV, no Engenho Velho, a positividade foi de 3,3% (3/90) e, na Ribeira, de 11% (11/100). Entre os ex-UDI e não UDI a positividade para HIV e HTLV-I/II foi de 3,0% (3/99) e 1,0% (1/101) para ambas as infecções, respectivamente.



**Figura 2**  
Soroprevalência de HIV-1 e HTLV-I/II entre UDI em Salvador, Bahia - Brasil.

### III - Discussão

Os dados dos Estudos II e III aqui analisados mostram acentuada diferença na prevalência de infecção pelo HIV e HTLV-I/II entre UDI em diferentes bairros da cidade de Salvador. Considerando que entre um estudo e o outro está a presença de intervenções preventivas por meio da troca de seringas e outros cuidados com a saúde nas comunidades onde as amostras foram recrutadas, será analisado o papel dessas intervenções nos resultados obtidos.

O estudo tem a limitação de lidar com amostras recrutadas em diferentes bairros da cidade de Salvador cujas condições físicas, demográficas e socioeconômicas, embora assemelhadas em vários aspectos, não são objetos de estudo aprofundado nas pesquisas aqui analisadas, o que pode ser considerado como uma fonte de desvio na interpretação dos resultados.

A grande mobilidade dos UDI, a semelhança de outros protagonistas de práticas ilegais, em parte justificadas pela necessidade de aquisição dos produtos de seu consumo e/ou dos meios para consegui-los, fazem com que esta população dificilmente possa ser caracterizada pelas áreas em que é recrutada em um dado momento. Outros fatores que contribuem para a maior mobilidade dessa população de um bairro ou mesmo de uma cidade para outra, são as frequentes intervenções policiais e as tensões e ameaças de morte entre os

grupos rivais relacionados ao tráfico de drogas. Na presente análise, quase a metade (44%) dos 100 UDI entrevistados no Centro Histórico, no Estudo I, eram provenientes de outros bairros ou de outras cidade. Essa característica tem sido utilizada pelos próprios/PRD para expansão de suas ações preventivas, com o acesso a novas áreas, sendo geralmente facilitado por usuários contatados em bairros onde já atua. Ainda relacionado ao trabalho dos PRD, não incomum, em seus relatos de campo, os redutores de danos mencionam o deslocamento de UDI de um bairro a outro em busca de cocaína e/ou outras drogas de melhor qualidade ou por estarem em falta nos bairros onde vivem. Esses dados sugerem que os resultados obtidos nos estudos aqui analisados podem refletir a realidade dos UDI da cidade de Salvador, de uma forma muito ampla do que limitada às áreas de onde foram recrutados.

O fato de o Centro Histórico ser tradicionalmente um bairro de prostituição, e de uma significativa parcela da amostra (35%) ter referido troca de sexo por dinheiro e/ou droga, poderia justificar a prevalência elevada de HIV e HTLV-I/II entre os UDI daquela localidade considerando-se a maior probabilidade de transmissão por via sexual. Entretanto, a prevalência de sífilis nesta população (Andrade *et al.*, 2001)<sup>8</sup>, mesmo sendo elevada, foi bem inferior (29,0%) a de HIV (49,5%). Por outro lado, a elevada prevalência de hepatite C (77,0%) entre os UDI do Centro Histórico sugere que a transmissão sanguínea e, por conseqüência, o compartilhamento de seringas, teve um importante papel também na transmissão do HIV e HTLV-I/II.

Melhor nível educacional e menor proporção de UDI com fontes de renda ilegais podem estar relacionados com melhor nível de informação e maiores cuidados com a saúde entre os UDI de outros Bairros (Estudo III), e isto justificaria a menor prevalência de HIV e HTLV-I/II nessa amostra, em relação à recrutada no Centro Histórico. Entretanto, a elevada proporção de UDI, dos outros bairros, detidos até cinco vezes (87,6%) refletem, à semelhança do Centro Histórico, importante ruptura dos laços sociais. Em um estudo de Corte Transversal realizado no Engenho Velho da Federação, entre o terceiro e o nono mês após a abertura do ponto fixo de troca de seringas naquele bairro, 37,1% dos UDI referiram compartilhamento de seringas nos últimos seis meses; também, 63,4% e 18,0% % deles referiram nunca ter usado preservativos com seus parceiros sexuais principais e ocasionais, respectivamente. Nesse mesmo estudo, 39,4% dos UDI revelaram ter usado alguma vez o PRD/CETAD<sup>8</sup>. Esse

estudo que não incluiu testagem sorológica sugere que, mesmo em menor proporção, se comparado ao Estudo II, a prevalência de comportamentos de risco nessa população era originalmente elevada. A significativa proporção de UDI que já utilizava o PRD por ocasião desse estudo, conforme mostrado acima, sugere que antes do início das ações do PRD essa prevalência poderia ser ainda maior.

A acentuada queda na proporção de compartilhamento de seringas e a significativa elevação no uso de preservativos na amostra do Estudo III, em relação aos dados do estudo acima mencionado, sugerem que as diferenças entre os resultados dos Estudos II e III podem estar relacionadas às ações de prevenção desenvolvidas pelo PRD. A maior prevalência de HIV e HTLV-I/II entre os UDI do bairro da Ribeira, em relação a do Engenho Velho da Federação, conforme mostrado nos resultados, pode estar relacionada com maior proporção de comportamentos de risco entre UDI da Ribeira. Entretanto, o fato do PRD, à época do estudo, funcionar há menos tempo e contar com estrutura de apoio mais precária, nesse bairro, em relação ao Engenho Velho, pode ser a razão dessa diferença.

Dados qualitativos de um outro estudo realizado pelo PRD/CETAD, ainda que não confirmatórios, sugerem fortemente que as ações preventivas desenvolvidas por este Programa têm papel relevante na redução de comportamentos de risco e na prevalência de infecções de transmissão parenteral. Esse estudo traz evidências do papel do PRD junto à população dos bairros onde ele atua, sobretudo na melhora dos cuidados com a saúde por parte dos UDI que conhecem o programa (Andrade, 2000)<sup>9</sup>. Ainda nesse estudo, anotações de campo dos redutores de danos do Engenho Velho da Federação ilustram bem estes efeitos:

*Dois usuários estavam se injetando juntos; a seringa de um deles entupiu e ele pediu ao outro a sua seringa. Este último se negou a emprestar dizendo que era arriscada e que ele poderia conseguir uma seringa nova com um agente do CETAD.*

*As pessoas no Engenho Velho diziam que nós estávamos incentivando o uso de drogas dando seringas novas aos UDI e ameaçavam chamar a polícia. Agora, três anos depois, as pessoas visitam a sala do Programa e pedem informações sobre HIV/AIDS. Eles elogiam o Programa e ajudam no trabalho de prevenção entre UDI.*

*No início a polícia dizia que nós éramos iguais aos UDI e traficantes e nos ameaçavam com prisão. Agora eles vem à sala do Programa, conversam com os usuários de drogas e dizem que nosso trabalho é muito importante.*

*A cocaína não era boa e eu tomei só um pico ontem à noite. Vou esperar uma cocaína melhor. Disse um UDI. Eles estão tomando mais cuidados com a saúde. Isto é um longo caminho: primeiro tivemos que ganhar a confiança, depois nós trocamos seringas e demos encaminhamentos para os serviços de saúde e agora eles cuidam mais da própria saúde.*

Os dados aqui apresentados entre o Estudo II e o III mostram que não houve aumento no consumo de drogas injetáveis, quer avaliado pela frequência mensal ou pelo número de injeções em um dia típico de consumo. Estes dados vêm sendo demonstrados desde 1994, quando foi feita a avaliação de cinco anos dos programas de troca de seringa na baía de São Francisco, Califórnia (Watter JK *et al.*, 1994)<sup>10</sup>. Estudo realizado na Baixada Santista - Estado de São Paulo, comparando dados de estudos de corte transversal antes e após atividades de redução de danos, tem mostrado expressiva redução do consumo injetável entre UDI (Mesquita F. C., 2001)<sup>11</sup>.

Ainda que tenha crescido o consumo de *crack* entre os Estudos II e III, à semelhança do que tem ocorrido em outros estados como São Paulo (Mesquita F., 2001)<sup>11</sup>, verificamos nos indicadores de processo das ações de redução de danos do PRD/CETAD uma importante superposição entre o uso dessa droga e o uso injetável.

O nível de interação entre o PRD/CETAD e as comunidades onde atua, seja com os usuários de drogas, seus parceiros sexuais e familiares, seja com as organizações existentes em cada uma dessas áreas, resulta em elevado nível de aceitação das ações do programa pela comunidade; este fato multiplica o alcance e a eficácia do trabalho realizado. A própria estrutura física dos bairros onde atua o programa, com habitações precárias e exíguo espaço interno, faz com que o cotidiano dos moradores seja vivido nas ruas, onde termina exposta a sua intimidade, aumentando, com isso, o acesso a estas populações pelos técnicos no exercício do trabalho de prevenção. Um outro elemento, inerente à nossa cultura e muito evidente na Bahia, é a capacidade de tornar familiar o estranho, passando-se da condição de desconhecido a camarada em um curto espaço de tempo.

Tal fato contribuiu para que mesmo desconfiados e machucados pela re-vezes da vida, os UDI e os usuários de drogas em geral, ao perceberem a seriedade do trabalho que se realiza, abram literalmente as portas ao programa. Desse modo, residências de redutores de danos, de usuários de drogas e mesmo de outros moradores das comunidades mais quais o PRD atua têm sido cedidas como espaço para pontos fixos de prevenção, reuniões com os usuários, cinema nas ruas e outras atividades do programa.

Um outro importante elemento ao qual credenciamos o bom desempenho do PRD/CETAD na prevenção do HIV e de outras infecções de transmissão parenteral e sexual, entre usuários de drogas, é a sintonia com as demandas de cada população atendida. Neste particular, pode ser citada a implementação de projetos específicos, como o Projeto de Saúde Reprodutiva em um bairro no qual o problema mais apontado pelos moradores era a gravidez entre adolescentes e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); o atendimento direcionado às mulheres usuárias de *crack* por meio dos pontos móveis de prevenção e a estrutura criada para o suporte de saúde aos usuários de anabolizantes.

Testes para hepatite e sífilis (ainda não realizados no Estudo III), o aprofundamento da análise com estratificação de algumas das variáveis estudadas e a correlação entre estas e outras variáveis não incluídas na presente análise, a exemplo de overdose, conhecimentos sobre aids e mudança de comportamento e utilização de serviços, com o uso do PRD e a prevalência de HIV, HTLV-I/II e hepatites, trarão subsídios adicionais à avaliação do papel do PRD/CETAD nos resultados aqui apresentados. Os resultados até então analisados apontam no sentido da eficácia desse programa e de uma relação custo/benefício extremamente vantajosa do ponto de vista humanitário e socioeconômico.





## IV - Bibliografica

1. ANDRADE, Tarcísio Matos de. Condições psicossociais e risco de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis do Centro Histórico de Salvador. Bahia, Brasil. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. 162p.
2. ANDRADE, T.; DOURADO, I; GALVÃO-CASTRO, B. Associations among HTLV-I, HTLV-II and HIV in injecting drug users in Salvador, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr and Hum Retrov 1998;18(2):186-187.
3. DOURADO, I.; ANDRADE, T.; GALVÃO-CASTRO, B. Human T cell Lymphotropic Virus Type 1 (HTLV- I) in Northeast Brazil: Differences for male and female injecting drug users. J Acquir Immune Defic Syndr and Hum Retrov, 1998;19(4):426-429.
4. DOURADO, I.; ANDRADE, T.; CARPENTER, C.L.; GALVÃO-CASTRO, B. Risk factors for Human T cell Lymphotropic Virus Type 1 among injecting drug users in Northeast Brazil: Possibly greater efficiency of male to female transmission. Mem Inst Oswaldo Cruz, 1999; 94(1):13-18.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1994). World Health Organization International – Collaborative Group Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection. Geneva, 231pp.

6. WATTERS, J.K.; BIERNACKI, P. (1989). Targeted sampling options for the study of hidden populations. Social Problems, Vol. 36, p. 416-430.
7. CARVALHO, H.; SANTOS, V.; SABINO, E.; ANDRADE, T.; BUENO, R. (1999, March). HIV, hepatitis B and C and syphilis seroprevalence and risky behaviour among IDUs of two Brazilian cities – Santos and Salvador. Abstract pag 60. Apresentado na 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Genebra, Suíça.
8. ANDRADE, T.; LURIE, P.; Medina, M.G.; ANDERSON, K; DOURADO, I. (2001, March) The opening of South America's first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia. – Brazil. Aids and Behavior, 5(1):51-64.
9. ANDRADE, T. (April 2000) Extending the perception of the efficacy of Harm reduction concepts. Abstract. Presented in the 11th International Conference on the Harm Reduction of Drug Related Harm. Jersey, Channel Islands, British Isles.
10. WATTER, J.K.; ESTILO, M.J.; CLARK, G.L.; LORVICK, J. (1994) Syringe and needle exchange as HIV/aids prevention for injecting drug users. JAMA, 271: 115-20.
11. MESQUITA, F. C. (2001) Aids entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na região metropolitana de Santos, Estado de São Paulo – Brasil. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 82p.