

# Comportamentos de risco ao HIV em utilizadores de heroína em um distrito português: estudo qualitativo

*HIV risk behaviors in heroin users in a Portuguese district: a qualitative study*

**Vanessa Fabiane Machado Gomes Marsden<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Mestre, Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Centro de Atendimento à Toxicod dependência (CAT) de Vila Real, Vila Real, Portugal. Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT), Delegação Norte, Portugal.

Este estudo foi realizado no Instituto da Droga e da Toxicod dependência, Centro de Respostas Integradas (CRI), Vila Real, Portugal.

## Resumo

**Objetivo:** Explorar relatos de utilizadores de heroína sobre seus comportamentos de risco para transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no distrito de Vila Real, Portugal, já que a heroína é a droga predominante no que se refere ao uso problemático de drogas em Portugal, e 48% de todas as notificações de infecção por HIV no país são associadas à dependência de drogas.

**Método:** Utilizadores de heroína recebendo tratamento ambulatorial para dependência em clínica pública foram selecionados aleatoriamente e convidados a participar do estudo. A coleta de dados foi realizada através de entrevista qualitativa semiestruturada, desenvolvida para explorar os relatos dos participantes sobre seu comportamento de risco associado ao uso de heroína.

**Resultados:** 25 entrevistas foram realizadas. A idade média foi de 32 anos, e 92% eram homens. Os participantes relataram um tempo médio de uso de heroína de 14,7 anos, e 64% deles mencionaram uso diário da droga. Dois terços relataram uso de heroína e 16% referiram uso intravenoso da droga nos 30 dias anteriores à entrevista. 75% referiram compartilhamento de seringas ou parafernália de injeção. *Front-loading* ou *back-loading* foram técnicas comuns e não reconhecidas como comportamento de risco. 84% referiram ter sido testados anteriormente para o HIV.

**Conclusão:** O desenvolvimento de melhores programas de prevenção ao HIV para este grupo de risco é essencial através do uso de informações sobre movimentos demográficos e padrões de comportamento de utilizadores de heroína, abordando seus comportamentos de risco nas práticas sexuais e no compartilhamento de parafernália de injeção.

**Descritores:** HIV, comportamento de risco, heroína, Portugal, uso de substância por via intravenosa.

## Abstract

**Objective:** To explore heroin users' accounts of risk behavior in relation to the transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in the district of Vila Real, northern Portugal, since heroin is the predominant drug in problematic drug use in Portugal and 48% of the total notifications of HIV infection in the country are associated with drug addiction.

**Method:** Heroin users in an outpatient addiction treatment public center, randomly selected, were invited to participate. Data collection was via semi-structured qualitative interview designed to explore participants' accounts of health risk behavior associated with heroin use.

**Results:** Twenty-five interviews were conducted. Mean age was 32 years and 92% were men. A mean of 14.7 years of heroin use was reported, and 64% in total referring daily drug use. Two-thirds reported use of heroin and 16% reported intravenous drug use over the previous 30 days. Seventy-five percent reported having shared needles or paraphernalia. *Front-loading* or *back-loading* was common and not recognized as risk behavior. Eighty-four percent reported being tested for HIV at least once in their lifetime.

**Conclusion:** It is essential to design better HIV prevention programs for this high risk group, using information on demographic movements and behavioral patterns of heroin users and addressing their risk behaviors in sexual practices and in sharing injection paraphernalia.

**Keywords:** HIV, risk-taking, heroin, Portugal, intravenous substance abuse.

---

### Correspondência:

Vanessa Marsden, 108 Ross Street, CB1 3BU, Cambridge, United Kingdom. E-mail: vanessagomes77@yahoo.com.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Recebido em 22/10/2008. Aceito em 24/02/2009.

## Introdução

Durante os últimos anos, o uso de drogas em Portugal tem apresentado alterações mais ou menos perceptíveis de acordo com o panorama mundial. Os portugueses estão em segundo lugar no ranking de consumo de heroína na Europa, e a heroína, muitas vezes associada à cocaína, é a droga mais utilizada por utilizadores de drogas problemáticos em Portugal<sup>1-4</sup>. Em 2004, a heroína foi mencionada como a principal droga por 85% dos pacientes de clínicas de tratamento ambulatorial de dependentes de drogas e por 75% dos pacientes em suas primeiras consultas nessa rede de serviços. A via de administração predominante é através de fumo/inalação, e o uso intravenoso (IV) da droga é o modo preferencial de 25 a 52% dos utilizadores<sup>4</sup>.

De acordo com dados da Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (CVEDT), em 2005, 48% de todas as notificações de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus*, HIV) foram associadas à dependência de drogas<sup>5,6</sup>. O relatório anual sobre a situação das drogas em cada país da União Europeia do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) demonstrou a significativa gravidade do problema das drogas em Portugal<sup>7</sup>. Existem altos níveis de infecção por HIV/síndrome da imunodeficiência adquirida (*acquired immunodeficiency syndrome*, AIDS) entre os dependentes de drogas e altos níveis de uso problemático de drogas, particularmente a heroína. Em Portugal, os sinais da modernidade avançada e do desenvolvimento econômico, social e cultural são similares a maioria dos países da Europa. Ao mesmo tempo, há indicadores comparando Portugal com outros países europeus de maneira desfavorável, inclusive em termos de nível educacional e taxa de alfabetização, índices de pobreza, e taxas de evasão escolar precoce e desaprovação<sup>8</sup>. A pesquisa sobre a relação entre carência social e tráfico e uso de drogas mostra configurações altamente específicas em Portugal e dentro dos distritos do país.

Portugal não tem uma economia homogênea, e a Região Norte do país apresenta os indicadores econômicos e sociais menos favoráveis. A atividade econômica no Norte de Portugal tem diferido da média nacional, com um declínio desde a década de 1990<sup>9</sup>. O distrito de Vila Real, ao no Norte de Portugal, na região de Trás-os-Montes, com uma população de 223.328 habitantes, tem apresentado taxas demográficas negativas nos últimos anos devido à emigração e ao envelhecimento da população. A densidade populacional é esparsa, e a maioria das pessoas vive em aldeias, muitos dos quais têm menos de 100 habitantes. Mais de 75% da população vive em centros com menos de 5.000 habitantes, com um estilo de vida rural (E. P. Lopes, dissertação de mestrado). Em uma área pedregosa de montes e vales estreitos, onde as maiores cidades são pequenas se comparadas às capitais de províncias da vizinha Espanha, Vila Real, a capital, tem aproximadamente 25.000 habitantes.

Este estudo tem o objetivo de explorar os relatos dos utilizadores de heroína de Vila Real sobre seu comportamento de risco em relação à transmissão do HIV.

## Método

Este estudo foi realizado em 2007, durante a implementação do projeto voluntário de exame e aconselhamento de HIV (*HIV voluntary counselling and testing*) para aumentar o acesso aos testes de HIV e o acesso de utilizadores de drogas à assistência médica. Os objetivos foram conhecer os comportamentos de risco e os padrões de uso de drogas em utilizadores de heroína sob acompanhamento em uma clínica pública de tratamento da dependência de drogas no distrito de Vila Real, Portugal.

### Amostragem e seleção

A clínica onde o estudo foi realizado é responsável pelo gerenciamento e fornecimento de tratamento para casos de abuso e dependência de substância em todo o distrito, dividindo-o em sub-regiões, para as quais o tratamento de manutenção com metadona é distribuído às clínicas públicas de saúde das sub-regiões. Para facilitar o gerenciamento, um pequeno centro está instalado na cidade de Chaves, a segunda maior cidade (população: 20.000). Contudo, médicos especialistas (das áreas de psiquiatria e hepatologia) somente estão disponíveis na clínica de Vila Real, e os pacientes que vivem nas sub-regiões devem comparecer a consultas regulares na cidade. Havia 1.450 prontuários de pacientes nos arquivos, mas devido à natureza dos fenômenos migratórios e do abandono do tratamento por parte dos pacientes, somente 313 eram pacientes “ativos” (com pelo menos uma consulta nos 6 meses anteriores). Dez por cento desses pacientes ativos foram selecionados aleatoriamente para participar do estudo. Os critérios de elegibilidade incluíram idade superior a 18 anos e não estar intoxicado ou incapaz de entender e assinar o termo de consentimento informado. Foram enviadas cartas de convite para a entrevista, e as entrevistas foram iniciadas quando os pacientes aceitaram participar do projeto depois de receberem explicações sobre os métodos. As entrevistas foram realizadas por uma equipe de cinco indivíduos formada por profissionais de saúde treinados sobre os métodos um curso de 25 horas oferecido pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA como parte de um programa mais amplo para Avaliação Rápida de VIH/SIDA em Portugal.

### Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevista qualitativa semiestruturada, desenvolvida para explorar os relatos dos participantes sobre seu comportamento de risco associado ao uso de heroína. Para os tópicos e para analisar dados comportamentais, utilizou-se uma versão da Behavioral Surveillance Survey: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk of HIV para pesquisas de comportamento repetido em populações sob risco de contrair HIV<sup>10</sup> adaptada pela Coordenação Nacional para a Infecção

VIH/SIDA<sup>11</sup>. A entrevista semiestruturada oferece respostas a práticas comportamentais, perfis de risco e vulnerabilidade da população. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado para participar, assegurando que os achados eram confidenciais. As entrevistas foram realizadas na clínica de tratamento de dependência de Vila Real e duraram entre 30 e 60 minutos. Com base em um guia de tópicos, as entrevistas procuravam encorajar a discussão de aspectos dos comportamentos de risco relacionados ao HIV e aos padrões de uso de droga. Dos 31 sujeitos convidados, seis não compareceram à entrevista, e 25 entrevistas qualitativas foram realizadas. As entrevistas não foram gravadas para passar uma sensação de segurança e confidencialidade para os utilizadores de heroína, e os dados foram detalhadamente registrados por escrito. As análises foram indutivas e temáticas. Como este estudo foi realizado durante a implementação de um programa voluntário de exame e aconselhamento, a amostra de participantes foi escolhida e finalizada quando todos os convidados aleatoriamente haviam sido entrevistados ou não haviam respondido ao convite.

As entrevistas foram analisadas, e as unidades significativas foram identificadas. Criou-se categorias analíticas, permitindo o agrupamento das unidades significativas. As análises quantitativas foram inicialmente desenvolvidas para estabelecer conexões e revelar padrões dos comportamentos de risco.

A todos os entrevistados foi oferecido exame de HIV e aconselhamento voluntário gratuitamente e realizado no local. O exame era realizado por profissionais treinados através do uso de teste imunocromatográfico rápido de terceira

geração. Testes confirmatórios e encaminhamentos foram oferecidos para assistência médica e tratamento do HIV e outros serviços, se necessário. Todos os entrevistados aceitaram realizar o exame de HIV.

## Resultados

### Características da amostra

A amostra incluiu 25 utilizadores de heroína, cuja média de idade era de 32 anos (variação 18-44), sendo predominantemente do sexo masculino (92%). O nível médio de escolaridade era de 7,8 anos (variando de 4 a 12 anos). O uso médio de heroína foi de 14,7 anos (variando de 5 a 29 anos), com 64% da amostra mencionando o uso diário da droga nos últimos 30 dias antes da entrevista. O tempo médio de abstinência para aqueles que não relataram uso de heroína durante o último mês foi de 16 meses (variando de 2 meses a 3 anos).

### Comportamentos de risco relacionados à droga

Nos 30 dias anteriores à entrevista, dois terços (60%) dos participantes relataram uso de heroína, 36% de cocaína, 16% de anfetaminas, 8% de benzodiazepinas sem prescrição médica e 28% relataram uso de maconha. Quarenta por cento relataram uso de drogas intravenosas (UDIV), mas não durante o ano anterior; 8% relataram UDIV, mas não durante o último mês; e 16% relataram UDIV durante o último mês. Entre os participantes que relataram UDIV, uma média de

**Tabela 1** – Tópicos da entrevista sobre comportamentos de risco relacionados ao HIV e ao uso de drogas

Dados demográficos
Sexo, idade, educação, local de nascimento, cidade de residência
Uso de drogas
Histórico do uso de drogas, uso atual de drogas e drogas IV, compartilhamento de agulhas e parafernália de injeção, características dos companheiros de compartilhamento, métodos de limpeza das agulhas e parafernália de injeção, locais e dificuldades para a obtenção de material novo e esterilizado, tratamentos recebidos para a dependência de drogas.
Histórico sexual
Idade da primeira relação sexual, características dos parceiros sexuais em anos anteriores, uso correto de preservativos, locais e dificuldades para a obtenção de preservativos.
Conhecimento e educação sobre o HIV
Perguntas referentes ao fato de o participante conhecer alguém infectado ou que morreu de AIDS; como os preservativos podem proteger contra o vírus; métodos de transmissão do HIV; e o que uma gestante pode fazer para proteger o bebê.
Exame de HIV
Perguntas sobre quantas vezes os participantes haviam realizado o exame, quando foi realizado o exame mais recente e as razões para realizarem o exame.

AIDS = síndrome da imunodeficiência adquirida (*acquired immunodeficiency syndrome*); HIV = vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus*); IV = intravenosas.

7,5 anos (variação de 10 meses a 16 anos) de histórico de UDIV foi obtida. Aqueles que não relataram UDIV durante o último mês (48%) mencionaram uma média de abstinência de UDIV de 4 anos (variação de 4 meses a 13 anos). Dentre aqueles que relataram UDIV nos 30 dias anteriores à entrevista, as substâncias usadas foram heroína (dois indivíduos), cocaína (dois indivíduos) e heroína e cocaína (*speedball*) (dois indivíduos). Setenta e cinco por cento dos participantes que relataram UDIV nos últimos 30 dias injetaram 2-3 vezes ao mês, e um indivíduo injetou pelo menos uma vez por semana. Somente sujeitos do sexo masculino admitiram o uso de UDIV nos 30 dias anteriores.

Daqueles que relataram UDIV, 75% mencionaram o compartilhamento de agulhas ou parafernália de injeção, 6,3% não souberam dizer se haviam compartilhado agulhas ou parafernália de injeção e 18,8% negaram o compartilhamento. Entre aqueles que relataram o compartilhamento, 36,6% emprestaram uma agulha ou seringa após usá-la, e 45% injetaram drogas com uma seringa preparada por outra pessoa. Mais comum foi o compartilhamento de materiais tais como limão ou colher. Os métodos *Front-loading* ou *back-loading* foram comuns e não reconhecidos como comportamento de risco.

*Quando preparamos, cozinhamos tudo e colocamos dentro de uma seringa. Então, podemos dividir em partes iguais, eu e gajo. Não tem problema, desde que a seringa que usamos sempre seja nova. Usamos a seringa nova para dividir entre nós, tirando para as nossas próprias seringas.*

Somente um participante relatou compartilhamento de parafernália de injeção nos últimos 30 dias, compartilhando seringas com outros dois utilizadores de drogas, sem limpá-las antes de usar.

#### **Acesso a seringas novas e esterilizadas**

Programas de troca de seringas estão em funcionamento em Portugal nos últimos 16 anos. A grande maioria (92%) dos indivíduos relatou saber onde conseguir seringas novas e esterilizadas, e não foram identificadas grandes dificuldades para obtê-las. As farmácias foram os principais locais para a obtenção de seringas novas e esterilizadas de acordo com 92% dos participantes, seguido de Equipas de Rua (equipes de redução de danos) (16%) e do traficante (4%). O principal problema referente ao acesso ao material novo foi relacionado ao acesso após o horário de fechamento das farmácias:

*Sempre compro seringas na farmácia. Mas o problema é que tenho que pagar por elas. Deveria ser distribuído na clínica pra gente, como vocês fazem com as camisinhas. É difícil comprar à noite. Poderia conseguir nas máquinas, mas não quero que ninguém me veja.*

Os participantes mencionaram que desde que as seringas esterilizadas foram disponibilizadas, eles ficaram mais dispostos

a usá-las, mas uma minoria ainda relatou o compartilhamento de seringas. A maioria dos utilizadores de drogas relatou ter tentado desinfetar os instrumentos fervendo as seringas ou limpando-as com água sanitária. Uma minoria mencionou ter limpado seu material para injeção com água. O compartilhamento de parafernália, como colher, filtros ou limão, é mais comum, e todos os pacientes que tinham usados drogas IV relataram o compartilhamento desse último item.

#### **Tratamento anterior para a dependência**

Como todos os indivíduos estavam sendo acompanhados devido à sua dependência em heroína em uma clínica de tratamento ambulatorial, perguntou-se em que programa eles estavam inseridos. Quarenta e quatro por cento estavam inseridos no programa de manutenção com metadona, 28% estavam no programa de manutenção com buprenorfina, 12% estavam tomando antagonistas e 12% estavam em acompanhamento psicológico sem tratamento farmacológico. Quando perguntados sobre tratamentos anteriores para a dependência, 92% tinham tido consultas em clínica ambulatorial, 48% tentaram desintoxicação em casa sem remédios, 44% tinham participado de programas de tratamento de manutenção anteriores com opioides agonistas, 36% tinham sido internados em uma comunidade terapêutica, 28% tentaram desintoxicação com opioides agonistas, 28% relataram tentativa de desintoxicação sem apoio técnico, 24% tinham tentado a desintoxicação sem auxílio de medicação e 16% frequentaram grupos de autoajuda.

#### **Comportamentos de risco sexual**

A idade média da primeira relação sexual foi de 15,6 anos (variando entre 13 e 19 anos). Oitenta e oito por cento admitiram ter tido relações sexuais nos 12 meses anteriores. A média foi de dois parceiros sexuais por indivíduo (variando de um a seis parceiros sexuais). Dividiu-se os parceiros sexuais em três categorias: parceiros comerciais (sexo pago), parceiros ocasionais e parceiros regulares. Somente dois indivíduos admitiram ter tido parceiros comerciais no ano anterior.

Todos os indivíduos relataram uso regular de preservativos masculinos com os parceiros comerciais. Setenta e cinco por cento daqueles que fizeram sexo com parceiros ocasionais e somente 42% daqueles que fizeram sexo com parceiros regulares relataram o uso regular de preservativos. Todos os indivíduos que relataram uso regular de preservativos nos últimos 12 meses (68%) também relataram seu uso durante a última relação sexual. Não houve relato de relações sexuais homossexuais nos últimos 12 meses. A ideia predominante sobre o uso de preservativos masculinos nessa população é exemplificada pela seguinte declaração:

*Só uso preservativos no início do relacionamento, quando ainda estamos nos conhecendo. Não uso mais. Eu já a conheço; estamos juntos há 8 meses. As pessoas dizem que se*

*deveria usar sempre, mas isso é fantasia! Ninguém consegue usar por mais de um mês. Imagine um gajo casado, como podes pedir uma coisa dessas? E se eles quiserem ter filhos? Vão ter que parar de usar de qualquer forma.*

Todos os indivíduos relataram saber onde encontrar preservativos masculinos facilmente, e 96% relataram poderem obtê-los sempre que necessário. Os locais mencionados para a obtenção de preservativos foram farmácias (92%); com redutores de danos (8%); em lojas (20%); clínicas (16%), hospitais (8%), clínicas de saúde (16%), centros de tratamento de dependência (44%) e máquinas de preservativos (36%). O principal problema relativo ao acesso aos preservativos foi o preço.

### **Crenças e atitudes relacionadas a HIV/AIDS**

Educação sobre o HIV e outros programas de redução de danos pareceram ter influenciado as crenças e as práticas entre os utilizadores de drogas. A maioria tinha conhecimento sobre os métodos de transmissão do HIV e sobre os métodos para evitar a contaminação. Sessenta e quatro por cento relataram conhecer alguém infectado pelo HIV, 60% conheciam alguém que morreu de AIDS, e 24% tinham um amigo íntimo ou um membro da família que tinha HIV ou havia morrido de AIDS. Noventa por cento acreditavam que as pessoas podem se proteger do HIV através do uso adequado de preservativos durante as relações sexuais. Aqueles que discordaram do fato de os preservativos protegerem declararam que os preservativos masculinos protegem durante o sexo, mas que o compartilhamento de agulhas e parafernália de injeção também deveria ser evitado. Quatro por cento acreditavam que é possível ser infectado pelo HIV ao compartilhar uma refeição com uma pessoa infectada:

*Conheço pessoas que dizem que não se pega assim, mas e se a pessoa estiver com gengivite ou sangrando ou algo parecido? Então tu podes pegar. Eu não confio em dividir uma refeição.*

Todos os pacientes acreditavam que uma pessoa pode ser infectada pelo compartilhamento de agulhas. Oitenta por cento acreditavam que um utilizador de drogas IV pode se proteger evitando o uso de drogas IV ou através do uso de material esterilizado. Oitenta por cento acreditavam que uma mulher infectada pode transmitir o vírus HIV para seu filho. Essa pergunta causou alguma confusão, já que não estava especificado se a mulher em questão estava grávida ou não. Permitiu-se que os participantes decidissem como responder, e aqueles que responderam que uma mulher pode transmitir o vírus HIV para seu filho presumiram que isso aconteceria “durante a gestação”. Aqueles que disseram “não” presumiram que a pergunta não se referia à gestação, mas ao fato da mãe e da criança conviverem em família. Sessenta e quatro por cento não sabiam o que responder quanto à pergunta “O

que uma gestante pode fazer para reduzir o risco de infecção por HIV para seu filho?”. Dentre os que responderam, 32% acreditavam que a medicação pode reduzir o risco de infecção perinatal por HIV.

### **Exames de HIV anteriores**

Oitenta e quatro por cento relataram ter sido testados ao HIV anteriormente. Para aqueles que haviam sido testados, a média de exames de HIV foi de 3,6 exames por pessoa (variação de 1 a 20). As razões dadas para realizar seu último teste de HIV foram: decisão de fazer o exame voluntariamente (38%) e porque alguém havia pedido que fizessem (62%). Dentre aqueles que fizeram o exame, 43% haviam feito seu último exame de HIV há menos de 1 ano atrás, 33% nos últimos 2 anos, 14% entre 2 e 4 anos atrás e 10% informaram que seu último exame havia sido feito a mais de 4 anos. Todos os indivíduos relataram saber o resultado do último exame de HIV e todos os entrevistados eram HIV negativos. Todos aqueles que informaram nunca terem realizado o exame antes não eram utilizadores de drogas IV.

## **Discussão**

As estratégias de prevenção ao HIV/AIDS mais bem conhecidas dos utilizadores de drogas enfatizam o não compartilhamento de agulhas e parafernália de injeção e o correto uso de preservativos. Contudo, percebeu-se que apesar de conhecerem e entenderem a maioria das estratégias de prevenção, os participantes ainda praticam comportamentos de risco ao HIV. Este estudo foi realizado em uma clínica ambulatorial de tratamento da dependência e, mesmo assim, parece que há necessidade de intervenção referente a essa questão.

Mais de dois terços dos indivíduos que haviam usado drogas IV compartilharam material. Muitos não pareciam entender os perigos das práticas de compartilhamento como *back-loading* e *front-loading*. Este último método é usado quando um único preparado da solução da droga é compartilhada igualmente puxando-se a solução de uma seringa diretamente pelo bico da outra seringa. O método *back-loading* é o processo reverso, no qual a solução de uma seringa é injetada no cilindro de outra seringa<sup>12</sup>. Em um estudo qualitativo, Grund et al. perceberam que aproximadamente 80% das ocasiões de compartilhamento observadas envolviam essas práticas<sup>13</sup>. Estudos etnográficos de vários países demonstraram que tais práticas aumentam os riscos de transmissão do HIV e são significativas como preditores independentes da transmissão do HIV<sup>13-15</sup>.

A grande maioria dos pacientes não relatou grandes dificuldades em obter material limpo e esterilizado para as injeções. Em Portugal, os utilizadores de drogas IV podem obter seringas de máquinas localizadas em farmácias, similares às máquinas de preservativos. Mais de 21 milhões de

seringas foram trocadas em 1.500 farmácias desde 1993<sup>16</sup>. Essa é a única maneira de trocar seringas no distrito. Outras regiões, como Porto e Lisboa, também oferecem a troca de seringas através das Equipas de Rua. O principal problema relatado pelos participantes, contudo, não foi a falta de Equipas de Rua no distrito, mas o fato de as clínicas de tratamento ambulatorial não lhes fornecerem as seringas gratuitamente. Sobre essa questão reside o paradigma de associar as clínicas de tratamento, que são orientadas a reconhecer o problema da droga como um transtorno e oferecer diferentes abordagens para tratá-lo, com as dificuldades políticas em aceitar a condição crônica do uso de substâncias, permeada por constantes recaídas, ao oferecer também material para injeção. Do ponto de vista político, poderia ser negativo oferecer programa de manutenção com metadona e seringas na mesma clínica, criando uma demanda de uma parcela do público que não está interessada em programas de tratamento. Entretanto, alguns estudos indicam que os programas de troca de seringas em clínicas de tratamento não aumentaram a taxa de exames positivos de urina para uso de drogas, reduziram os riscos e a prevalência de HIV e poderiam funcionar como um meio de arrecadar mais pacientes para os programas de manutenção<sup>17-21</sup>.

As estratégias de prevenção em Portugal focalizaram a educação sobre a AIDS, com outdoors e panfletos alertando para os perigos de sexo desprotegido e compartilhamento de seringas. O problema da educação em massa e da generalização é que grupos que têm comportamentos de risco específicos podem ser menosprezados e detalhes das práticas de risco podem não ser totalmente explorados. Um exemplo de tal falta de abordagem aos utilizadores de drogas é o fato de que, apesar do bom conhecimento sobre os métodos de transmissão do vírus por seringas, o compartilhamento de parafernália de uso não é entendido como uma prática perigosa. Apesar do bom acesso a seringas esterilizadas, disponíveis para os utilizadores em máquinas em todo o país, colheres, filtros, limão e mesmo as seringas ainda são compartilhados, ilustrando a ignorância quanto aos riscos de tais comportamentos.

Estratégias específicas para a influência da mudança de comportamento somente serão efetivas se atingirem os utilizadores e se forem aceitas e adotadas pela população. As maneiras de oferecer informações específicas sobre prevenção do HIV para essa população, no que diz respeito a aspectos de risco particulares a utilizadores de drogas, são baseadas em entrevistas personalizadas e educação, respondendo perguntas e esclarecendo crenças<sup>22</sup>. Uma dessas estratégias é baseada nos programas de redução de danos, nos quais uma equipe fornece informações e serviços à populações isoladas. Infelizmente, em Portugal, tais programas somente estão disponíveis em grandes centros como Lisboa e Porto, mas há planos de estendê-los para todos os distritos.

Outra estratégia de prevenção, implementada durante o curso deste estudo é o exame de HIV e aconselhamento voluntário. Essa estratégia é focalizada nas circunstâncias e nos riscos particulares dos utilizadores de drogas e tem objetivo

de ajudar os utilizadores a alcançar uma meta explícita de mudança de comportamento, reduzindo a chance de adquirir o HIV<sup>23</sup>. Vários modelos têm sido desenvolvidos e avaliados, sendo eficientes na mudança de comportamento e dos riscos<sup>23-28</sup>. Para os utilizadores de drogas IV, os estudos de intervenção indicam que o aconselhamento de prevenção interativa e personalizada pode ser eficiente na redução das injeções e dos riscos sexuais<sup>24,25</sup>. Geralmente, o fornecedor de aconselhamento está interessado em avaliar o risco pessoal e as circunstâncias do utilizador. Nesse contexto, as técnicas de compartilhamento específicas, tais como *back-loading* e *front-loading* e de parafernália de injeção além das seringas, podem ser abordadas, aumentando o potencial preventivo do programa e levando os pacientes a comportamentos mais saudáveis.

### Riscos sexuais

Os indivíduos entrevistados neste estudo não sabiam avaliar os riscos sexuais, especialmente quando qualificavam seu parceiro sexual como “parceiro regular”. Estudos mostram que a maioria dos utilizadores de drogas percebe o sexo desprotegido como uma característica normal das relações heterossexuais<sup>26-28</sup>. Embora as estratégias de prevenção estimulem o uso mais seguro de drogas e práticas sexuais mais seguras, as percepções de normas sexuais mais amplas podem encorajar práticas sexuais arriscadas entre os utilizadores de drogas<sup>14-16,26</sup>. Enquanto o sexo protegido é associado com distância emocional, o sexo desprotegido pode ser associado à realização da intimidade nas relações<sup>28-30</sup>. Os significados sociais normativos ligados ao uso de preservativos nas relações podem ter que mudar antes que as percepções individuais dos utilizadores de drogas tornem-se maleáveis<sup>26</sup>.

### Limitações

Os comportamentos relacionados à transmissão do HIV são particularmente sensíveis, tornando difícil para os participantes revelá-los e para os pesquisadores confirmá-los. Uma fonte de viés neste estudo é o viés de prevaricação (*unacceptability bias*) devido à natureza altamente sensível do uso de drogas e do HIV.

### Conclusão

Este estudo qualitativo oferece evidências descritivas dos riscos ao HIV associados ao uso de heroína e ressalta a necessidade de melhorias na prevenção do HIV no distrito de Vila Real. O desenvolvimento de melhores programas de prevenção ao HIV para este grupo de risco é essencial através do uso de informações sobre movimentos demográficos e padrões de comportamento de utilizadores de heroína, abordando seus comportamentos de risco nas práticas sexuais e no compartilhamento de parafernália de injeção. Um

maior foco preventivo deve ser dado aos comportamentos de risco específicos apresentados por essa população. As estratégias que personalizam a mensagem de prevenção têm o potencial de abordar tais riscos e potencialmente aumentar práticas mais seguras.

## Referências

1. Instituto da Droga e Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Núcleo de Estatísticas. Relatório Anual – 2004: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência. Lisboa: IDT; 2004. vol. 1.
2. Instituto da Droga e Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Núcleo de Estatísticas. Relatório Anual – 2005: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência. Lisboa: IDT; 2005. vol. 1.
3. Instituto da Droga e Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Núcleo de Estatísticas. Relatório Anual – 2007: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência. Lisboa: IDT; 2007. vol. 1.
4. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, Observatório de Drogas e Toxicodependências, Núcleo de Estatísticas. Relatório Anual – 2003: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência. Lisboa: IDT; 2003. vol. 1.
5. Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis e Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2005. Lisboa: CNSIDA; 2005.
6. Amaral JA, Pereira EP, Paixão MT. Data and projections of HIV and AIDS in Portugal: An unstoppable epidemic? *J Appl Stat.* 2005;32(2):127-40.
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report: the state of the drugs problem in Europe. Lisbon, Portugal: EMCDDA; 2007.
8. Gomes MC. Perceptions of drugs and drug users in Portugal. In: Fountain J, Korf DJ, eds. *Drugs in society: European perspectives.* Abingdon: Radcliffe; 2007. p. 1-13.
9. PR Mourão. [online] As disparidades regionais em Portugal: uma sugestão a partir de índices sintéticos. [http://www3.eeg.uminho.pt/economia/nipe/docs/2004/NIPE\\_WP\\_2\\_2004.PDF](http://www3.eeg.uminho.pt/economia/nipe/docs/2004/NIPE_WP_2_2004.PDF). Acessado jan 2008.
10. Family Health International (FHI), Implementing AIDS Prevention and Care Project (IMPACT), United States Agency for International Development (USAID). Behavioral surveillance survey: guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. Arlington: FHI; 2000.
11. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. [website]. Programa Klotho, Identificação precoce e prevenção da infecção VIH/SIDA direccionado a utilizadores de drogas. <http://www.sida.pt>. Acessado nov 2007.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Insights: injecting drug use, risk behavior and qualitative research in time of AIDS. Italy: EMCDDA; 2001.
13. Grund JP, Friedman S, Stern LS, Benny J, Neaigus A, Curtis R, et al. Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context, and implications for transmission of blood-borne pathogens. *Soc Sci Med.* 1996;42(5):691-703.
14. Reyes JC, Robles RR, Colón HM, Matos TD, Finlison HA, Marrero CA, et al. Homelessness and HIV risk behaviors among drug injectors in Puerto Rico. *J Urban Health.* 2005;82(3):446-55.
15. Somlai AM, Kelly JA, Otto-Salaj L, Nelson D. "Lifepoint": a case study in using social science community identification data to guide the implementation of a needle exchange program. *AIDS Educ Prev.* 1999;11(3):187-202.
16. Viana L. Troca de seringas nos conselhos do Grande Porto e planificação de recursos. *Rev Toxicodepend.* 1998;4(1):15-23.
17. Wolk JS, Wodak A, Guinan JJ. The effect of a needle and syringe exchange on a methadone maintenance unit. In: International Conference of AIDS, 1989 Jun 4-9. Montreal: Int Conf AIDS; 1989.
18. van Ameijden EJ, Coutinho RA. Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users. *AIDS.* 1998;12(6):625-33.
19. Vertefeuille J, Marx MA, Tun W, Huettner S, Strathdee SA, Vlahov D. Decline in self-reported high risk injection-related behaviors among HIV-seropositive participants in the Baltimore needle exchange program. *AIDS Behav.* 2000;4(4):381-8.
20. Heimer R, Khoshnood K, Bigg D, Guydish J, Junge B. Syringe use and reuse: effects of syringe exchange programs in four cities. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1998;18 suppl 1:S37-44.
21. Stimson GV. AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Soc Sci Med.* 1995;41(5):699-716.
22. Ball AL, Rana S, Dehne KL. HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries. *Public Health Rep.* 1998;113 Suppl 1:170-81.
23. Centers for Disease Control and Prevention. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. *MMWR Recomm Rep.* 2001;50(RR-19):1-57; quiz CE1-19a1-CE6-19a1.
24. Booth RE, Kwiatkowski CF, Stephens RC. Effectiveness of HIV/AIDS interventions on drug use and needle risk behaviors for out-of-treatment injection drug users. *J Psychoactive Drugs.* 1998;30(3):269-78.
25. Rietmeijer CA, Kane MS, Simons PZ, Corby NH, Wolitski RJ, Higgins DL, et al. Increasing the use of bleach and condoms among injecting drug users in Denver: outcomes of a targeted, community-level HIV prevention program. *AIDS.* 1996;10(3):291-8.
26. McKeganey N, Barnard M. *AIDS, drugs and sexual risk: lives in the balance.* Buckingham: Open University Press; 1992.
27. Rhodes T, Quirk A. Heroin risk and sexual safety. In: Rhodes T, Hartnoll R, eds. *AIDS, drugs and prevention.* London: Routledge; 1996. p. 161-85.
28. Sibthorpe B. The social construction of sexual relationships as a determinant of HIV risk perception and condom use among injection drug users. *Med Anthropol Q.* 1992;6(3):255-70.
29. Day S. Prostitute women and the ideology of work in London. In: Feldman D, ed. *Culture and AIDS.* New York: Praeger; 1990.
30. Wight D. Constraints or cognition? Young men and safer heterosexual sex. In: Aggleton P, Davies P, Hart G, eds. *AIDS: Facing the second decade.* London: Falmer Press; 1993. p. 41-63.