

## HIV e prevenção primária na Toxicodependência: algumas reflexões sobre as estratégias de intervenção

Paulo Lorga

**RESUMO:** O artigo resulta de uma reflexão sobre alguns dos problemas relacionados com a prevenção do HIV em população toxicodependente, nomeadamente no que diz respeito aos consumidores de drogas por via endovenosa. Referem-se algumas das estratégias preventivas que têm sido utilizadas e a importância das intervenções de tipo comunitário neste tipo de população, fazendo-se também uma chamada de atenção, pela importância que assume em termos de prevenção do HIV, para os problemas relacionados com o comportamento sexual dos toxicodependentes e para a necessidade de uma intervenção particular nesta área.

**RÉSUMÉ:** Cet article est le résultat d'une réflexion sur quelques problèmes rapportés à la prévention du VIH dans la population toxicomane, notamment en ce qui concerne les usagers de drogues par voie intraveineuse. On fait référence à quelques-unes des stratégies de prévention qui sont utilisées et à l'importance des interventions du type communautaire dans ce genre de population, en tirant aussi l'attention sur l'importance qu'elle assume en termes de prévention du VIH, sur les problèmes liés aux conduites sexuelles des toxicomanes et aussi sur le besoin d'une intervention particulière dans ce domaine.

**ABSTRACT:** This article is the result of a reflexion on some of the VIH prevention related problems on an addicted population, namely in what concerns the endovenous drug users. We mention some preventive strategies which have been used and the importance of communitary interventions on this kind of population, also remarking the importance it assumes in terms of VIH prevention, the problems related to drug addicts sexual behavior as well as the need for a particular intervention in this area.

*"The preponderance of HIV infections in the United States and in the world occurred within communities characterized either by massive social and economic disadvantage or by historical patterns of social stigmatization and nonacceptance. The inner-city minority poor, gay men, persons who use or are vulnerable to begin using illicit injected drugs, female or male prostitutes, and others either ignored or disdained by the social mainstream constitute the community populations most overrepresented in the HIV epidemic and most imminently threatened by HIV infection"*

KELLY (1995)

A população toxicodependente que utiliza drogas endovenosas continua a ser uma das vias mais prováveis de transmissão e disseminação do HIV, não só porque pode transmiti-lo a outro toxicodependente através da partilha do material utilizado (seringas, colheres, filtros, etc.) ou do comportamento sexual, mas também à população de utilizadores de drogas não endovenosas e à população em geral através de transmissão sexual (e deste modo também a possibilidade de transmissão vertical mãe/feto), verificando-se assim que ao longo dos últimos anos *"the most dramatic change in the epidemiology of AIDS among drug injectors has been the globalization of the problem"* (DES JARLAIS, 1992, p. 347).

As pesquisas de prevalência do HIV entre toxicodepen-

dentes (a maioria delas debruçando-se apenas sobre os consumidores de drogas por via endovenosa, pelos maiores riscos que tal modo de consumo envolve) têm mostrado grandes variações geográficas, com fronteiras nacionais e regionais, e por vezes mesmo entre áreas de uma mesma cidade (DONOGHOE, 1992), sabendo-se também que existem diferentes subgrupos com distintas características sócio-demográficas, de consumo e de comportamento sexual que os colocam em diferentes níveis face à probabilidade de risco de infecção (HERNANDEZ-AGUADO et al, 1994).

Se é verdade que se assiste nos últimos anos a uma redução dos comportamentos de risco (ou pelo menos de alguns deles, nomeadamente a questão que se prende com a partilha de seringas), não é menos verdade que as seroconversões se continuam a verificar (1), ao mesmo tempo que os estudos continuam a mostrar que muitos toxicodependentes não deixam de admitir encontrar-se em risco, estando talvez a este nível o resultados dos diferentes estudos enviesados no sentido de uma sub-avaliação do problema (FRIEDMAN et al, 1992). Esta questão é tanto mais importante quanto, como referem VAN AMEIJDEN et al (1994), se os estudos sobre a incidência do HIV têm quase sempre implicado o recurso a grandes amostras de toxicodependentes, a verdade é que, quer devido aos métodos de recrutamento utilizados quer devido às altas taxas de drop-out, as generalizações se tornam difíceis de estabelecer.

O facto de o uso ilícito de drogas ser, por outro lado, e pela sua própria natureza, uma actividade escondida, não facilita o contacto com esta população (POWER & HARKINSON, 1993), ao mesmo tempo que mantém parte dela afastada dos serviços de saúde que lhe são dirigidos, sabendo-se que os *"active drug users without contacts with treatment or helping agencies will find themselves more often in risk situations than users who are in contact with these institutions"* (GRUND et al, 1992, p. 388).

A emergência do HIV/SIDA e os sérios problemas de saúde pública que acompanham este fenómeno veio alertar os diferentes países para o problema da necessidade de atrair os utilizadores de drogas, e sobretudo os utilizadores por via endovenosa, para os diferentes serviços, tendo por objectivo principal captá-los para programas de redução de risco, onde a preocupação com a minimização dos riscos face ao SIDA se sobrepõe, muitas vezes, às preocu-

pações com a paragem e subsequente abstinência das drogas. Como referem GRUND et al (1992) *"reaching and educating this hidden population must be given top priority (...) outreach works plays a crucial role in this process, as the only possible way to reach this population is enter its own territory"* (p. 388).

Se as intervenções ao nível da prevenção primária junto de toxicodependentes parecem ter alguma eficácia (DESJARLAIS et al, 1996), o número de indivíduos que procuram ajuda em centros de tratamento representa contudo apenas uma minoria da totalidade da população toxicodependente que se calcula existir num determinado momento (HARTNOLL, 1992). Isto tem claras implicações para o desenvolvimento de estratégias preventivas, já que as intervenções de tipo individualizado (ou mesmo grupais), apesar de eficazes nalguns aspectos, atingem um número muito pequeno de indivíduos, com tudo o que isso representa em termos de prevenção do HIV. Paralelamente existem três tipos de problemas que os programas destinados a promover formas seguras de consumo endovenoso ainda não conseguiram ultrapassar (DESJARLAIS, 1992):

- a possibilidade de abranger todos os toxicodependentes por via endovenosa;
- o providenciar uma cobertura suficiente para que os toxicodependentes que utilizem estes programas frequentemente possam dispor permanentemente dos meios necessários sempre que injectam;
- a propensão para voltar a ter comportamentos de risco depois de um período de consumo endovenoso seguro, isto é, sem comportamentos de risco.

### Que estratégias para a prevenção

Pedra base das campanhas de prevenção (e da própria estratégia de intervenção em saúde pública), a informação e a transmissão de conhecimentos tem sido vista como uma forma de promoção de mudanças comportamentais no sentido de ajudar os indivíduos a encontrarem e a adoptarem formas seguras de comportamento face à possibilidade de infecção pelo HIV. No entanto, os indicadores relativos à associação entre conhecimentos (2) sobre o HIV e comportamentos de risco têm-se mostrado negativos (MAGURA et al, 1989; DARKE et al, 1992; LÓPEZ et al, 1994), verificando-se mesmo que quando

um nível crítico de informação é atingido, um comportamento de risco como a partilha de seringas pode ser mais influenciado por factores relacionados com a acessibilidade do material (3), a utilidade percebida de evitar o risco ou, como demonstraram GRUND et al (1991), com a pressão da interacção social ou o síndrome de abstinência das drogas.

Para além disso, muitas das campanhas de prevenção têm implícita a ideia de uma ligação entre o comportamento e o conhecimento por parte do indivíduo do seu estatuto de risco, no pressuposto de que a adopção de comportamentos considerados seguros estariam contingentes à capacidade individual de se perceber em risco. Contudo, tal situação verificou-se não existir, já que parece não haver qualquer relação entre percepção de risco e comportamentos de risco, tendo GOSSOP et al (1993), por exemplo, verificado que a consciência ou percepção do risco não estava associada com o evitamento de partilha de seringas ou outro material, que parece depender mais das circunstâncias sociais e dos factores de estilo de vida do que da motivação individual (DONOGHOE, 1992) (4), ao mesmo tempo que a sua redução parece estar fracamente associada com crenças ligadas à saúde (HARTGERS, 1990) (5). Para CRISP et al (1993), a percepção do risco parece reflectir mais uma intenção do que o comportamento do indivíduo na actualidade ou no passado, pelo que este pode considerar que não corre qualquer tipo de risco, mesmo que o seu comportamento aponte na direcção contrária, tendo ELNITSKY & ABERNATHY (1993) verificado que a percepção do risco referida pelos sujeitos era mais baixa do que os seus relatos comportamentais indicavam.

Existe também alguma evidência de que os aspectos ligados à psicopatologia e ao modo de funcionamento psíquico dos toxicodependentes jogam um papel importante na apresentação e manutenção de comportamentos de risco, concluindo HARTGERS et al (1992) que *"whatever the direction of causality, psychopathology may interfere with rational decision making and capacities for planning"* (p. 864), dois aspectos fundamentais quando se fala nas questões preventivas ligadas ao SIDA e à capacidade de avaliar e mudar comportamentos considerados de risco.

O carácter ordálico do comportamento dos toxicodependentes, por exemplo, para quem o risco, e sobretudo o

risco da própria vida, representa uma forma de se afirmar na sua própria existência, de se sentir vivos, isto é, de *"risquer la mort pour vivre"* (CHARLES-NICOLAS, 1989a, p. 77), tem claras implicações na resistência à mudança comportamental. A própria presença continuada da situação de risco (que o acto de consumo se encarrega de relembrar) acaba por assumir um carácter muitas vezes ritualizado, em que o sujeito crê suprimir todo e qualquer risco através da adopção de medidas de precaução de 'domínio interior' (6) (que o levam quase sempre à negação ou subvalorização do risco de ser infectado ou infectar alguém no caso de ser seropositivo) e que se inserem no quadro das condutas ordálicas, do gosto do risco pelo risco, no desafio à morte que a hipótese última de infecção pelo HIV representa: *"dans un véritable poker avec la mort, la plupart prennent un 'pourcentage' de précautions qui laisse à l'accident sa chance"* (CHARLES-NICOLAS, 1989b, p. 14).

As experiências feitas com populações toxicodependentes têm mostrado, também, que mesmo quando existe uma mudança de comportamento inicial, a sua manutenção a longo termo revela-se como muito problemática. Esta questão é sobretudo importante em indivíduos com uma história prolongada e bem estabelecida de comportamentos de risco, isto é, indivíduos que injectam mais frequentemente e por longos períodos de tempo no passado, e que mostram mais tendência a 'recair' (no sentido da partilha de seringas e da continuação dos comportamentos de risco) (GUYDISH et al, 1990), o que sugere talvez a necessidade de uma maior intensidade da intervenção ao nível preventivo, de uma maior duração do programa preventivo e de um follow-up mais prolongado no tempo (KELLY, 1995).

O próprio nível de intervenção individual não tem tido em linha de conta, na maior parte das vezes, factores contextuais e grupais ligados ao mundo e sub-cultura dos toxicodependentes, que podem dificultar ou mesmo anular as intervenções de âmbito preventivo individual, parecendo esquecer-se que o comportamento individual tem a sua origem e se perpetua através de actividades sociais e contextos culturais, o que leva PIVNICK et al (1994) a propor que a noção de risco face a comportamentos como o modo de consumo endovenoso ou as práticas sexuais deva ser alargado de forma a incluir os aspectos sociais e culturais do próprio uso de drogas.

Esta questão é tanto mais importante quanto se sabe que muitas vezes a partilha de seringas surge como o resultado de interacções sociais, da organização da sub-cultura da droga, sendo o simples conhecimento dos factores de risco insuficiente para fazer face à pressão das interacções sociais e ao 'craving' provocado pela droga, pelo que, cada vez mais, se torna importante compreender e ter em conta os contextos sociais e os diferentes micro-cenários de uso de droga que podem determinar e estar na base dos comportamentos de risco (GRUND et al, 1992). A título de exemplo, e quando se pensa num comportamento como a partilha de seringas, este tende a ser visto cada vez mais como o resultado de interacções sociais estruturadas ou socialmente determinadas (GRUND et al, 1991), não podendo pois ser atribuído única e exclusivamente à ignorância das consequências do comportamento e de como proteger-se eficazmente, mas compreendendo também um conjunto de atitudes e factores que podem ajudar a explicar o comportamento e a sua manutenção (MAGURA et al, 1989):

- dificuldade em tolerar situações de abstinência;
- receio de que o grupo se sinta 'insultado' se recusar partilhar;
- evitamento de sentimentos de desconfiança que possam levar à sua exclusão do grupo;
- uso de drogas endovenosas pelo grupo e pelos parceiros sexuais cria um ambiente social propício, que leva à partilha;
- a pressão económica que o uso continuado de droga impõe e o recurso ao grupo como forma de diminuir ou contrabalançar esta pressão.

Os trabalhos de tipo etnográfico com esta população têm mostrado que o risco "*dépend plus maintenant de la qualité de vie des sujets que de leurs pratiques*" (INGOLD, 1991) (7), bem como do meio social e do grupo de pares em que o toxicodependente se move, pelo que a informação, por si só, não contribui para mudar as práticas adoptadas, sobretudo quando estas dependem de questões económicas e do tipo de funcionamento psíquico imposta pelos consumos, nomeadamente quando a necessidade e o desejo de consumir se sobrepõem a toda e qualquer noção de prática de risco. Segundo FRIEDMAM et al (1992), a pressão do grupo e da cultura influencia os modos através

dos quais o toxicodependente se expõe ao risco, já que existem diferentes tipos de locais de consumo de risco que podem estar associados com diferentes padrões de disseminação do vírus, entre e ao longo do círculo de amizades, e que parecem estar associados também com diferentes níveis de comportamento de risco e de redução desse mesmo risco.

Se estes problemas não põem totalmente em causa o valor dos programas preventivos que tentam providenciar aos indivíduos educação sobre os comportamentos de risco e os problemas ligados ao HIV, levantam contudo algumas questões sobre o balanço entre as intervenções pessoais e educacionais e a prática de medidas sociais e ambientais (GOSSOP et al, 1993), podendo as mudanças em termos de ambiente social ser mais importantes que as mudanças individuais nos comportamentos de risco (GRUND et al, 1991). Torna-se pois necessário repensar novas formas de intervenção e prevenção para além da simples educação face aos factores de risco que passem, segundo alguns autores, pela necessidade de intervir em termos de medidas sociais e ambientais, e também pela própria utilização de estratégias grupais, com o recurso a organizações de toxicodependentes (8), mais próximas dos indivíduos e por isso mesmo mais capazes de fazer chegar a informação sobre as mudanças necessárias a introduzir em termos comportamentais, já que "*the person desining and delivering the messages and materials must understand the attitudes of the group being addressed. In terms of understanding and sensitivity, people who belongs to the group itself may often be the best health promoters*" (WHO, 1991, p. 44).

O facto de existirem factores culturais e sociais determinantes do comportamento endovenoso indica, para VAN AMEIJDEM et al (1994), que as atitudes e normas em relação a este comportamento podem vir a ser mudadas por via do grupo de pares.

### As intervenções de tipo comunitário

Como refere KELLY (1995) "*HIV risk and an individual's change efforts always occur in the context of the person's social environment and relationships. To the extent that social circumstances favor the development of personal and community pride, feelings of empowerment and efficacy, stable relationships supports, and optimistic beliefs for one's future, individuals will be better able to make and sustain*

*behavior changes to reduce risk*" (p. 120), pelo que as intervenções de nível comunitário surgem como uma alternativa importante e uma estratégia a considerar no domínio da prevenção do SIDA em populações toxicodependentes, sendo definidas por RHODES et al (1991) (9) como "a community-oriented activity with the overall aim of facilitating improvement in health and reduction in the risk of HIV transmission for individuals and groups from particular populations who are not effectively reached by existing services or through traditional health education channels".

Três questões básicas podem contudo ser levantadas quanto à implementação de programas deste tipo, e que se prendem com a sua própria formulação e conceptualização (HARTNOLL, 1992):

- uma vez que as pessoas não recorrem aos serviços, como trazer esses serviços junto da comunidade?
- o que significa oferecer serviços a pessoas que não necessariamente se vêm a elas próprias como precisando de ajuda?
- como definir o conceito de 'necessidade de ajuda' para uma área como o comportamento sexual, onde pode parecer inapropriado?

Talvez por isso, e em termos práticos, este tipo de programas tem operado sobretudo dentro de um paradigma que está mais virado para modelos de intervenção que se debruçam sobre a promoção da saúde pública e das mudanças comportamentais do que para a vertente mais tradicional do tratamento, o que se tem traduzido, em termos de medidas práticas, em programas de distribuição de seringas e preservativos, tornando-os acessíveis à população utilizadora de drogas, no ensino de comportamentos seguros e em campanhas dentro das comunidades abrangidas através da distribuição de materiais informativos, quer aos toxicodependentes quer à população em geral. Apesar de tudo, e como referem LIEBMAN et al (1990) a propósito de um projecto comunitário experimental na cidade de Filadélfia, "in spite of the inherent dangers and difficulties, it is possible to work with IVUDs who are not in treatment settings and to do educational work directly relevant to controlling AIDS, other STDs and, to a lesser extent, addiction itself" (p. 616).

Segundo ROMER & HORWIK (1992), os programas

virados para a comunidade devem ter em linha de conta:

- o envolvimento de grupos da mesma rede social, em lugar de actividades educacionais isoladas;
- a obtenção de suporte de múltiplos canais para difundir as mensagens, de modo a que os indivíduos percebam muitos aspectos do seu ambiente a dizer as mesmas coisas (tal como preconiza a OMS (1988) (10));
- os esforços educacionais devem ser mantidos durante um período prolongado de tempo de modo a promover a difusão das mensagens através de toda a rede social, em acréscimo às mudanças individuais.

Por outro lado, o recurso à colaboração de toxicodependentes e ex-toxicodependentes, às suas organizações e redes sociais de suporte, enquanto intervenientes no próprio processo de intervenção, é hoje uma realidade em muitos programas no campo da prevenção comunitária, sobretudo em países como os USA, a Austrália, a Holanda, a Suíça, a França e a Alemanha. Para PIVNICK et al (1994) "the development of risk reduction strategies might profitably involve individuals or groups from drug users' social environments and communities, including active drug users and their organizations (...), for the purpose of community education, prevention, and support" (p. 273).

A título de exemplo refira-se o programa levado a cabo em Roterdão, onde a integração e o trabalho com toxicodependentes por via endovenosa dentro do próprio programa se revelou de extrema importância, quer como reforço dos factores protectivos quer na globalização e divulgação do programa de troca de seringas, já que os próprios toxicodependentes promoviam a sua distribuição a elementos que não recorriam ao programas. Esta experiência provou que o trabalho directo com os toxicodependentes e a sua colaboração, também enquanto intervenientes num processo deste tipo, podia ser uma medida importante para uma efectiva mudança ambiental (GRUND et al, s/ data) (11), tendo-se verificado que "utilizing the knowledge of drug users and their information and exchange networks to promote risk reduction through peer education and peer support might offer more perspective on lasting behavior change than any other prevention effort" (GRUND et al, 1991, p. 1606).

Evidentemente que, pela actuação directa junto das próprias populações, as intervenções comunitárias não se

fazem sem algumas dificuldades e resistências da própria comunidade alvo em que a população toxicodependente se integra. STIMSON & POWER (1992) apontam para algumas das dificuldades que podem surgir e para os efeitos negativos que uma intervenção deste tipo pode gerar ao nível da população, e que importa ter em linha de conta também enquanto elementos possíveis de intervenção:

- o despertar de ansiedades na comunidade (sobretudo quando esta vê o comportamento toxicodependente como algo condenável);
- o medo da verificação de problemas de saúde pública (nomeadamente com a preocupação face ao destino das seringas trocadas);
- os receios sobre o impacto efectivo das medidas propostas, nomeadamente da oferta e troca de seringas, na prevalência de comportamentos de consumo por via endovenosa (muito associados com crenças e medos de que a implementação de objectivos de minimização de riscos possam aumentar o uso de drogas);
- a não obrigatoriedade de recrutamento para tratamento dos toxicodependentes contactados, o que pode deixar a população desconfiada quanto à validade dos objectivos que se pretendem atingir e revoltada quanto às políticas preconizadas;
- contradição com a lei (sobretudo em países onde os programas de fornecimento de seringas são proibidos ou onde o ensino de métodos de injeção seguros são passíveis de criminalização).

Falar de SIDA implica também falar de sexo e de práticas sexuais, de uso, abuso e modos de usar as drogas, de doença e até de morte, factores muitas vezes considerados tabus para serem discutidos abertamente em larga escala, ao mesmo tempo que o *"public fear of this new disease may be accompanied (...) by the conviction that 'it cannot happen to me or my family', since none of 'us' do those unspeakable things (...). This inability to see AIDS as a human problem can close the hearts of otherwise compassionate people and prevent them from dealing responsibly with the threat to themselves and their families"* (DUPREE & BECK, 1991, p. 59).

Parece assim mais ou menos evidente que um programa dirigido à população toxicodependente tem também de contar com uma forte componente dirigida à população em geral, de forma a quebrar resistências e a conseguir o seu suporte e apoio para as possíveis medidas a implemen-

tar. Isto pode passar pelo estabelecimento de um programa específico dirigido não só à população mas também, mais concretamente, aos diferentes líderes da comunidade e às organizações oficiais e não oficiais aí sediadas e que possam representar pontos de apoio para o desenrolar e para a manutenção continuada do programa.

### Os aspectos ligados ao comportamento sexual

De um ponto de vista comunitário e de saúde pública torna-se também cada vez mais importante ter em linha de conta as questões ligadas à sexualidade dos toxicodependentes, pelo que elas podem representar em termos de risco para a população em geral não utilizadora de drogas. O facto de o modo primário de transmissão do HIV nos toxicodependentes ser a via parentérica, sobretudo devido ao comportamento de partilha de seringas (ou outros comportamentos associados), levou a que no início da epidemia a transmissão sexual tivesse sido menos valorizada, talvez até virtualmente ignorada, mesmo em locais onde a transmissão sexual entre toxicodependentes por via endovenosa teve um papel claro na epidemia (STRANG et al, 1992), e isto apesar do facto de o HIV ser primariamente um vírus de transmissão sexual.

Por outro lado, os comportamentos de risco ligados à transmissão do HIV parecem, na maioria das vezes, actuar de forma independente dos comportamentos de risco ligados à prática e à forma de consumo (DARKE et al, 1990; MEANDZIJA et al, 1994), existindo alguns dados que apontam para a possibilidade de uma mudança da via parentérica para a sexual nesta população, à medida que os indivíduos modificam as suas práticas de consumo, mas mantendo o mesmo tipo de comportamento sexual. VAN AMEIJDEN et al (1992), num estudo longitudinal sobre a incidência da transmissão do HIV e das Hepatites B e C, chamam a atenção para este facto ao constatarem a manutenção de taxas de incidência relativamente altas e estáveis em relação a estas três doenças, ao mesmo tempo que verificam que a transmissão da hepatite B parece estar a fazer-se mais por via heterossexual, fazendo assim uma chamada de atenção para a possibilidade de a infecção pelo HIV poder vir a seguir este padrão de transmissão em termos futuros.

Três novos campos de intervenção prioritária se abrem assim aos intervenientes ao nível da prevenção, em termos

da planificação e estruturação do trabalho preventivo a desenvolver, e que se vão juntar às questões da alteração do comportamento de consumo endovenoso:

- a necessidade de uma mudança efectiva de comportamentos sexuais na população toxicodependente em geral (tal como é preconizado nas campanhas para as populações heterossexuais);
- a importância de um trabalho específico e dirigido para as(os) companheiras(os) dos toxicodependentes, pelo elevado risco a que estão sujeitas(os)<sup>12</sup>;

- a necessidade de um trabalho de prevenção orientado para a prostituição e para os aspectos particulares da população toxicodependente que se prostitui (masculina ou feminina), tendo em atenção que este é muitas vezes o único meio de sobrevivência disponível (seja providenciando meios para o consumo seja para a satisfação de necessidades básicas prioritárias). ■

*Paulo Lorga*

*Psicólogo Clínico – CAT – Cedofeita/Porto*

*Rua de Álvares Cabral, 328 – 4050 Porto*

*Tel: 2006883*

#### NOTAS

(1) Segundo DES JARLAIS (1992) "because drug injectors form a dynamic population, with some persons constantly leaving the population while others are entering it, stable HIV seroprevalence usually allows for a low-to-moderate rate of new HIV infections within the group" ( p. 350).

(2) É de salientar, contudo, como referem LÓPEZ et al (1994), que os estudos têm tido alguma dificuldade em distinguir entre conhecimentos e crenças, o que se torna desde logo um entrave na avaliação de quaisquer resultados.

(3) Como refere CHARLES-NICOLAS (1989b), a propriedade da seringa aparece como secundária no instante em que a heroína se torna uma necessidade.

(4) op. cit. GOSSOP et al (1993).

(5) *ibid.*

(6) De alguma forma equivalentes às 'protecções imaginárias' de que fala MENDES-LEITE (1992) em relação à população com práticas homossexuais. Segundo o autor "tout en étant conscientes du risque fatal représenté par le sida, certaines personnes procèdent à une gestion différentielle des pratiques et des gestes préventifs. Au but principal de se protéger de la contamination, elles ajoutent 'naturellement' celui d'amoinrir les contraintes représentées par les restrictions qu'impose la prévention" (MENDES-LEITE, 1995, p. 96).

(7) op. cit. LEFEVRE (1992), p. 131.

(8) Um pouco à semelhança do que aconteceu com o movimento homossexual na Europa e nos USA, e, de certa forma, com os movimentos organizados de prostitutas e de toxicodependentes em alguns países, nomeadamente a Holanda. Neste último as organizações de toxicodependentes - 'junkiebonden' - datam já da era pré-SIDA e "provided a voice for drug injectors in AIDS policy discussions, and have served as a pressure group within user subcultures on behalf of safer injection and safer sex" (FRIEDMAN et al, 1992, p. 398).

(9) op.cit. HARTNOLL (1992), p. 434.

(10) op.cit. ROMER & HORWIK (1992).

(11) Reaching the unreached: an outreach model for "on the spot" AIDS prevention among active, out of treatment drug addicts in O'HARE et al (eds) Reducing Drug Related Harm, London, Routledge Press op.cit. GRUND et al (1991).

(12) Segundo dados de COHEN, HAVER & WOFSEY (1989), 52% das mulheres americanas não utilizadoras de drogas endovenosas que foram infectadas com o HIV através de relações foram-no através de um parceiro utilizador de drogas endovenosas (op. cit. DARKE et al, 1992).

## B I B L I O G R A F I A

- CHARLES-NICOLAS, A. (1989a), Fantasma et conduites Ordaliques in PRIEUR, B. (dir) (1989), L'Anorexique, le Toxicomane et leur Famille, Paris, ESF Éditeur, cap. 5.
- CHARLES-NICOLAS, A. (1989b), Introduction in Sida et Toxicomanie. Répondre (1989), Actes du Colloque International Organisé par FIRST, Paris, Éditions Frison-Roche, pp.11-17.
- CRISP, B.R. et al (1993), Injecting Drug Users and HIV/AIDS: Risk Behaviours and Risk Perception, *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 73-80.
- DARKE, S. et al (1990), Drug Use, Injecting Practices and Sexual Behaviour of Opioid Users in Sydney, Australia, *British Journal of Addiction*, 85, 1603-1609.
- DARKE, S. et al (1992), Drug Use and HIV Risk-Taking Behaviour Among Clients in Methadone Maintenance Treatment, *Drug and Alcohol Dependence*, 29, 263-268.
- DES JARLAIS, D.C. (1992), The First and Second Decades of AIDS Among Injecting Users, *British Journal of Addiction*, 87, 347-353.
- DES JARLAIS, D.C. et al (1996), The Protective Effect of AIDS-Related Behavioral Change Among Injection Drug Users: A Cross-National Study, *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 12, 1780-1785.
- DONOGHOE, M.C. (1992), Sex, HIV and the Injecting Drug User, *British Journal of Addiction*, 87, 405-416.
- DUPREE, J. & BECK, S. (1991), The Role of People With HIV Infection, Their Families and Friends as Health Educators in WHO (1991), *AIDS Prevention Through Health Promotion. Facing sensitive issues*, Geneva.
- ELNITSKY, S. L. & ABERNATHY, T. J. (1993), Calgary's Needle Exchange Program: Profile of Injection Drug Users, *Can. J. Public Health*, 84, 3, 177-180.
- FRIEDMAN, S.R. et al (1992), Social Intervention Against AIDS Among Injecting Drug Users, *British Journal of Addiction*, 87, 393-404.
- GOSSOP, M. et al (1993), Severity of Heroin Dependence and HIV Risk. II. Sharing Injecting Equipment, *AIDS Care*, 5, 2, 159-168.
- GRUND, J.-P. et al (1991), Needle Sharing in the Netherlands: An Ethnographic Analysis, *American Journal of Public Health*, 81, 12, 1602-1607.
- GRUND, J.-P. et al (1992), Drug Use Contexts and HIV-Consequences: The Effect of Drug Policy on Patterns of Everyday Drug Use in Rotterdam and the Bronx, *British Journal of Addiction*, 87, 381-392.
- HARTNOLL, R. (1992), Research and the Help-Seeking Process, *British Journal of Addiction*, 87, 429-437.
- HERNÁNDEZ-AGUADO, I. et al (1994), Sharing of Injection Equipment Among 3755 Intravenous Drug Users in Valencia, Spain, 1987-1992, *International Journal of Epidemiology*, 23, 3, 602-607.
- KELLY, J. (1995), *Changing HIV Risk Behavior. Practical strategies*, NY, The Guilford Press.
- LEFEVRE, A. (1992), Sida et Comportements sexuels, *Science et Vie*, 179, 130-131.
- LIEBMAN, J. et al (1990), AIDS Prevention for IV Drug Users and Their Sexual Partners in Philadelphia, *American Journal of Public Health*, vol. 80, n° 5, 615-616.
- LÓPEZ, R. et al (1994), HIV-Transmission Knowledge in Drug Users From Outpatient Facilities in Spain. A National Survey, *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 181-190.
- MAGURA, S. et al (1989), Determinants of Needle Sharing Among Intravenous Drug Users, *American Journal of Public Health*, vol. 79, n° 4, 459-462.
- MEANDZILJA, B. et al (1994), HIV Infection and Cocaine Use in Methadone Maintained and Untreated Intravenous Drug Users, *Drug and Alcohol Dependence*, 36, 109-113.
- MENDES-LEITE, R. (1992), Pratiques à Risque: Les Fictions Dangereuses, *Le Journal du Sida*, 42, 44-45.
- MENDES-LEITE, R. (1995), Identité et Altérité. Protections imaginaires et symboliques face au sida, *Gradhiva*, 18, 93-103.
- PIVNICK, A. et al (1994), AIDS, HIV Infection, and Illicit Drug Use Within Inner-City Families and Social Networks, *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 2, 271-274.
- POWER, R. & HARKINSON, S. (1993), Accessing Hidden Populations: The Use of Indigenous Interviewers in AGGLETON et al (1993), *AIDS: Facing the second Decade*, London, The Falmer Press, col. *Social Aspects of AIDS*, cap. 9, 109-117.
- ROMER, D. & HORNIK, R. (1992), HIV Education for Youth: the Importance of Social Consensus in Behaviour Change, *AIDS Care*, 4, 3, 285-303.
- STIMSON, G.V. & POWER, R. (1992), Assessing AIDS Prevention for Injecting Drug Users; Some Methodological Considerations, *British Journal of Addiction*, 87, 455-465.
- STRANG, J. et al (1992), What is AIDS Doing to the Drug Research Agenda?, *British Journal of Addiction*, 87, 343-346.
- VAN AMEIJDEN, E.J. et al (1992), The Harm Reduction Approach and Risk Factors for human Immunodeficiency Virus (HIV) Seroconversion in Injecting Drug Users, Amsterdam, *American Journal of Epidemiology*, 136, 2, 236-243.
- VAN AMEIJDEN, E.J. et al (1994), Risk Factors for the Transition from Noninjection to Injection Drug Use and Accompanying AIDS Risk Behavior in a Cohort of Drug Users, *American Journal of Epidemiology*, 139, 12, 1153-1163.
- WHO (1991), *AIDS prevention through health promotion. Facing sensitive issues*, Geneva.