

CONTRIBUTOS PARA A COMPREENSÃO DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE TRANSMISSÃO DO VIH EM CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS DE DROGAS ⁽¹⁾

JORGE NEGREIROS
ANA MAGALHÃES

RESUMO: Este artigo descreve a experiência de consumidores problemáticos de drogas sobre a partilha de seringas e equipamento de injeção e a prática de comportamentos sexuais de risco. A investigação baseou-se no recurso a entrevistas qualitativas em profundidade, na linha da tradição etnográfica de compreender as experiências vividas dos sujeitos a partir das suas próprias perspectivas. Os resultados evidenciam a importância de outros factores que não os relacionados com os níveis de conhecimentos na adopção de comportamentos de risco. Com efeito, os comportamentos de risco sexual de transmissão do VIH bem como os de partilha de seringas e de outro material de injeção, surgem associados, neste estudo, a factores mais complexos, como as preferências sexuais e afectivas dos participantes; as ambiguidades em relação ao comportamentos considerados seguros; a influência dos valores culturais dominantes e, particularmente, às necessidades associadas ao contexto vivencial dos toxicodependentes sem-abrigo onde avultam as actividades de manutenção da sua dependência numa «economia de rua».

Palavras-chave: Consumidores problemáticos; VIH; Comportamentos de risco.

RÉSUMÉ: Dans ce texte on examine l'expérience de consommateurs problématiques de drogues en ce qui concerne des comportements de risque de transmission de HIV/Sida. La recherche a été basée dans le recours à des entretiens qualitatifs en profondeur, dans la ligne de la tradition ethnographique de comprendre les expériences vécues des

sujets a partir de ces propres perspectives. Les résultats montrent l'importance d'autres facteurs non directement liés aux niveaux de connaissances des consommateurs. Les comportements de risque était associés a des dimensions plus complexes comme les préférences sexuels et affectives des participants; les ambiguïtés autour des comportements considérés de risque; l'influence des valeurs culturels dominants et, particulièrement, à des nécessités liées aux contexte vivencial des consommateurs sans-abrigo où émergent les activités de manutention de sa dependance associés à une «economie de rue ».

Mots-clé: Consommateurs problématiques; HIV; Comportements de risque.

ABSTRACT: This paper focuses on HIV-related sexual risk behaviors among problematic drug users. The research involved qualitative, in-depth interviews with problematic drug users, following the tradition in ethnography of understanding actors' lived experiences from their own perspectives. The interviews were loosely structured and aimed to elicit respondents' views and experiences of drug abuse and HIV risk behaviors. Interviewees' responses confirmed that factors other than lack of knowledge play a central role in deciding to have unsafe sex and sharing unclean needles. Although levels of knowledge of HIV and AIDS were generally high, unsafe sex and overall injection behavior were associated with relatively complex issues, such as participants' sexual and affective preferences, the nature of the relationship between partners, ambiguities about what is truly safe, the influence of dominant cultural values and the needs of homeless problematic drug users involved in a «street economy».

Key Words: Problematic drug users; HIV; Risk behaviors.

1. INTRODUÇÃO

O advento da SIDA e da infecção VIH representam um dos mais sérios problemas de saúde pública com que as sociedades actualmente se confrontam.

Os dados mais recentes indicam que Portugal regista taxas de novos diagnósticos com VIH superiores às dos restantes países da Europa Ocidental (UNAIDS, 2004). Acresce que no território nacional estavam notificados, até Dezembro de 2004, 23.374 casos de VIH/Sida dos quais 47,6% correspondem a toxicodependentes por via endovenosa (CVE-DT, 2004).

Embora o risco de contrair a doença seja extensivo a todos os segmentos da população, é inegável que esse risco aumenta exponencialmente nos consumidores de drogas por via endovenosa. Apesar de, mais recentemente, o contacto heterossexual ter superado, em alguns países, o uso de drogas injectadas enquanto principal factor de risco do VIH, (Kelly, 1995; Dolezal *et al.*, 1999), o consumo de drogas por via endovenosa bem como a partilha de equipamento de consumo continuam a ser responsáveis por uma proporção substancial dos casos de transmissão da infecção VIH/SIDA.

A investigação sobre partilha de seringas e outros materiais de injeção bem como sobre comportamentos de risco sexual de transmissão do VIH em consumidores de drogas por via endovenosa tem registado, nos últimos anos, um crescimento assinalável (Freeman *et al.*, 2002; EMCDDA, 2001).

Alguns aspectos examinados nesses estudos, em relação à partilha de seringas, incluem, por exemplo, o modo como são adquiridas, as práticas de limpeza do equipamento de injeção a que recorrem os consumidores, os contextos de injeção do(s) produto(s), a frequência de injeção, a partilha de seringas com parceiros sexuais, etc.

No que se refere ao comportamento sexual, as variáveis analisadas são também muito diversificadas incluindo, por exemplo, a abstinência, a monogamia, a frequência de práticas sexuais não protegidas, número de parceiros sexuais, tipo de práticas sexuais, etc.

Paralelamente, alguns estudos têm examinado estes comportamentos em sub-populações específicas, nomeadamente em mulheres, populações reclusas, consumi-

dores de drogas por via endovenosa, adolescentes e utentes de programas de metadona (Sun-Yeon e De Leon, 1993; Freeman *et al.*, 2002; Kail *et al.*, 1995; Zule e Desmond, 1999; Maisto *et al.*, 2002; Montgomery *et al.*, 2003).

No presente estudo, entrevistamos consumidores de drogas (heroína e cocaína) acerca dos comportamentos de risco relacionados com a transmissão do VIH. O objectivo geral deste estudo foi o de explorar a experiência dos consumidores problemáticos de drogas sobre a partilha de seringas e equipamento de injeção e a prática de comportamentos sexuais de risco. Procurou-se, assim, analisar, no discurso dos consumidores de drogas, os significados sociais que os consumidores atribuem às suas experiências com as drogas com vista a aumentar a compreensão dos motivos que conduzem à adopção de comportamentos de risco na área dos consumos e do comportamento sexual.

A metodologia de referência para a condução do presente estudo é a *grounded theory*, numa perspectiva interpretativa. Trata-se de uma orientação fenomenológica que se adequa particularmente ao objectivo geral de descrever e articular as manifestações vivenciais dos consumidores e o sentido que estes atribuem à sua experiência relacionada com comportamentos de risco relacionados com uma potencial exposição ao VIH.

2. MÉTODO

Participantes e processo de selecção

Foi efectuada uma amostragem teórica por conveniência, i.e. a selecção dos participantes foi intencional, de acordo com o tipo de informação que nos podem fornecer sobre os objectos em estudo.

Assim, foram entrevistados onze consumidores de heroína e de cocaína. Três sujeitos eram do sexo feminino e oito do sexo masculino. Nove entrevistados eram consumidores de drogas por via endovenosa, dos quais sete eram seropositivos.

Os entrevistados foram contactados em dois locais distintos: Projecto Porto Feliz e Projecto ARRIMO. O primeiro é um dispositivo municipal orientado para a reinserção social de toxicodependentes. O projecto ARRIMO opera em bairros pobres da zona do Porto, oferecendo serviços de redução de riscos e uma intervenção de baixo limiar.

As idades dos participantes situam-se entre os 24 e os 45 anos, com uma média de idades de 36,5 anos. Os participantes no estudo tinham em média 6 anos de escolaridade. No que concerne à história dos consumos de drogas (heroína, cocaína, prelidim, morfina), a duração média dos consumos situa-se nos 17 anos, sendo de 19 anos a média da idade de início dos consumos. De notar, no entanto, que a média da idade de iniciação aos consumos de heroína e cocaína, é bastante mais elevada nas mulheres entrevistadas (26 anos) do que nos homens (16 anos).

Cinco sujeitos fizeram a passagem da via de consumo fumada para injectada num determinado momento da sua história de consumos. Dois participantes sempre consumiram drogas por via endovenosa; dois sujeitos faziam consumos injectados e fumados simultaneamente; e dois sujeitos sempre consumiram substâncias por via fumada.

Um entrevistado mantém uma actividade laboral relativamente estável, paralela aos consumos de drogas. Os restantes entrevistados mantinham um estilo de vida desviante enquanto consumidores de drogas: as três mulheres entrevistadas dedicavam-se à prostituição; os restantes entrevistados dedicavam-se a arrumar carros ou permaneciam pelo bairro, tentando encontrar formas de sustentar os seus consumos.

Todos os entrevistados fizeram o teste do VIH em contexto de tratamento ou em instituições de redução de riscos, ou seja, sempre por imposição institucional ou indicação técnica.

Procedimento

A investigação descrita neste artigo, baseou-se no recurso a entrevistas qualitativas em profundidade com consumidores problemáticos de drogas, na linha da tradição etnográfica de compreender as experiências vividas dos sujeitos a partir das suas próprias perspectivas.

As entrevistas foram realizadas com base num guião flexível que permitiu o aprofundamento temático e a emergência de novas questões. O guião da entrevista incidiu em duas áreas centrais de exploração: os comportamentos de risco através dos consumos de drogas e os comportamentos de risco por via do comportamento sexual.

Relativamente ao consumo de drogas, foram exploradas as seguintes áreas: **a.** razões que levam a injectar drogas ou a não optar por esta via de consumo; **b.** motivações que

estão na base da partilha, ou não, de seringas ou outros materiais de consumo; **c.** tipos de cuidados na utilização de equipamento de injeção; **d.** alterações ou não de comportamentos relacionados com o consumo de drogas após o conhecimento de ser portador do VIH.

Em relação aos comportamentos sexuais, foram abordadas as seguintes questões de exploração: **a.** uso ou não de precauções nas relações sexuais; **b.** tipo de precauções e circunstâncias em que o indivíduo as utiliza; **c.** razões para não adoptar comportamentos protegidos; **d.** percepção da eficácia do preservativo; **e.** alterações ou não de comportamentos relacionados com o comportamento sexual após o conhecimento de ser portador do VIH.

3. ANÁLISE E CODIFICAÇÃO

As entrevistas foram gravadas em registo áudio, com o consentimento oral dos entrevistados, em contexto de gabinete de atendimento nas instituições que colaboraram no estudo, com recurso ao software NUD*IST-QSR N6 para análise de dados qualitativos.

Este *software* permite a reorganização de grandes quantidades de informação qualitativa de tal forma que toda a informação relacionada com um determinado tema pode ser acumulada e depois recuperada. Examinando a totalidade dos dados recolhidos é, assim, possível extrair a informação sobre os comentários registados, possibilitando a emergência das categorias e das sub-categorias.

As entrevistas foram exploradas pelo método indutivo. A codificação e análise dos dados foi intencionalmente baseada nos conteúdos e concepções usadas aquando da elaboração do guião de entrevista.

As categorias foram sendo induzidas espontaneamente do material recolhido e, por essa razão, começaram por ser, numa fase inicial, mais descritivas; à medida que a análise foi progredindo, as categorias foram-se refinando, conduzindo a relações entre categorias que foram progressivamente integradas a nível conceptual. De cada categoria conceptualmente mais abstracta acabaram, deste modo, por derivar subcategorias mais específicas.

Foi igualmente adoptado o princípio da codificação inclusiva, que se refere à abertura da codificação, isto é, cada unidade de texto pode-se integrar — contrariamente ao que acontece

na análise de conteúdo categorial – em várias categorias, já que, mesmo uma pequena frase, pode condensar vários significados, ilustrando diferentes categorias.

O processo de análise envolveu as seguintes fases:

1. Numa leitura preliminar das transcrições das entrevistas foram identificados temas-chave resultantes das reflexões dos entrevistados;
2. As referências relacionadas com cada um dos temas foram sendo progressivamente agrupadas;
3. As categorias temáticas foram posteriormente refinadas, fundidas ou sub-divididas;
4. Cada entrevista foi lida detalhadamente e categorizada de acordo com a presença ou ausência de um determinado tema;
5. A estrutura temática foi finalmente definida pelos autores, a partir do momento em que se obtinha um consenso.

4. RESULTADOS

A. Dimensão vivencial do consumo de drogas

A evidência etnográfica mostra que o contexto vivencial dos toxicodependentes sem-abrigo, bem como o tipo de actividades associadas à manutenção da sua dependência numa economia de rua, torna estes consumidores especialmente vulneráveis a situações emocionais traumáticas e a constrangimentos económicos, contribuindo, assim, para perpetuar o envolvimento desses indivíduos no consumo de drogas (Popkin *et al.*, 1993).

De salientar que a prevalência do consumo por via injectada é, de acordo com os resultados de alguns estudos, mais elevada nos consumidores sem-abrigo ou nos consumidores envolvidos numa “economia de rua” (Montgomery *et al.*, 2003) do que em outros tipos de consumidores. Os consumidores de rua estão também mais vulneráveis ao VIH, à hepatite C e a outras doenças infecciosas.

Esta primeira categoria inclui, assim, referências a questões relacionadas com a existência de situações de vida e de alojamento instáveis, como as que caracterizam os indivíduos que participaram neste estudo. Trata-se, assim, de uma categoria que permite aceder a um quadro experiencial muito particular dos consumidores entrevistados, marcado por sentimentos de desespero, frustração e revolta.

Nos bairros sociais na cidade do Porto frequentados pelos entrevistados, o tráfico e o consumo de drogas são especialmente intensos. O bairro constitui o contexto social e vivencial privilegiado para estes consumidores de drogas, circunscrevendo as suas experiências ao espaço dos consumos e tráfico de drogas. A vivência da cultura do bairro, promove, por outro lado, uma alienação dos contextos sociais normativos.

A primeira vez que saí daquele bairro parecia que estava nos Estados Unidos... cheguei cá fora, “onde é que estou?”... estava habituado àquela coisa, só a droga, só a droga, só a droga, ali, sempre dentro daqueles blocos, quando se sai p’ra fora uma pessoa estranha.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Os toxicodependentes entrevistados fazem das ruas o seu espaço de vida privilegiado: é na rua que dormem, que comem, que se alimentam, etc. Estas condições acabam por favorecer uma progressiva desumanização e esvaziamento de interesses, acentuando os sentimentos de revolta e de desânimo.

Já vivi muito mal, na rua, durante muito tempo, não comia, nem tomava banho, nem nada.

(J., 38 anos, sexo masc., VIH-, abstinente)

Estraguei muito a minha vida derivado à vida que levava, andei 14 anos na droga e passei muitos maus tratos, passei maus tratos mesmo e então... apanhei muita chuva, secar a roupa no corpo...

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

As dificuldades e os conflitos nos relacionamentos familiares e laborais (quando existem), originados pelos seus hábitos de consumo, vão gerando rupturas sucessivas afastando os indivíduos de contextos sociais normativos, aproximando-os cada vez mais dos contextos desviantes.

Depois fui p’ra rua... Deixei de trabalhar. Deixou de ser uma brincadeira e começou a doer o corpo, deixei de trabalhar, o meu avô com 70 anos ainda trabalha e eu ficava na cama (...) todos os dias discutia comigo, quando discutia comigo batia na minha avó por minha causa, a minha avó dava-me dinheiro, às escondidas dele e eu achei que estava a mais em casa e saí, nunca mais.

(L., 26 anos, VIH+, sexo masc., metadona)

Meios desviantes de subsistência e actividades orientadas para a manutenção dos consumos vão estruturando o quotidiano destes consumidores de drogas, sedimentando a construção de uma identidade em torno do consumo de drogas e de actividades ilícitas. A prostituição, geralmente associada à população feminina, e “andar aos filtros”, prefiguram-se como actividades de último recurso para sustentar os consumos de drogas.

A prostituição já tinha deixado há um ano, desde que passei a andar aos filtros (...)

(G., 40 anos, sexo feminino, VIH+, metadona)

“Andar aos filtros” consiste em abordar outros consumidores de drogas a fim de ficar com o filtro que usaram no seu próprio consumo. Na falta de dinheiro para adquirir a droga, pede-se o filtro de outro consumidor, aproveitando, assim, o resto de produto que lá fica retido. Em troca do filtro ou de um resto do “caldo”, o sujeito pode providenciar todo o material necessário à injeção – a seringa, a carica, o limão e a água, já que quem compra o produto pode não dispor de todo o material necessário para se injectar precisamente naquele momento. Desta forma, estrutura-se uma organização funcional com base nas relações de consumos, com recurso a estratégias baseadas na obtenção de benefícios e contrapartidas.

Depois fiquei mesmo no bairro e depois comecei a andar aos filtros, levava máquinas novas, eles faziam nas caricas e davam os filtros.

(G., 40 anos, sexo feminino, VIH+, metadona)

De forma mais geral, fomos captando também o ambiente que se vive nestes contextos associados aos consumos de drogas. Através de relatos de episódios ocorridos nos bairros, percebemos o estado de degradação das pessoas e do próprio espaço: o estado de saúde precário, as doenças, as mortes.

Um comportamento de alto risco, que será abordado mais adiante, paradigmático do ambiente que se vive nos bairros, é o roubo de seringas: enquanto alguém está injectar outro rouba a seringa para injectar em si o resto de produto e aproveitar a seringa.

Não sabia, alguns já morreram, este mês que passou morreram 4 no Bairro S. João de Deus... (Conhecia?) Viviam com eles, tava ali, viviam na rua comigo e eu vim p'ra cá, houve um deles que ainda chegou a dar entrada aí, vinha com as pernas todas arrebetadas, só porcaria a sair pelas pernas fora, fui eu que lhe dei banho e tudo, mandaram-no para o hospital e ele não aguentou. Faleceu.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Sim, outros até que andam aí e que roubam, que andam a roubar e mesmo que uma pessoa tenha a máquina espetada, eles roubam a máquina e injectam-se eles, tendo a máquina já sangue, há de tudo.

(D., 45 anos, sexo masc., VIH+, a consumir)

B. Consumo endovenoso

A literatura tem identificado uma diversidade de factores associados à partilha de equipamento de injeção. Muitos desses factores são de natureza extrínseca, sendo um dos mais influentes ter um parceiro sexual que é também consumidor de drogas por via injectada (Habib, 2003).

Um objectivo essencial deste estudo consistiu em explorar os sentidos que assumem para estes indivíduos o acto de injectar drogas. Analisaram-se, assim, as razões para injectar drogas e as razões para não injectar.

B1. Razões para Injectar

B1.1. Influência de outros; meio relacional; aprendizagem

A presença dos pares parece assumir papel crucial no que toca à aprendizagem e iniciação nas práticas e rituais de consumos. O indivíduo, na primeira vez que vai injectar, pode pedir a alguém da sua confiança, por exemplo um amigo ou irmão, para o injectar. A presença dos pares reveste-se, assim, de uma função didáctica no que concerne aos rituais e práticas de consumos, especialmente na primeira vez que o sujeito recorre ao consumo endovenoso.

Ele começou-me a picar, que eu não me sabia picar. Ele ensinou-me a picar, depois chegou a altura que deu-me as coisas às escondidas e disse: “Toma, pega e desenrasca-te” e eu meti-me na casa de banho. Sabia que era espetar na veia, se puxasse e saísse sangue é porque já estava lá e depois era só meter. Comecei assim.

(G., 40 anos, sexo feminino, VIH+, metadona)

A primeira vez que me injectei, houve alguém que me injectou, que infelizmente já não é vivo, e depois, pronto, injectou-me mais uma ou duas vezes e eu fui-me habituando e a partir daí sou sempre eu que me injecto.

(B., 45 anos, sexo masc., VIH+, a consumir)

Por outro lado, em situações específicas torna-se imperativo partilhar o consumo com outra pessoa e, porque o produto é escasso, a hipótese que surge como mais viável é a de injectar em vez de fumar, dado que com menos quantidade de produto se anulam mais facilmente os sintomas de privação da droga.

Para esta decisão, concorrem certas situações externas ao indivíduo, como a presença da polícia ou a escassez de dinheiro para adquirir o produto. Tais circunstâncias impõem, frequentemente, a necessidade da partilha de droga e da mesma via de administração, particularmente se entre os consumidores existir uma relação de solidariedade.

O injectado, o injectado era assim: o meu ex-companheiro era traficante, vendia droga, e houve uma altura que levamos o embate da polícia, teve que ir tudo pelo rio abaixo senão íamos presos e vimo-nos com um pacote e uma base p' rós dois p' ra tirar a ressaca. Coisa que se fosse fumado não tirava a ressaca, nem a mim nem a ele, tinha que ser.

(P., 37 anos, sexo feminino, VIH+, abstinente)

Um relacionamento amoroso conduz frequentemente a numa relação de cooperação e solidariedade, expressa na partilha da mesma via de administração das drogas entre o casal. A partilha de seringas também parece acontecer por questões pragmáticas relacionadas com a economia de recursos no quotidiano, especialmente no passado, quando ainda era necessário comprar seringas por não haver distribuição e troca de seringas.

Partilhávamos juntos (com a companheira). O dinheiro é que não era muito p' ra comprar duas seringas e poupávamos sempre p' ra comprar limão, comprar um cigarro ou outro e comprávamos só uma seringa que dava p' rós dois.

(A., 41 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

Paralelamente, injectar num contexto onde todos consomem por via endovenosa, também facilita os consumos, na

medida em que é mais fácil encontrar alguém com quem partilhar o produto. São aqui visíveis, novamente, a influência de factores relacionados com uma economia de recursos bem como razões de ordem pragmática para recorrer à via injectada e manter o hábito de injectar. A presença dos outros parece promover a prática de injeção já que, ao adoptar o mesmo comportamento dos outros, facilita o seu próprio consumo.

Não, da primeira vez foi fumado, fumei p' raí um ano, depois começou a haver menos possibilidades de possuir... de arranjar o dinheiro, havia... era mais fácil porque injectada, havia mais quem injectasse, ressacava, piquei a primeira vez e a partir daí... Normalmente, um metia o pó, a heroína, outro metia a cocaína, era ball, o speed ball, consumia sempre as duas coisas, nunca consumia só uma.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

B1.2. Efeitos/Síndrome de abstinência

O tema da “ressaca” está omnipresente no discurso dos entrevistados. Os sintomas de privação da substância no organismo são como que hipervalorizados, funcionando este discurso como justificativo para passar a injectar a droga e manter esta via de consumo.

A intensificação dos efeitos das drogas por via injectada e a eficácia na neutralização do síndrome de abstinência são, assim, razões frequentemente referidas para justificar o recurso a esta via de administração das drogas. Desta forma, os efeitos relatados são: a rapidez (“vai directamente ao sangue” e “tira logo a ressaca”) e a economia de recursos (i.e., com menos produto obtém-se o mesmo efeito).

Senti-me bem, olhe... injectei e senti-me bem, ao princípio. Bateu-me bastante, a droga bateu-me bem (...). Os efeitos são diferentes, são muito diferentes. Prontos, a partir daí comecei a injectar sempre. Deixei de fumar. É, é pela ressaca, por, prontos, ser mais forte, injectada vai directamente ao sangue, vai directamente à cabeça...

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

De referir que este tipo de razões foram igualmente identificados em consumidores em tratamento, para justificar uma transição do modo de administração fumado para injectado (Negreiros, 2003).

B1.3. Situação limite

Ao poder da substância associa-se igualmente a influência mais geral do estilo de vida dos consumidores. O desespero emerge consistentemente no discurso dos entrevistados, coincidindo, muitas vezes, com o início dos consumos injectados, acentuando o desleixo e a ausência de preocupações em relação à saúde. Trata-se do culminar de um processo de degradação, em que já não há nada a perder: o desânimo e o desespero que progressivamente se instalam nos mundos sociais do *down* (Fernandes e Carvalho, 2003) funcionam como poderosos incentivos ao uso da via endovenosa de consumo.

Fumava porque... nunca pensei em picar. Embora gastasse mais, com produto, não é? Preferia do que picar, porque picar eu achava que era a última etapa. Mas também como já táva em desespero, já táva mesmo a dormir assim em casas velhas e isso, olhe já valia tudo.

(Eu era) uma coisa, não era um ser, era uma coisa... olhava para as pessoas e via-me um bichinho, uma coisa que não interessa a ninguém. Eu nunca imaginei chegar a esse ponto. Que eu perdi o amor próprio e uma pessoa perde o amor próprio e já vale tudo.

(G., 40 anos, sexo feminino, VIH+, metadona)

Dir-se-ia que, para alguns dos entrevistados, opera-se uma progressiva cedência em relação aos seus valores e crenças pessoais. Simultaneamente, instala-se um sentimento de vazio existencial e desânimo. Tais vivências poderão explicar o recurso à partilha de material injectável e a falta de precauções quanto à transmissão de doenças. Consequentemente, o indivíduo deixa de se preocupar consigo, com a sua saúde e bem-estar. Do mesmo modo, a preocupação com a vida e a saúde dos outros deixam também de fazer sentido. Estas questões como que são transversais às diferentes áreas abordadas pelos entrevistados neste estudo e delas procuraremos dar conta em outros pontos deste artigo.

B1.4. Vício da agulha

Em consumidores com uma carreira longa de consumos, o “vício da agulha” surge consistentemente como justificação para manter o hábito de injectar. Os entrevistados que invocavam esta razão tinham histórias de consumos que oscilavam entre os 25 e os 30 anos. O ritual

do “chuto”⁽²⁾ torna-se, assim, imprescindível para o indivíduo; a agulha ganha poder simbólico, relativizando os efeitos da substância.

Eu não sei se me dava... porque, como é que eu hei-de dizer... se não picar não me sinto bem. Já me aconteceu estar a rressacar, estar a rressacar e me oferecer para fumar e eu não querer fumar, ter de esperar para injectar, porque não consigo passar sem o pico, não me sinto bem... Tenho o vício do pico e se não picar um dia, não me sinto em condições.

(B., 45 anos, sexo masc., VIH-, a consumir)

Em outras situações, a necessidade de injectar é desencadeada pela estímulo visual que representa “ver a veia no braço”. Este estímulo parece funcionar como um incentivo à injeção do produto, despertando a “vontade de sentir a agulha no braço”.

Era uma ideia que prontos, quando eu ia ao braço e via a veia, “prontos tenho aqui uma veia, vou dar um caldo” porque via a veia, quando não via a veia é que prontos fumava.

(H., 40 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

B1.5. Tempo (meteorológico)

As condições atmosféricas surgem como uma variável externa ao sujeito susceptível de influenciar a escolha da via de consumo. O consumo fumado, ao ar livre, particularmente em condições atmosféricas desfavoráveis, implica a perda de grande parte do fumo. Ao injectar evita-se, dessa maneira, o desperdício do produto.

Não sei, sei lá, lembro-me e injecto em vez de fumar. Por exemplo, às vezes tá vento ou chuva ou isto ou aquilo e se consumir assim numa bouça ou assim, injecto. Lá está o caso do vento e da chuva e de fumar ao ar livre, não dá, não posso fumar ali fora, ali, não dá, não se consegue.

(E., 24 anos, sexo masc., VIH-, a consumir)

Importa destacar este aspecto, já que os consumidores problemáticos de drogas entrevistados neste estudo, numa determinada fase do seu percurso com as drogas, abandonaram a família, ficando sem residência fixa, acabando, assim, por se remeterem à condição de sem abrigo.

B2. Razões para não injectar

Nesta secção examinam-se as razões apresentadas pelos entrevistados para não recorrer à via injectada. Procurou-se explorar esta questão junto de entrevistados que nunca tiveram o hábito de injectar drogas. Os entrevistados que se encontram nesta situação, correspondem a toxicod dependentes de trajectória longa (cerca de 20 anos). Nestes indivíduos foi, assim, possível detectar uma longa persistência de consumos apenas fumados, sem que tenham, em qualquer momento da sua trajectória de consumos, feito a transição para a via endovenosa.

B2.1. Medo de injectar

O “medo das agulhas” e de injectar é um factor que pode funcionar como um forte obstáculo à iniciação dos consumos endovenosos. Em alguns casos verificamos tratar-se de um medo específico a agulhas. Também por esta razão, encontramos indivíduos que, numa fase inicial, pediram a alguém para os injectar por não conseguirem fazê-lo eles próprios.

Sim, já, já houve alturas em que eu queria me injectar e não conseguia, tinha medo, tinha pavor às agulhas, começava a tremer e não conseguia injectar.

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

Às vezes o pessoal consumia à minha beira e injectava-se e eu quase que desmaiava! Eu queria consumir, começava a ressacar e via-os a consumir e quase que desmaiava.

(C., 34 anos, sexo feminino, VIH-, abstinente)

B2.2. Medo das doenças/ VIH

O medo de poder contrair o VIH por via injectada constitui um argumento que interfere claramente na decisão de não injectar o produto. Parece evidente que o medo de contrair o VIH por via dos consumos é mais forte do que por outras vias, como a sexual.

Os consumidores de drogas acabam por ter uma consciência fragmentada dos riscos que correm, já que os mesmos entrevistados que referem o medo de contrair o VIH através da injeção não têm cuidados eficazes e sistemáticos no que se refere às suas práticas sexuais.

Vinha-me à ideia, mas começava-me a lembrar: posso apanhar isto,

posso apanhar aquilo... até por causa da vida que levava, não é?

(C., 34 anos, sexo feminino, VIH-, abstinente)

B2.3. Degradação física

O medo de evoluir para uma trajectória de maior degradação parece funcionar como um factor de auto-controlo e potenciar uma maior consciência dos riscos.

Acho que, apesar do fumo levar também à degradação da pessoa, acho que o injectar é mais degradante. E eu sabia que se experimentasse ia gostar e depois não queria outra coisa... nunca experimentei.

(J., 38 anos, sexo masc., VIH-, abstinente)

De realçar, no entanto, que o medo da degradação física não está predominantemente associado às doenças e ao VIH, mas ao aspecto físico dos indivíduos que injectam: os hematomas, os abscessos, o não ter veia para picar. Parece haver uma demarcação do indivíduo em relação aos outros, cujo comportamento observa sem se sentir nele implicado, preservando, assim, a sua própria imagem.

É mais degradante, porque as pessoas chegam a um ponto que já não têm veias pra picar nos braços, depois pica nas pernas, cria hematomas, depois andam todos ligados, e mancam...

(...) Doenças não pensava... quer dizer pensava por causa de hematomas e assim... (...) Via que andavam todos com hematomas nos braços, nos pés, outros picavam no pescoço. Eu, às vezes tava à beira dessas pessoas... se calhar incomoda-me um bocado aquilo...

(J., 38 anos, sexo masc., VIH-, abstinente)

C. Uso de material injectável

C1. Motivos para ter cuidados

C1.1. Medo da SIDA

O medo de contrair o VIH reforça os cuidados no consumo de drogas por via injectada. Contudo, nem sempre um indivíduo que se mostra consciente dos riscos associados à partilha de seringas, é tão cauteloso no que se refere a outro tipo de comportamentos de risco. Por exemplo, o caso de T., revela isto mesmo, já que, apesar de ter cuidados com as seringas, acabou por contrair o VIH por outro tipo de comportamentos, como a partilha de caricas e filtros ou comportamentos sexuais desprotegidos.

Sim, sim (cuidados em usar seringas sempre novas). Porque eu tinha muito medo do contágio, prontos, da SIDA.

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

Embora o medo da SIDA exista, parece, no entanto, estar circunscrito a um leque mais limitado de comportamentos, justamente aqueles que correspondem, na representação do indivíduo, a um maior risco. Os riscos na partilha de seringas, por exemplo, parecem estar bem assimilados pelos consumidores de drogas. Para tal contribuirá eventualmente o facto de os problemas de saúde, e a SIDA em particular, terem uma grande visibilidade nos contextos de vida destes indivíduos e aparecerem frequentemente associados à partilha de seringas.

Quando nos centramos noutra tipo de comportamentos, como as relações sexuais, a consciência da SIDA e dos riscos associados (ex. sexo desprotegido com desconhecidas(os)) esbate-se consideravelmente. Embora racionalmente o sujeito admita que tais comportamentos envolvem riscos para a saúde, parece, no entanto, verificar-se uma desvalorização das consequências associadas à prática de tais comportamentos. Mais adiante, retornaremos a esta questão.

C1.2. Ligação familiar

A existência de laços familiares, quer de forma efectiva, havendo contacto com os elementos familiares, quer no imaginário do indivíduo, enquanto figuras internalizadas, parece constituir um factor de inibição no que respeita à prática de comportamentos de risco.

Enquanto a preocupação com a família persiste, o indivíduo evita certos comportamentos que lhe são lesivos, antecipando o desgosto que daria à sua família se algo de negativo lhe acontecesse, como contrair o VIH ou morrer de overdose. Paralelamente, o receio de poder contagiar alguém da sua família e se culpabilizar por isso, surge também como uma preocupação muito presente no discurso dos entrevistados.

(...) fogo, era a coisa mais... sei lá, eu já dou desgostos à minha mãe e à minha família toda, se lhes desse esse... é isso (contrair o VIH) e morrer de overdose, de morrer com a seringa espetada. Também é uma das coisas por que não me dá p'ra estar sempre a caldar, a injectar, por

causa disso, era um desgosto enorme, mesmo... já assim é, de eu andar, imagine se eu morresse de overdose ou de alguma doença, SIDA.

(E., 24 anos, sexo masc., VIH-, a consumir)

Em casos de exclusão social extrema, como os que caracterizam os indivíduos entrevistados neste estudo, os laços familiares são muito ténues ou mesmo inexistentes. Com o afastamento do indivíduo do agregado familiar e do convívio familiar e a adopção de estilos de vida desviantes, o valor simbólico da família vai também perdendo importância na vida do sujeito.

Na altura que... o que me levava a ter cuidados era estar em casa, com os familiares, que vivia com os meus avós, tinha os primos pequeninos e tal e levava-me a ter mais cuidado, prontos, derivado ao medo de pegar alguma doença aos inocentes.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

C1.3. Actividade profissional

A existência de uma ocupação ou de um emprego parece também constituir um factor de protecção em relação à prática de comportamentos de risco de transmissão do VIH. O exercício de uma actividade profissional impede uma situação de exclusão social tão extrema, proporcionando ao indivíduo um contexto de vida normativo. A assunção de responsabilidades profissionais, contribui para estruturar o quotidiano de acordo com essas responsabilidades sociais e profissionais.

Sempre trabalhei, não é? Foi o que sempre me ajudou, foi trabalhar, felizmente, tenho-me aguentado até aqui. Vamos lá a ver.

(...) Eu acho que quem trabalha, penso eu, que quem trabalha tem outra preocupação, tá entender? Agora os outros que andam aqui, quando acordam pensam é em tirar a ressaca e não pensam em mais nada. E eu, como trabalho, não é?, venho aqui à noite, compro já p'ró outro dia e no outro dia já vou p'ró emprego... tenho o dia a dia mais ou menos controlado.

(...) Agora a nível de material, tenho sempre uma reserva jeitosa, até que eu pra picar gasto prai 3 ou 4 seringas por cada chuto, porque não tenho veias.

(B., 45 anos, sexo masc., VIH-, a consumir)

No discurso de B. o trabalho parece ser funcional no sentido de evitar a construção de uma identidade desviante em torno dos consumos.

C.2. (In)Consciência dos riscos

Alguns entrevistados, apesar de estarem conscientes dos riscos a que se expõem com a partilha de material de injeção, na altura do “desespero da ressaca”, desvalorizam esses riscos. A urgência para consumir ocorre, deste modo, independentemente das condições específicas que têm para efectivar o consumo.

Pensava, pensava (nos riscos que corria a injectar sem cuidados), mas só que às vezes a ressaca era mais forte e eu ultrapassava esses riscos todos... só quem ressaca é que sabe o que é!

(H., 40 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Por vezes, depois de efectuado o consumo, o indivíduo pode tomar consciência dos riscos a que se expôs, o que leva frequentemente ao arrependimento. Contudo, este é um ciclo difícil de quebrar, pois na próxima ocasião, a ilusão de controlo poderá interromper-se de novo em resultado da urgência para consumir associada ao síndrome de abstinência.

Já têm noção (do comportamento de risco), já... depois até já são capazes de se arrepender e dizer: “já fiz uma grande asneira”. É o que se pensa. (e na próxima vez) Tornam a fazer, são capazes de fazê-lo, são capazes porque apanhando-se a ressaca as pessoas não pensam em nada.

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

Só depois de fazer a asneira é que “ai meu Deus o que é que eu fiz”.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Trata-se de um comportamento circular, onde o primado da substância acaba por ditar as regras. O sofrimento da “ressaca”, o pensamento imediatista de resolução de problemas e a compulsão para o consumo de drogas acabam por relegar para um plano secundário a prevenção dos riscos. A par desta constelação de factores, lembramos novamente a despreocupação e o desleixo para com a saúde, decorrentes do estado de desânimo e prostração que muitos destes indivíduos parecem vivenciar.

C.3. Partilha de seringas

C.3.1. Com o(a) companheiro(a)

Da mesma forma que entre o casal se pratica o mesmo ritual de consumo e via de administração, também se partilham as mesmas seringas. A lógica subjacente a estas práticas continua a ser a poupança de material e de produto. Porém, a confiança no outro parece também desempenhar um papel importante, favorecendo a supressão progressiva da consciência dos riscos envolvidos na partilha de seringas. Uma relação de amor e confiança, estabelecida no quadro de uma relação afectiva estável, está igualmente associada à prática de relações sexuais desprotegidas com o(a) parceiro(a).

Não, era habitual a gente partilhar um com o outro. Era, era uma companheira fixa mesmo. Mas quando eu compartilhava com ela, nem eu sabia, nem ela sabia que era seropositiva, depois é que ela teve uma recaída e no Hospital é que disseram que ela era seropositiva. Refugiávamo-nos muito, metíamo-nos num quarto e, prontos, consumíamos os dois e andávamos sempre juntos.

(A., 41 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

É interessante notar que, nos casos dos entrevistados que mantiveram companheiros fixos com quem consumiam, embora não desconfiassem na altura do(a) parceiro(a) em termos do VIH, concluem que terá sido precisamente o(a) parceiro(a) que lhes transmitiu a doença.

C3.2. Com colegas

Nesta subcategoria encontramos novamente um discurso centrado em torno da “ressaca”, do desespero provocado por situações limite. No entanto, estes argumentos são, desta vez, invocados como justificação para a partilha da mesma seringa com os colegas e para a falta de quaisquer cuidados e atenção aos riscos daí resultantes.

A ideia da ressaca e o relato de situações de desespero ajuda a clarificar o esvaziamento existencial e o estilo de vida degradante dos toxicod dependentes sem abrigo que residem em zonas degradadas dos bairros do Porto. Com efeito, os sentimentos de desânimo e de frustração são justificações recorrentes para a ausência de preocupações consigo próprios e com o outro.

Não (pensava em contagiar os outros), porque já eram pessoas que estavam ali como eu, são as pessoas que já estavam como eu que faziam uma coisa dessas (partilhar seringas) (...) Pois, tem que consumir na mesma. Se não tem (seringa), se vir uma no chão, apanha as do chão. Mas é o desespero da ressaca, não dá para suportar, chega a um ponto que é doloroso mesmo. Só quer aquilo.

As pessoas não pensam nos riscos que estão a correr?

As pessoas que já estão, que já têm o vírus, já se estão a... como eu estava... sei lá, acho... não me segurava de pé...

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Como vimos anteriormente, o roubo das seringas durante o acto de consumo parece acontecer em situações limite. Por exemplo, como refere L., aos fins-de-semana no bairro não há troca de seringas, tornando difícil a obtenção de seringas hipodérmicas esterilizadas. Esta situação encoraja a adopção de estratégias para resolver o problema baseada no recurso a “negócios paralelos”. Estas estratégias contribuem para uma diminuição do número de seringas esterilizadas em circulação nesses contextos. Na prática, verifica-se que há sempre indivíduos que não têm seringas para injectar, quer porque as venderam, quer porque foram roubados.

Isso acontece (usar a mesma seringa), não arranjando seringa, tem que se consumir com alguma coisa... cheguei a ver, eu nunca fiz isso, mas cheguei a ver apanhar do chão e... ao fim de semana, prontos, os senhores não estão, não há troca lá e torna-se mais complicado arranjar seringas novas e quem as tem vende-as a um euro e nem sempre há um euro p'ra dar por uma seringa, pegam do chão e pedem emprestadas, usadas.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Apesar de tudo, a partilha de seringas parece ser um comportamento para o qual os toxicod dependentes já estão suficientemente alertados quanto ao risco de transmissão de doenças. Esta conclusão foi, aliás, corroborada pelos técnicos dos programas de troca de seringas.

Mas se é certo que a maior parte dos toxicod dependentes parecem estar sensibilizados para a troca de seringas, o mesmo não acontece em relação à partilha de caricas, filtros ou produto.

C3.3. Dar uma seringa infectada

Os entrevistados relatam, com indignação, a indiferença que outros consumidores têm pelo facto de saberem que são seropositivos e de, mesmo assim, partilharem material de consumo. Chegam mesmo a ajuizar este comportamento como “assassino” ou “criminoso”, aludindo à maldade que lhe está subjacente.

Passa, que já passaram por tudo, tão-se a cagar p'ra tudo. Nem mesmo eles se lembram que têm isso, percebe? E mentem a eles próprios. E dão e pensam que estão a ser os maiores, tão a fazer aquilo para o outro pensar que ele que dá, que é amigo, que é isto, que é aquilo, percebe? Mas ele não tá a ser amigo, tá a ser criminoso.

(G., 40 anos, sexo feminino, VIH+, metadona)

Houve um dia, que foi fim-de-semana, não havia seringas no bairro e eu estava a ressacar como um cavalo, e houve um fulano que sabia... e só me disseram depois que era seropositivo, que me ofereceu... e eu estava a ressacar, prontos, consumi com a seringa dele e tudo... achava que não tinha (...) a partir daí, eu achei que tinha a SIDA e estava a... a desleixar-me p'ra tudo.

(...) Na altura, sei lá, é um desastre mesmo, é eles estão contaminados e não pensam que vão contaminar os outros, querem é olhar p'ra cena deles naquela altura.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Interiorizando a ideia de que se deve sempre avisar da seropositividade antes de ceder a seringa, desloca-se a responsabilidade do risco da partilha de seringas para o outro. Assim, quem empresta é activo na tomada de decisão e na responsabilidade e quem usa é passivo e desculpabilizado. O indivíduo tende a ser mais exigente na avaliação do comportamento dos outros, do que na avaliação dos seus próprios comportamentos. Esta estratégia cognitiva pode bem ser interpretada como uma forma de introduzir algum sentido num contexto caótico, marcado por uma apatia generalizada e um desinteresse por si e pelos outros.

Digo mesmo “olha que sou seropositivo”. Há pessoas que escondem e eu acho mal, a partilhar, pessoas a consumir e tal, há pessoas que escondem, como no meu caso, que escondeu de mim que era seropositivo e tal e consumi com a seringa dele, parece que têm gosto

em que as outras pessoas fiquem contaminadas, ele já está e contamina o resto.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

C.4. Cuidados no uso de seringas e outro material

O discurso dos entrevistados, permite concluir que são frequentemente adoptados certos cuidados com as seringas e outro material, embora não correspondendo sempre a precauções eficazes na prevenção de doenças. Lavar a seringa ou as caricas com água, usar poucas vezes ou apenas uma vez a sua seringa, andar sempre com seringas esterilizadas; verificar se há sangue no “caldo”, são alguns exemplos dessas precauções.

Não... quer dizer, lavar lavava, mas era aquele lavar onde toda a gente lavava, sabe como é? Já se sabe, o vírus táva ali e p'ra mais o sítio que era, era no bairro do Aleixo, é um sítio muito frequentado pela droga 24 horas...

(H., 40 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Na altura quero é cortar a ressaca. É, evita-se ao máximo, mas normalmente nunca há sangue, ao fazer o caldo a carica também está lavada.

(D., 45 anos, sexo masc., VIH+, a consumir)

Emerge igualmente a ideia de que os consumidores mais novos são os que apresentam mais comportamentos de risco e atingem um nível de maior degradação, por oposição aos mais velhos, cuja experiência os tornaria menos vulneráveis à adopção de práticas de risco relacionadas com a transmissão do VIH.

Ah não tem, não! Infelizmente e é por isso que, felizmente ou infelizmente, ando nisto há 30 anos e, pronto, ainda cá ando, não é? Com um aspecto não muito bom, não muito mau, mas para o que eu vejo aí, miúdos que entraram nisto há meia dúzia de anos, só que não têm estes cuidados, prontos... Pois é, mas é como eu lhe digo, os da minha idade, pronto, já passamos muito, muita coisa, mas isso acontece mais aos novos que não têm essas preocupações, não sei, imagino que seja isso... infelizmente.

(B., 45 anos, sexo masc., VIH-, a consumir)

Estes exemplos ilustram a existência de consumidores com discursos e competências muito diferentes. Provavelmente,

a idade é uma variável importante para a aprendizagem de determinadas estratégias de protecção. Os indivíduos com histórias de consumos mais longas e que se mantêm relativamente estruturados, evidenciam claramente mais competências e conhecimentos para lidar com situações de risco.

C5. Partilha de caricas, filtro, “caldo”

Dum modo geral, os entrevistados efectuem troca de seringas, mais ou menos sistematicamente. É sabido igualmente que os programas de troca de seringas recolhem uma grande adesão por parte desta população, nos locais onde estão implantados. Já relativamente ao restante material de consumo, verifica-se que a partilha é muito mais frequente.

A carica sim, caricas já partilhava, porque pensava eu que não tinha contágio nenhum, com a troca de sangue, nem assim... e, então, facilitava.

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

(Seringas) Não... as caricas, de vez em quando, sim, partilha-se. Faz-se junto, por exemplo, quando uma pessoa tem as duas peças suficientes, acabamos por nos juntar duas pessoas e dividimos o chamado caldo, a heroína e a coca, isso é feito na mesma carica e, pronto, depois é puxado com seringas. Hoje em dia sabendo, pronto, uma pessoa... seringas usadas não, agora a carica todos nós fazemos, ou andar aí aos filtros por exemplo, que é o meu caso também, sou eu que dou a carica, dou a máquina nova e, prontos, mas a carica circula por várias pessoas, sendo a mesma carica na mesma.

(D., 45 anos, sexo masc., VIH+, a consumir)

A partilha do restante material poderá ser justificada, quer pela falta de informação dos consumidores quanto ao risco, quer por razões associadas ao próprio ritual de consumos. Para muitos consumidores, a estratégia mais viável para assegurar os seus consumos é “andar aos filtros”, o que torna a partilha deste material inevitável.

D. Uso do preservativo

D1. Razões para não usar preservativo

D1.1. Na prostituição

Identificamos algumas questões específicas relacionadas com a não utilização do preservativo em mulheres que se

dedicam à prostituição. Um motivo invocado para não recorrer ao uso do preservativo prende-se com a urgência para usar drogas, associada a situações em que a mulher está em síndrome de abstinência.

É essa urgência para consumir e, conseqüentemente, para obter dinheiro para adquirir o produto, que parece favorecer a prática de sexo desprotegido, especialmente se os clientes estiverem dispostos a pagar um preço mais alto por isso.

Pedia aquele dinheiro, "Ó pá não te dou isso, dou-te mais, não sei quê, que eu sou rico", uma pessoa com o desespero, na ressaca, faz tudo e mais alguma coisa! (...) Umhas vezes era por desespero, o desespero da ressaca...

(C., 34 anos, sexo feminino, VIH-, abstinente)

O facto da mulher estar a trabalhar sem ter preservativos, é uma condição que parece igualmente facilitar a prática de relações sexuais desprotegidas. Acresce que, nesta situação, é raro que seja o cliente a impôr a utilização do preservativo.

Não sei, sei que a maior parte delas às vezes andavam a trabalhar sem camisas, ou porque não as compram... ou quando vão à carrinha, porque há uma carrinha que as dá... mas em muita situação que elas não utilizam.

(P., 37 anos, sexo feminino, VIH+, abstinente)

Estes exemplos ilustram a importância do acesso generalizado a preservativos e das campanhas de distribuição de preservativos junto de populações vulneráveis.

D1.2. Com o(a) companheiro(a) fixo(a)

Os(as) entrevistados(as) que foram casados(as) ou viveram em união de facto referem nunca usar preservativo com a(o) respectiva(o) companheira(a), mesmo conhecendo a existência de práticas de risco.

Como se verificou em relação à partilha de material injectável, a existência de uma relação estável, baseada na confiança mútua, parece relegar para um plano secundário os receios de um contágio de doenças por via sexual.

Tinha (precauções), eu era prostituta e usava sempre preservativo. Quando tinha namorados, que tive um, não.

(G., 40 anos, sexo feminino, VIH+, metadona)

O constrangimento e o receio em impôr a utilização preservativo, por se considerar que suscitaria desconfiança, parece reforçar este comportamento de risco. J. refere, por exemplo, que, se a namorada lhe pedisse para usar preservativo "*Tinhamos uma discussão familiar*". Em suma, tal exigência seria interpretada como expressão de falta de confiança na relação.

D1.3. Resistência masculina

A não utilização do preservativo pode estar associada à resistência masculina em usar preservativo. Importa destacar, a este propósito, que na prostituição muitos clientes preferem pagar mais para não ter que usar preservativo. As razões apontadas prendem-se com uma diminuição do prazer e da excitação, aspectos que a literatura centrada nos factores que condicionam a utilização do preservativo tem destacado de forma consistente (e.g., Manderson *et al.*, 1997).

É diferente, é diferente, incomoda um bocado, se calhar é uma questão de hábito.

(J., 38 anos, sexo masc., VIH-, abstinente)

É e alguns não se importam, não têm conhecimento disto da SIDA, são velhotes, percebe? Porque não têm prazer ou com preservativos não se vêm e depois naquela, já que pagaram, querem tirar.

(G., 40 anos, sexo feminino, VIH+, metadona)

D1.4. Inconsciência dos riscos

Esta categoria refere-se à ausência de precauções nas relações sexuais por não ter consciência dos riscos e não por falta de conhecimentos objectivos.

Enquanto que em relação à partilha de seringas a noção de risco está bem assimilada, mesmo nos casos em que não existem preocupações de protecção, em relação ao comportamento sexual observa-se uma certa diluição do risco percebido por parte dos indivíduos. Uma interpretação para esta constatação poderá relacionar-se com o facto da actividade sexual ser considerada um comportamento normal ou comum, enquanto que o consumo de drogas está culturalmente associado à desviância e ao perigo.

Não havia tanta informação como há agora, não havia, mas... sabia, sabia que tinha que usar preservativo, que tinha várias consequências, mas facilitava. Eu é que não ligava. Sabia, já havia uma certa informação, eu é que não ligava.

<<quanto a usar preservativo>> Achava que não era necessário, por estupidez achava que não era necessário.

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

D1.5. Prazer em transmitir o VIH

O discurso de alguns entrevistados aponta para o prazer que certos sujeitos sentem em transmitir o VIH ao parceiro(a) sexual. Esta é uma interpretação muito subjectiva dos sujeitos em relação ao comportamento dos outros e corresponde a um mito referido na literatura acerca do desejo de transmitir o vírus ao outro como manifestação de um sentimento de revolta e vingança. Mais uma vez, os sujeitos parecem ser mais exigentes na avaliação dos comportamentos alheios, do que em relação aos seus próprios comportamentos.

Na prostituição encontramos dinâmicas específicas nas interações que se estabelecem entre prostitutas e clientes, como o desprezo e indiferença pelo parceiro(a) sexual, desumanizando-o, o que pode conduzir à ausência de preocupação na transmissão do VIH e outras DST's.

Sabem que estão contaminados, sabem que vão morrer, e não se importam que a outra pessoa também morra. Muitos diziam: "Se eu algum um dia morrer a pessoa que vá comigo para a cama também vai morrer com a mesma doença que eu!"

(C., 34 anos, sexo feminino, VIH-, abstinente)

No que se refere aos consumidores de drogas que também não tomam precauções nos actos sexuais mesmo sabendo que são seropositivos, provavelmente poderemos compreender estes comportamentos à luz do que acontece em relação aos consumos de drogas.

Há tanta gente (seropositiva que não usa preservativo). Às vezes até chego a pensar, pessoas, como eu estava na altura no bairro, pessoas como nós andamos aqui a... andamos aqui... como é que eu hei-de... a estragar a sociedade, é que é mesmo assim, já não nos importamos connosco, mas connosco prontos, andar a contaminar toda a outra sociedade...

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

D1.6. Impulsividade no acto sexual

No caso de T. encontramos uma comparação interessante entre a actividade sexual e o consumo de drogas. Refere que no sexo, assim como nos consumos de drogas, "não se pensa em mais nada". No impulso do acto sexual parece não haver espaço para parar e pensar usar o preservativo.

Eu ponho a... portantos, o sexo mais ou menos derivado com a droga, porque é assim, naquele momento não se pensa, percebe? Naquele momento, prontos, uma pessoa quer andar pra frente e já está e depois é que se arrepende, mais tarde. (...) Quer se dizer, derivado ao sexo uma pessoa... sei lá... perde o... Não sei, naquele momento uma pessoa não pensa! Não atinge nada...

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

D1.7. Aparência física

A aparência física do outro parece ser um factor importante na avaliação do risco de transmissão de doenças, quer na prostituição, quer nos relacionamentos em geral. O bom aspecto da pessoa parece favorecer um sentimento de confiança no outro, levando o indivíduo a não usar preservativo.

Não. Eram sempre bem constituídas, bonitas e tudo... e eu nunca desconfiava, claro! Na altura sim, eu olhava, dizia: "olha é bonita, é bonita, é feitosa" e não ligava nada. (...) Eu simplesmente olhava "é bonita, é gordinha, é toda feitosa" e não pensava que tinha doenças... claro.

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

D1.8. Relação de amizade

O facto de conhecer a pessoa, de ter um relacionamento de amizade, traduz-se também em confiança, influenciando no sentido de não usar preservativo, mesmo havendo conhecimento de comportamentos de risco do(a) parceiro(a).

Eu também tinha com essas uma relação mais estreita de amizade, mas mesmo assim... elas estavam a trabalhar (na prostituição), eram pessoas de risco. Usei, usei algumas vezes, mas com outras, quando era assim... quando se proporcionava assim uma que não conhecesse de lado nenhum. Das outras que era mais... mais amigo, tinha algumas vezes relações com essas e não usava.

(J., 38 anos, sexo masc., VIH-, abstinente)

D1.9. Influência dos consumos

Encontramos o ritual de consumos associado a práticas sexuais, onde parar para usar o preservativo compromete o ritual e a obtenção de prazer e excitação. Por outro lado, a presença do álcool também pode influenciar a decisão de usar preservativo, já que o álcool interfere com a capacidade de discernimento do sujeito, podendo favorecer a adopção de comportamentos de risco (Manderson *et al.*, 1997).

Não (se lembrou de usar preservativo), eu tava com os copos, ela também. De manhã quando acordei olhei “o que é que ela tá aqui a fazer?” Eu na altura não andava na droga, tinha deixado. Mas, prontos, bebia de carago...

(E., 24 anos, sexo masc., VIH-, a consumir)

Eu trabalhava de noite e eram mulheres que iam trabalhar, depois vinham, chamavam-me sempre, íamos ao Aleixo e depois íamos para casa consumir e às vezes tinha relações (...) era outro ritual, começávamos logo a consumir, com essas não, com essas era diferente, (...) tavamos a consumir e a conversar, e na brincadeira, a beber um copo e depois proporcionava-se e nem punha a questão... Tinha assim um seguimento, e pronto, não parava para pensar.

(J., 38 anos, sexo masc., VIH-, abstinente)

Dum modo geral, a investigação mostra que estar sob o efeito de álcool ou drogas representa um risco que aparece associado a uma fraca utilização de preservativos, particularmente nas situações em que ambos os parceiros são consumidores (Harris *et al.*, 1990).

D1.10. A parceira não consumir drogas

O facto da(o) parceira(o) sexual não estar envolvida(o) com drogas é sentido como sinal de confiança para não tomar precauções. Quando associada aos contextos habituais de consumo, a noção do risco do VIH parece estar largamente consolidada nos consumidores de drogas. No entanto, quando o indivíduo se retira desses contextos, a consciência dos riscos parece diminuir drasticamente.

Com a minha mulher não, mas agora, como tou divorciado... tive com, p'raí com 2 ou 3 que não usei, foi 2 e... mas uma delas eu conheço bem e o caraças, a outra não, mas já foi o ano passado, já fiz as análises,

agora não sei é se aquilo acusa logo, dizem que ainda demora... mas não tinha nada a ver com drogas nem o carago, as duas.

(E., 24 anos, sexo masc., VIH-, a consumir)

D2. Razões para usar preservativo

D2.1. Eficácia

O preservativo inspira confiança enquanto medida de prevenção do VIH e de DST's, sendo apontado como a única estratégia de prevenção eficaz que existe para este fim.

Os sujeitos têm algum conhecimento acerca da necessidade de se usar o preservativo, quer porque referem usá-lo de forma sistemática, independentemente de serem ou não seropositivos, quer porque admitem tratar-se da única medida eficaz na prevenção da transmissão e contágio do VIH.

Não sei, eu acho que deve ajudar bastante, mas 100% eficaz, não deve ser, mas deve ser p'raí 90%, deve ser muito eficaz.

(J., 38 anos, sexo masc., VIH-, abstinente)

D2.2. Desconfiança em relação aos clientes

O conhecimento informal do meio da prostituição funciona como estratégia de prevenção. Este aspecto é particularmente notório nas situações em que, por exemplo, a mulher conhece os clientes de prostitutas seropositivas evitando, assim, praticar sexo desprotegido com esses homens.

Quando a gente veio a saber que ela tinha, aqueles com quem ela ia... houve um que uma vez veio comigo: “Oh filho é com preservativo”, mas diz ele: “Mas com a outra...”, “Mas o que a minha colega faz, não sou obrigada a fazer”, “então não quero”, pronto.

(C., 34 anos, sexo feminino, VIH-, abstinente)

Sempre, por norma uso, sempre. Até porque geralmente as minhas parceiras também são de risco e, prontos, para mim e p'ra elas acho que é bom que isso aconteça.

(B., 45 anos, sexo masc., VIH-, a consumir)

D2.3. Desconfiança por ser portador do VIH

Como referimos anteriormente, os indivíduos efectua uma avaliação dos seus comportamentos mais congruente com a desejabilidade social, ao contrário da avaliação que fazem dos comportamentos dos outros que é normalmente

mais negativa. Assim, referem que a partir do momento em que desconfiaram ou souberam ser portadores do VIH, passaram a usar preservativo nas suas relações sexuais. Esta subcategoria cruza-se com as mudanças de comportamento depois de saber que era seropositivo, ao nível do comportamento sexual.

Não, porque eu sabia o que tinha. Nunca, nunca, nunca, era a primeira a dizer "com preservativo".

(G., 40 anos, sexo feminino, VIH+, metadona)

E. Como contraiu o vírus

Todos os entrevistados seropositivos têm uma ideia da forma como contraíram o VIH, enunciando-o de forma bastante clara: através dos(as) companheiros(as); por relações sexuais ocasionais desprotegidas e através da partilha de seringas, caricas ou filtros.

F. Mudanças de comportamento após ter tomado conhecimento da seropositividade

F1. Reacção emocional

As reacções à notícia de seropositividade são diversas, reportando-se os indivíduos a fases distintas no processo de *coping* com a doença. Alguns entrevistados sublinham o abalo emocional da notícia bem como a revolta e desânimo subsequentes. Mas também encontramos a aceitação da doença e a resignação.

Prontos, uma pessoa não é tão realista a fazer... já não tem, no meu caso, desmazela-se, acaba por chegar a um ponto que vou abaixo.

(D., 45 anos, sexo masc., VIH+, a consumir)

Não, não, não pensava... nem tenho medo da doença que tenho. Lido com a doença como uma... muita gente diz "ouve lá não tens medo?", "não, não tenho medo nenhum da doença que tenho", apanhei-a meu amigo, quando vier a minha vez, veio, não tenho... antes não a tivesse, mas uma vez que a tenho, tenho que enfrentar não há nada a fazer. Não vou afectar outras pessoas, que ninguém tem culpa de eu ter apanhado a doença, não é? É mesmo assim.

(H., 40 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

F2. Consumo de drogas

As reacções dos entrevistados ao tomarem conhecimento de que são portadores do VIH, no que concerne ao consumo de drogas, são muito variadas. Num extremo, encontramos reacções negativas, como passar a consumir com maior frequência e em maiores quantidades. Em outros casos, o conhecimento da seropositividade precipita um aumento das recaídas, frequentemente desencadeado por sentimentos de desânimo.

No outro extremo, o conhecimento da doença pode conduzir a reacções positivas como uma maior responsabilização, expressa na adopção de comportamentos de protecção específicos. Alguns entrevistados, por exemplo, referem ter deixado os consumos para passar a fazer a medicação retroviral de forma mais estruturada; outros referem ter deixado de injectar como forma de protecção.

Era, reagi muito mal, cheguei a estar separada dele e comecei a consumir à força toda! (...) comecei a consumir muito mais, não sei porquê, mas comecei! E prontos, foi isso!

(P., 37 anos, sexo feminino, VIH+, abstinente)

Comecei, comecei a ter mais cuidados, nunca mais injectei. (...)

Os comportamentos que me levou o VIH, foi deixar a droga, foi a única coisa. Mesmo para a medicação que eu estou a tomar fazer efeito, senão não faz efeito nenhum.

(H., 40 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Esta diversidade de reacções das pessoas infectadas pelo VIH situa-se, aliás, na linha de resultados de investigações que revelam que as capacidades adaptativas bem como as atitudes e comportamentos face à seropositividade poderão traduzir posições existenciais distintas. (Guerra, 1998).

F3. Comportamento sexual

Passar a usar sistematicamente preservativo nas relações sexuais com a generalidade das pessoas é uma mudança no comportamento recorrentemente apontada pelos entrevistados.

No que diz respeito à confissão da doença ao outro, há quem prefira contar abertamente que é seropositivo e há quem opte por guardar para si esta questão, por considerar tratar-se de um assunto pessoal e íntimo.

Tomu. Tem que ser e aviso mesmo, quando vou ter relacionamento até lhe digo mesmo “olha que sou seropositivo”.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

Por vezes, existe um certo facilitismo em relação ao uso do preservativo quando o(a) companheiro(a) também é seropositivo(a), ambos assumindo os riscos para a saúde.

Tenho, tenho, ele sabe de mim, eu sei da dele. É assim, tivemos uma boa temporada sempre a usar camisa, mas já aconteceu a gente ter relações sem camisa. O que é gravíssimo, porque há 2 tipos de VIH... mas isso já aconteceu.

(P., 37 anos, sexo feminino, VIH+, abstinente)

F4. Material de injeção

Depois de saber ser portador do VIH, há indivíduos que passam a ter mais cuidados com o material de consumo. Outros, pelo contrário, manifestam um maior desleixo e falta de preocupação.

Os cuidados com o material, referidos pelos entrevistados, incluem deixar de emprestar a seringa a terceiros; revelar a sua seropositividade, deixando ao critério do outro usar ou não a seringa; passar a trocar seringas. Curiosamente, continua, no entanto, a verificar-se a partilha de filtros e caricas.

Não, eu contava sempre, sempre... e a pessoa depois ficava ao critério dela. E normalmente até eu às vezes dizia “não”, vinham-me pedir a seringa, a minha, “não te empresto porque é isto assim e assim” e até partia o bico, mesmo por causa destas coisas, partia o bico e já não tinha seringas velhas p’ra emprestar, “porque sou seropositivo, não te empresto porque sou seropositivo”, “eia, eu também sou, deixa lá e tal”, eu dizia “não tenho, tão é os bicos partidos, prontos” e acabava por emprestar e às vezes emprestava, mas avisava-os sempre que era seropositivo.

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

No entanto, L. refere ter ficado mais desleixado por desconfiar que já era seropositivo, deixando de ter cuidados com a saúde. O conhecimento da sua seropositividade coincidiu com a utilização de seringas usadas, sem se importar se estavam ou não infectadas. Contudo, refere que quando os outros usavam as suas ele avisava que era seropositivo.

Mudou no aspecto, já tou queimado e já e tal e facilitava mais em partilhar certas coisas, seringas e... facilitava mais.

(...) Cheguei, porque depois de saber que já tinha o VIH, que era seropositivo... prontos, tava mesmo a ver a vida cada vez pior. Ia morrer e ia, tanto vale morrer já como... tanto vale ser agora como daqui a um mês, andar aí a sofrer, que eu andava lá a fazer era...

(L., 26 anos, sexo masc., VIH+, metadona)

G. Falta de informação

Parece existir alguma ambiguidade em relação aos riscos de transmissão do VIH através das caricas e dos filtros. Esta informação é usualmente adquirida quando o sujeito toma contacto com as instituições de apoio técnico. São também comuns as referências à falta de informação que havia há uns anos atrás, aspecto que terá eventualmente exercido uma influência não negligenciável nos comportamentos de risco nessa altura.

Quanto ao uso do preservativo parece haver informação, embora nem sempre seja bem assimilada.

A carica sim, caricas já partilhava, porque pensava eu que não tinha contágio nenhum, com a troca de sangue, nem assim... e, então, facilitava.

Mas não sabia? Era falta de informação?

Falta de informação. De informação, prontos, porque eu pensava que não tinha problema nenhum. Depois mais tarde é que eu vim a saber que, prontos, fazendo com uma seringa usada de outro e, por exemplo, eu vou e faço eu, a seguir pode contagiar, porque a seringa é usada, não é?

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

H. Contextos favoráveis e trocas de seringas

A avaliação dos entrevistados aos programas de trocas de seringas é globalmente muito favorável. Tais programas são percebidos como contribuindo para uma diminuição apreciável de comportamentos de risco, como a partilha de seringas. Isto é notório, por exemplo, no discurso de L. quando refere que ao fim de semana, como não há troca, muita gente chega a apanhar seringas do chão no bairro. Outra situação que parece favorecer os comportamentos protegidos é o próprio contexto de permanência do indivíduo. T. refere que costumava arrumar carros na baixa da cidade do Porto, perto de farmácias e que, por isso, a troca de seringas era efectuada com grande facilidade.

Eu por acaso, prontos, tava num sítio, onde eu estacionava os carros, que tinha tudo: tinha a droga à minha beira e tinha as farmácias ali todas ali pertinho. Então dava uma saltada à farmácia, era pertinho, e trocava sempre seringas, tá a perceber? E prontos, e tinha ali tudo ao pé de mim, por isso é que nunca fiz essa asneira de picar com a seringa de outro, nunca fiz.

(T., 31 anos, sexo masc., VIH+, abstinente)

5. CONCLUSÕES

Para serem eficazes, as intervenções destinadas a prevenir a propagação da infecção VIH implicam, antes de mais, um conhecimento aprofundado das crenças e atitudes associadas às variações observadas em diferentes sub-populações no que se refere aos seus comportamentos de risco (Tewksbury e Moore, 1997; Ball *et al.*, 1998; Habib, 2003).

Um comportamento como a partilha de seringas ou de outro material de consumo não depende unicamente da percepção do risco (Rich *et al.*, 1996; Ferguson, 1997; Singer *et al.*, 1998a,b; Schroeder *et al.*, 2001; Minichiello *et al.*, 2001) mas de uma diversidade de factores contextuais que influenciam o acesso e os modos de utilização desse material. No âmbito desses factores, refira-se, por exemplo, a importância de que se revestem certas normas sociais relacionadas com práticas de consumo e de negociação de comportamentos de risco (EMCDDA, 2001), os conhecimentos acerca dos modos de transmissão da doença, a influência do contexto social ou de normas culturais mais gerais.

Uma questão essencial consiste, pois, em saber porquê e em que circunstâncias ocorre a partilha de seringas e de outro material de consumo. A análise qualitativa do discurso dos consumidores que participaram neste estudo permitiu destacar, por exemplo, o papel crucial desempenhado pelos factores que genericamente inscrevemos no âmbito das dinâmicas relacionais. Assim, a existência de um relacionamento amoroso ou de amizade não só parece propiciar condições para a manutenção da via injectada de consumo, como torna mais provável o envolvimento do indivíduo em comportamentos de risco, como a partilha de seringas e de outro material de consumo.

Mais relevante para a prevenção da infecção HIV é a constatação de uma menor consciência dos riscos asso-

ciada à partilha de material de injeção, como os filtros, os caldos ou as caricas.

Um aspecto a exigir uma investigação mais aprofundada prende-se igualmente com a relação entre idade e práticas de risco. A análise do discurso dos entrevistados sugere, com efeito, que poderão existir variações nos comportamentos sexuais e de partilha de seringas relacionados com a idade dos consumidores. Um estudo efectuado por Williams e Snyder (1993), por exemplo, concluiu que o risco de infecção pelo HIV, em utilizadores de drogas por via injectada, associado a comportamentos sexuais, variava em função da idade dos consumidores, tendo os sujeitos mais novos sido classificados como estando em maior risco relativamente aos mais velhos. A associação entre idade e comportamentos sexuais de risco daria suporte, segundo os autores do estudo, à ideia segundo a qual as estratégias de prevenção deveriam ter como alvo privilegiado os consumidores de drogas por via injectada mais novos.

Diversos estudos indicam que as mulheres consumidoras de drogas por via endovenosa e que se dedicam à prática da prostituição estão numa situação de maior risco relativamente à possibilidade de contraírem o HIV ou de desenvolverem outros problemas de saúde (Mondanaro, 1990). Para alguns autores (e.g., Watson *et al.*, 1993) seria mesmo adequado falar, nestas situações, num efeito sinérgico relativamente aos comportamentos de risco de transmissão do HIV.

A análise qualitativa do discurso das entrevistadas que estavam envolvidas no trabalho sexual sugere que factores como a urgência para consumir, aliada à necessidade de obter proventos para sustentar os consumos, bem como aspectos genericamente associados à “resistência masculina” em utilizar o preservativo, colocam, de facto, estas mulheres numa situação de risco acrescido de contaminação pelo HIV.

Por último, uma conclusão que parece poder retirar-se das análises efectuadas, refere-se à importância atribuída pelos entrevistados aos programas de redução de riscos. De sublinhar, por exemplo, que algumas categorias de respostas acentuam a facilidade de acesso dos utentes a esses serviços como um factor crucial de minimização de práticas de risco, particularmente no que se refere à partilha de seringas.

Contacto

Jorge Negreiros
 Ana Magalhães
 Universidade do Porto
 Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
 Rua do Campo Alegre, 1021/1055
 4150-180 PORTO

NOTAS

(1) Estudo subsidiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

(2) “Chuto” significa o acto de injectar drogas, o momento de espetar a agulha na veia e injectar a substância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ball, A.; Rana, S.; Dehne, K. L. (1998). “HIV prevention among injection drug users: responses in developing and transitional countries”. *Public Health Reports*, 113: 170-181.
- CVE-DT (2004). *Infecção VIH/SIDA – A Situação em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.
- Dolezal, C.; Ehrhardt, A.; Exner, T.; Gorman, J.; Liu, X.; Marder, K.; Meyer-Bahlburg, H.; Rabkin, J. e Stern, Y. (1999). “Longitudinal changes in sexual risk behavior among VIH+ and VIH- male injecting drug users”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25: 281-295.
- EMCDDA (2001). *Insights Series, Number 4. Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of AIDS*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ferguson, E. (1997). “HIV/AIDS knowledge and HIV/AIDS risk perception: An indirect relationship”. *Work-and-Stress* 11: 103-117.
- Fernandes, L. e Carvalho, M. C. (2003). *Consumos problemáticos de drogas em populações ocultas*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodpendência.
- Freeman, R.; Rodrigues, G. e French, J. (2002). “A comparison of male and female intravenous drug users: risk behaviors for HIV infection”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20: 129-134.
- Guerra, M. (1998). *Sida: Implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Habib, S. (2003). “Understanding the context of risk practices among injecting drug users: implications for hepatitis C prevention”. *Journal of Social Issues*, 38: 1-12.
- Harris, R.; Langrod, J.; Herbert, J. e Lowinson, J. (1990). “Changes in AIDS risk behavior among intravenous drug users in New York City”. *New York State Journal of Medicine*, 90: 123-126.
- Kail, B. Watson, D. e Ray, S. (1995). “Needle-using practices within the sex industry”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21: 241-254.
- Kelly, J. (1995). *Changing HIV risk behavior: Practical strategies*. New York: The Guilford Press.
- Maisto, S.; Carey, M.; Carey, K. e Gordon, C. (2002). “The effects of alcohol and expectancies on risk perception and behavioral skills relevant to safer sex among heterosexual young adult women”. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 476-490.
- Manderson L. Tye, L. e Rajanayagam, K. (1997). “Condom use in heterosexual sex: A review of research, 1985-1994”. In J. Catalán, L. Sherr e B. Hedge (Eds.), *The Impact of AIDS: Psychological and social Aspects of HIV Infection*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

- Minichiello, V.; Marino, R.; Browne, J. (2001). "Knowledge, risk perceptions and condom usage in male sex workers from three Australian cities". *AIDS Care*, 13: 387-402.
- Mondanaro, J. (1990). "Community-based AIDS interventions: special issues of women intravenous drug users". In C. L. Leukefer, R. J. Battjes e Z. Amsel (Eds.), *AIDS and Intravenous Drug Use: Future Directions for Community Based Prevention Research*. Rockville, Md: National Institute on Drug Abuse. DHHS Publications No. ADM 89-1627.
- Montgomery, S. B.; Hyde, J., Christine Johnson De Rosa, C. J.; Rohrbach, L. A.; Ennett, S.; Harvey, S. M.; Clatts, M.; Iverson, E. (2003). "Gender differences in VIH risk behaviors among young injectors and their social network members". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28: 453-467.
- Negreiros, J. (2003). *As drogas e as cidades: prevalências e perfis de consumidores problemáticos*. Porto: Radicário.
- Popkin, S.; Johnson, W.; Clatts, M.; Wiebel, W.; e Deren, S. (1993). "Homeless and risk behaviors among intravenous drug users in Chicago and New York City". In B. S. Brown e G. M. Beschner (Eds.), *Handbook on Risk of Aids: Injection Drug Users and Sexual Partners*. London: Greenwood Press.
- Rich, J. A.; Holmes, M. D.; Hodges, D. M. (1996). "Preferred sources of AIDS information, risk perceptions, and risk behaviors among inner-city community college students". *Journal of the National Medical Association*, 88: 87-93.
- Schroeder, K.; Hobfoll, E.; Jackson, P. e Lavin, J. (2001). "Proximal and distal predictors of AIDS risk behaviors among inner-city African American and European American women". *Journal of Health Psychology*, 6: 169-190.
- Singer, M.; Dai, H.; Weeks, M.; Malave, D. (1998a). "AIDS risk perception among women drug users in Hartford, CT". *Women and Health*, 27: 67-85.
- Singer, M.; Himmelgreen, D.; Dushay, R. e Weeks, M. (1998b). "Variation in drug injection frequency among out of treatment drug users in a national sample". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24: 321-342.
- Sun-Yeon, K. e De Leon, G. (1993). "Correlates of drug injection behaviors among methadone outpatients". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19: 107-119.
- Tewksbury, R. e Moore, D. (1997). "Men sexual risk factors for VIH infection: racial differences in behavior, knowledge and self-perception". *The Journal of Men's Studies*, 6: 91-1002.
- UNAIDS (2004). *Aids Epidemic Update 2004*.
- Watson, D.; Barbara, K. e Ray, S. (1993). "Sex for money and drugs". In B. S. Brown e G. M. Beschner (Eds.), *Handbook on Risk of Aids: Injection Drug Users and Sexual Partners*. London: Greenwood Press.
- Williams, M. e Snyder, F. (1993). "Drug use, sexual behavior, and age differences among injection drug users not in treatment". In B. S. Brown e G. M. Beschner (Eds.), *Handbook on Risk of Aids: Injection Drug Users and Sexual Partners*. London: Greenwood Press.
- Zule, W. e Desmond, D. (1999). "An ethnographic comparison of VIH risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25: 1-12.