



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

SÂNGELA MEDEIROS DE LIMA CARVALHO

**PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM USUÁRIOS
DE *CRACK* NO PIAUÍ**

TERESINA-PI
2013

SÂNGELA MEDEIROS DE LIMA CARVALHO

**PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM USUÁRIOS
DE CRACK NO PIAUÍ**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo.

Área de concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa: Políticas e práticas sócio-educativas em Enfermagem.

SÂNGELA MEDEIROS DE LIMA CARVALHO

**PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM USUÁRIOS
DE CRACK NO PIAUÍ**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: __/__/__

Orientadora – Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo
Universidade Federal do Piauí – UFPI

1ª Examinadora – Profa. Dra. Elba Gomide Mochel
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

2ª Examinadora – Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Suplente – Profa. Dra. Maria Helena Barros Araújo Luz
Universidade Federal do Piauí – UFPI

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua companhia, por iluminar todos os dias os meus passos, pelo amor e confiança nos momentos de fraqueza, agraciando-me com mais uma conquista.

Aos meus pais, Sandro e Rosângela, minhas irmãs, Samylle e Sâmya, pela força, amor e por estarem sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis.

A minha avó Aldenora, pelo amor e por sempre estar presente, dando-me força, carinho, e acima de tudo, dando-me coragem e perseverança nos momentos de aflição.

Ao meu avô Medeiros, que, apesar de não estar entre nós, deixou muitas saudades, pois contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional, ensinando-me a ser forte.

Ao meu esposo Habniesley, pelo companheirismo e carinho. Obrigada pela compreensão durante esses dois anos de alegria e aflição. Por ter respeitado a minha vontade de realizar este sonho.

À minha admirável orientadora, Professora Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo, que com muita paciência e incomparável sabedoria ajudou-me na construção deste trabalho.

Aos Professores Dra. Elba Gomide Mochel, Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, Dra. Maria Helena Barros Araújo Luz, pela contribuição com seus conhecimentos.

À coordenadora e professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, pela contribuição no meu processo de aprendizagem e crescimento profissional.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o qual viabilizou financeiramente esta pesquisa.

Aos profissionais do CAPSad, pela dedicação com que executam seu trabalho, pelo apoio e pela prontidão em ajudar nas diversas etapas da pesquisa.

Aos usuários do CAPSad onde realizei minha pesquisa, por terem me acolhido e permitido que coletasse os dados. Sem o tipo de interação possibilitada por eles esta pesquisa jamais teria tomado os rumos que tomou.

Aos colegas do Programa de Mestrado em Enfermagem/UFPI, em especial a Laís Sá, obrigada pela força e por não me deixar desistir nos momentos de aflição e dificuldade durante a construção do trabalho. Sinto que percorremos este caminho juntas, complementamo-nos e fortalecemo-nos. Obrigada pela rica troca de experiências e pela amizade construída.

A equipe de coleta de dados, Laís, Anderson, Thiego, Rafael, Carlos, Ivana, Ana Cleide, por terem compartilhado comigo as angústias e tensões de se elaborar um trabalho científico e também por me auxiliarem na pesquisa, principalmente na coleta de amostras biológicas.

Ao pessoal do LACEN, pelo aprendizado e apoio. Foi maravilhoso conviver com vocês e obrigada pelo apoio que recebi para realização do diagnóstico laboratorial.

A todos que não citei e que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.
Muito obrigada!

Na minha tribulação invoquei o Senhor
e clamei ao meu Deus. E ele ouviu desde
o seu santo templo a minha voz, e o clamor
que eu dei na sua presença entrou nos seus
ouvidos.
Salmo 17,7

RESUMO

INTRODUÇÃO: As hepatites virais encontram-se entre as mais relevantes doenças transmissíveis endêmico-epidêmicas, devido à sua distribuição universal, heterogeneidade socioeconômica e altas taxas de morbimortalidade. A Hepatite B é uma doença infecciosa viral, que tem como agente etiológico um vírus DNA, da família *hepadnaviridae*. A infecção pelo vírus da hepatite B pode ser considerada uma das principais causas de doença aguda e crônica do fígado. **OBJETIVO:** investigar a soroprevalência de Hepatite B e os fatores associados em usuários de crack nos CAPSad do Estado do Piauí. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal realizado no período de dezembro 2011 a maio de 2012, com 353 usuários de crack cadastrados no CAPSad do Piauí. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de formulário, observação do cartão de vacina e coleta de sangue para pesquisa dos marcadores sorológicos. Os dados foram digitados e analisados com a utilização do *software SPSS* versão 19.0. Foram realizadas análises univariadas, por meio de estatísticas descritivas simples e bivariadas mediante utilização do teste de Mann-Whitney e qui-quadrado, com nível de significância ($p < 0,05$). **RESULTADOS:** Predominou o sexo masculino (84,1%), com média de idade 29,4 anos, solteiros (68,6%), renda pessoal de até um salário mínimo (29,2%). Quanto ao consumo do crack, o tempo de uso foi acima de 37 meses (52,4%), com frequência de uso diário (55,8%). O mesclado foi o material mais utilizado para fabricação do cachimbo (55,8%), o qual era compartilhado pela maioria (72,2%). Quanto ao padrão de consumo de outras drogas, 13% fizeram uso de drogas injetáveis, 41,3% compartilharam agulha/seringas, 82,7% fizeram uso de bebida alcoólica e 95,8% de outras drogas. Em relação ao comportamento sexual, 78,2% costumavam ter relações sexuais somente com mulheres, 47,5% se relacionando com apenas um parceiro, 54,3% faziam uso frequente de camisinha. A troca da prática de sexo por dinheiro foi relatada por 61,2%. A realização de transfusão sanguínea foi relatada por 8,8%; uso de tatuagem, 59,2%. Em relação às informações que possuíam sobre a infecção, 69,4%, ouviram falar d'a hepatite B, porém, apenas 14,4% sabiam a forma de transmissão, e 59,8% não sabiam da existência da vacina. Quanto aos marcadores sorológicos, 4,2% foram reagentes para HBsAg, 9,6% para o anti-HBc total, 2,0% para o anti-HBcIgM e 19,3% para o anti-HBs. No tocante à situação vacinal contra a hepatite B, observou-se que apenas 3,7% apresentaram as três doses. Houve associação estatística significativa com Anti-HBcTotal e as variáveis uso de outras drogas e histórico de doença sexualmente transmissíveis ($p \leq 0,05$). **CONCLUSÃO:** Os achados ressaltam a necessidade de implementar políticas públicas votadas aos usuários de *crack*, tanto relacionadas com as práticas preventivas do uso da droga quanto à sexualidade, a fim de que, cada vez mais, os usuários de drogas se conscientizem dos danos que elas podem causar em suas vidas.

Palavras-chave: Hepatite B. Drogas Ilícitas. Crack. Fatores de risco.

ABSTRACT

Background: Viral hepatitis is one of the most transmissible endemic and epidemic disease due to its universal distribution, socio-economical heterogeneity and high rates of morbidity and mortality. Hepatitis B is an infectious viral disease, which is composed by an etiologic agent. It is a DNA virus from Hepadnaviridae family. Infection by Hepatitis B virus (HBV) can be considered one of the main causes for acute and chronic liver disease. OBJECTIVE: To evaluate the seroprevalence of Hepatitis B and its reaction among crack users in the CAPSad of the State of Piauí – Brazil. METHODOLOGY: This is a descriptive and cross-sectional study, between the periods of November, 2011 to May, 2012. This study involved 353 crack user registered at CAPSad from the State of Piauí – Brazil. Data collection was performed through the application form, note card vaccine and blood collection for research of serological markers. Data were entered and analyzed using SPSS software, version 19.0. Univariate analyses were made through simple and bivariate descriptive statistics, by using the Mann-Whitney and chi-square test, with significance level ($p < 0,05$). RESULTS: Male sex was predominant (84,1%), the mean age was 29,4 years old, they were single (68,6%), and their personal income was lower than a minimum wage (29,2%). Regarding to the consumption of crack, the average period of drug consumption was over 37 months (52,4%), some of them consumed drugs daily (55,8%). Some of the users use a paper as the material to manufacture the pipe (55,8%), in which it was shared by many users (72,2%). Regarding to the consumption of other kinds of drugs, 13% had used injection drug, 58,7% did not share needles or syringes; 82,7% had used alcoholic drug and 95,8% had consumed other kind of drugs. By analyzing sexual behavior, 78,2% were used to have sex only with women, in which 47,5% had sex with only one partner, 54,3% made frequent use of condoms. Most of interviewed people stated to exchange money for sexual relationship (61,2%). Blood transfusion was reported 8,8%, and 59,2% had some tattoo. Regarding to info about infections, 69,4% had already heard about hepatitis B, but only 14,4% knew about its transmission and 59,8% did not know about the existence of a vaccine. Regarding to serological markers 4,2% was positive to HBsAg, 9,6% was positive to total anti-HBc, 2,0% was positive to anti-HBcIgM and 19,3% was positive to anti-HBs. Regarding to vaccination of hepatitis B virus observed that only 3,5% had three vaccine doses. There were a significant statistical association among Anti-HBc and HBsAG, Anti-HBcIgM, and Anti-HBS markers ($p \leq 0,05$). CONCLUSION: The results highlight the need to implement public policies to crack users, policies about drug use prevention and about sexuality, in order to, become users more conscious of the damage that drug can do and about the risks that this sexual behavior can cause on their lives.

Keywords: Hepatitis B; Illicit Drugs; Crack; Risk factors.

RESUMÉN

INTRODUCCIÓN: Las hepatitis viral son una de las enfermedades transmitida endémico epidémico más importantes debido a su distribución universal, la heterogeneidad socioeconómico y las altas tasas de morbilidad y mortalidad. La hepatitis B es una enfermedad infecciosa viral, que tienes como agente etiológico un virus del ADN, familia Hepadnaviridae. La infección con virus de hepatitis B (HBV) puede considerarse una causa importante de hígado aguda y crónica. **OBJETIVO:** Investigar la prevalencia de la hepatitis B y factores asociados entre los consumidores de crack nos CAPSad en el estado del Piauí. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo transversal realizado entre diciembre de 2011 y mayo de 2012, con 353 consumidores de crack inscritos en el CAPSad del Piauí. La recolección de datos se realizó a través del formulario de solicitud, tenga la vacuna de la tarjeta y la extracción de sangre para la investigación de marcadores serológicos. Los datos fueron introducidos y analizados utilizando el *software SPSS* versión 19.0. Univariante análisis se realizaron por medio de estadísticas descriptivas simples y bivariado mediante la prueba de Mann-Whitney y la prueba de chi-cuadrado, con un nivel de significación ($p < 0,05$). **RESULTADOS:** El sexo masculino predominó (84,1%) con una edad media de 29,4 años, solteros (68,6%), el ingreso personal por debajo del nivel de pobreza (29,2%). Respecto al consumo de crack, el tiempo de uso fue de 37 meses (52,4%), con una frecuencia de uso diario (55,8%). El conjunta fue el material más común usado para la fabricación de la tubería (55,8%), que fue compartida por la mayoría (72,2%). En cuanto al patrón de consumo de otras drogas, el 13% había usado drogas inyectables, el 41,3% de agujas compartidas/jeringas, 82,7% había consumido alcohol y el 95,8% de otras drogas. En cuanto al comportamiento sexual, el 78,2% utiliza para tener relaciones sexuales con mujeres 47,5% en una relación con una sola pareja 54,3% hicieron uso frecuente de preservativos. La práctica de intercambiar sexo por dinero se informó en un 61,2%. El logro de transfusión de sangre fue reportado por 8,8%, el uso de tatuajes 59,2%. En cuanto a la información que tenían acerca de la infección 69,4%, escuchó hablar del hepatitis B, pero, sólo 14,4% conocían el modo de transmisión, y 59,8% no tenían conocimiento de presencia de la vacuna. En cuanto a los marcadores serológicos 4,2% fueron positivos para HBsAg, 9,6% para contra-HBc total, 2,0% para el contra-HBcIgM y 19,3% para el contra-HBs. En cuanto a estado de vacunación contra la hepatitis B se observó que sólo el (3,7%) tenían las tres dosis. Se observó una asociación estadísticamente significativa con contra-HBc Total las variables y el uso de otras drogas y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual ($p \leq 0,05$) **CONCLUSIÓN:** Los resultados subrayan la necesidad de desarrollar políticas públicas votado por los usuarios de crack, ambos relacionados con la práctica de la prevención el uso de drogas como la sexualidad, de modo que, cada vez más, los consumidores de drogas tomen conciencia del daño que puede causar en sus vidas.

Palavras-chave: Hepatitis B; Drogas Ilícitas; Cocaína Crack; Factores de Riesgo;

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALT	Alanina Transaminase
AST	Aspartato Transaminase
Anti-HBc	Anticorpo contra o core do vírus da Hepatite B
Anti-HBe	Anticorpo contra o antígeno “e” do vírus da Hepatite B
Anti-HBs	Anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da Hepatite B
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização
DEVEP	Departamento de Vigilância Epidemiológica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ELISA	Teste Imunoenzimático
Gama GT	Gamaglutamiltranspeptidase
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B
HBcAg	Antígeno do core do vírus da Hepatite B
HBeAg	Antígeno “e” do vírus da Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IgM	Imunoglobulina tipo M
IgG	Imunoglobulina tipo G
LACEN	Laboratório Central do Estado
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PVC	Policloreto de Vinila
PNHV	Programa Nacional de Hepatites Virais
PNI	Programa Nacional de Imunização
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

SNABS	Secretaria Nacional de Ações Básicas
SUS	Sistema Único de Saúde
TGO	Transaminase Glutâmica Oxalacética
VHB	Vírus da Hepatite B
VHD	Vírus da Hepatite D

LISTA DE TABELAS e GRÁFICO

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra do estudo. Teresina – PI, 2012 (n = 353).	37
Tabela 2	Padrão de consumo do <i>crack</i> na amostra do estudo. Teresina – PI, 2012 (n = 353).	39
Tabela 3	Padrão de consumo de outras drogas pela amostra do estudo. Teresina – PI, 2012 (n = 353).	40
Tabela 4	Comportamentos de risco relacionado às práticas sexuais pela amostra do estudo. Teresina/PI, 2012 (n=353).	41
Tabela 5	Comportamentos de risco da amostra do estudo para infecção pelo vírus da hepatite B. Teresina/PI, 2012 (n=353).	42
Tabela 6	Distribuição da população do estudo segundo informações sobre a Hepatite B. Teresina/PI- 2012 (n=353)	44
Tabela 7	Marcadores sorológicos da Hepatite B em usuários de crack. Teresina/PI, 2012 (n=353).	45
Tabela 8	Associação entre o Anti-HBcTotal e as variáveis: média de idade, de residentes no domicílio, da renda familiar, de meses de uso de <i>crack</i> , do número de parceiros nos últimos seis meses e tempo de detenção. Teresina – PI, 2012 (n = 353).	46
Tabela 9	Associação entre o Anti-HBcTotal e fatores de risco para a hepatite B da amostra. Teresina – PI, 2012 (n = 353).	47
Gráfico 1	Situação vacinal relacionada à hepatite B dos usuários de crack do estudo. Teresina/PI, 2012 (n=353).	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 Vírus da Hepatite B: características, transmissibilidade e epidemiologia.....	19
2.2 Manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial e tratamento da hepatite B	22
2.3 Prevenção à infecção pelo vírus da hepatite B	26
2.4 O <i>crack</i> como problema de saúde pública.....	28
2.5 Os Centros de Atenção Psicossocial para dependentes de álcool de outras drogas (CAPSad)	30
3 METODOLOGIA	33
3.1 Tipo de pesquisa	33
3.2 Local do estudo	33
3.3 População do estudo/Tamanho amostral	33
3.4 Coleta dos dados	34
3.5 Análise dos dados.....	35
3.7 Aspectos éticos.....	36
4 RESULTADOS	37
5 DISCUSSÃO	48
6 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	66
ANEXO	71

1 INTRODUÇÃO

As hepatites virais encontram-se entre as mais relevantes doenças transmissíveis endêmico-epidêmicas, devido à sua distribuição universal, heterogeneidade socioeconômica e altas taxas de morbimortalidade. Além disso, a importância das hepatites virais para a saúde pública e para o indivíduo se deve ao alto índice de pessoas infectadas e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

O termo hepatite viral é aplicado a infecções hepáticas causadas por um grupo de vírus conhecidos como vírus hepatotrópicos (vírus das hepatites A, B, C, D e E), que possuem uma afinidade particular pelo fígado. Existem outras viroses hepatotrópicas, hepatites Não A – Não E (ÑA – ÑE) ainda não identificadas. Os vírus F e G, inicialmente identificados como hepatotrópicos, não são reconhecidos atualmente como causadores de hepatopatias (CARNEIRO; DAHER, 2003; KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010).

No Brasil, a abordagem das hepatites virais teve início na década de 80 pelo Ministério da Saúde, por meio do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, em consonância com as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). No ano de 1986, a então Secretaria Nacional de Ações Básicas (SNABS) organizou a primeira sistematização da coleta de informações sobre as hepatites virais em âmbito nacional, na qual essas informações serviram como base para os primeiros estudos epidemiológicos no país (BRASIL, 2008a).

Devido à magnitude e à evolução das hepatites virais, em fevereiro de 2002 foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV), tendo como objetivo implantar diretrizes e estratégias junto a diferentes áreas dos setores da Saúde e nos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como sistematizar os esforços empreendidos pelos profissionais de Saúde ao longo dos anos, desde a identificação das hepatites até a inserção desta temática dentro das políticas públicas de saúde, visando ao controle dessa infecção. No ano de 2003, o PNHV passou a fazer parte do Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Em 2009, integrou-se ao Departamento de DST e AIDS da Secretaria de Vigilância à Saúde. Assim, este passou a ser nomeado de Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Essa integração, devido às suas similaridades programáticas, permitiu reforçar o controle desses agravos, para alcançar maior impacto nos indicadores de saúde (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2011a, b).

Segundo Passos (2003), os vírus das hepatites B e C são os que mais se destacam na saúde pública, consequentes da combinação de dois fatores: um de natureza epidemiológica e

outro de natureza clínica. Na epidemiologia, a importância dessas doenças deve-se à expansão da distribuição geográfica e à alta prevalência de indivíduos infectados, em todos os países do mundo. Quanto à clínica, ambas as doenças têm a possibilidade de um elevado potencial de cronicidade, diretamente associado à cirrose e evolução para o câncer hepático (BRASIL, 2008b).

O vírus da hepatite B (VHB) pode ser considerado uma das principais causas de doença aguda e crônica do fígado. Estima-se que cerca de dois bilhões de pessoas estão infectadas pelo VHB no mundo inteiro. Destes 350 milhões são portadores crônicos desse vírus. A infecção pelo vírus da Hepatite B é responsável pela mortalidade de 500.000 a 1,2 milhões a cada ano, sendo, pois, a décima principal causa de morte no mundo (BEHAL *et al.*, 2008). No Brasil, estima-se que 15% da população já tenham entrado em contato com o VHB e que 1% seja portador crônico do vírus (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

Segundo Tanaka (2000), estudos realizados em seis países da América Latina mostraram uma prevalência elevada do vírus da hepatite B na República Dominicana (21.4%), seguida do Brasil (7.9%), Venezuela (3.2%), Argentina (2.1%), e baixa prevalência no México (1.4%) e Chile (0.6%). No Brasil, a prevalência varia de acordo com a região, de 21% em Manaus para 1.2% em Fortaleza. E a atividade sexual parece ser a principal forma de transmissão nesses países.

O Inquérito Nacional de Hepatites Virais, realizado pelo Ministério da Saúde, nas 26 capitais e no Distrito Federal no período de 2005 a 2009, mostrou que a prevalência global para o marcador de exposição ao VHB foi de 7,4%. As regiões Nordeste (9,13%), Sul (9,59%) e Norte (10,9%) apresentaram maiores prevalências ao marcador de exposição do VHB. Já nas regiões Centro Oeste (4,3%), Sudeste (6,3%) e Distrito Federal (3,0%) verificaram-se os menores níveis de exposição ao VHB. A prevalência global do conjunto das capitais brasileiras para o marcador HBsAg foi de 0,37%, classificando-as como de baixa endemicidade (BRASIL, 2010a).

A hepatite B tem sido associada, dentre outros aspectos, a mudanças comportamentais do ser humano e, por conseguinte, alguns grupos de pessoas têm sido considerados com maior vulnerabilidade à infecção. Dentre eles destacam-se os usuários de droga em face dos comportamentos sexuais de risco assumidos, como o não uso de preservativo, múltiplos parceiros sexuais, compartilhamento de instrumentos para o uso da droga e até mesmo venda de sexo por drogas.

Segundo *World Drug Report*, publicado em 2012, cerca de 230 milhões de pessoas ou 5% da população global de adultos jovens fizeram uso de droga ilícita pelo menos uma vez

na vida. Em países desenvolvidos, o uso de drogas ilícitas não obteve aumento, porém, em países em desenvolvimento o uso continua crescendo. No Brasil, supõe-se que esse aumento esteja relacionado com o fato de fazer parte da rota colombiana do tráfico para os Estados Unidos e Europa, e, mais recentemente, ingressou na conexão nigeriana, favorecendo a entrada de grandes quantidades no país (UNDOC, 2012; FERREIRA FILHO *et al.*, 2003).

O uso de drogas ilícitas ocasiona desordens no desenvolvimento econômico e social do país. Além disso, contribui para o crescimento do crime, instabilidade, insegurança e disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), especialmente HIV e Hepatite B (UNDOC, 2012).

Atualmente, o uso do *crack* se configura como um dos problemas mais discutidos e preocupantes no contexto da saúde. Trata-se de uma nova e potente forma de uso da cocaína, cuja disseminação do seu consumo iniciou na década de 80 nos Estados Unidos (KESSLER; PECHANSKY, 2008). No mundo, estima-se que 14 milhões de pessoas façam uso abusivo de *crack* (UNODC, 2009). No Brasil, de acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), constatou-se que cerca de 2 milhões de brasileiros já usou cocaína fumada (*crack*, merla, oxi) pelo menos uma vez na vida, equivalente 1,4% dos adultos e 1% dos jovens, dentre os adultos aproximadamente 1 milhão de pessoas já usou o *crack* (INPAD, 2012).

Os usuários de *crack* se tornam vulneráveis a problemas de saúde associados ou decorrentes ao uso, como doenças cardiovasculares, neurológicas, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras (CEBRID, 2011; ROY *et al.*, 2012). A hepatite B, por ser considerada uma DST, está relacionada diretamente com a população usuária da droga, devido a seu comportamento sexual de risco, considerando múltiplos parceiros sexuais, falta de uso de preservativo nas relações sexuais, não esquecendo a via de transmissão parenteral por meio do compartilhamento de materiais para o seu uso.

Embora o Ministério da Saúde esteja empreendendo campanhas e implantando programas para o combate ao *crack*, ainda são escassos os estudos que comprovam cientificamente a prevalência da Hepatite B entre os seus usuários. Desse modo, é necessário o desenvolvimento de estudos que abordem essa questão, tão relevante para a saúde pública do país. Diante dessa realidade, recortou-se como objeto deste estudo a prevalência da infecção pelo do vírus da hepatite B em usuários de *crack* cadastrados no CAPSad do Piauí.

Destaca-se que o interesse em desenvolver este estudo surgiu da observação da autora, relacionada ao crescimento de consumo de drogas no país, e, especialmente o *crack*, por ser uma droga de fácil acesso e de um custo favorável.

A real prevalência de Hepatite B em usuários de drogas no Brasil é desconhecida em função da subnotificação dos casos, considerando se tratar de uma doença relativamente silenciosa. Os dados relatados são escassos e relacionados apenas a alguns estados e municípios brasileiros.

A hepatite B apresenta, como uma das suas principais formas de transmissão, a sexual. Então, sabendo-se que existe uma relação linear entre uso de *crack*, sexo desprotegido, marginalidade e promiscuidade sexual, entende-se que a infecção pelo vírus hepatite B entre usuários de *crack* deve ser alvo das preocupações das autoridades sanitárias no país e deve ser objeto de estudos que propiciem subsídios necessários ao desenvolvimento de ações voltadas para essa parcela da sociedade.

Assim, face às considerações levantadas, a gravidade da doença e a escassez de estudos que associam o uso de *crack* como comportamento de risco para adquirir hepatite B, considera-se que o estudo tem relevância epidemiológica, uma vez que irá permitir um melhor conhecimento pelos profissionais de saúde sobre os fatores de risco para a doença a que estão submetidos os usuários de *crack* no âmbito loco-regional, servindo de base para a implementação das políticas de saúde e demais ações voltadas ao grupo de usuários de drogas.

1.1 Objetivo Geral

Investigar a soroprevalência de Hepatite B e os fatores associados em usuários de *crack* nos CAPSad do Estado do Piauí.

1.2 Objetivos específicos

- Identificar o padrão de consumo do *crack* na população em estudo.
- Investigar os comportamentos de risco da população do estudo.
- Investigar práticas sexuais na amostra em estudo.
- Identificar informações dos usuários de *crack* do estudo sobre a transmissão da hepatite B.
- Levantar a prevalência de positividade dos marcadores sorológicos da hepatite B na amostra estudada.
- Identificar a situação vacinal da amostra relacionada à hepatite B.

- Investigar os fatores preditores da positividade dos marcadores sorológicos para hepatite B, na amostra em estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Vírus da Hepatite B: características, transmissibilidade e epidemiologia

No ano de 1965, Blumberg *et al.* identificaram no soro de um aborígene australiano, um antígeno que reagia com soros de hemofílicos, conhecido como antígeno Austrália. No início foi associado com as leucemias, e em seguida esse antígeno foi associado às hepatites agudas e crônicas. Logo após, Dante *et al* descreveram as partículas de 42nm que seriam os virions da Hepatite B, com o auxílio da microscopia imune-eletron. Após essa descoberta o termo antígeno Austrália passou a ser conhecido como antígeno de superfície do vírus da hepatite B, denominado HBsAg e relacionado com o envelope viral. A caracterização do VHB, de seus antígenos e dos anticorpos associados, estava praticamente completa no início dos anos de 1970 (GONÇALES JR., 2010; JIA-HONRG; DING-SHINN, 2002).

Dentre os vírus patogênicos da hepatite, o VHB foi o primeiro a ter seu material genético codificado e sequenciado. O VHB é um vírus DNA com tropismo pelos hepatócitos pertencente à família *Hepadnaviridae*, tem uma estrutura complexa com duplo envoltório, sendo um externo e um interno. O externo contém proteínas antigênicas denominadas de antígenos de superfície do VHB (HBsAg). O interno constitui junto com DNA e uma enzima (DNA-polimerase) o core, que apresenta o antígeno de centro estrutural (HBcAg) e um antígeno solúvel (HBeAg) (GANEM; PRINCE, 2004; FERREIRA, 2010).

O conjunto de antígenos e anticorpos específicos do VHB constitui o sistema de marcadores da infecção, que pode ser detectado no sangue periférico em determinados períodos, após o início da infecção. Os anticorpos aparecem no soro em ordem alfabética: anti-HBc, anti-Hbe e anti-HBs (RODRIGUES, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o VHB é 50 a 100 vezes mais infeccioso do que o HIV e possui a mesma forma de transmissão. Desse modo, o VHB é encontrado no sangue e em fluidos corpóreos, como exsudato de feridas, sêmen, secreção vaginal e saliva, por via parenteral, vertical e sexual. A via parenteral se efetiva por meio transfusional, principalmente antes da triagem sorológica ser obrigatória nos bancos de sangue; do compartilhamento de agulhas, seringas ou outros equipamentos contendo sangue contaminado; procedimentos médicos/odontológicos com sangue contaminado, sem esterilização adequada dos instrumentais; realização de tatuagens e colocação de piercings, sem aplicação das normas de biossegurança, veiculando sangue contaminado. A via sexual

ocorre em pessoas com múltiplos parceiros, tanto nas relações heterossexuais como homossexuais, e nas relações sexuais desprotegidas. A via vertical ocorre durante o parto, pela exposição do recém-nascido ao sangue ou ao líquido amniótico, e por transmissão transplacentária. Além dessas vias de transmissão, existe também por meio de solução de continuidade (pele e mucosa), compartilhamento de instrumento de manicure, escova de dente, lâmina de barbear ou depilar, canudo de cocaína, cachimbo de *crack* entre outros (NOVA, 2010; BRASIL, 2011a).

A distribuição endêmica geográfica do VHB consiste na prevalência de marcadores da infecção e nas vias de transmissão primárias encontradas nas mais diversas regiões. Nas regiões de alta endemicidade prevalece a transmissão vertical, durante o parto, período neonatal e primeira infância, através do contato íntimo pessoal. Nas regiões de endemicidade intermediária, predominam padrões variados de transmissão, tanto por via vertical como horizontal (contato interpessoal, sexual ou parenteral). Nas regiões de baixa endemicidade encontra-se a transmissão horizontal, prevalecendo a via sexual ou sanguínea em grupos com comportamento de risco (GUIRAO; YUSTE; REGUEIRO, 2006; FONSECA, 2007).

Assim, segundo o Ministério da Saúde, destacam-se como grupo de risco as gestantes, após o primeiro trimestre de gestação; trabalhadores de saúde; bombeiros e policiais civis, militares e rodoviários; caminhoneiros; carcereiros de delegacia e de penitenciária; coletores de lixo hospitalar e domiciliar; agentes funerários; comunicantes sexuais de pessoas portadoras do vírus da hepatite B; doadores de sangue; homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo; lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas); manicures, pedicures e podólogos; populações de assentamentos e acampamentos; potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundido; profissionais do sexo/prostitutas; usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas; portadores de DST (BRASIL, 2010b).

O vírus da hepatite B é um grave problema mundial de saúde pública, pois sua prevalência varia consideravelmente em todas as regiões do mundo. A hepatite B é altamente endêmica em regiões em desenvolvimento com grande população, como o Sudeste Asiático, China, África Subsaariana e da Bacia Amazônica, onde pelo menos 8% da população são portadores crônicos do VHB. Nessas áreas, 70-95% da população demonstram passado ou evidência sorológica de infecção por VHB. A Europa Oriental e Meridional, o Oriente Médio, Japão e uma parte da América do Sul são regiões consideradas moderadamente endêmicas, onde 10 a 60% da população têm evidência de infecção pelo VHB, e 2 a 7% são portadores

crônicos. A endemicidade do VHB é baixa na maioria das regiões desenvolvidas, como América do Norte, Europa Ocidental e Austrália. Nessas regiões, o VHB infecta 5 a 7% da população, e apenas 0,5 a 2% da população são portadores crônicos (HOU; LIU; GU, 2005).

Vale lembrar que, além da prevalência na população em geral, existem os grupos de risco, onde se torna importante destacar os usuários de droga, em especial usuários de *crack*. Em Nova York (EUA), estudo mostra índices de 23,0% e 25,0% em usuários de drogas não injetáveis e injetáveis, respectivamente. No Brasil, na Região Centro-Oeste, em Campo Grande-MS, foi realizado um estudo com 268 usuários de drogas ilícitas que identificou um índice de 10% de positividade para o VHB (LAMDEN *et al.* 1998; KUO *et al.* 2004; RODRIGUES, 2006). Estudo delineado em São Paulo, em um grupo vulnerável, detectou que populações com maior vulnerabilidade apresentam prevalência de infecção crônica pelo vírus da Hepatite B maior do que a da população em geral, alcançando, entre os moradores usuários de drogas da cidade de São Paulo, 27,3%, contra 3,3% nos demais habitantes (MARCHESINI *et al.*, 2007). Estudo realizado em Ribeirão Preto, com indivíduos submetidos à sorologia de anti-HIV, demonstrou que a prevalência global dos marcadores para o vírus da hepatite B foi de 14,6% e cerca de 2/3 da população estudada referiu uso de algum tipo de droga ilícita (MONTEIRO *et al.*, 2001).

É importante destacar que os índices de contaminação do vírus da hepatite B no grupo de usuários de *crack* e ou outras drogas ilícitas estão diretamente relacionados com o comportamento sexual de risco. Bowen *et al.* (2006), em estudo realizado com usuários de *crack*, demonstrou que, em um período de 30 dias, 27% dos usuários relataram ter feito sexo com duas pessoas, 30% com 3 a 5 pessoas e 43% relataram seis ou mais parceiros. A troca de sexo por dinheiro foi relatado por 22% dos usuários e a troca de sexo por drogas foi de 22%. O uso do preservativo pelos usuários era relativamente infrequente: 68% relataram não usar preservativo com o primeiro parceiro e 60% com o segundo parceiro.

Além da relação direta do risco de contaminação da hepatite B em usuários de *crack*, é importante destacar a relação entre o compartilhamento dos utensílios utilizados para o fumo. No estudo realizado com profissionais do sexo e caminhoneiros do Sul do país, observou-se que é frequente o compartilhamento de cachimbo para o uso de *crack* e/ou o uso de cachimbos que pertencem a conhecidos. Porém, a grande maioria dos participantes desconhece o risco para a saúde, como herpes oral, hepatites e problemas respiratórios diversos, relacionados ao uso da substância e ao compartilhamento de cachimbos (MALTA, 2005).

Segundo Attilio *et al.*, (2011), em seu estudo realizado com usuários de drogas ilícitas, verificaram que 91,8% dos entrevistados fizeram uso de drogas não injetáveis precocemente, 40% realizaram todo tipo de relação sexual, com prevalência de mais de dois parceiros em um período de seis meses.

Diante da magnitude dos dados apresentados, é notória a associação do uso de *crack* com o comportamento sexual de risco, o qual vem aumentando, cada vez, os índices de infecções sexualmente transmissíveis, em especial a Hepatite B.

2.2 Manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial e tratamento da hepatite B

A infecção pelo VHB apresenta diferentes formas clínico-patológicas, quais sejam: a forma aguda benigna, aguda grave e a crônica, com padrões evolutivos distintos (GONÇALES JR., 2010). Cerca de 90 a 95% dos indivíduos infectados pelo VHB evoluem para cura; 5 a 10% permanecem com o vírus por mais de seis meses, evoluindo para a forma crônica da doença; e um percentual inferior a 1% apresenta a forma aguda grave (BRASIL, 2005a).

Segundo o Ministério a Saúde (BRASIL, 2005b), a evolução de uma hepatite B aguda consiste de três fases: a fase prodrômica ou pré-ictérica, a fase ictérica e a de convalescença. Na primeira, tem-se o aparecimento de febre, astenia, dores musculares ou articulares e sintomas digestivos, tais como: anorexia, náuseas e vômitos, perversão do paladar, às vezes cefaleia, repulsa ao cigarro. A evolução é de mais ou menos quatro semanas. Eventualmente essa fase pode não acontecer, surgindo a icterícia como o primeiro sinal.

Na fase ictérica, há o abrandamento dos sintomas digestivos e o surgimento da icterícia, que pode ser de intensidade variável, sendo, às vezes, precedida de colúria. A hipocolia pode surgir por prazos curtos, sete a dez dias, e às vezes se acompanha de prurido. E a fase da convalescença se apresenta quando desaparece a icterícia e retorna a sensação de bem-estar. A recuperação completa ocorre após algumas semanas, mas a astenia pode persistir por vários meses. Pacientes adultos acometidos podem evoluir para a cura em 90% a 95% dos casos (BRASIL, 2008a).

A forma aguda grave da hepatite B, também conhecida como hepatite fulminante, ocorre quando há um comprometimento agudo da função hepatocelular, ocasionado pela diminuição dos fatores da coagulação e presença de encefalopatia hepática no período de até oito semanas após o início da icterícia, cuja mortalidade é de 40% a 80% dos casos. O indivíduo pode apresentar icterícia acentuada, desenvolver distúrbios hidroeletrólíticos,

metabólicos, insuficiência renal, infecção fúngica e bacteriana (BRASIL, 2005b; FERREIRA, 2000).

A fase crônica da Hepatite ocorre quando há persistência da reação inflamatória por no mínimo seis meses. A sintomatologia, quando presente, é inespecífica, prevalecendo a fadiga, mal-estar geral e sintomas digestivos. Após anos de evolução, pode apresentar cirrose, com surgimento de icterícia, edema, ascite, varizes de esôfago e alterações hematológicas, podendo evoluir para hepatocarcinoma, sem passar pelo estágio de cirrose (BRASIL, 2005a).

Atualmente, aprimoradas técnicas laboratoriais inespecíficas e específicas para o diagnóstico das hepatites virais mostram-se cruciais para o seguimento da infecção viral, na avaliação do estado clínico do paciente e na monitorização da terapêutica específica. Embora inespecíficos, os exames de bioquímica do fígado são importantes no auxílio diagnóstico, acompanhamento da doença e monitoramento clínico por apontar a etiologia da hepatite. São consideradas como provas inespecíficas a dosagem de bilirrubina e de fosfatase alcalina, caracterizando um padrão de icterícia, avaliação da lesão hepática pela quantificação das aminotransferases (ALT e AST) e gamaglutamiltranspeptidase (Gama GT), dosagem de protrombina (indicativo de insuficiência hepática) e eletroforese de albumina sérica (FERREIRA, 2000; GONÇALES JR, 2010).

Entretanto, os exames sorológicos são responsáveis pela definição, caracterização etiológica e da evolução da hepatite B. Dentre eles, destacam-se os ensaios imunoenzimáticos (EIA e ELISA) e os testes de radioimunoensaio, podendo identificar marcadores virais (HBeAg e HBsAg) e imunoglobulinas específicas (Anti-HBc, Anti-HBe e Anti-HBs). Nos últimos anos, os avanços nas áreas de virologia e biologia molecular incorporaram na rotina laboratorial modernos métodos para caracterização viral como a reação em cadeia da polimerase modificada (PCR) e testes histoquímicos que constituem recursos valiosos na pesquisa do DNA do VHB e dos antígenos HBcAg e HBsAg, respectivamente (FERREIRA, 2000; GONÇALES JR, 2010).

Conforme Gonçalves Jr. (2010), existem diferentes tipos de marcadores sorológicos presentes no soro dos indivíduos com Hepatite B aguda e crônica, os quais são utilizados para o acompanhamento e indicação do tratamento indivíduos com essa infecção, quais sejam.

O HBsAg é o primeiro marcador a aparecer no soro avançando para os sinais e sintomas. Sua persistência por mais de seis meses indica infecção crônica, e nos casos que evoluem para cura, deixa de ser detectado.

O Anti-HBcIgM (Anticorpo IgM contra o antígeno core do VHB) é um marcador que associado à presença do HBsAg, geralmente indica infecção aguda recente e é encontrado no

soro até 32 semanas após a infecção. Sua permanência por longo tempo tem valor preditivo de evolução grave.

O Anti-HBcIgG (Anticorpo IgG contra o antígeno core do VHB) é um marcador que, indica contato prévio com o VHB, e está presente nas infecções agudas e crônicas. Associado ao Anti-HBsAg indica imunidade ao VHB, e se encontrado isolado, pode indicar infecção antiga.

O HBeAg é um marcador importante de replicação viral ativa e de infectividade nas infecções. Na infecção crônica está presente enquanto houver replicação viral.

O Anti-HBeAg é um marcador que indica diminuição de replicação viral e evolução para cura, e é detectado após o desaparecimento do HBeAg.

O Anti-HBs (Anticorpo contra o antígeno de superfície do VHB) é um anticorpo associado à cura e ao desenvolvimento de imunidade. Quando encontrado isoladamente indica desenvolvimento de imunidade vacinal ao VHB e sinaliza um bom prognóstico (GONÇALES JR, 2010; Brasil, 2008b).

Em relação ao tratamento, não há um específico indicado para as formas agudas e sintomáticas da Hepatite B. Quando necessário, trata-se a sintomatologia para náuseas, vômito e prurido. Em geral, recomenda-se repouso relativo até a normalização das aminotransferases. A única restrição está relacionada à ingestão de álcool, que deve ser suspensa por no mínimo seis meses. As drogas consideradas “hepatoprotetoras”, associadas ou não a complexos vitamínicos, não têm nenhum valor terapêutico (BRASIL, 2005b; FERREIRA, 2000).

Não há evidências de tratamento específico para as formas agudas da hepatite B, uma vez que pode evoluir em 95% dos casos para a cura espontânea da infecção, observando-se o aparecimento do marcador de resolatividade do processo, o Anti-HBs. As indicações terapêuticas específicas de indivíduos infectados com o VHB é evidenciada principalmente para portadores crônicos e cirrose hepática (FERREIRA, 2000).

O tratamento para hepatite viral B crônica consiste em reduzir os riscos de evolução da patologia hepática, especificamente suas complicações: cirrose, hepatocarcinoma e óbito. Objetiva-se, portanto, a eliminação ou diminuição sustentada do antígeno de replicação viral (HBeAg) e da carga viral, principais responsáveis pela progressão da doença, além de normalizar as amino-transferases e a atividade necroinflamatória. (BRASIL, 2008b, 2011a; FERREIRA; BORGES, 2007).

O Ministério da Saúde preconiza como critérios para indicação de tratamento da hepatite B crônica ter idade superior a dois anos, detecção do HBsAg por mais de seis meses,

presença do HBeAg ou VHB-DNA $> 10^4$ cópias/ml ou 1.900 UI/ml (fase de replicação), ALT/TGO maior duas vezes que o limite superior da normalidade, biópsia hepática com atividade inflamatória moderada a intensa e/ou fibrose moderada a intensa, segundo critério da Sociedade Brasileira de Patologia, e ausência de contraindicação ao tratamento (BRASIL, 2008b).

Segundo o Protocolo Clínico e Terapêutico do Ministério da Saúde, as opções farmacológicas para o tratamento da hepatite viral B crônica são: interferon-alfa, peg-interferon-alfa 2a e 2b, lamivudina, adefovir, entacavir, telbivudina e tenofovir. Esses fármacos são indicados mediante a situação clínica e laboratorial do indivíduo portador do VHB (BRASIL, 2011a).

Para situações clínicas onde se encontram indivíduos com HBeAg reagente, virgens de tratamento, não cirrótico, recomenda-se a dosagem das aminotransferases. Caso alteradas e/ou inflamação e fibrose no resultado da biópsia, inicia-se o tratamento. A recomendação terapêutica de escolha é o interferon-alfa, primeira droga aprovada para o tratamento da hepatite viral B crônica, administrada em doses diárias de 5 MUI ou 10 MUI três vezes por semana por 16 semanas, podendo prolongar-se por 24 semanas em pacientes sem soroconversão. Apesar de ser administrada por via subcutânea e ter capacidade de desenvolver um número maior de eventos adversos, apresenta a vantagem de possuir um período de tratamento definido (BRASIL, 2011a).

Em indivíduos virgens de tratamento, com HBeAg não reagente, não cirróticos, indica-se o tratamento quando os parâmetros laboratoriais apresentam aminotransferases normais com o VHB-DNA maior ou igual que 10^4 cópias/mL ou maior ou igual que 2000 UI/mL, ou aminotransferases e carga viral alterados. O tenofovir (pertencente à mesma classe do lamivudina, nucleosídeos/nucleotídeos) é o fármaco mais recomendado para esses pacientes, por ser capaz de suprimir a replicação viral pelo bloqueio da transaminase reversa (BRASIL, 2011a).

Assim como o tenofovir, o entacavir inibe a ação da enzima transaminase reversa, bloqueando a progressão do vírus. Apresenta-se como fármaco de escolha para o tratamento de pacientes cirróticos, virgens de tratamentos, independentes da replicação viral. A supressão do tratamento depende da negatividade do VHB-DNA durante seis meses após a soroconversão (BRASIL, 2011a).

A terapia combinada no tratamento da hepatite B crônica encontra-se limitada em relação aos resultados. Alguns estudos apontam uma necessidade para confirmar os resultados

obtidos da terapêutica combinada de interferon-alfa e lamivudina, assim com a ação do adenovir e lamivudina (FERREIRA; BORGES, 2007; FERREIRA, 2000).

2.3 Prevenção à infecção pelo vírus da hepatite B

A hepatite B é uma doença altamente contagiosa, passível de prevenção por meio de imunização. O desenvolvimento da vacina para prevenir essa infecção, pela indução de imunidade ativa contra o vírus, foi uma das maiores conquistas científicas. A vacina contra hepatite B tem como principal finalidade prevenir a doença aguda, impedir a cronificação da hepatopatia e evolução para cirrose e/ou hepatocarcinoma. Além disso, contribuir para o declínio da disseminação do vírus (SORIANO *et al.* 2008; FERREIRA; SILVEIRA, 2006).

No Brasil, a vacina contra hepatite B foi implantada no ano de 1989, pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), na Amazônia Ocidental. Porém, somente em 1998, passou a fazer parte do calendário nacional de vacinação para os menores de um ano de idade. A aplicação da primeira dose da vacina nas primeiras 12-24 horas de vida resulta em elevada eficácia na prevenção da infecção vertical. Em 2001 foi ampliada para os menores de 20 anos. Devido ao aumento da vulnerabilidade à hepatite B, em 2011 o Ministério da Saúde ampliou a vacinação para o grupo etário de 20 a 24 anos, e em 2012 para o grupo de 25 a 29 anos, e também para os grupos populacionais mais vulneráveis, como os trabalhadores de saúde, bombeiros, policiais militares, civis e rodoviários, carcereiros de delegacias e penitenciárias, coletores de lixo hospitalar e domiciliar, populações indígenas, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas, doadores de sangue, potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundidos (SÃO PAULO, 2006; 2011; BRASIL, 2012a).

Segundo Hou, Liu, Gu (2005), antes do surgimento da vacina contra a hepatite B, várias medidas de prevenção foram empregadas e continuam sendo, incluindo a triagem de doadores de sangue, implantação de medida de controle da infecção, e administração de imunoglobulina contra hepatite B após a exposição suspeita, especialmente para crianças nascidas de mulheres com status HBsAg positivo. Apesar de todas essas ações de redução da transmissão do VHB, a imunização ativa continua sendo a mais eficaz.

Assim, a imunização ativa utilizando as modernas vacinas recombinantes, a triagem sorológica de doadores de sangue, o diagnóstico etiológico e comportamentos de prevenção constituem, na atualidade, as armas mais importantes no combate a essas viroses (FERREIRA; SILVEIRA, 2004; SÃO PAULO, 2006).

A vacina recombinante é altamente imunogênica, considerando como resposta protetora a indução da formação de anticorpos contra o HBsAg em níveis igual ou superior a 10UI/ml (LUNA *et al*, 2009). Segundo Moraes, Luna e Grimaldi, (2010), o Instituto Butantan, em São Paulo, produziu uma vacina de hepatite B obtida pela tecnologia de DNA recombinante, a qual contém partículas de HBsAg altamente purificadas produzidas pela levedura recombinante, *Hansenulapolyomorpha*, e é formulada com o adjuvante hidróxido de alumínio com 25 µg do antígeno por mililitro de diluente. Esse adjuvante pode produzir algumas reações adversas, tais como dor e hiperemia no sítio de injeção (15%-20%). Aproximadamente 15% dos indivíduos vacinados experimentam um ou mais sintomas sistêmicos leves e de resolução espontânea, como cefaleia, febre e/ou fadiga, geralmente 24 a 48 horas após a vacinação.

A vacina contra hepatite B está disponível nas salas de vacinação do SUS e o seu esquema de administração corresponde a três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e seis meses entre a primeira e terceira dose. As primeiras doses induzem uma produção de anticorpos em torno de 70% dos indivíduos. Já uma série completa de três ou quatro doses do imunobiológico promove uma resposta de proteção em mais de 90% dos adultos e 95% das crianças e adolescentes saudáveis (LUNA *et al*, 2009; BRASIL, 2008c; 2010b).

Ainda de acordo com Moraes, Luna e Grimaldi (2010), devido à excelente imunogenicidade da vacina, não está indicada sorologia após a vacinação, exceto para alguns grupos de risco, tais como: profissionais da saúde, pacientes em diálise e recém-nascidos de mães portadoras do HBsAg. Por outro lado, verifica-se que, com o tempo, os títulos de anticorpos podem cair e até se tornar indetectáveis; no entanto, a proteção contra a doença sintomática e infecção crônica persiste. As pessoas que responderam à vacina apresentam resposta anamnésica quando em contato com o vírus, demonstrando que as vacinas induzem memória imunológica. Cabe ressaltar que muitos fatores podem afetar a resposta à vacina, dentre eles: o modo de conservação da vacina, local da aplicação, sexo, idade, peso maior que 70kg, obesidade, fumo, fatores genéticos, doenças crônicas e condição nutricional e imunológica.

A Coordenação Geral do PNI (CGPNI) e o PNHV ainda recomendam a vacina contra hepatite B para gestantes, após o primeiro trimestre de gestação; comunicantes sexuais de pessoas portadores do VHB; homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, lésbicas, gays, travestis e transexuais; pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores e forças armadas); manicures, pedicures e podólogos;

populações de assentamentos e acampamentos; portadores de DST e caminhoneiros (ATILIO *et al.*, 2011; BRASIL, 2010b).

Osti e Machado (2010) afirmam que a soroconversão ocorre em proporção inversa à idade, assim os anticorpos são encontrados em 70% dos indivíduos com idade entre 50 e 59 anos e em 50% nas pessoas com mais de 60 anos, diminuindo também em vacinados portadores de diabetes, insuficiência renal, doença hepática, tabagismo, obesidade e infecção por HIV.

2.4 O crack como problema de saúde pública

No Brasil, o uso do crack vem se tornando um grave problema de saúde pública, devido à magnitude dos dados apresentados em pesquisas e pelas consequências não só para a sociedade, mas para as autoridades em geral, tornando-se um assunto bastante discutido no mundo inteiro. O *crack* é a forma fumável da cocaína, tendo surgido algum tempo depois do *freebase*, uma outra forma de uso da cocaína que também era fumado em cachimbo de vidro no início da década de 80, entre setores carentes da população negra e latina das decadentes áreas centrais de Nova York, Los Angeles e Miami (DOMANICO, 2006).

Também conhecido como pedra, o *crack* é a base livre da cocaína, podendo ser obtido do cloridrato da cocaína ou da sua pasta, ambos os produtos de extração da coca (NAPPO *et al.*, 2004). Seu processo de produção inicialmente era convertido do cloridrato de cocaína (pó) pelo próprio usuário, constituindo uma espécie de “casca”. Posteriormente, os traficantes passaram a produzir e comercializar na forma de “pedras” que despertavam a atenção pelo baixo custo por unidade (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Quando a cocaína é fumada na forma de *crack*, o vapor aspirado é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em 6 a 8 segundos. Isso faz com que grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente, produzindo um efeito explosivo, descrito pelas pessoas que usam como uma sensação de prazer intenso. A droga é, então, velozmente eliminada do organismo, produzindo uma súbita interrupção da sensação de bem-estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizá-la. Essa sequência é vivida pelos usuários com um comportamento compulsivo em que os indivíduos caem, com frequência, numa espiral em que os atos de usar a droga e procurar meios de usar novamente se alternam cada vez mais rapidamente (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010).

Os efeitos iniciais compreendem intensa euforia (êxtase), ilusão de onipotência e grande autoconfiança. Essas sensações de extremo prazer recebem o nome de *rush* ou *flash* e duram muito pouco, cerca de 5 minutos no caso do *crack* (NAPPO *et al.*, 2004).

A fissura, definida como vontade irresistível de usar a droga, acompanha o usuário por muito tempo após a parada definitiva do seu consumo. A intensidade e o rápido início da euforia combinados com a forte compulsão de uso fazem do *crack* uma droga com alto potencial de causar dependência (NAPPO *et al.*, 2004).

A dependência é uma complicação que pode ocorrer entre usuários de cocaína e *crack*. Caracteriza-se pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes dele nas diversas esferas da vida: pessoal, familiar, trabalho, lazer, judicial, etc. Fumar o *crack* é a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao cérebro e provavelmente essa é a razão para a rápida progressão da sua dependência (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2010).

Estima-se que o *crack* tem um consumo de 0,3% da população mundial e a maior parte desses indivíduos encontra-se nas Américas com 70%, seguidas da Europa com 13% (UNODC, 2001). No Brasil, menos de 1% dos brasileiros já tiveram algum contato com o *crack*, 0,7% dessas pessoas relataram ter usado *crack* pelo menos uma vez na vida, de acordo com pesquisa realizada em 2005 (BRASIL, 2010c). Dentre as regiões brasileiras, a região Sul é a de maior consumo de *crack*, com prevalência de 1,1%, seguida imediatamente pela região Sudeste, com 0,9% (CEBRID, 2006).

Segundo Machado (2010), o Brasil ocupa o terceiro lugar no *ranking* de maior consumidor mundial de cocaína/*crack* e tem a principal rota de tráfico internacional. A dependência e a vulnerabilidade são dois fatores decorrentes dessa droga e geram um grave problema de saúde pública e enorme desafio para o governo brasileiro.

O advento do *crack* trouxe preocupações maiores por suas consequências impactantes para o indivíduo e toda a sociedade. Embora com baixa prevalência na população brasileira, por onde passa deixa um rastro de doenças, violência e criminalidade, justo por atingir, em maior escala, uma parcela com baixa escolaridade, famílias desestruturadas e de baixo poder aquisitivo (PULCHERIO *et al.*, 2010).

No que diz respeito ao perfil dos usuários de *crack*, Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) mostraram que para o sexo masculino foi de 0,7%, 1,2 % para homens entre a idade de 25-34 anos, 1% para estudante do Ensino Fundamental. Nas universidades, os usuários são do sexo masculino, entre 20 e 24 anos.

Ainda segundo o autor citado, no V levantamento Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes (10-18 anos) em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, o uso

de *crack* foi relatado na maioria das capitais, sendo que os maiores índices de uso recente encontram-se em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória. No Nordeste, no ano de 1997 o consumo não era significativo (em torno de 1%). Em 2003, esse consumo subiu para 10,3%, em Fortaleza; e em Recife, para 20,3%.

Devido à magnitude dos dados do consumo de *crack* no país, evidenciada em pesquisa realizada, em maio de 2010 o Governo Federal decretou o Plano *Crack*, pelo decreto nº 7179, o qual tem como objetivo a prevenção, o tratamento e a reinserção social de usuários e o enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas (BRASIL, 2011c).

A prioridade dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde é o atendimento humanizado ao usuário de *crack*, com o objetivo de diminuir a exclusão social. O comportamento desses usuários fez refletir a necessidade da escuta sensível, em consequência do medo deles em se aproximar das pessoas e do preconceito sofrido por quem usa algum tipo de drogas psicoativas.

Assim, observando-se o perfil dos usuários, é possível que a maioria deles esteja predisposta a fatores de risco como comportamento violento, adquirir infecção sexualmente transmissível, desenvolver transtornos mentais, entre outros, merecendo assim uma atenção priorizada.

2.5 Os Centros de Atenção Psicossocial para dependentes de álcool de outras drogas (CAPSad)

Os hospitais psiquiátricos, após a reforma psiquiátrica, vêm sendo substituídos por serviços de caráter extra-hospitalar, como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), Hospitais dias e outras instituições que têm a finalidade de reinserir o indivíduo com sofrimento psíquico na sociedade e promover o resgate de sua cidadania. Os CAPS tornam-se locais acolhedores levando o usuário a uma sensação de estar em um ambiente familiar seguro e estável, que favorece o surgimento do sentimento de pertencer a uma comunidade que outrora foi perdido pelos usuários em decorrência do estigma de “louco” ou “drogado/viciado” que tais sujeitos carregam por determinação da sociedade (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; SOUSA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

Os CAPS são dispositivos estratégicos na organização da porta de entrada, na avaliação e no acolhimento ao indivíduo com sofrimento mental no território. Os outros serviços da rede de atenção devem atuar na promoção de cuidados para estes indivíduos. Ainda os CAPS devem dar apoio especializado às Estratégias de Saúde da Família (ESF), fazer

articulações intersetoriais, encaminhar e acompanhar os usuários à internação em hospitais gerais, quando necessário (BRASIL, 2009; 2010d).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, por meio das portarias nº 336/GM e 816/GM, regulamentou o atendimento do dependente de drogas e álcool em Centros de Atenção Psicossocial - CAPSad. Os CAPSad são os mecanismos estratégicos da rede de atenção a esse grupo específico, implantados em regiões metropolitanas e municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes (BRASIL, 2002; FARIA; SCHNEIDER, 2009).

O CAPSad oferece três categorias de tratamento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo, dependendo da necessidade psíquica do usuário. Realiza diversas atividades que vão do atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, repouso a desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004).

A concepção de cuidado de usuários de *crack* tem caráter intersetorial. Os CAPSad devem estar articulados para acolher aqueles que demandem ajuda e que não demonstrem desejo de interromper o consumo, e ao mesmo tempo devem apoiar um trabalho dentro da perspectiva de Redução de Danos, incluindo sempre que preciso toda a rede de apoio e de familiares (BRASIL, 2010d).

O CAPSad deve realizar atenção à crise de usuários de *crack* conquanto estes não apresentem agravos que impliquem riscos imediatos que justifiquem uma internação clínica. Em casos de abandono de tratamento, deve ser realizada busca ativa em articulação com atenção básica e constituir espaço de convivência de usuários que desenvolveram processos de ruptura de sua rede de relações sociais, sendo fundamentais que os CAPSad desenvolvam atividades, especialmente as relativas à redução de danos, em espaços fora instituição (BRASIL, 2004).

Devido à necessidade de ampliar as ações para a redução dos riscos e danos ocasionados ao consumo de *crack*, álcool e outras drogas, a Portaria nº 130 de janeiro de 2012 redefine o CAPSad 24h (CAPSad III). O CAPSad III está destinado a oferecer atenção integral ao indivíduo que necessita de cuidados relacionados ao uso de álcool, *crack* e outras drogas, com funcionamento 24 horas do dia, e os sete dias da semana, e disponibilizará plantões diários de acolhimento, atendimento de consultas individuais, atendimento em grupos (psicoterapia, atividade de suporte social), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares (BRASIL, 2012b).

A enfermagem, como parte da equipe multiprofissional dos CAPSad e CAPSad III, tem papel primordial na recuperação e promoção da saúde dos usuário de *crack*. A inserção do enfermeiro nos CAPSad não só oferece um cuidado de qualidade, mas também

proporciona novos posicionamentos, novos saberes com a proposta de um trabalho interdisciplinar que não pretende abolir as especificidades dos outros profissionais que ali atuam. Eles continuam a realizar as ações que lhes são próprias, mas também executam aquelas que são comuns, valorizando-se aí a utilização de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes, usando de maneira sinérgica para alcançar o bem-estar e a recuperação do usuário (ROCHA, 2005).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, transversal que foi desenvolvido por meio de um inquérito soropidemiológico e corresponde a um recorte de pesquisa mais ampla intitulada “Soroprevalência de Hepatite B e C em usuários de *crack* dos CAPSad do Piauí”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o processo nº 402759/2010-9.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nos CAPSad do Piauí, os quais são distribuídos em quatro municípios de maior porte do Estado e cuja implantação ocorreu em 2004, na capital (Teresina); no ano de 2006, em outras duas cidades, Parnaíba e Picos; e em 2009, no município de Piripiri. No município de Teresina são cadastrados 2.483 usuários de *crack*; em Parnaíba, 351; em Picos, 128; e em Piripiri, 09¹.

Os CAPSad têm por objetivo descentralizar a assistência à saúde mental, disponibilizando tratamento a pacientes com sofrimento psíquico devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio de uma proposta de um serviço substitutivo ao modelo asilar baseada em serviços comunitários e apoiada por leitos psiquiátricos em hospital geral, de acordo com as necessidades dos pacientes (PEIXOTO *et al.*, 2010).

3.3 População do Estudo/Tamanho amostral

A população fonte do estudo foi composta por 2.971 usuários de *crack* cadastrados nos quatro CAPSad do Estado. Contudo, a população estudada foi constituída por meio de amostra aleatória simples. Para o cálculo amostral, levou-se em consideração um erro tolerável de 5%, com nível de significância de 95%, obtendo-se 353 participantes. Segundo a fórmula que segue (CALLEGARI-JACQUES, 2003):

$$n = \frac{N \cdot no}{N + no}$$

¹ Dado informado pela Coordenação dos CAPS da Secretaria de Saúde do Piauí

n = tamanho da amostra ; N = tamanho da população; n_0 = primeira aproximação ao tamanho da amostra ($n_0 = 1/E^2$); E = erro tolerável.

Com o objetivo de garantir a representatividade de toda a população usuária dos CAPSad, procedeu-se à estratificação proporcional da amostra, tomando por base a porcentagem de usuário de cada CAPSad, conforme quadro abaixo.

CAPSad	Número e percentual de usuários de <i>crack</i> cadastrados por CAPSad	Quantidade de investigados
Parnaíba	351(11,8%)	42
Picos	128(4,3%)	15
Piripiri	09(0,3%)	01
Teresina	2.483(83,6%)	295
Total	2.971 (100%)	353

Foi considerado como critério de exclusão o usuário não ter, no momento da coleta dos dados, condições de responder às questões de interesse da pesquisa, bem como a ausência do consentimento expresso do responsável em casos de usuários adolescentes.

3.4 Coleta dos dados

O trabalho de campo foi realizado no período de dezembro de 2011 a maio de 2012, pela própria autora do estudo auxiliada por uma equipe de estudantes de enfermagem previamente treinada e supervisionada. Os procedimentos realizados foram os que seguem:

1. entrevistas mediante aplicação de formulário (APÊNDICE A) com perguntas fechadas e algumas semiabertas, relacionadas às características sociodemográficas, variáveis relativas ao uso de *crack* e outras drogas, práticas sexuais, conhecimento sobre a transmissão da hepatite B, marcadores sorológicos, e esquema vacinal contra hepatite B. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e informados sobre o tema e os objetivos do estudo. Na ocasião foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B) informando os objetivos da pesquisa e da garantia do anonimato das informações prestadas;

2. observação dos cartões de vacina para verificação da cobertura vacinal. Considerou-se com cobertura completa apenas aqueles que haviam recebido as três doses da vacina, conforme orienta o Ministério da Saúde;

3. coleta do sangue para pesquisa da situação sorológica relacionada à hepatite B.

Os testes sorológicos foram realizados conforme orientação do Laboratório Central do Piauí (LACEN-PI), utilizando-se os seguintes materiais: seringa de 5ml, agulha 0,70 x 30 mm, algodão embebido a álcool 70%, garrote, tubo de coleta a vácuo. Foram pesquisados os marcadores sorológicos, com fins diagnósticos da Hepatite B (HBsAg, Anti-HBcTotal e Anti-HBcIgM). Cabe ressaltar que a testagem foi escalonada, de modo que o Anti-HBcIgM só foi realizado para os casos reagentes ao HBsAg e Anti-HBcTotal.

Antes do procedimento realizado, foi explicado ao participante que, embora a punção venosa seja uma técnica invasiva, não haveria riscos, considerando que o material utilizado foi rigorosamente esterilizado e os coletadores serem graduandos de enfermagem do último período, com experiência em punção venosa e sob a supervisão de enfermeiros (mestrandos).

Foram coletados 4ml de sangue venoso periférico de cada indivíduo em tubos a vácuo Vacuette, 13x 100 mm, tampa vermelha/amarela, com volume de 5 ml com gel separador para detecção de marcadores para hepatite B. Os marcadores utilizados na presente pesquisa foram anti-HBc total, anti-HBc-IgM, HBsAg e anti-HBs. A detecção da presença dos mesmos no soro dos sujeitos da pesquisa se deu por meio do ensaio imunoenzimático ELISA (do inglês, *EnzymeLinkedImmunoSorbentAssay*) utilizando-se o procedimento descrito pelo Kit RandimSpa (RandimSpA, Pomezia RM, ITALY), embalagem com 96 testes, com registro de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Nas amostras HBsAg positivas, foram realizadas as pesquisas do Anti-HBcIgM, para verificar a possibilidade de infecção aguda. Foram considerados como já tendo sido infectados pelo HBV os indivíduos positivos para o anti-HBcTotal, com ou sem positividade para o HBsAg e anti-HBs e considerados doentes aqueles com HBsAg ou Anti-HBcIgM positivo. Por uma questão de compromisso ético e social da pesquisa, estes últimos foram encaminhados ao local de referência em tratamento de hepatopatias do Estado, para tratamento e acompanhamento por médicos especialistas (APÊNDICE C).

3.5 Análise de dados

Os dados foram digitados e analisados no *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19.0. Após a digitação dupla, procedeu-se à limpeza e à checagem do banco de dados. Foi considerada variável desfecho a soropositividade para hepatite B, apresentada como variável, indicando sua presença ou ausência.

A interpretação dos marcadores sorológicos foi realizada de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b): HBsAg reagente: presença de infecção pelo VHB, podendo ser aguda ou crônica; HBsAg não reagente: ausência de infecção pelo VHB; HBsAg reagente e anti-HBcIgM reagente: hepatite aguda; HBsAg reagente e anti-HBc total reagente: presença de infecção pelo VHB; HBsAg não reagente e anti-HBctotal reagente: pode ser indicação de infecção passada pelo VHB ou de uma infecção do vírus da hepatite delta (VHD).

Aplicou-se o teste Mann-Whitney para observar a associação entre o marcador Anti-HBcTotal com as variáveis: média da idade, de residentes no domicílio, da renda familiar, dos meses de uso de *crack*, do número de parceiros nos últimos seis meses e do tempo de detenção. O teste de Qui-Quadrado foi utilizado para observar a relação entre os reagentes e não reagentes para o Anti-HBcTotal, com as variáveis de comportamento de risco para hepatite B.

3.6 Aspectos éticos

Em obediência aos preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aos participantes foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), após as devidas explicações sobre os objetivos do estudo, seus riscos, benefícios e desconfortos, sendo a todos garantido o anonimato, a confidencialidade e a privacidade. Para os entrevistados menores de 18 anos de idade, foi solicitado que os seus responsáveis assinassem o citado termo.

A pesquisa foi submetida a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE nº0163.0.045.000-08) (ANEXO A), após autorização prévia das Secretarias Municipais de Saúde de Parnaíba, Picos e Piripiri, bem como da Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

4 RESULTADOS

O processo de coleta dos dados foi permeado por dificuldades relacionadas ao baixo número de usuários de *crack* que frequentam regularmente os CAPSad, a despeito do expressivo quantitativo cadastrado, o que ocasionou prolongamento do prazo de coleta, estendendo-se por seis meses, até completar o tamanho amostral, uma vez que só foi possível realizar em média três coletas diárias.

4.1 Característica sociodemográfica dos usuários de *crack*

Dentre os 353 usuários de *crack* que participaram do estudo, predominou a faixa etária de 20 a 30 anos (51,8%), sexo masculino (84,1) e situação conjugal solteiro/separado (68,6%). Em relação à cor da pele, predominou a cor parda (55,0%). A maioria dos entrevistados era residente de Teresina (83,3%), vivendo em domicílios com até cinco pessoas (76,8%). Quanto à escolaridade, 46,7% cursaram o ensino fundamental incompleto e 77,9% estudaram em escola pública. No tocante à renda familiar, igual percentual da amostra (29,2%) informou até R\$ 622,00 reais, e R\$1.001,00 a R\$ 2.000,00. Quando questionados sobre a renda pessoal, 51,6 % referiram não possuir. Com relação à religião, pouco mais da metade dos investigados (50,7%) declarou-se católica (Tabela 01).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra do estudo. Teresina – PI, 2012 (n = 353).

Variáveis	n (%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Faixa etária		29,4	8,7	26,0-40,7	15-65
15 a 19	37(10,5)				
20 a 30	183(51,8)				
31 a 40	88(24,9)				
41 e mais	45(12,7)				
Sexo					
Masculino	297(84,1)				
Feminino	56(15,9)				
Situação conjugal					
Solteiro/Separado	242(68,6)				
Casado/Unido	111(31,4)				
Cor/raça					
Branca	53(15,0)				
Negra	95(26,9)				
Parda	194(55,0)				
Amarela	11(3,1)				

Continuação Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra do estudo. Teresina – PI, 2012 (n = 353).

Variáveis	n (%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Local onde reside					
Teresina	294(83,3)				
Interior do estado	58(16,4)				
Outro estado	01(0,3)				
Residentes no domicílio					
0 a 5	271(76,8)				
6 a 10	69(19,5)				
11 a 15	13(3,7)				
Escolaridade					
Sem escolaridade	13(3,7)				
Fundamental	165(46,7)				
incompleto					
Fundamental	27(7,6)				
completo					
Médio incompleto	71(20,1)				
Médio completo	51(14,4)				
Superior incompleto	23(6,5)				
Superior completo	03(0,8)				
Rede escolar (n= 340)					
Pública	265 (77,9)				
Privada	75 (21,1)				
Renda Familiar (R\$)					
Até 622	103(29,2)	1668	1990	1453-1883	30-20.000
623 a 1000	63(17,8)				
1001 a 2000	103(29,2)				
2.001 e mais	62(17,6)				
Sem renda	22(6,2)				
Renda Pessoal (R\$)					
Até 622	87(24,6)	885,5	566,1	800-971	30-3.500
623 a 1000	43(12,2)				
1001 e mais	41(11,6)				
Sem renda	182(51,6)				
Religião					
Católica	179(50,7)				
Evangélica	97(27,5)				
Espírita	56(15,9)				
Outra	15(4,2)				
Nenhuma	06 (1,7)				

\bar{x} : Média, \pm : Desvio Padrão, IC: Intervalo de confiança.

Fonte: Pesquisa direta.

4.2 Padrão de consumo do *crack* e outras drogas

A maioria dos usuários investigados fez uso de *crack* por um período igual ou superior a 37 meses (52,4%), com frequência diária (55,8%), sendo que 62,9% relataram ter

interrompido o uso do *crack*. O material mais utilizado para fabricação do cachimbo foi o mesclado (55,8%) seguido da lata (54,1%). Dos entrevistados, 72,2 % têm hábito de compartilhar o cachimbo. A maioria seleciona com quem compartilhar (67,5%), tendo como critério de seleção predominante ser amigo (85,2%).

Tabela 2: Padrão de consumo do *crack* na amostra do estudo. Teresina-PI, 2012 (n=353).

Variáveis	N	%
Tempo de uso do <i>crack</i> (meses)		
Até 12	78	22,1
13 a 24	48	13,6
25 a 36	42	11,9
37 e mais	185	52,4
Frequência do uso de <i>crack</i>		
Diariamente	197	55,8
01 vez por semana	26	7,4
02 a 03 vezes por semana	84	23,8
04 a 05 vezes por semana	33	9,3
Outras	13	3,7
Parou de usar <i>crack</i>		
Sim	222	62,9
Não	131	37,1
Material utilizado para fabricação do cachimbo(*)		
PVC	71	20,1
Lata	191	54,1
Vidro	07	2,0
Mesclado	197	55,8
Outros	69	19,5
Hábito de compartilhar cachimbo		
Sim	255	72,2
Não	98	27,8
Seleciona com quem deve compartilhar (n = 255)		
Sim	172	67,5
Não	72	28,2
Às vezes	11	4,3
Como faz a seleção (n = 183)		
Ser amigo/ conhecido	156	85,2
Só com o companheiro	08	4,4
Ajuda na fabricação/compra junto	06	3,3
Com familiares	06	3,3
Outros	07	3,8

* Resposta múltipla

Fonte: Pesquisa direta.

O uso de droga injetável no passado foi referido por 46 usuários de *crack* (13,0%), com frequência de uso de menor que um ano 33 (71,7%). Destes, 27 (58,7%) nunca

compartilharam seringas e 05 (10,9%) concretizaram essa prática frequentemente. Referiram que continuam utilizando drogas injetáveis, 04 (20,0%), sendo que um deles (25,0%) ainda compartilha seringas para uso das drogas. O consumo de bebida alcoólica foi evidenciado em 292 (82,7%). Com relação às outras drogas, 338 (95,8%) relataram utilizá-las, sendo as mais citadas: maconha (74,3%) e cocaína (44,1) (Tabela 3).

Tabela 3: Padrão de consumo de outras drogas pela amostra do estudo. Teresina – PI, 2012 (n = 353).

Variáveis	n	%
Uso de droga injetável no passado		
Sim	46	13,0
Não	307	87,0
Tempo de uso da droga injetável (em anos) (n=46)		
< 1	33	71,7
1 a 3	03	6,5
4 a 5	03	6,5
5 e mais	07	15,3
Compartilhamento de agulhas/seringas para uso de drogas injetáveis no passado (n=46)		
Nunca	27	58,7
Às vezes	14	30,4
Frequentemente	05	10,9
Usa atualmente drogas injetáveis (n=20)		
Às vezes	04	20,0
Nunca	16	80,0
Atualmente compartilha agulhas (n=04)		
Uma vez	01	25,0
Nunca	03	75,0
Faz uso de bebida alcoólica		
Sim	292	82,7
Não	61	17,3
Faz uso de outras drogas		
Sim	338	95,8
Não	15	4,2
Tipos de drogas(*) (n=338)		
Maconha	251	74,3
Cocaína	149	44,1
Remédios controlados	26	7,7
Anfetaminas	12	3,6
Outras drogas	83	24,5

* Resposta múltipla

Fonte: Pesquisa direta.

4.3 Práticas sexuais e outros comportamentos de risco para transmissão da hepatite B

A investigação sobre o comportamento sexual aponta que a maioria dos usuários costuma ter relações sexuais somente com mulheres (78,2%), com ambos os sexos (9,6%), destacando-se, também, que uma pequena parcela referiu não praticar sexo (0,3%). A prática sexual predominante foi a vaginal (95,5%). Um percentual de 47,5% afirmou se relacionar apenas com um parceiro, e 35,2% com múltiplos parceiros (2 a 5 nos últimos 6 meses). Dos 229 usuários que relataram ter múltiplos parceiros, mais da metade afirmou selecioná-los (57,6%). Os critérios mais citados foram aparência física (32,6%) e ser conhecido (29,5%), e 28 (8,0%) informaram prática sexual com usuários de droga injetável. Com relação ao uso de preservativo nas relações sexuais, 54,3% relataram fazer uso frequente. Dentre aqueles que utilizam o preservativo às vezes ou nunca, o motivo “não gostar” foi citado por 52,2%. O não utilização do preservativo no sexo oral foi relatado por 72,1%.

Tabela 4: Comportamentos de risco relacionado às práticas sexuais da amostra do estudo. Teresina/PI, 2012 (n=353).

Variáveis	n	%
Costuma ter relações sexuais		
Somente com mulheres	276	78,2
Somente com homens	42	11,9
Não importa o sexo	34	9,6
Nunca teve relações sexuais	01	0,3
Prática sexual preferida (n=352)		
Vaginal	336	95,5
Anal	06	1,7
Oral	10	2,8
Número de parceiros últimos 6 meses (n=301)		
Um	143	47,5
2 a 5	106	35,2
6 e mais	52	17,3
Seleciona parceiro sexual (n= 229)		
Sim	132	57,6
Não	97	42,4
Modo como seleciona o parceiro (n = 132)		
Aparência física	43	32,6
Ser conhecida	39	29,5
Ser limpa	14	10,6
Atração	14	10,6
Outros	22	16,7
Já teve relação com usuário de droga injetável (n=352)		
Sim	28	8,0
Não	324	92,0

Continuação Tabela 4: Comportamentos de risco relacionado às práticas sexuais da amostra do estudo. Teresina/PI, 2012 (n=353).

Variáveis	n	%
Usa Camisinha (n=352)		
Frequentemente	191	54,3
Às vezes	105	29,8
Nunca	56	15,9
Por que não usa camisinha (n=161)		
Não gosta	84	52,2
Falta do insumo	30	18,6
Só transa com mulheres limpas	12	7,5
Parceiro único	28	17,4
Outros	07	4,3
Pratica sexo oral com camisinha (n=352)		
Sim	96	27,3
Não	254	72,1
Às vezes	02	0,6

* Resposta múltipla
 Fonte: Pesquisa direta.

Na tabela 5, observa-se que a maioria dos entrevistados (40,9%) afirma consumir drogas ilícitas antes do sexo, porém 59,4% não consomem bebida alcoólica antes da relação sexual. Percentual significativo (27,8%) relatou a troca da prática sexual por algo, sendo por dinheiro (61,2%) a mais relatada. No que diz respeito ao histórico de detenção, 66,9% afirmaram ter sido presos, por período de 1 a 7 dias (47,9%). E 8,8% já realizaram transfusão sanguínea, sendo 83,9% entre 1994 a 2012. Com relação a tatuagem, 209 (59,2%) possuem e 40 (11,3%) usam *piercing*. Parte significativa dos investigados já teve alguma DST (31,2%), sendo que 71 (64,5%) não recordam qual a doença, e 89,1% foram tratados.

Tabela 5: Comportamentos de risco da amostra do estudo para infecção pelo vírus da hepatite B. Teresina/PI, 2012 (n=353).

Variáveis	n	%
Usa drogas antes das relações (n=352)		
Sim	144	40,9
Não	131	37,2
Às vezes	77	21,9
Usa bebida alcoólica antes das relações sexuais (n=352)		
Sim	94	26,7
Não	209	59,4
Às vezes	49	13,9
Prática sexual em troca de algo (n=353)		
Sim	98	27,8

Continuação Tabela 5: Comportamentos de risco da amostra do estudo para infecção pelo vírus da hepatite B. Teresina/PI, 2012 (n=353).

Variáveis	n	%
Não	255	72,2
Preferência na troca (n=98)		
Drogas	33	33,7
Dinheiro	60	61,2
Outros	05	5,1
Tem histórico de detenção		
Sim	236	66,9
Não	117	33,1
Tempo de detenção (em dias) (n=236)		
1 a 7	113	47,9
8 a 96	56	23,7
120 a 6.935	67	28,4
Já realizou transfusão de sangue		
Sim	31	8,8
Não	322	91,2
Ano da transfusão sanguínea (n=31)		
1971 a 1993	05	16,1
1994 a 2012	26	83,9
Possui tatuagem		
Sim	209	59,2
Não	144	40,8
Usa <i>piercing</i>		
Sim	40	11,3
Não	313	88,7
Já teve DST (n=352)		
Sim	110	31,2
Não	242	68,8
Qual DST (n=110)		
Não lembra	71	64,5
Gonorreia	09	8,2
Sífilis	07	6,4
HIV/Aids	02	1,8
Outros	21	19,1
Fez tratamento para DST (n=110)		
Sim	98	89,1
Não	12	10,9

Fonte: Pesquisa direta.

4.4 Informações da amostra relacionadas à hepatite B

A maior parte dos investigados referiu já ter ouvido falar sobre a hepatite B (69,4%), sendo que o meio predominante de informação foi a televisão (55,5%). Destaca-se que a expressiva maioria (85,6%) não sabia a forma de transmissão do VHB. Dentre os 51 sujeitos (14,4%) que referiram ter alguma informação sobre a transmissão da doença, 40,4% relataram

a via sanguínea, 57,4% citaram relação sexual desprotegida e 15,4% afirmaram que também poderia ser por uso de drogas injetáveis. Ao serem questionados quanto à vacina contra a hepatite B, 59,8% demonstraram desconhecer a sua existência (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição da população do estudo segundo informações sobre a hepatite B. Teresina/PI- 2012 (n=353)

Variáveis	n	%
Já ouviu falar em hepatite B		
Sim	245	69,4
Não	108	30,6
Fonte de informação hepatite B(*)		
Televisão	136	55,5
Serviço de saúde	124	50,6
Leitura	12	4,9
Outra fonte	47	19,2
Sabe como é transmitida hepatite B		
Sim	51	14,4
Não	302	85,6
Modo de transmissão hepatite B (n=51) (*)		
Sangue	21	40,4
Relações sexuais desprotegidas	30	57,4
Água	01	1,9
Alimentos	01	1,9
Drogas injetáveis	08	15,4
Outras formas de transmissão	13	25,0
Sabe se existe vacina contra hepatite B		
Sim	112	31,7
Não	30	8,5
Não sei	221	59,8

* Resposta múltipla

Fonte: Pesquisa direta.

4.5 Marcadores Sorológicos para o VHB em usuários de *crack*

O Anti-HBctotal foi o marcador mais frequente na população estudada, estando presente em 9,6 % dos entrevistados. Em relação ao marcador HBsAg, 4,2% apresentaram positividade, e 19,3% foram positivos para o Anti-HBs. Entre os usuários positivos para Anti-HBctotal, 2,0% apresentaram positividade para o marcador Anti-HBcIgM.

Tabela 7: Marcadores sorológicos da hepatite B em usuários de crack. Teresina/PI, 2012 (n=353).

Variáveis	n	%
HBs Ag		
Reagente	15	4,2
Não reagente	338	95,8
Anti-HBcTotal		
Reagente	34	9,6
Não reagente	319	90,4
Anti- HBcIgM		
Reagente	07	2,0
Não reagente	346	98,0
Anti- HBs		
Reagente	68	19,3
Não reagente	285	80,7

Fonte: Pesquisa direta.

4.6 Situação vacinal dos usuários de crack do estudo

Dos 353 usuários de crack, observou-se que 89,0% não haviam recebido nenhuma dose da vacina contra hepatite B, 5,1% receberam a 1ª dose, 2,3% receberam a 2ª dose e apenas 3,7% estavam com o esquema vacinal completo (Gráfico 1).

Gráfico 1: Situação vacinal relacionada à hepatite B dos usuários de crack do estudo. Teresina/PI, 2012 (n=353).

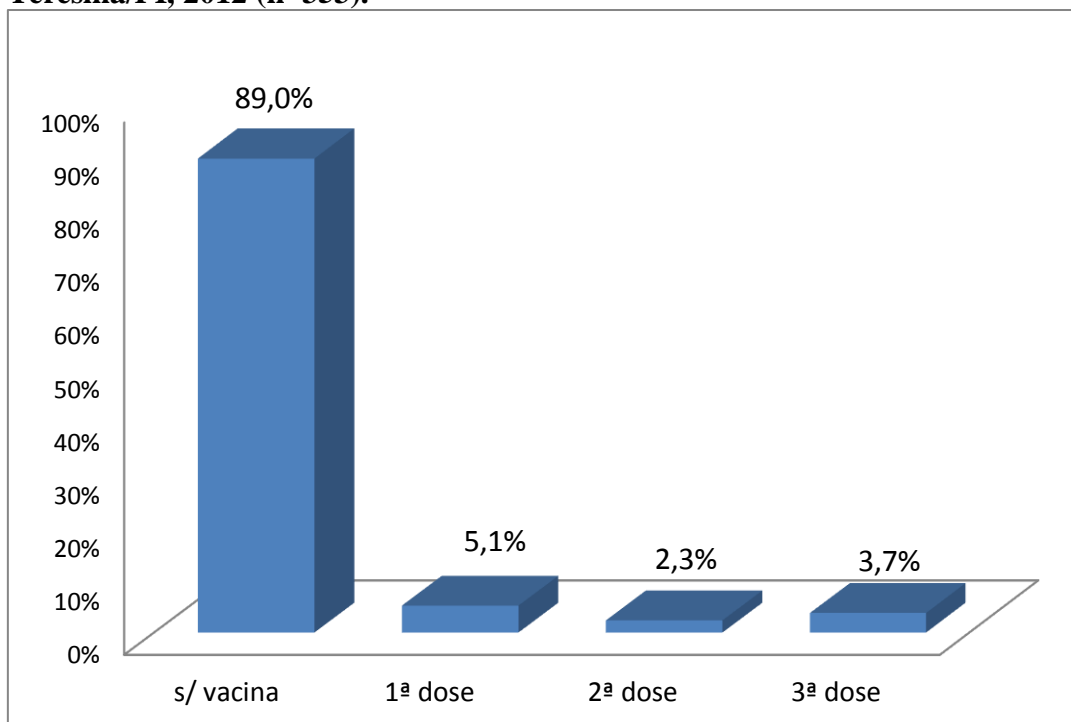


Gráfico 1: Situação vacinal relacionada à hepatite B dos usuários de crack do estudo. Teresina/PI, 2012 (n=353).

4.7 Variáveis associadas ao Anti-HBc total

A positividade do Anti-HBcTotal foi verificada entre os usuários de *crack* com maior média de idade (30,6 anos), de residentes no domicílio (4,3), de meses de uso de *crack* (57,3), de parceiros nos últimos seis meses (3,4), e menor média de renda familiar (R\$1.453,00) e de tempo de detenção (152,5 dias). Porém, não foi observada associação estatisticamente significativa entre o Anti-HBcTotal e as variáveis citadas ($p < 0,05$) (Tabela 8).

Tabela 8: Associação entre o Anti-HBcTotal e as variáveis: média de idade, de residentes no domicílio, da renda familiar, de meses de uso de crack, do número de parceiros nos últimos seis meses e tempo de detenção. Teresina – PI, 2012 (n = 353).

	Anti-HBcTotal	n	Média	Desvio Padrão	p valor
Idade	Reagente	34	30,6	8,6	0,81
	Não reagente	319	29,3	8,8	
Residentes no domicílio	Reagente	34	4,3	2,9	0,50
	Não reagente	319	4,0	2,1	
Renda Familiar (em reais)	Reagente	33	1.453	2137,4	0,88
	Não reagente	298	1.975	1975,4	
Meses de uso de crack	Reagente	34	57,3	54,2	0,91
	Não reagente	319	56,3	50,8	
Número de parceiros nos últimos seis meses	Reagente	34	3,4	4,2	0,95
	Não reagente	319	3,3	6,6	
Tempo de detenção (em dias)	Reagente	20	152,5	183,3	
	Não reagente	214	222,9	739,6	

O p valor foi obtido pelo teste de Mann-Whitney. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$
 Fonte: Pesquisa direta.

Observa-se na tabela 9 que as variáveis fazem uso de outras drogas e já teve DST tiveram associação estatisticamente significativa com a positividade do anti-HBcTotal. As variáveis: interrompeu o uso de *crack*, hábito de compartilhar cachimbo, usou droga injetável, faz uso de bebida alcoólica, já foi preso, usa camisinha, possui tatuagem e *piercing* não tiveram associação estatisticamente significativa com a positividade do anti-HBcTotal.

Tabela 9: Associação entre o Anti-HBcTotal e fatores de risco para a hepatite B da amostra. Teresina – PI, 2012 (n = 353).

Variáveis	Anti-HBcTotal		p valor
	Reagente	Não reagente	
	n (%)	n (%)	
Interrompeu o uso do crack			0,38
Sim	19(8,6)	202(91,4)	
Não	15(11,5)	116(8,5)	
Hábito de compartilhar cachimbo			0,15
Sim	21(8,2)	234(91,8)	
Não	13(13,3)	85(86,7)	
Usou droga injetável			0,44
Sim	03(6,5)	43(93,5)	
Não	31(10,1)	276(89,9)	
Faz uso de bebida alcoólica			0,13
Sim	25(8,6)	267(91,4)	
Não	09(14,8)	52(85,2)	
Faz uso de outras drogas			0,02
Sim	30(8,9)	308(91,1)	
Não	04(26,7)	11(73,3)	
Já teve DST			0,03
Sim	05(4,5)	105(95,5)	
Não	29(11,9)	214(88,1)	
Já foi detido			0,29
Sim	20(8,5)	216(9,5)	
Não	14(12,0)	103(88,0)	
Usa camisinha			0,53
Frequentemente	20(10,5)	170(89,5)	
Nunca/raramente/às vezes	14(8,6)	149(91,4)	
Tem tatuagem			0,29
Sim	23(11,0)	186(89,0)	
Não	11(7,6)	133(92,4)	
Piercing			0,51
Sim	05(12,5)	35(87,5)	
Não	29(9,3)	284(90,7)	

O p valor foi obtido pelo teste do Qui-quadrado. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$.

Fonte: Pesquisa direta.

5 DISCUSSÃO

O perfil da amostra de usuários do presente estudo está em consonância com o encontrado em outras pesquisas desenvolvidas nessa área temática, demonstrando predominância masculina, adultos jovens, solteiros, com escolaridade fundamental incompleta (HORTA *et al.*, 2011; ATTILIO *et al.*, 2011; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Os achados relacionados à predominância de jovens do sexo masculino desse estudo convergiram com dados encontrados na pesquisa realizada em Campo Grande-MS, com usuários de drogas ilícitas, onde a média de idade foi 27,8 anos, e 88% eram do sexo masculino (RODRIGUES, 2006). Segundo Faria e Schneider (2009), questões culturais baseadas em preconceitos têm estado presentes no decorrer das atividades do usuário de *crack*, principalmente em relação à mulher. Sabe-se que a população masculina é mais atingida pela dependência de drogas levando a consequente busca de tratamento em maior número. Nesse sentido, a frequência de mulheres que aderem ao serviço de saúde para dependência química é baixa, corroborando com a literatura que evidencia maior uso de *crack* entre homens (FERREIRA FILHO *et al.*, 2003).

A baixa escolaridade foi outra variável encontrada neste estudo, e pode ser explicada pela situação de exclusão social da maioria dos usuários de *crack*. Ressalta-se que os transtornos produzidos pelas drogas trazem como uma das implicações a grande dificuldade de retorno à escola. Segundo Sanchez e Nappo (2002), o consumo da droga, a necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família e a possibilidade de ter dinheiro rápido são fatores que contribuíram para o abandono escolar, favorecendo o baixo grau de escolaridade entre esses indivíduos. Coaduna com esta afirmação estudo comparativo entre usuários de *crack* e não usuários, na cidade de São Paulo, por Sanchez, Oliveira e Nappo (2005), que mostrou que a taxa de abandono escolar entre os não usuários foi de 35,3%, e 70% entre os usuários, cuja maioria não completou o ensino médio. A escolaridade é um dos critérios para avaliar a desigualdade social e cultural de uma população em relação à saúde. A baixa escolaridade está diretamente associada como um fator de risco para as DSTs, incluindo o VHB (MIRANDA *et al.*, 2013).

Também foi observado que a maioria dos entrevistados eram solteiros, e sem renda. O desemprego foi bastante relatado pelos usuários, e a renda informada é conseguida por meio de serviços eventuais chamados “bicos”. Alguns estudos com usuários de drogas, realizados em outros estados brasileiros, encontraram resultados semelhantes. Marchesini *et al.*, (2007);

Guimarães *et al.* (2008), trazem uma explicação plausível para esse fato. É que muitos usuários sob o domínio do *crack* se isolam, mesmo que temporariamente, e perdem sua identidade. A substância transforma o usuário e o mantém arredio, impossível de manter relações com parentes e amigos, chegando a afastá-lo do trabalho. Outra explicação para o fato do desemprego é ressaltada por Sanchez e Nappo (2002) e diz respeito à participação em atividades ilícitas como forma de obter o dinheiro “fácil”. Além disso, a ausência no trabalho causada pelo consumo repetitivo de *crack* durante dias contribui para o desemprego.

Em que pese a maioria dos estudos convergirem para o perfil supracitado, cabe salientar que o *crack* começa a atingir usuários de todas as classes sociais, criando um novo cenário. Nessa perspectiva, o estigma de que a droga é para consumo exclusivo da população de rua começa a se perder. Velho (2010) relata que jovens de classe média e alta também são atingidos pelo *crack*, envolvendo-se com o crime e tráfico de drogas. Isso ocorre em virtude da destruturação familiar e escolar bem como a busca por prazer e diversão.

Em similaridade com outras pesquisas como a de Azevedo; Botega; Guimarães (2007), Horta *et al* (2011), os resultados também revelam tempo de consumo igual ou superior três anos respectivamente, com uso diário. Esse dado se contrapõe ao que foi encontrado no estudo realizado por Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010), em que a média de uso do *crack* era de 11,5 anos, variando de um a 20 anos.

No que diz respeito ao material utilizado para fabricação do cachimbo, verificou-se o predomínio do mesclado, o qual é fabricado com papel, seguido da lata. Tal preferência se dá em virtude de ser um material de fácil acesso e sem custo. Estudo como o de Nappo *et al.*(2004) com usuárias de *crack*, mostrou que os tipos de cachimbo mais utilizados foram a lata de refrigerante ou de cerveja, PVC e copo de água. A lata é o material mais prático e de fácil acesso, porém aumenta a probabilidade de queimaduras na boca e nariz. Além disso, no interior da lata concentra-se um resíduo que é utilizado posteriormente para fumar, ocasionando um maior efeito da droga e também sérios problemas aos pulmões. O efeitos intensos causados pelo *crack* ocasionam a dependência química, gerando o aumento da vulnerabilidade de comportamento de risco.

Ainda com relação ao padrão de consumo, é importante relatar que a expressiva maioria dos usuários tem hábito de compartilhar o cachimbo com amigos e conhecidos, corroborando com estudo de Rossi *et al.* (2008), em que a maioria relatou fazer uso de droga compartilhando com companheiros, e 51% destes eram amigos. Segundo Leonard *et al.* (2008), em estudo realizado em Ottawa, grande parte dos entrevistados também compartilhavam o cachimbo, com amigos e conhecidos. Esse achado é preocupante devido às

queimaduras e fissuras que o cachimbo ocasiona, levando ao contágio de doenças transmissíveis, como a hepatite B. Segundo Ward *et al* (2000), é possível a transmissão de doenças infectocontagiosas, por meio das lesões causadas na boca e mucosas dos usuários.

Quando questionados sobre o uso de drogas injetáveis, a minoria relatou uso, e destes muitos afirmam não compartilhar o uso de seringas e agulhas. Esse achado é semelhante ao encontrado no estudo de Carvalho e Seibel (2009), no qual 15% da amostra do estudo relataram uso de drogas injetáveis. A droga injetável é um dos fatores de risco para contaminação de doenças infectocontagiosas, apesar de o presente estudo não ter um percentual expressivo de usuários de drogas injetáveis, é importante ressaltar que atualmente os usuários de cocaína injetável estão substituindo-a pelo uso do *crack*, por ser uma substância de fácil acesso e baixo custo e mais fácil uso. Ainda segundo Carvalho e Seibel (2009), um dos motivos relatados pelos usuários sobre a troca da droga injetável pelo uso do *crack* foi o baixo custo, curiosidade e o uso por alguns amigos.

O uso do álcool foi relatado pela expressiva maioria dos usuários, seguido da maconha e cocaína. Os usuários de *crack* são conhecidos como poliusuários, devido ao uso múltiplo de drogas. Segundo Oliveira e Nappo (2008), o uso múltiplo de drogas é uma das características marcantes do atual padrão de consumo do *crack*, sendo o álcool, a maconha e o cloridrato de cocaína, as drogas mais associadas. A maconha é utilizada, de acordo com os entrevistados, como paliativo aos efeitos negativos do *crack*, ao tempo em que prolonga a duração do efeito do *crack*. Esses dados vêm de encontro com o estudo de Azevedo, Botega e Guimarães (2007), em que o álcool e a maconha foram as drogas mais utilizadas entre os usuários. Outro fato importante sobre o uso associado das drogas é a overdose. Segundo Gossop, Manning e Ridge (2006) o uso combinado de álcool com heroína e benzodiazepínicos aumenta o risco de overdose.

Entre os usuários de *crack*, a relação sexual com parceiro do sexo oposto foi relatada pela maioria, sendo o sexo vaginal o mais praticado. Essa afirmação está em consonância com o estudo de Attilio *et al.* (2011). Em relação à quantidade de parceiros, a maioria afirmou ter apenas um, embora parcela significativa tenha relatado multiparceria. Resultado contraditório foi encontrado no estudo de Marchesine *et al.* (2007), segundo o qual a maioria dos participantes referiu relações sexuais ocasionais, seguido de relações sexuais com apenas um parceiro.

Não obstante a maioria dos investigados tenha informado usar frequentemente o preservativo nas relações sexuais, fortalecendo o estudo de Diemen *et al.* (2010), o não uso por um percentual considerável da amostra é um fator preocupante, considerando o risco de

gravidez indesejável e de contrair ou transmitir DST, especialmente, a hepatite B. Resultados divergentes foram encontrados no estudo de Azevedo, Botega e Guimarães (2007). Os autores observaram que menos da metade dos entrevistados relataram uso do preservativo nas relações sexuais, tanto com parceiro fixo quanto ocasionais.

Outro fato importante é a prática do sexo oral sem o uso da camisinha, relatada por um grande número dos participantes. No estudo de Nappo *et al.* (2004), também foi observada a preferência pelo sexo oral, especialmente praticado pelas mulheres, cuja maioria acha desnecessário o uso da camisinha para este tipo de prática. Segundo Nappo, Sanchez e Oliveira (2011), os ferimentos e bolhas nos lábios, na língua e no rosto, causados pelo uso do *crack* pode trazer sérias consequências para aqueles usuários que praticam sexo oral desprotegido, em virtude do contato do sêmen do parceiro sexual com as feridas e bolhas dos lábios e da boca, aumentando consideravelmente o risco de infecção como DSTs.

Quanto ao uso do álcool antes das relações sexuais, pode ser considerado um fator de risco para adquirir DST, pois o indivíduo, ao ingerir bebida alcoólica, diminui a capacidade de decisão, aceitando muitas vezes a prática do sexo sem camisinha e relações sexuais não desejadas. Esses dados corroboram com o estudo de Atkinson *et al.*, (2010), realizado com usuários de *crack*, nos EUA, em que a maioria dos entrevistados relataram o uso de álcool e droga para acompanhar a relação sexual.

Alguns entrevistados deste estudo relataram que praticam sexo por drogas ou dinheiro, sendo que o dinheiro foi mais citado. Vale ressaltar que, durante a entrevista, os relatos de prostituição para aquisição de dinheiro para a compra do *crack* foram bastante evidentes. E, apesar de a prostituição ser frequentemente associada à mulher, os homens referiram algumas vezes ter praticado sexo tendo como recompensa o dinheiro. O estudo de Oliveira e Nappo *et al.* (2008) apontou que a relação sexual entre os homens era mais frequente por dinheiro, mas era possível ser por *crack*, principalmente entre colegas de consumo. De qualquer modo, mesmo que indiretamente a troca da prática sexual tem por motivação uma forma de conseguir o *crack*.

Quando questionados sobre antecedentes de DST, alguns relataram já ter adquirido gonorréia e sífilis, porém, buscaram tratamento. Segundo Carvalho e Seibel (2009), apenas 22% dos entrevistados adquiriram DSTs, sendo que destes a maioria contraiu a gonorreia seguida da sífilis. É importante destacar que muitas pessoas, especialmente aquelas com menor escolaridade, com menor poder de discernimento, convivem com algumas DST por determinado tempo sem tomar conhecimento dos riscos e das consequências, uma vez que nem sempre procuram o serviço de saúde, frente aos incômodos produzidos por elas. Então, o

fato de se considerarem livres das DSTs, pode ser atribuído à reduzida informação e consequente baixa auto percepção sobre essas doenças. Booth, Kwiatkowski e Chitwood (2000) afirmam que a probabilidade de usuários de *crack* terem história de gonorreia, sífilis, hepatite B e HIV é maior do que os usuários de drogas injetáveis. Isso se dá em face de a fissura produzida pela droga ser maior, o que os leva a se prostituir com o intuito de conseguir dinheiro para comprá-la.

No que diz respeito a outros fatores de risco para transmissão do VHB, como exemplo a transfusão sanguínea, a expressiva maioria relatou nunca ter se submetido. Apesar de a transfusão sanguínea ser um meio de transmissão de doenças relacionadas ao sangue, evidencia-se, atualmente, a diminuição dessa transmissão devido à inclusão de medidas de segurança, como a avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. Segundo Chu *et al.*, (2009), em estudo realizado com usuários de droga em Taiwan, apenas 16% relataram transfusão sanguínea.

O uso de tatuagem foi outro fator de risco bastante relatado entre os entrevistados. Vários estudos apontam que a maioria dos usuários de drogas tem tatuagem e, segundo o Ministério da Saúde, os utensílios utilizados para confecção da tatuagem são uma via de transmissão para o VHB (BRASIL, 2005b; ATTILIO *et al.*, 2011; ZOCRATTO, 2007).

Com relação ao teste de HIV, nota-se que a maioria dos entrevistados declarou já ter feito e ser não reagente. Ressalta-se que dois usuários relataram estar vivendo com o vírus HIV. O vírus HIV é de extrema importância para a transmissão do VHB. Segundo Souza *et al.* (2004), em estudo realizado com pessoas com HIV, em São Paulo, mostrou que a prevalência do VHB entre eles foi de 40%, e 8,5% para hepatite B crônica. O indivíduo com co-infecção de VHB e HIV apresenta menor chance de cura espontânea da Hepatite B aguda, e a morbidade e mortalidade associada ao hepatocarcinoma é mais frequente (BRINKER *et al.*, 2000).

É notório que o conhecimento dos usuários de *crack* acerca da hepatite B é bastante escasso, apesar de a maioria ter ouvido falar da doença. Os meios de acesso à informação sobre a hepatite B mais citados pelos usuários foram a televisão e os serviços de saúde. Observa-se que os usuários participam das práticas educativas desenvolvidas nos CAPSad, porém a falta de atenção, a dificuldade de memorizar as informações e até mesmo a inquietação pela abstinência da droga podem ter sido fatores que contribuíram para a escassez de informação sobre a doença. O estudo de Cunha *et al* (2004), em que foi avaliado o desempenho neuropsicológico em usuários de *crack*, apontou que eles apresentavam déficits

na capacidade de atenção, memória visual, falhas na consciência da recuperação de memória e aprendizagem verbal.

O nível de informação sobre a hepatite B entre os usuários de *crack* revela a necessidade de facilitar a compreensão das informações, e a importância de uma política de educação em saúde direcionada para os usuários de *crack*. Segundo Silva *et al.* (2007), a educação em saúde gera o desenvolvimento crítico das causas dos problemas, e das ações necessárias para a sua melhoria. Nesse processo, deve existir uma relação entre o conhecimento dos profissionais de saúde com a população, para que as propostas sejam compatíveis com a realidade da comunidade.

Em relação aos marcadores sorológicos da Hepatite B, 4,2 dos sujeitos pesquisados estavam com a presença do vírus (HBsAg); 9,6% (Anti-HBc) da amostra já teve contato alguma vez na vida com vírus da hepatite B, (Anti-HBc+); 2,0% (Anti-HBcIgM) dos usuários apresentaram infecção recente pelo VHB, enquanto que 19,3% (Anti-HBs) estão imunizados devido infecção passada, ou resposta vacinal. Esses achados corroboram com estudo realizado na Argentina, com usuários de drogas não injetáveis, onde 0,6% dos indivíduos apresentaram positividade para o HBsAg, e 6,5% anti-HBc (ROSSI *et al.*, 2008). Entretanto, na pesquisa realizada em São Paulo, com usuários de drogas injetáveis e portadores de HIV, por Marchesine *et al.* (2007), esses dados foram divergentes. Observaram que 53,2% da amostra eram reagentes para o Anti-HBc total, e 27,3 % para o HBsAg, que foi considerado como marcador de infecção atual. No estudo de Camoni *et al.* (2010), realizado com usuários de drogas injetáveis e não injetáveis, na Itália, 14,6% foram reagentes para o HBsAg, 46,2% para o anti-HBcAg e 29,2 para o anti-HBs.

No tocante à situação vacinal, apenas 3,7% tinham as 3 doses da vacina contra a hepatite. Nota-se que há uma baixa adesão ao esquema vacinal na população em estudo. Pesquisa realizada por Kuo *et al.* (2004), em Baltimore, com usuários de drogas injetáveis e não injetáveis, encontrou cobertura vacinal contra hepatite B também baixa (27%). No estudo de Oliveira *et al.* (2006), realizado com usuários de droga, na cidade do Rio de Janeiro, a cobertura vacinal foi apenas 0.8%. E na pesquisa realizada em Dourados-MS, por Attilio *et al.* (2010), foi identificado cobertura vacinal de 33,0%. Ressalta-se que os dados desse estudo foram levantados por meio de informação verbal. Pode-se observar que em todos os estudos apresentados acima a cobertura foi muito aquém da preconizada pelo Ministério da Saúde (95%) (BRASIL, 2008b).

Segundo Shepard *et al.* (2006), existem inúmeras razões para essa baixa cobertura vacinal. Uma delas é que os adultos considerados de risco podem ter acesso limitado ou

inconsistente aos cuidados de saúde, ou a sua necessidade de vacinação pode passar despercebida pelos profissionais de saúde. Observa-se que há uma necessidade de implantar estratégias para garantir o aumento da cobertura vacinal desses indivíduos, que estão entre os grupos de risco preconizado pelo Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que as variáveis renda familiar e renda pessoal, apesar de não terem apresentado associação estatística significativa com o marcadores de positividade da hepatite B, influenciam no processo saúde-doença. A renda é um fator a se destacar, pois a maioria dos usuários de droga ou não possuem um trabalho fixo ou são desempregados. No estudo de Monteiro *et al.* (2001), nos usuários que apresentaram renda menor que cinco salários mínimos, a prevalência do VHB foi maior. Com isso, os usuários praticam atividades ilícitas, nas quais contribuem para a infecção.

Com relação às variáveis uso de outras drogas e histórico de DST, apresentaram-se associadas estatisticamente ao Anti-HBc. Resultados similares foram encontrados no estudo de Camoni *et al.* (2010). No entanto, as variáveis interrompeu o uso do *crack*, hábito de compartilhar cachimbo, usou droga injetável, faz uso de bebida alcoólica, histórico de detenção, uso da camisinha, possui tatuagem e *piercing*, apesar de se constituírem em fatores que contribuem para a contaminação pelo vírus VHB, no presente estudo, não apresentaram significância estatística, contrariando o estudo de Rossi *et al.* (2008). Uma das possíveis explicações para o fato é que, no presente estudo, o uso frequente da camisinha foi relatado pela maioria dos usuários, o que contribui para determinar a diminuição da veiculação dos vírus VHB e HIV. O uso frequente da camisinha pode ocorrer considerando que todos eles eram cadastrados nos CAPSad, onde o cuidado, a prevenção e a promoção em saúde, por meio de atividades de educação em saúde e ampla oferta de camisinha contribuíram para tal fato.

A enfermagem, por fazer parte da equipe multiprofissional, tem papel crucial no desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, principalmente no que se refere à educação em saúde, podendo oferecer subsídios para a aquisição de novos hábitos.

5.1 Limitações do estudo

Uma das possíveis limitações do estudo relacionou-se à estratégia de identificação da situação vacinal por meio da verificação do cartão, que não obstante seja a mais segura, esbarrou na falta da sua portabilidade pelos usuários ou mesmo na indisponibilidade, já que

muitos afirmaram não o possuir. Assim, o dado referente à situação vacinal pode estar subestimado.

Viéses referentes a informação também podem ter ocorrido em face das respostas autodeclaradas, especialmente referentes a temas estigmatizantes, como uso de drogas injetáveis, compartilhamento de cachimbos, múltiplos parceiros sexuais, que poderiam levar os entrevistados a alterarem suas respostas por receio de julgamentos morais sobre a sua conduta. Em que pese o treinamento dos entrevistadores, com o fim de minimizar problemas desta natureza, é possível que a população investigada, em alguns momentos, não tenha se sentido completamente à vontade para expor questões consideradas íntimas, principalmente porque se tratava de um primeiro e único contato.

6 CONCLUSÃO

A hepatite B continua sendo alvo das preocupações de autoridades sanitárias e de profissionais de saúde do país, especialmente pelo crescimento do uso de drogas, com destaque para o *crack*, cujos usuários são considerados de grande vulnerabilidade à infecção.

A presente pesquisa alcançou os objetivos que buscou investigar: a soroprevalência da hepatite B e os fatores associados em usuários de *crack* dos CAPSad do Piauí. A aproximação aos sujeitos do estudo permitiu verificar que, na sua maioria, são do sexo masculino (84,1%), adultos jovens (51,8%), solteiros/separados (68,6%), com baixa renda (51,6%) e baixa escolaridade (46,7%).

Com relação ao padrão de consumo do *crack*, os achados revelaram que a maior parte deles (52,4%) vem consumindo por período igual ou superior a 37 meses, com uso diário (55,8%), sendo que o material mais utilizado para fabricação do cachimbo é o mesclado (55,8%), seguido da lata (54,1%). Ressalta-se que a expressiva maioria (72,2%) tem o hábito de compartilhar o apetrecho, o que se configura como um importante fator de risco para a hepatite B, uma vez que a transmissão do vírus pode ocorrer por meio das queimaduras e pequenas fissuras na boca e mucosas dos usuários produzidas pelo citado material.

Muitos foram os fatores de risco observados na amostra estudada, dentre eles as práticas sexuais desprotegidas. Pouco mais da metade usa frequentemente camisinha nas relações sexuais, 27,8% realizam práticas sexuais em troca de drogas ou dinheiro, 52,5% relataram multiparceria sexual, sendo que 42,4% não selecionam o parceiro, e dentre aqueles que o fazem, o critério de parte significativa é a aparência física (32,6%). Essas práticas aumentam consideravelmente o risco de infecção pelo HBV, uma vez que a transmissão sexual é muito frequente.

A despeito de a maioria (69,4%) já ter ouvido falar da hepatite B, especialmente por meio da televisão, seguida dos serviços de saúde, uma pequena parcela (14,4%) referiu conhecer os modos de transmissão. E dentre estes, alguns ainda citaram formas errôneas, tais como água e alimentos. A falta ou escassez de informação sobre a infecção é um fator agravante e que aponta para a necessidade de desenvolvimento de ações educativas mediante o uso de metodologias apropriadas.

Em que pese os fatores de risco identificados nesta amostra, e ainda a baixa cobertura vacinal, pois apenas 3,7% estavam cobertos com as três doses de vacina contra a hepatite B, a

prevalência de positividade dos marcadores sorológicos não foi muito superior àquela usualmente encontrada na população geral (HBsAg+: 4,2%; HBcTotal: 9,6% anti HBcIGM: 2,0%). Esse resultado sugere que os usuários de *crack* em tratamento apresentam comportamento de menor risco quando comparados aos de rua. Também é importante mencionar que o histórico de DST foi estatisticamente associado à positividade do anti-HBcTotal .

Estudos dessa natureza e outros que aprofundem a temática são importantes porque a identificação precoce de fatores de risco para a infecção pelo VHB é essencial para a implantação de estratégias oportunas de intervenção. Os achados reforçam a necessidade de implementação das políticas voltadas para esse grupo especial de usuário de *crack*, devido ao acelerado processo de deterioração física e psíquica a que estão sujeitos. Ressalta-se também a necessidade de programas de educação em saúde. Sem dúvida, o papel do enfermeiro é relevante na viabilização dessas políticas.

REFERÊNCIAS

- ATKINSON, J.S. *et al.* Multiple Sexual Partnerships in a sample of African-American. **AIDS Behav.** Texas – EUA, v. 14, p. 48-58, 2010.
- ATTILIO, J. S. *et al.* Cobertura vacinal contra hepatite B entre usuários de drogas ilícitas. **Acta Paulista de Enfermagem.** Dourados-MS, v. 24, n. 1, p. 101-106, 2011.
- AZEVEDO, R.C.S.; BOTEGA, N.J.; GUIMARÃES, L.A.M. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-30, 2007.
- BEHAL, R. *et al.* Seroprevalence and risk factors for hepatitis-B vírus infection among general population in Northern India. **ArqGastroenteral**, Índia, v.45, n.2, p.137-40, abr-jun, 2008.
- BOOTH, R. E.; KWIATKOWSKI, C.F.; CHITWOOD, D.D. Sex related HIV risk behaviors: differential risks among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. **Drug and Alcohol Dependence**, Estados Unidos, v.58, p. 219-226, 2000.
- BOWEN, A. *et al.* Male heterosexual crack smokers with multiple sex partners: between - and within-person predictors of condom use intention. **Health Education Research.** Estados Unidos, v. 21, n. 4, p. 549-559, may, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.
- _____, _____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.
- _____, _____. **Manual de aconselhamento em Hepatites Virais.** Brasília: Programa nacional de hepatites virais., 2005a.
- _____, _____. **Hepatites Virais.** Guia de Vigilância Epidemiológica. 6 ed. Brasília, 2005b.
- _____, _____. **Manual Instrucional para capacitação em vigilância epidemiológica das Hepatites Virais.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde., 2008a.
- _____, _____. **Hepatites Virais: o Brasil está atento.** 3ed. Brasília (DF), 2008b.
- _____, _____. **Nota técnica nº 58 de 28 de agosto de 2008:** Indicação da vacina contra hepatite B nos serviços de saúde do SUS. Brasília (DF), 2008c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O crack: como lidar com este problema.** Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas., 2009.

_____, _____. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelo vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil.** Brasília: Departamento de DST, aids e hepatites virais, 2010a.

_____, _____. **Parecer técnico nº 04 de 02 de março de 2010:** Atualização da indicação da vacina hepatite B nos serviços de saúde do SUS. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Imunização, 2010b.

_____, _____. **Drogas:** cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2010c.

_____, _____. **Abordagem Terapêutica a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Coordenação de Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde., 2010d.

_____, _____. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções.** Brasília: Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Programa Nacional para Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, 2011a.

_____, _____. **Hepatites Virais no Brasil: situação, ações e agenda.** Brasília: Departamento de DST, aids e hepatites virais, 2011b.

_____, _____. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007 - 2010. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde., 2011c.

_____, _____. **Nota técnica conjunta 01/2012:** Ampliação da faixa etária para vacinação contra hepatite B e mobilização social nacional. Brasília: Departamento de DST, aids e hepatites virais, 2012a. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/51027/nota_tecnica_012012_vac_hep_b_pdf_31735_pdf_48184.pdf Acesso em: 20 out. 2012

_____, _____. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS ad III. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2012b.

BRINKER, M. *et al.* Hepatitis B and C vírus co-infection and the risk for hepatotoxicity of highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. **AIDS.** Amsterdam, v. 14, n. 18, 2000.

CALLEGARI-JACQUES, S. **Bioestatística:** princípios e aplicações. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

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

CARNEIRO, A. F.; DAHER, R. R. Soroprevalência da Hepatite B em anestesiolistas. **Rev Bras de Anestesiol.** Campianas, v. 38, n. 9, p. 672-9, set-out, 2003.

CARVALHO, H.B.; SEIBEL, S.D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. **Clinical Science.** São Paulo, v. 64, n. 9, p. 857-66, 2009.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. 5 ed. São Paulo, 2011.

_____. _____. **Apresenta trabalhos brasileiros relacionados ao uso de substâncias psicoativas**. São Paulo, 2006 [citado 2006 Abr 08]. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em 21 mai. 2011.

CHU, F.Y *et al.* Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and its association with Hepatitis B, C, and D vírus infections among incarcerated male substance abusers in Taiwan. **Journal of Medical Virology**. Taiwan, v.81, p. 973-978, 2009.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. **Crack: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/crackabordagem-multidisciplinar>. Acesso em: 15 mar. 2011.

CUNHA, P.J. *et al.* Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo v. 26, n.6, 2004.

DIEMEN, L. *et al.* Risk behaviors for HCV – and HIV – seroprevalence among female crack users in Porto Alegre, Brail. **Arch Womens Ment Health**. Porto Alegre-RS, v. 13, p. 185-191, 2010.

DOMANICO, A. “**Craqueiros e Cracados: bem vindo ao mundo dos nóias!**” – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 2006. 220f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 545-57, mar., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2011.

FARIA, J. G; SHENEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad – Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Rev. Psicologia & sociedade**, Santa Catarina (SC), Brasil, v. 21, n.3, p. 324-333, 2009.

FERREIRA, M.S.; Diagnóstico e tratamento da hepatite B. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Minas Gerais, v.33, n. 4, p. 389-400, jul-ago, 2000.

FERREIRA FILHO, O. F. *et al.* Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 6, p. 751-9, jul., 2003.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.7 n. 4 p.473-87, 2004. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em 11 de março de 2011.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Prevenção das hepatites virais através de imunização. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre - RS, v.82 n. 3 p.55-66, 2006.

FERREIRA, M.S.; BORGES, A.S. Avanços no tratamento da hepatite pelo vírus B. **Rev. Soc. Bras. Med. Tropical**. Uberaba v. 40 n. 4, jul - ago., 2007.

FERREIRA, F. A. P. **Impacto do diagnóstico das hepatites B e C na qualidade de vida em doadores voluntários de sangue**. 2010. 183f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FONSECA, J.C.F. História natural da hepatite crônica B. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Manaus, v.40, n.6, p. 672-677, nov-dez, 2007.

GANEM, D.; PRINCE, A.M. Hepatitis B virus infection – natural history and clinical consequences. **The New England Journal of Medicine**. Estados Unidos, v.350, p.1118-1129, mar, 2004.

GONÇALES JR, F. L. Hepatite B. In: FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 503-33.

GOSSOP, M.; MANNING, V.; RIDGE, G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. **Alcohol e Alcoholism**. Londres, v.41, n. 2, p. 121-125, 2006.

GUIRAO, A.A.; YUSTE, S.R.; REGUEIRO, B.J. Epidemiología y manifestaciones clínicas de las hepatites virales. **Enferm. Infecc. Microbiol**. v. 24, n. 4, p. 264-76, mar, 2006.

GUIMARÃES, C.F. *et al.* Perfil de usuários de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev. Psiquiatr**. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008.

HORTA R.L. *et al.* Perfil dos usuários de crack que buscaram atendimento em centros de atenção psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**. São Paulo, v.27. n.11 p: 2263-2270. 2011

HOU, J.; LIU, Z.; GU, F. Epidemiology and Prevention of Hepatitis B Virus Infection. **International Journal of Medical Sciences**. v. 2, n. 1, p. 50-57, mai., 2005.

INPAD – Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e Outras Drogas (LENAD)**. São Pulo: UNIFESP, 2012.

JIA-HORNG, K.; DING-SHINN, C. Global control of hepatitis B virus infection. **The lancet Infection Diseases**. v. 2, n.7, p. 395-403, jul., 2002.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Rev. Psiquiatria**. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-8, mai. ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000300003&lang=pt. Acesso em: 13 set 2011

KUMAR, V.; ABBAS, A. K. ; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran Patologia – Bases Patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Elsevier, 2010.

KOU, I. *et al.* Hepatitis B virus infection and vaccination among Young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection. **Drug Alcohol Depend.** v. 73,n.1, p.69-78, 2004.

LAMDEN, K.H. *et al.* Hepatitis B and C virus infection: risk factors among drug users in Northwest England. **Journal Infect.** Inglaterra, v, 37, n.3, p. 260-269, 1998.

LEONARD, L. *et al.* “I inject less as I have easier access to pipes” Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. **Internacional Journal of Drug Policy.** Ottawa, v.19, p.255-264, 2008.

LUNA, E. J. A. *et al.* Eficácia e segurança da vacina brasileira contra hepatite B em recém-nascido. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.43, n. 6, p. 1014-20, 2009.

MACHADO, K. Crack questão de saúde pública. **Rev. Radis.** Rio de Janeiro, n.92, abril, 2010.

MALTA, M. S. **Uso de Drogas e HIV/AIDS entre profissionais do sexo e caminhoneiros do Sul do país: implicações para a Saúde Pública e possíveis intervenções.** 2005. 111f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MARCHESINI, A. M. *et al.* Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v. 41, n. 2, p. 57-63, 2007.

MIRANDA, A.E. *et al.* Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre constrictos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. **Ciência e Saúde Coletiva.** Brasil, v.18, n.2, p.489-497, 2013.

MONTEIRO, M. R. C. C. *et al.* Marcadores sorológicos da hepatite B em usuários de um Centro de Testagem para o HIV. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v. 34, n. 1, p. 53-59, jan-fev, 2001.

MORAES, J.C.; LUNA, E.J.A.; GRIMALDI, R. A. Imunogenicidade da vacina brasileira contra hepatite B em adultos. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 44, n. 4, p.353-9, 2010.

NAPPO, S. A. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS.** 1. ed. São Paulo: CEBRID, 2004. 125 p.

NAPPO, S.A; SANCHEZ, Z.M; OLIVEIRA, L.G. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. **Substance Use e Misuse.** São Paulo, v. 46, p. 476-485, 2011.

NOVA, M.L. **Estudo epidemiológico, clínico e molecular do vírus da hepatite B na cidade de Chapecó, Oeste de Santa Catarina.** 2010. 148f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica.** São Paulo, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008.

OLIVEIRA, S.A.N. *et al.* A window of opportunity: declining rates of hepatitis B virus infection among injection drug users in Rio de Janeiro, and prospects for targeted hepatitis B vaccination. **Rev Panam Salud Publica**. Rio de Janeiro, v.18, n.4/5, p. 271-7, 2006.

OSTI, C; MACHADO, J.M. Vírus da hepatite B: avaliação da resposta sorológica à vacina em funcionários de limpeza de hospital-escola. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v.15 n. 1 p.1343 - 48, 2010

PASSOS, A.D.C. Aspecto epidemiológicos das hepatites virais. **Medicina**. Ribeirão Preto, São Paulo, v.36, p. 30-36, jan-mar, 2003.

PEIXOTO, C. *et al.* Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010.

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

RIBEIRO, L.A.; SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J Bras. Psiquiatr**. São Paulo, v.59, n. 3, p. 210-18, 2010.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Maio 2011. doi: 10.1590/S0104-07072005000300005.

RODRIGUES, V.C. **Hepatite B no município de Ribeirão (SP): um estudo envolvendo cirurgiões-dentistas e auxiliares odontológicos**. 2002. 85f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

RODRIGUES, F.P. **Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite B em usuários de drogas ilícitas em Campo Grande, MS**. 2006. 65f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

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

ROY, E. *et al.* Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montréal. **Drug and Alcohol review**. Canadá, v. 31, p. 71-80, jan, 2012.

SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.36, n. 4, p. 420-30, abr, 2002.

SANCHEZ, Z.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n. 4, p. 599-605, 2005.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado Saúde. Informes Técnicos Institucionais: vacina contra hepatite B. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n6, p. 1137-149, dez. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 26 mar.2011.

_____._____.Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “prof. Alexandre Vrajac”. **Suplemento da norma técnica do programa de imunização: Introdução de novas vacinas no Calendário Estadual de Imunização**. São Paulo, 2011.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção dsicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enf. USP**. Pelotas – RS, v. 42, n. 1, 2008

SHEPARD, C.W *et al.* Hepatitis B virus infection: Epidemiology and vaccination. **Epidemiologic Reviews**. Estados Unidos, v.28, n.1, p.112-125, 2006.

SILVA, S.E.D. *et al.* A Educação em Saúde como uma Estratégia para Enfermagem na Prevenção do Alcoolismo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Santa Catarina, v. 11, n. 4, p. 699-705, 2007.

SORIANO, E.P. *et al.* Hepatite B: avaliação de atitudes profiláticas frente ao risco de contaminação ocupacional. **Odontologia Clin. Cientif.** Recife, v. 7, n. 3, p. 227-234, 2008.

SOUSA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sócias de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **Revista eletrônica saúde mental álcool drogas**. São Paulo, v. 2, n. 1, 2006.

SOUZA, M.G. *et al.* Co-infecção HIV e vírus da Hepatite B: prevalência e fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. São Paulo, v. 37, n. 5, p. 391-395 set-out, 2004.

TANAKA, J. Hepatitis B epidemiology in Latin America. **Vaccine**. Mexico, v. 18, n.1, p. 9-17, 2000.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. **Global illicit drug trends 2001 [online]**. Vienna: UNODC, 2001. Disponível em: URL: <http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf>. Acesso em 15 mar. 2011.

_____. **World Drug Report**. United Nations: New York, 2012. Disponível em: <<http://www.unodc.org>>. Acesso em: 16 out 2012.

_____. **Global illicit drug trends 2009**. New York: UNODC, 2009. Disponível em: <<http://www.unodc.org>>. Acesso em: 01 maio 2010.

VELHO, S.R.B.R. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS Ad, Londrina PR, 2010**. 74f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2010.

ZOCRATTO, K.B.F. **Hepatites virais em usuários de drogas injetáveis (UDI) e usuários de cocaína não injetável (UCNI): Fatores associados passíveis de estratégias preventivas**. 2007. 89f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

WARD, H. *et al.* Health issues associated with increasing use of “*crack*” cocaine among female sex workers in London. **Sexually Transmitted Infection**. Londres, v.76, p. 292-293, 2000.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

Formulário N° _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistador(a): _____

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

1. Qual é a sua Idade (anos)?	
2. Sexo: 1).Masculino; 2)Feminino	
3. Cor ou raça: 1).Branco; 2).Negro; 3).Pardo; 4).Indígena; 5).Amarela	
4. Em qual cidade você nasceu?	
5. Em qual cidade você reside?	
6. Qual o seu estado civil? A sua situação conjugal?	
7. Quantas pessoas residem na sua casa?	
8. Frequentou escola? 1).Sim; 2).Não	
9. Caso sim, até que série estudou? 1). Fundamental incompleto; 2). Fundamental completo; 3). Médio incompleto; 4). Médio completo; 5). Superior incompleto; 6) Superior completo ou mais	
10. Predomínio de escola particular ou pública? 1.Pública 2.Particular	
11. Qual é a renda da sua família? (mensal/em reais)	
12. Você tem renda pessoal? 1).Sim; 2).Não	
13. (Caso sim), qual é a sua renda mensal? (em reais)	
14. Qual a sua religião? 1.Católica 2.Evangélica 3.Nenhuma 4.Espírita 5.Outra: especificar _____	

PARTE 2 – DADOS RELACIONADOS AO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS

1. Há quantos anos você faz uso de <i>crack</i> ?	
2. Parou o uso do crack? 1).Sim 2). Não	
3. Com qual frequência você usa <i>crack</i> , em média? 1).Diariamente 2). uma vez por semana 3). 2 a 3 vezes por semana 4). 4 a 5 vezes por semana 5). outra: especificar: _____	
4. Qual material você usa para fabricação dos “cachimbos”? 1. PVC 2.Latas 3.Vidros 4. Outros: especificar _____	
5. Você tem o hábito de compartilhar o tubo de inalação de <i>crack</i> ? 1-Sim 2-Não	
6. Você seleciona com quem deve compartilhar? 1).Sim 2). Não 3. Às vezes	
7. Caso sim, como faz essa seleção? _____	
8. Você já usou alguma droga injetável no passado? 1).Sim 2). Não	
9. (Caso sim) Quanto tempo de uso? 1). Mais de 5 anos; 2). 3 a 5 anos; 3). 1 a 3	

anos; 4). Menos de 1 ano; 5). Não se aplica	
10. Compartilhou no passado de agulhas/seringas para uso de drogas ilícitas? 1). Frequentemente; 2). Às vezes; 3). Uma vez 4).Nunca; 5). Não se aplica	
11. Você usa atualmente drogas ilícitas injetáveis? 1). Frequentemente; 2). Às vezes; 3). Uma vez 4).Nunca; 5). Não se aplica	
12. Atualmente você compartilha agulhas/seringas para uso de drogas ilícitas? 1). Frequentemente; 2). Às vezes; 3). Uma vez 4).Nunca; 5). Não se aplica	
13. Você faz uso de bebida alcoólica? 1).Sim; 2).Não	
14. Você faz uso de outras drogas? 1. Sim 2. Não	
15. Caso sim, qual a droga mais usada, por ordem de preferência no uso: 1.Anfetaminas “arrebites” 2.Álcool 3).Cocaína; 4).Maconha; 5).Anabolizantes “bomba”; 6).Ansiolíticos; 7). “Remédios controlados”; 8).Outros:_____	

PARTE 3–DADOS RELACIONADOS A COMPORTAMENTO DE RISCO

1. Você costuma ter relações sexuais: 1).Somente com mulheres; 2). Somente com homens; 3).São importa ser do sexo feminino ou masculino.	
2. Qual tipo de sexo é mais frequente? 1).Vaginal; 2). Anal; 3).Oral	
3. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos seis meses?	
4. (Caso só se relacione sexualmente com uma parceira fixa saltar esta pergunta). Você seleciona com quem transar? 1).Sim; 2).Não	
5. Caso sim, como faz essa seleção? _____	
6. Você usa camisinha nas suas relações sexuais casuais? 1). Frequentemente; 2). Às vezes; 3).Raramente; 4). Uma vez; 5). Nunca; 6). Não se aplica	
7. Caso não, por que não usa? 1). Não gosta; 2).Nem sempre tem camisinha; 3).Acredita na proteção divina; 4).Só transa com mulheres “limpas”; 5). Outros: especificar _____	
8. Pratica sexo oral com preservativo? 1).Sim; 2).Não	
9. Caso use bebida alcoólica, você consome antes das relações sexuais? 1).Sim; 2).Não 3. Às vezes	
10. Usa drogas antes das relações sexuais? 1).Sim; 2).Não 3. Às vezes	
11. Você já fez relação sexual em troca de algo? 1).Sim; 2).Não	
12. Caso sim, o que você preferia receber? 1).Drogas; 2).Dinheiro; 3). Outros: especificar _____	
13. Você já teve relação sexual com algum usuário de droga injetável? 1).Sim; 2).Não	
14. Já apresentou alguma Doença Sexualmente Transmissível? 1).Sim; 2).Não	
15. Caso sim, qual?	
16. Fez tratamento? 1).Sim; 2).Não	
17. Já fez transfusão de sangue (perguntar em caso de cirurgia)? 1).Sim; 2).Não	
18. Caso sim, em qual ano?	
19. Já foi preso? 1).Sim; 2).Não. Caso sim, quantos anos? _____	
20. Você tem tatuagem? 1).Sim; 2).Não	
21. Você usa <i>piercing</i> ? 1).Sim; 2).Não	

PARTE 4 – DADOS RELACIONADOS AO CONHECIMENTO SOBRE HEPATITE B

1. Você já ouviu falar em hepatite B? 1).Sim; 2).Não 3. Não lembro	
2. (Caso sim) Qual foi a fonte de informação? 1). Televisão; 2).Serviço de saúde 3).Leitura; 4).Outra: especificar _____ (resposta múltipla)	
3. Você sabe como a hepatite B é transmitida? 1).Sim; 2).Não; 3). Em parte	
4. Caso sim, com é? 1).Sangue; 2).Relações sexuais desprotegidas; 3). T.vertical; 4).Água; 5).Alimentos; 6). Drogas injetáveis 7 Outros: especificar _____ (Resposta múltipla. Não ler as alternativas)	
5. Existe vacina contra esta doença? 1).Sim; 2).Não 3. Não sei	

PARTE 5 – SITUAÇÃO VACINAL

1. Você tem cartão de vacinas? 1. Sim 2. Não 3. Tinha, mas perdi 4. Não sei onde está (Pedi para ver o cartão de quem tem: fazer contato antes para solicitar que levem o cartão no dia da entrevista)	
2. Observar cobertura vacinal para hepatite B e registrar as datas das doses que seguem: 1ª dose __/ / 2ª dose / / 3ª dose / /	
3. Observar cobertura vacinal contra tétano e registrar as datas das doses que seguem: 1ª dose __/ / 2ª dose / / 3ª dose / /	
4. Observar cobertura da vacina BCG (dose única) – data / /	
5. Verificar presença de cicatriz vacinal de BCG	

PARTE 6 – MARCADORES SOROLÓGICOS

HEPATITE B	
1. HBsAg 1).Reagente; 2).Não reagente; 3). Inconclusivo	
2. Anti-HBc total 1).Reagente; 2).Não reagente; 3). Inconclusivo	
3. Anti-HBc IgM 1).Reagente; 2).Não reagente; 3). Inconclusivo	
4. Anti-HBs: 1).Reagente; 2).Não reagente; 3). Inconclusivo	

**Título do estudo: SOROPREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM
USUÁRIOS DE CRACK NO PIAUÍ**

Pesquisador(es) responsável(is): Telma Maria Evangelista de Araujo e Sângela Medeiros de Lima Carvalho

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Dep. Enfermagem

Telefone para contato: (86) 3215-5558

Local da coleta de dados: CAPS ad

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Investigar a soroprevalência da hepatite B e os fatores associados em usuários de *crack* nos CAPS ad do Estado do Piauí.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa deverá ocorrer no ano de 2012 e consistirá em responder a perguntas formuladas que abordam sobre os seus dados pessoais, comportamento de risco e conhecimentos sobre a hepatite. Além disso, a sua participação também deverá ocorrer por meio da coleta de uma pequena quantidade de sangue com o fim de realização de exames para hepatite B. Informamos que haverá apenas um leve desconforto, em função da picada da agulha. Entretanto, ela é de fino calibre. Algumas perguntas também poderão causar algum constrangimento, mas asseguramos que o conteúdo das respostas será utilizado apenas no âmbito da pesquisa.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, mas com possíveis benefícios para a categoria de usuários de drogas, uma vez que os resultados dela serão enviados para o Ministério da Saúde, que é o órgão responsável por formular políticas de atenção à saúde da população.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Quanto à coleta de sangue, também não representa risco, pois além de ser feita por pessoas treinadas e habilitadas para a atividade, o material é todo descartável.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data: _____

Assinatura

N. identidade

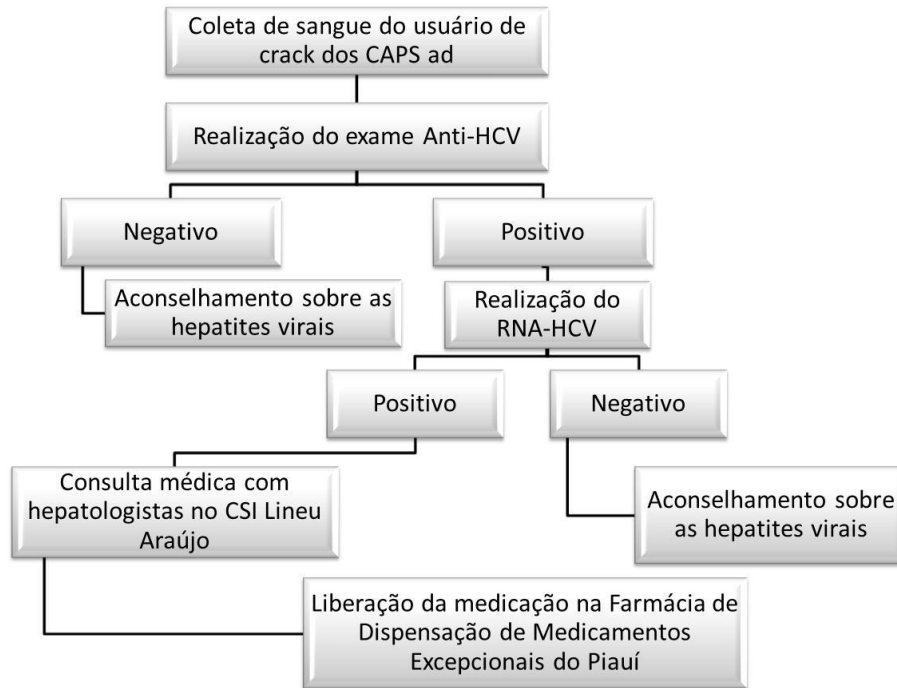
Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo

Sângela Medeiros de Lima Carvalho



Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5737 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DOS EXAMES E TRATAMENTO

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Soroprevalência de Hepatite B e C em Usuários de Crack dos CAPSad do Piauí
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0091.0.045.000-11
Pesquisador Responsável: Telma Maria Evangelista de Araújo

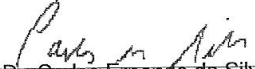
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2013 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 25/05/2011

Teresina, 27 de Maio de 2011.


 Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR