

A Criação e o Piloto de uma Entrevista Estruturada para Avaliar o Padrão de Consumo de Cocaína e os Comportamentos de Risco para a Transmissão do Vírus HIV.

The Development and Piloting of a Structured Interview to Evaluate Patterns of Cocaine Use and HIV Risk Behaviour

John Dunn¹ e Ronaldo R. Laranjeira¹

1. Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD), Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

John Dunn, DM, MRCPsych, Coordenador da UNIAD.

Ronaldo R. Laranjeira PhD, Professor Adjunto e Coordenador da UNIAD.

Financiamento: Esta pesquisa recebeu auxílio de financiamento da FAPESP (processo número 94/3113 – 8) e John Dunn recebia bolsa de doutorado do CNPq.

Este trabalho constituiu-se parte da tese de doutorado do John Dunn: “Usuários de cocaína: seus perfis, padrões de uso e comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV” – 1999 – Universidade Federal de São Paulo.

Correspondência: Dr Ronaldo Laranjeira, Departamento de Psiquiatria, 3^o Andar, Escola Paulista de Medicina, UNIFESP, Rua Botucatu, 740, São Paulo-SP, Brasil, 04023-900. Tel: 00 55 11 576 4342, Fax: 00 55 11 575 1708, e-mail: laranjeira@psiquiatria.epm.br

Abstract

Objective: To create a culturally sensitive structured interview schedule in Portuguese to evaluate the drug history and HIV risk behaviours of Brazilian cocaine users. **Method:** A review of the literature led to the development of a “hidden agenda” that was used in exploratory interviews with 20 Brazilian cocaine users. These led to a conceptualization and operationalization of questions that would be included in the first draft of the instrument. This draft then underwent piloting in a population of 40 cocaine users from diverse treatment agencies. After each interview the questionnaire was modified until no more major changes were necessary.

Results: The final version of the interview schedule has 245 questions, the majority of which are closed, with multiple choice, dichotomous or numeric responses. The questionnaire covers 13 areas: socio-demographic details, licit drug use, illicit drug use, initiation into cocaine use, transitions in the route of cocaine administration, pattern of cocaine use during peak, criminal activity, recent cocaine use, injecting history, treatment history, overdoses, family history of alcohol and drug use and HIV risk behaviour history.

Conclusion: This is the first culturally sensitive and detailed structured interview schedule developed in Brazil to evaluate cocaine users that has been subjected to such an extensive piloting process and using a relatively large and heterogenous sample of cocaine users.

Key words: Cocaine, Crack Cocaine, Substance Abuse, Questionnaire Design, Structured Interviews, Brazil

Resumo

Objetivo: Criar uma entrevista estruturada, em português, sensível à cultura brasileira, para avaliar usuários de cocaína.

Método: Uma revisão da literatura foi usada para desenvolver uma “agenda oculta” que dirigiria as entrevistas exploratórias com 20 usuários de cocaína. Essas entrevistas ajudaram no processo de conceituar e operacionalizar as perguntas que seriam utilizadas na primeira versão do instrumento. Essa versão foi submetida a um estudo piloto com 40 usuários de cocaína vindo de diversos serviços de atendimento. Após cada entrevista, o questionário foi revisado até não havia modificações significativas.

Resultados: Na versão final da entrevista haviam 245 questões, dos quais a maioria era pergunta fechada com respostas dicotômicas, numéricas ou tipo múltipla escolha. Na entrevista há 13 seções: dados sociodemográficos, uso de drogas lícitas, uso de drogas ilícitas, iniciação no uso da cocaína, transições na via de administração, o padrão de consumo durante o período de uso mais intenso, atividades criminais, o uso recente de cocaína, a história de injetar drogas, a experiência de tratamento, *overdose*, a história familiar do uso de álcool e drogas e comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV.

Conclusão: Esta é a primeira entrevista estruturada e detalhada criada no Brasil para avaliar usuários de cocaína, sensível à cultura brasileira, e que teve um estudo piloto extenso, com uma amostra grande e diversificada.

Palavras chaves: Cocaína, Crack, Abuso de substâncias, Desenho de questionário, Brasil, Entrevista estruturada.

Introdução

Na maioria dos trabalhos publicados no Brasil, em que uma avaliação de usuários de drogas foi feita, foram utilizadas entrevistas estruturadas^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8}, embora nem sempre^{9, 10}. Portanto, muitos dos pesquisadores criaram tais entrevistas, somente com o objetivo de usá-las nos seus próprios trabalhos, sem nunca as terem publicadas^{1, 2, 4, 6, 8}, deixando os pesquisadores posteriores sem outra escolha, além da criação de novos instrumentos.

O processo através do qual esses instrumentos foram criados é muitas vezes misterioso e não obedece a critérios muito claros. Vários autores relatam que seus questionários foram “baseados” em outros instrumentos, principalmente os da Organização Mundial da Saúde^{1, 4, 11}, das Nações Unidas¹, do Instituto Nacional de Droga Adição (NIDA)¹, da Associação Americana de Psiquiatria⁴, de outros centros estrangeiros⁴, ou até “após consulta com profissionais de reconhecida experiência no campo”¹². Esse processo de copiar perguntas de outros instrumentos tem uma validade limitada¹³, principalmente se forem aplicadas em culturas diferentes daquela, no qual o instrumento original foi criado. Além disso, poucos autores chegaram a testar seus instrumentos com amostras grandes, pacientes heterogêneos e usando princípios básicos de construção de questionários¹⁴, como por exemplo estudos piloto⁶. A maioria dos estudos citados acima, foram feitos com amostras muito pequenas (por exemplo, menos de 26 pacientes^{15, 7, 8} e com pacientes de apenas um só serviço^{9, 1, 2, 3, 4, 12, 6, 15}).

Outra crítica séria aos instrumentos que já foram criados, é que a maioria tem uma abrangência muito limitada, devido ao número pequeno de perguntas incluídas nos instrumentos de avaliação, que varia de 5¹² a 35³; a maioria dos

artigos nem relata quantas perguntas o instrumento tinha, mas os resultados apresentados sugerem que foram poucas^{9, 1, 2, 4, 6, 10}.

Tem sido uma tendência crescente para pesquisadores brasileiros, que trabalham na área de abuso de drogas, participarem de trabalhos multicêntricos e internacionais, onde o uso de instrumentos padronizados é um requisito^{5, 7}. Embora essa tendência seja recomendável, com uma produção de resultados mais confiáveis e mais fáceis de serem comparados com outros trabalhos, a grande desvantagem é que os instrumentos geralmente são criados em outros países, com culturas bem diferentes da cultura brasileira, sendo depois, simplesmente, traduzidos para o português.

Muitos questionários estrangeiros, usados nessa área, contém perguntas com pouca relevância à realidade brasileira. Por exemplo, questionários norte-americanos ou europeus, geralmente, incluem muitas perguntas sobre o uso de heroína e de metadona, drogas com baixa disponibilidade e até desconhecidas na maior parte do Brasil. Às vezes, são feitas perguntas sobre atividades que nós não sabemos se acontecem em nosso meio, como por exemplo, pessoas injetando drogas em "shooting galleries" (lugares onde o usuário aluga seringas para injetar sua droga) ou o uso de "speedballs" (cocaína misturada com heroína para injetar).

Há a necessidade de uma entrevista estruturada para avaliar a história de uso de drogas e os comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV criada em nosso meio, podendo ser utilizada para investigar os hábitos de usuários de drogas brasileiros e, levando em consideração a cultura brasileira. O objetivo desta pesquisa foi criar tal instrumento para ser usado com usuários de cocaína e *crack* (as drogas ilícitas que mais levem pacientes a buscar tratamento nos

serviços de atendimento especializado no Brasil). Este trabalho relata o processo de desenvolver um instrumento, mas não é um estudo de confiabilidade nem de validade, esse aspectos do instrumento serão abordados em futuros trabalhos.

Métodos

Desenho

Este estudo se trata do processo de criar uma entrevista estruturada e o estudo piloto do mesmo e utilizou-se um desenho transversal. Esta fase do trabalho foi elaborado de janeiro a dezembro de 1995.

Setting

O estudo foi feito com pacientes em contato com serviços de atendimento a usuários de drogas e a portadores de HIV. As entrevistas exploratórias foram feitas com pacientes que vieram de um ambulatório para usuários de drogas e de um ambulatório especializado no tratamento de HIV/AIDS. O estudo piloto utilizou-se pacientes provenientes de cinco serviços públicos: um ambulatório para usuários de drogas, duas enfermarias para usuários de drogas, um ambulatório de doenças infecciosas (especializado no tratamento de AIDS) e uma enfermaria para pacientes com AIDS. O estudo definitivo utilizou 15 serviços de atendimento ou aconselhamento a usuários de drogas ou a portadores de HIV. Todos estes serviços ficam localizados no Estado de São Paulo, principalmente na Grande São Paulo.

Amostragem

Uma amostra de conveniência foi utilizada, mas para maximizar a

heterogeneidade da amostra, foram entrevistados pacientes provenientes de diversos tipos de serviço com características diferentes.

Participantes

Foram entrevistados apenas pacientes que relataram o uso de cocaína ou crack mais que uma vez na vida. Havia 20 pacientes nas entrevistas exploratórias, mais 40 no estudo piloto e mais 294 no estudo definitivo.

Procedimentos

Os pacientes foram entrevistados em salas fechadas e as entrevistadores se identificaram como pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo, que estavam fazendo uma pesquisa sobre cocaína. O paciente foi assegurado que o sigilo seria mantido e que se ele resolvesse não participar, isto não prejudicaria o seu tratamento. Para manter o anonimato, o paciente dava apenas o consentimento verbal. O instrumento usado é heteroaplicável, então analfabetismo não foi um critério de exclusão.

Elaboração do Instrumento

O primeiro passo foi fazer uma revisão da literatura de estudos nacionais e internacionais que utilizaram avaliações descritivas de usuários de drogas, principalmente aqueles que tinham incorporado um instrumento para colher informações sobre a história de uso de drogas e comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV. Quinze questionários foram recebidos: um da Austrália¹⁶, cinco da Inglaterra^{17, 18, 19, 20, 21}, três dos EUA^{22, 23, 24}, seis do Brasil (dois utilizados na avaliação de pacientes na clínica, dois traduções de questionários estrangeiros aplicados em pesquisas multicêntricas – todos não publicados) e, dois que estavam

sendo usados nas pesquisas em andamento^{7, 5}.

Juntando as informações contidas nesses questionários, com nosso conhecimento e experiência clínica, tanto no Brasil quanto no exterior, criamos um protocolo, ou como o Oppenheim¹⁴ chama de "hidden agenda" (uma agenda oculta), a ser usada para dirigir as entrevistas abertas exploratórias. A agenda oculta constitui-se de uma espécie de "enredo sem diálogo", que ajuda o entrevistador a lembrar quais as principais áreas que serão abordadas durante a entrevista, mas sem especificar as perguntas a serem feitas. Escolhemos as seguintes áreas: o uso de drogas lícitas e ilícitas, o início do uso de cocaína/crack, o padrão de uso de cocaína/crack, as mudanças na via de administração, a história de injetar drogas e a história de comportamentos de risco para a transmissão de HIV.

Entrevistas exploratórias

Segundo Oppenheim¹⁴, o objetivo de uma entrevista exploratória é conceituar o problema ou os problemas a serem pesquisados. A idéia, é que o entrevistador levante o assunto a ser discutido, usando uma pergunta aberta, deixando que o paciente, ao responder, determine a direção posterior da entrevista. Começava com uma pergunta aberta, por exemplo: "Como você começou a usar cocaína?" ou "Conte-me sobre suas experiências com drogas injetáveis". Quando o paciente falava, o entrevistador adotava uma postura de interesse e tentava encorajá-lo a dar mais detalhes sobre suas experiências, usando frases ou interjeições como: "Sim, conte-me mais." ou "Ah é." Se o paciente começava a sair do assunto, o entrevistador podia intervir para dirigi-lo novamente ao foco. As primeiras entrevistas foram feitas por os dois autores juntos e depois, pelo primeiro

autor sozinho (J.D.).

Anotações foram feitas durante as entrevistas, utilizando as próprias palavras do paciente, com o objetivo de registrar as gírias usadas pelo usuário, principalmente aquelas que descreviam as substâncias tomadas, os apetrechos usados e as práticas relacionadas ao uso da droga. Essas entrevistas duravam de 40 a 50 minutos.

Após cada entrevista, as anotações foram analisadas e discutidas pelos dois autores, com o objetivo de conceituar, de forma mais precisa, as áreas a serem pesquisadas e de formular mais perguntas que seriam usadas no estudo piloto. Esse processo foi repetido até a vigésima entrevista.

O estudo piloto

Depois de conceituar as áreas a serem pesquisadas, o próximo passo foi operacionalizar as perguntas, ou seja, criar um questionário. As informações colhidas através das primeiras vinte entrevistas exploratórias e a revisão de outros questionários, deram a base pela qual foi possível montar o primeiro rascunho do questionário. Essa primeira versão tinha nove seções: sociodemografia, a história de uso de drogas lícitas, a história de uso de drogas ilícitas, iniciação do uso de cocaína/crack, transições na via de administração da cocaína, o padrão de uso no período de consumo mais pesado, o uso no último mês, a história de injetar drogas e a história de comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV. Havia 146 perguntas no total dessa versão.

Quando o paciente dava alguma informação relevante ou interessante, que não aparecia no questionário, usava uma palavra ou frase bem diferente da fraseologia do instrumento, ou dava uma resposta que não cabia nas perguntas

fechadas, essas informações foram incorporadas no instrumento. Algumas perguntas, inicialmente feitas de forma aberta, foram progressivamente fechadas com as informações colhidas no decorrer das entrevistas.

Depois de cada entrevista, foram feitas modificações no questionário, e novas perguntas ou respostas foram elaboradas. Este processo foi repetido até não haver mais modificações significativas no instrumento. Isto só aconteceu após 40 entrevistas. No processo de revisar o questionário, três seções foram adicionadas: uma sobre a história de episódios de abstinência e tratamento, uma sobre *overdose* de cocaína e a última sobre a história familiar de uso abusivo de álcool ou cocaína/crack. O número total de perguntas nessa versão do questionário cresceu para 235, dos quais apenas 14 eram perguntas abertas.

Quando essa versão do questionário ficou pronta, foi usada num estudo descritivo de 294 usuários (ou ex-usuários) de cocaína e crack em contato com quinze serviços de atendimento e assistência para usuários de drogas ou pacientes com AIDS em São Paulo²⁵.

Durante essa última fase da pesquisa, outras modificações foram feitas no instrumento, principalmente para esclarecer algumas respostas. Assim, o número de perguntas foi aumentando até chegar a 245.

Resultados

O resultado deste trabalho é a versão final da entrevista. Em seguida, resumiremos o conteúdo das várias seções da entrevista, com o objetivo de mostrar o campo de investigação, salientar algumas mudanças que foram necessárias no formato das perguntas e ressaltar as perguntas que expressam a cultura do usuário

de cocaína/crack brasileiro.

Nem todas as perguntas são feitas para todos os pacientes. Muitas delas têm uma função de rastreamento, ou seja, se o paciente responder "Sim", uma série de perguntas mais específicas serão feitas em seguida. Se ele responder "Não", o entrevistador saltará dessas perguntas suplementares para a próxima seção. Consequentemente, o tempo de aplicação do questionário varia de 30 a 50 minutos, dependendo das experiências prévias do paciente.

O Questionário

Sociodemográfica

A primeira parte da entrevista, com 18 perguntas, colhe informações básicas, tais como, idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e renda (legítima) mensal. Dados que poderiam ser usados para identificar o paciente, tais como, nome e RG não são registrados.

História de uso de drogas

(i) *Drogas lícitas.* Perguntas sobre o uso de tabaco e álcool são feitas nessa seção, inclusive questões sobre episódios anteriores de tratamento para problemas relacionados ao álcool.

(ii) *Drogas ilícitas.* Nesta parte da entrevista, são feitas perguntas a respeito do uso de várias categorias de drogas (maconha, solventes, anfetaminas, tranqüilizantes e outras drogas) durante a vida e durante o último mês. Além do nome comercial da droga, gírias e exemplos específicos são dados para verificar se o paciente já havia usado aquela substância. Por exemplo, a anfetamina, também conhecida como "bola", "bolinha" ou até pelos nomes comerciais, tais como: *Hipofagin, Inibex e Ritalina.*

(iii) *Cocaína/Crack*. A cocaína foi um dos principais enfoques desta pesquisa, portanto, as perguntas sobre experiências com essa droga são muito mais numerosas, e estão divididas em nove seções: início do uso, transições na via de administração, padrão de uso, criminalidade associada ao uso, uso atual, história de injetar, experiência com tratamento, *overdose* e uso da droga pela família – 120 perguntas no total.

(iv) *Transições de via de administração*. Esta seção investiga um fenômeno que tem sido mostrado com outras drogas, principalmente heroína²⁷ e anfetamina²⁸. Com a cocaína, é comum que usuários comecem a cheirar a droga e depois de algum tempo, passem a fumá-la ou injetá-la. Esta seção investiga: a) as razões por substituir a via de administração; b) quanto tempo passa antes do usuário chegar a substituí-la; c) em qual direção essas mudanças acontecem (por exemplo: cheirar para fumar, fumar para injetar, etc.).

(v) *Padrão de uso durante o período de uso mais intenso*. O padrão de uso foi investigado, através de uma série de perguntas que mostram bem a diferença do padrão de uso de cocaína/crack, daquele de álcool ou heroína. Pacientes dependentes de álcool ou heroína, muitas vezes, tomam a droga todos os dias, para não desenvolver sintomas físicos de abstinência. Com a cocaína, é comum que o usuário passe alguns dias usando a droga direto e depois passe um dia ou mais descansando dos efeitos da droga. Para capturar esse fenômeno, perguntamos sobre: o número de dias em que a pessoa usou a droga, durante uma semana típica; a quantidade usada; e o número de dias seguidos que chegou a usá-la, sem parar para dormir ou comer.

(vi) *Criminalidade*. Ainda que a cocaína seja uma droga relativamente barata

no Brasil (R\$5,00 por aproximadamente 0.5g em São Paulo), as grandes quantidades consumidas e a frequência de uso, fazem com que o usuário necessite de uma renda razoável para manter o hábito. Muitas vezes, esse dinheiro é conseguida através de atividades ilegais²⁹. Consequentemente perguntas são feitas sobre cinco atividades: a venda de suas próprias coisas, a venda de coisas da família, furtos, assaltos armados e tráfico de drogas.

(vi) *História de injetar drogas.* Outro objetivo importante dessa pesquisa, foi avaliar os comportamentos de risco de se infectar ou transmitir o vírus HIV, portanto, esta seção, com 48 questões, é bastante ampla. Para investigar as experiências do paciente com drogas injetáveis, é necessário conhecer o vocabulário, até as gírias, que o próprio paciente usa para descrever esse comportamento. Muitos deles, ao invés de falar injetar, usam a palavra "picar" ou "tomar baque".

A parte final desta seção é direcionada aos pacientes que nunca injetaram nenhuma droga, e tem o objetivo de medir o nível de contato e exposição que esses pacientes têm com usuários de drogas endovenosas. Nós queríamos saber, principalmente, se eles conheceram usuários endovenosos, viram pessoas injetando drogas ou se lhes foi oferecido uma injeção.

Comportamentos de riscos de se infectar ou transmitir HIV

Esta seção pode ser aplicada com pessoas que nunca fizeram o teste do HIV, ou com pessoas HIV positivas/negativas e contêm 71 perguntas.

(i) *Comportamento sexual.* A avaliação do comportamento sexual é dividida em três partes. A primeira parte avalia a atividade sexual, durante os últimos 6 meses. As perguntas cobrem o número de pessoas com quem o paciente teve

relações sexuais, durante esse período, e o uso de camisinha com parceiros fixos e parceiros casuais. Para aqueles pacientes que já fizeram o teste do HIV há seis ou mais meses, existem perguntas adicionais, sobre o comportamento sexual nos seis meses anteriores ao teste.

(ii) *A troca de sexo por dinheiro ou drogas*. Várias pesquisas têm mostrado que o uso de crack está associado ao risco elevado de HIV^{30, 31}. O comportamento que explica esse risco elevado é que alguns usuários se prostituem a fim de conseguir o dinheiro para comprar a droga, e muitas vezes deixando de usar preservativos.

(iii) *Sexo com prostitutas*. A última parte da seção de comportamento sexual é sobre pacientes que tiveram relações sexuais com prostitutas, e uso ou não de preservativos. Durante o estudo piloto, a maioria dos pacientes masculinos relatou que já tinha tido relações sexuais com prostitutas. Nenhuma mulher relatou esse comportamento, então, resolvemos não fazer essas perguntas para pacientes femininos.

(v) *Prisão*. A última parte do instrumento é sobre comportamento de risco, durante períodos na cadeia. Prisões são lugares onde as pessoas, com comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV, estão concentradas³². Alguns prisioneiros que injetavam drogas antes de serem presos, continuam fazendo isso no presídio, onde as seringas são escassas, aumentando o risco de compartilhá-las. Outro comportamento de risco de infecção pelo HIV neste ambiente é a atividade sexual entre os prisioneiros.

Discussão

Nesta pesquisa, criamos uma entrevista estruturada para ser usada com usuários de cocaína/crack a fim de investigar a história e a evolução do uso de drogas, bem como, a história de comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV. As principais vantagens desse instrumento, sobre outros já existentes, são as seguintes: (i) foi criado no Brasil, para refletir a cultura brasileira e as experiências de usuários de cocaína/crack em nosso meio; (ii) é um instrumento bastante amplo (com 245 perguntas) ; (iii) foi testado em um número grande de pacientes, provenientes de diversos serviços e, com características bastante diferentes.

A confiabilidade do instrumento ainda não foi medida, mas, futuramente, nós pretendemos desenvolver pesquisas para investigar essa questão. Os outros instrumentos usados em pesquisas brasileiras anteriores, citadas acima, também não têm confiabilidade relatada^{1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10}. Confiabilidade é uma medida importante, principalmente entre investigadores e intervalos de tempo. Para instrumentos diagnósticos ou psicométricos, saber a confiabilidade é fundamental. Mas, para uma entrevista estruturada, que não têm como objetivo fazer diagnóstico ou dar um escore ao paciente, a confiabilidade é menos freqüentemente medida. Isto acontece, porque muitas das perguntas contidas nesse tipo de entrevista, são perguntas objetivas ou fatuais. Por exemplo, em nosso instrumento, a idade no início do uso de cocaína, o nível de escolaridade e se já fez o teste de HIV, são perguntas fatuais - nem o paciente nem o entrevistador precisa fazer uma avaliação subjetiva para responder ou preencher essas perguntas. É claro, que todas as perguntas devem ser feitas de uma maneira, na qual o paciente possa entendê-las facilmente, e preocupando-se em deixar o paciente sentir-se suficientemente a

vontade a dar respostas verídicas. Essas considerações foram bastante abordadas no estudo piloto.

A validade do instrumento também deveria ser discutida. Na maioria das vezes, na avaliação dessa medida, novos instrumentos são comparados com um “padrão ouro”, que em psiquiatria, geralmente, é outro instrumento já validado ou uma entrevista clínica. Já que nossa entrevista estruturada não será usada para fazer diagnóstico, nem medir um conceito, é difícil imaginar com o que deveria ser comparada. Podemos dizer que o instrumento tem uma certa validade de face, até uma validade de conteúdo, devido a maneira empírica em que foi criado¹⁴. Num estudo recém publicado, o desempenho de um instrumento, criado para medir os riscos associados com injetar drogas, foi investigado utilizando testes estatísticas³³. A validade de construção (“construct validity”) foi avaliada utilizando análise de componentes principais e a validade colateral (“collateral validity”) foi inferida da correlação do instrumento com outro questionário independentemente aplicado. Com nosso instrumento, um possível caminho para avaliar a validade seria medi-la separadamente para cada seção do instrumento, por exemplo, a validade da história de injetar, a do uso de drogas ilícitas, etc. Essas questões serão abordadas em futuros trabalhos

Esse novo instrumento é um avanço nos instrumentos existentes, e poderia ser aplicado em outros centros, com diversas populações de usuários de cocaína/crack, e em outras regiões do país. Além disso, poderia também ser usado para comparar as características de usuários de cocaína, em épocas diferentes, com a intenção de investigar mudanças temporais nos padrões de uso de cocaína e os comportamentos associados ao uso. O instrumento poderia ser usado até na

clínica, como uma entrevista estruturada, a fim de fazer a avaliação inicial de pacientes, freqüentando serviços de atendimento ou assistência a usuários de drogas.

Um instrumento como este, criado para avaliar a história de uso de drogas e os comportamentos de risco para a transmissão de HIV, deveria ficar “vivo”, no sentido de estar sujeito a modificações periódicas, para incorporar futuras mudanças no padrão de uso de drogas no Brasil, assim como o aparecimento de novas drogas de abuso. O processo de manter este questionário atualizado seria mais um de nossos futuros objetivos.

Nota ao leitor: Para receber cópias do questionário, entrar em contato com o primeiro autor.

Referências Bibliográficas

1. Bastos, F.I., Lopes, C.S., Dias, P.R., Lima, E.S., Oliveira, S.B. Luz, T.P. Perfil de usuários de drogas I – estudo de características de pacientes do NEPAD/UERJ – 1986/87. Rev. ABP-APAL 1988; 10: 47-52.
2. Lima, E., Dias, P.R., Bastos, F.I., Lopes, C.S. Perfil de usuários de drogas: danos à integridade física e psicossocial. Informação Psiquiátrica 1990; 9: 117-20.
3. Castel S. & Malbergier, A. Farmacodependências – estudo comparativo de uma população atendida em serviço especializado: 1984-1988. Rev. ABP-APAL 1989; 11: 126-32.
4. Silveira-Filho D.X. & César, A.C. Perfil de usuários de drogas: caracterização dos pacientes atendidos no ambulatório do PROAD em 1989. Rev. ABP-APAL 1991; 13: 39-42.
5. WHO International Collaborative Group. Programme on Substance Abuse Multi-City Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection. Geneva: WHO; 1994.
6. Souza, J.C. Comportamento sexual, DST/AIDS e uso de drogas entre conscritos do Exército Brasileiro. J. Bras. Psiquiatria 1994; 43: 553-60.
7. Nappo, S.A., Galduróz, J.C., Noto, A.R. Uso de “crack” em São Paulo: fenômeno emergente? Rev. ABP-APAL 1994; 16: 75-83.
8. Bucher, R., Fares, A.T., Pelegrini, R., Oliveira, R.M., Carmo, R.A. A avaliação qualitativa dos atendimentos a usuários de drogas. Rev. ABP-APAL 1995; 17: 75-86.
9. Murad, J.E. Epidemiologia do abuso de drogas em Belo Horizonte, MG, Brasil.

- Rev. Farmácia Bioquímica 1983; 5: 21-30.
10. Dias, P.R., Inciardi, J.A., Surratt, H., Melo, R.F., Baby, G. Comportamento de risco para o HIV entre travestis no Rio de Janeiro. J. bras. med. 1996; 71: 151-63.
 11. Almeida-Filho, N., Mari, J.J., Coutinho, E., França, J.F., Fernandes, J.G., Andreoli, S.B. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). Rev. ABP-APAL 1992; 14: 93-104.
 12. Andrade, A.G. & Soares, J.C. Descrição de um ambulatório interdisciplinar de tratamento de alcoolistas e farmacodependentes. Rev. ABP-APAL 1989; 11: 104-10.
 13. Kleinman, A. Anthropology and psychiatry – the role of culture in cross-cultural research on illness. Br. J. Psych. 1987; 151: 447-54.
 14. Oppenheim, A.N. Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement. London: Pinter Publishers; 1992.
 15. Scivoletto, S., Henriques Jr, S.G., Andrade, A.G. A progressão do consumo de drogas entre adolescentes que procuram tratamento. J. Bras. Psiquiatria 1996; 45: 201-7.
 16. Australian National AIDS and Injecting Drug Study. Not in a fit: third report of the Australian National AIDS and Injecting Drug Use Study, 1990 data collection. Sydney: ANAIDUS; 1992.
 17. Drug Transitions Study Group. Peer Project Questionnaire. London: National Addiction Centre; 1991.
 18. Drug Transitions Study Group. Drug Transitions Questionnaire. London:

- National Addicton Centre; 1991.
19. Drug Transitions Study Group. Drug Patterns Study Questionnaire. London: National Addiction Centre; 1991.
 20. Anonymous. Stimulant Health Needs Questionnaire – SHN1. London: National Addicton Centre; 1991.
 21. Anonymous. HIV Risk Knowledge, Attitudes and Behaviours Survey. London: University of London; 1991.
 22. National Institute of Drug Abuse. AIDS Initial Assessment Questionnaire AIA-8.AO. Rockville: N.I.D.A.; 1988.
 23. Anonymous. Aesop Street Intercept Survey Instrument IDU Version. Chicago: University of Illinois; 1995.
 24. Anonymous. AIDS Outreach Intervention Project AFA-S Interview. Chicago: School of Public Health University of Illinois; 1991.
 25. Dunn, J. & Laranjeira, R. Cocaine: profiles, drug histories and patterns of use of patients from Brazil. *Subst. Use Misuse* 1999; 34 (12); (no prelo).
 26. Dunn, J., Laranjeira, R., da Silveira, D.X., Formigoni, M.L., Ferri, C.P. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Subst. Use Misuse* 1996; 31: 519-27.
 27. Griffiths, P. et al. Extent and nature of transitions of route among heroin addicts in treatment – preliminary data from the Drug Transitions Study. *Br. J. Addict* 1992; 87: 485-91.
 28. Darke, S. et al. Transitions between routes of administration of regular amphetamine users. *Addiction* 1994; 89: 1077-84.
 29. Hunt, D. Stealing and dealing: cocaine and property crimes. In: Schober, S &

Schade, C, editors. The Epidemiology of Cocaine Use and Abuse – Research Monograph 110. Rockville: NIDA; 1991. p. 139-50.

30. Chiasson, M.A., Stoneburner, R.L., Hildebrandt, D.S., Ewing, W.E., Telzak, E.E., Jaffe, H.W. Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack). *AIDS* 1991; 5: 1121-26.
31. Longshore, D. & Anglin, M.D. Number of sex partners and crack cocaine use: is crack an independent marker for HIV risk behavior. *J. Drug Issues* 1995; 25: 1-10.
32. Turnbull, P.J. *Prison, HIV and AIDS: risk and experience in custodial care.* Horsham: AVERT; 1991.
33. Stimson, G.V., Jones, S., Chalmers, C., Sullivan, D. A short questionnaire (IRQ) to assess injecting risk behaviour. *Addiction* 1998; 93: 337-347.