

**Inquérito Integrado Biológico e
Comportamental entre as Pessoas
que Injectam Drogas,
Moçambique 2014**

Relatório Final

Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre as Pessoas que Injectam Drogas, Moçambique 2014

Relatório Final

Parceiros

Ministério da Saúde (MISAU)

Instituto Nacional de Saúde (INS)

Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)

Universidade de São Francisco em Califórnia (UCSF)

Pathfinder International

Centro International de Formação e Educação para Saúde (I-TECH)

Rede Nacional Contra Drogas (UNIDOS)

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)



Agradecimentos

A equipa do inquérito (Apêndice 12) reconhece as imensas contribuições de todos os que de diversas formas contribuíram para a implementação bem sucedida do Inquérito Biológico e Comportamental entre as Pessoas que Injectam Drogas (PID) em Moçambique.

Estilo recomendado para referência

MISAU & INS. 2017. Relatório Final: Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre as Pessoas que Injectam Drogas em Moçambique, 2014, Maputo, Moçambique.

Índice

1.	Prefácio	1	6.10.	Sintoma ou diagnóstico de ITS	39
2.	Sumário Executivo	3	6.11.	Testagem de HIV antes do inquérito	41
2.1.	Prevalência de HIV, HBV e HCV	3	6.12.	Informação sobre as PID que alguma vez haviam recebido um resultado de teste de HIV positivo	43
2.2.	Estimativa do Tamanho da População de PID	3	6.13.	Indicadores do Relatório do Progresso na Resposta Global à SIDA (Global AIDS Response Progress)	46
2.3.	Descrição demográfica	3	7.	Prevalência de HIV, HBV e HCV e factores associados ao HIV	47
2.4.	Características do consumo de drogas	4	7.1.	Resultados da testagem laboratorial	47
2.5.	Características das relações sexuais	4	7.2.	Prevalência de HIV por características demográficas	53
2.6.	Uso de serviços de prevenção e saúde	4	7.3.	Prevalência de HIV por características do consumo de drogas injectáveis	55
2.7.	Experiência com discriminação	4	7.4.	Prevalência de HIV por comportamento sexual	57
2.8.	Discussão	4	7.5.	Prevalência de HIV por experiência de discriminação, prisão ou violência	58
2.9.	Recomendações	4	7.6.	Prevalência de HIV por autorrelato de sintomas de ITS e testagem prévia de HIV	59
3.	Acrónimos	5	8.	Estimativa do tamanho da população	61
4.	Introdução	6	8.1.	Sabedoria das multidões	61
4.1.	Situação do HIV na região e em Moçambique	6	8.2.	Multiplicador do objecto único	61
4.2.	Importância epidemiológica das PID para a infecção do HIV na região	6	8.3.	Amostragem sequencial (Sequential sampling)	61
4.3.	Importância epidemiológica das PID para a infecção do HIV em Moçambique	6	8.4.	Estimativa da literatura	61
4.4.	Objectivos do inquérito	7	8.5.	Mediana das estimativas	61
5.	Metodologia	8	9.	Resultados da avaliação formativa	64
5.1.	Amostragem por cadeia de referência (RDS)	8	10.	Conclusões	66
5.2.	Local da realização do inquérito e formação para implementação	9	10.1.	Principais resultados	66
5.3.	Critérios de elegibilidade	9	10.2.	Limitações do inquérito	68
5.4.	Tamanho da amostra	9	10.3.	Recomendações	68
5.5.	Consentimento informado	9	11.	Referências	70
5.6.	Recolha de dados comportamentais	10	12.	Apêndices	72
5.7.	Procedimentos laboratoriais	10	12.1.	Tamanho da Amostra	72
5.8.	Procedimentos da estimativa do tamanho da população	11	12.2.	Gráficos de convergência para o equilíbrio	72
5.9.	Gestão de dados	12	12.3.	Equipa do inquérito	75
5.10.	Considerações éticas	13	12.4.	Análise de sensibilidade da prevalência de HIV	76
6.	Resultados	14	12.5.	Questionário do inquérito	77
6.1.	População do inquérito	14	12.6.	Relatório Final da Avaliação Formativa	97
6.2.	Características sociodemográficas	16	12.6.1.	Referência	112
6.3.	Consumo de drogas	19	12.6.2.	Equipa da Avaliação Formativa	113
6.4.	Práticas de risco no consumo de drogas injectáveis	25	12.6.3.	Guião das DGF	114
6.5.	Comportamento sexual	30	12.6.4.	Guião das EIC	116
6.6.	Comportamento com último parceiro sexual	33			
6.7.	Acesso e utilização de serviços de prevenção	34			
6.8.	Acesso e utilização de serviços de saúde	36			
6.9.	Experiência de discriminação	38			

1. Prefácio

Temos imensa satisfação em apresentar o relatório final do Inquérito Integrado Biológico e Comportamental (Integrado Biological and Behavioral Survey - IBBS) em Pessoas que Injectam Drogas (PID) - IBBS-PID 2014. Trata-se do primeiro inquérito representativo conduzido em PID, em Moçambique. Este inquérito estimou a prevalência de HIV bem como os factores de risco associados a esta infecção entre as PID, e avaliou o uso e acesso aos serviços de saúde e de apoio social para esta população. Apesar do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2009) e do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA 2015) fornecerem informações sobre a epidemia do HIV na população em geral em Moçambique, há necessidade de evidências adicionais sobre a epidemia nas populações-chave em maior risco para o HIV no país. Esta necessidade encontra-se claramente expressa no Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA de Moçambique (PEN III 2010-2014)¹ e novamente no PEN IV (2015-2019); ambos consideram importante a condução de inquéritos representativos capazes de fornecer evidências e definir acções específicas para estas populações-chave.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), define as populações-chave com maior risco para o HIV como sendo aquelas que poderão estar nessas condições em resultado de comportamentos de risco, incluindo relações sexuais desprotegidas com parceiros múltiplos, sexo anal desprotegido com parceiros múltiplos e uso de drogas injectáveis usando material não esterilizado. O PEN IV apela para a condução de um IBBS que forneça dados sobre a prevalência de HIV e riscos comportamentais em mulheres trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas que injectam drogas e prisioneiros. O presente relatório do IBBS-PID 2014 faz parte de um conjunto de cinco inquéritos conduzidos em grupos de alto risco para o HIV em Moçambique entre 2011 e 2014. Os resultados deste inquérito confirmam que as PID são uma população-chave em maior risco para a infecção do HIV em Moçambique. Estes resultados apresentam-nos uma oportunidade de melhorar o acesso aos cuidados e tratamento de HIV, apoiar as intervenções relacionadas com a prevenção positiva entre as PID e reforçar intervenções sociais e comportamentais para a prevenção da infecção por HIV entre as mesmas, incluindo a importância do uso do preservativo nas relações sexuais e o uso de equipamento de injeção esterilizado. Apesar da maioria

dos participantes ter feito o teste de HIV antes do inquérito, uma proporção substancial não sabia que tinha infecção por HIV. O presente IBBS ofereceu um ambiente favorável e amigável para o aconselhamento e testagem de HIV para as PID, sendo por isso um exemplo do tipo de serviços que podem ser oferecidos com sucesso a nível nacional para as populações-chave em maior risco para o HIV.

Na base desta evidência científica, é nossa esperança que o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA e outras instituições envolvidas no desenvolvimento de programas para a resposta ao HIV em Moçambique, estabelecerão iniciativas estratégicas e abrangentes de prevenção e cuidados de HIV tendentes a responder às características e vulnerabilidade particulares identificadas entre as PID. Este IBBS serve de linha de base para futuras rondas de IBBS com o mesmo desenho, como parte de um sistema nacional de vigilância biológica e comportamental capaz de monitorar mudanças na evolução da epidemia e a resposta nacional. Rondas futuras do IBBS-PID servirão para monitorar os progressos alcançados por intervenções para a prevenção da infecção por HIV e a provisão de cuidados e tratamento para as PID. O Instituto Nacional de Saúde (INS) recebe com muito apreço esta importante evidência científica e continuará a facilitar um ambiente de colaboração no qual este tipo de resultados de pesquisa possam ser gerados e utilizados.

Gostaríamos de endereçar a nossa gratidão a todos os participantes do inquérito. O sucesso deste inquérito foi possível devido ao empenho e profissionalismo de uma vasta equipa composta por investigadores, agentes comunitários, conselheiros, entrevistadores e técnicos de laboratório.

Os nossos agradecimentos são extensivos às diferentes instituições que tornaram possível a implementação com sucesso deste inquérito, incluindo a Direcção Provincial de Saúde de Maputo, a Global Health Communication (GHC), os Centros de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC), a Universidade da Califórnia em São Francisco (UCSF), a Pathfinder International, o Centro Internacional de Formação e Educação para a Saúde (I-TECH), United Nations Office On Drugs and Crime (UNODC), Rede Nacional Contra A Droga (UNIDOS), e aos membros do Grupo Técnico de Trabalho (GTT) dos IBBS.



¹ PEN III identificou populações-chave como trabalhadoras de sexo, camionistas de longo, mineiros moçambicanos que trabalham em minas sul-africanas, homens que fazem sexo com homens e pessoas que injectam drogas, no entanto, esta lista foi modificada no PEN IV para incluir trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas que injectam drogas e prisioneiros

2. Sumário Executivo

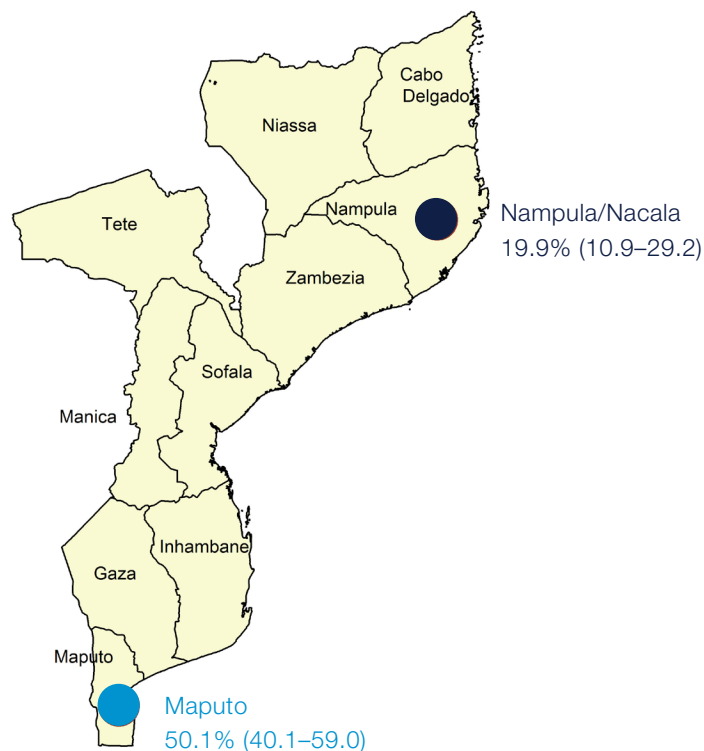
O inquérito biológico e comportamental (IBBS Integrated Biological and Behavioral Survey) em Pessoas que Injectam Drogas (PID) foi o primeiro a ser realizado nesta população e tinha como objectivos: estimar a prevalência do HIV, hepatite B (HBV) e hepatite C (HCV); estimar o tamanho da população de PID; identificar os comportamentos de risco associados ao HIV e avaliar a utilização e o acesso aos serviços de prevenção e cuidados de saúde entre as PID. Os participantes do inquérito foram recrutados através da amostragem por cadeia de referência (RDS), uma metodologia amplamente usada em populações-chave consideradas de alto risco para a infecção pelo HIV e Infecções de Transmissão Sexual (ITS), que são de difícil acesso. Eram elegíveis para participar no inquérito homens e mulheres com 18 ou mais anos de idade, que residiram, trabalharam ou socializaram na área do inquérito nos 12 meses anteriores ao inquérito, que tivessem injectado droga sem prescrição médica naquele período ou alguma vez em sua vida, e que tivessem fornecido consentimento informado para participar. Foram inscritos no inquérito 353 PID em Maputo e 139 em Nampula/Nacala entre Setembro de 2013 e Março de 2014. Os participantes que consentiram, responderam a uma entrevista, deram uma amostra de sangue para efeitos de testagem de vigilância (no laboratório central do Instituto Nacional de Saúde) e tiveram a oportunidade de fazer o teste rápido de HIV, hepatite B e hepatite C com resultado imediato no local do inquérito. Todos os participantes com qualquer resultado positivo no teste rápido foram referidos para uma unidade sanitária seleccionada pelos investigadores do inquérito com equipas formadas para os receber.

2.1. Prevalência de HIV, HBV e HCV

A prevalência de HIV entre as PID foi de 50.1% em Maputo (Intervalo de confiança [IC] de 95%: 40.7- 59.0%, e em Nampula/Nacala foi de 19.9% (IC de 95%: 10.9-29.2%) (Figura 2.1). Para cada área urbana, a prevalência de HIV entre as PID foi significativamente diferente por faixa etária, atingindo 52.8% (IC de 95%: 38.6-64.1%) em Maputo e 42.9% (IC de 95%: 12.4-71.2%) em Nampula/Nacala na faixa etária de 35 ou mais anos de idade.

A prevalência de HBV entre as PID foi de 32.1% (IC de 95%: 25.2-38.5%) em Maputo e 36.4% (IC de 95%: 22.6-49.8%) em Nampula/Nacala. A prevalência de HCV foi de 44.6% (IC de 95%: 33.4-53.9%) em Maputo e 7.0% (IC de 95%: 2.0-12.5%) em Nampula/Nacala.

Figura 2.1: Prevalência de HIV entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, 2014.



2.2. Estimativa do Tamanho da População de PID

Com base na mediana de quatro metodologias para o cálculo do tamanho da população, estima-se que 0.22% da população adulta de Maputo injecta drogas (1684 PID), e para Nampula/Nacala a percentagem é de 0.17% da população adulta (520 PID).

2.3. Descrição demográfica

Em Maputo, a maior parte das PID (54.4%) encontrava-se na faixa etária dos 25 aos 34 anos de idade, enquanto que para Nampula/Nacala, 42.6% estava na faixa etária dos 24 ou menos anos de idade. Em relação ao género, o sexo masculino foi o mais predominante, com 92.9% em Maputo e 97.0% em Nampula/Nacala. A grande parte das PID era solteira ou nunca tinha casado em Maputo e em Nampula/Nacala (65.4% e 49.7% respectivamente).

Em relação ao nível de escolaridade, um número elevado das PID havia atingido o nível secundário ou superior, sendo 43.0% para Maputo e 71.6% para Nampula/Nacala. A maior parte das

PID falava a língua portuguesa como principal língua (71.4% Maputo e 67.6% Nampula/Nacala). Em Maputo e Nampula/Nacala, 99.8% e 96.7% das PID, respectivamente, era de nacionalidade moçambicana, e vivia na província do inquérito (99.9% em Maputo e 97.6% em Nampula/Nacala).

2.4. Características do consumo de drogas

Em Maputo, 61.9% das PID, e em Nampula/Nacala 19.5%, consumiu drogas injectáveis diariamente. A heroína foi a droga mais injectada entre as PID (81.3% Maputo e 73.0% em Nampula/Nacala). Mais de quatro em 10 PID (50.3% em Maputo e 42.4% em Nampula/Nacala) partilhou agulhas ou seringa alguma vez na sua vida. Uma em quatro PID partilhou seringas no mês anterior ao inquérito..

2.5. Características das relações sexuais

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 30.4% dos homens que injectam drogas em Maputo, e 60.3% em Nampula/Nacala teve duas ou mais parceiras sexuais ocasionais. Entre as mulheres que injectam drogas em Maputo, 40.5% teve dois ou mais parceiros sexuais neste período. Não foi possível avaliar o comportamento sexual das mulheres que injectam drogas em Nampula/Nacala devido ao reduzido tamanho de amostra. Entre as PID que tiveram relações sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito, 47.6% em Maputo e 70.9% em Nampula/Nacala não usou o preservativo na última relação sexual.

2.6. Uso de serviços de prevenção e saúde

Nos 12 meses anteriores a realização do inquérito, 90.5% das PID em Maputo e 59.2% em Nampula/Nacala não teve contacto com educadores de pares ou activista de HIV/SIDA.

Uma em quatro PID em Nampula/Nacala recebeu alguma vez tratamento para overdose, substituição de drogas ou programa de desintoxicação contra 2.5% em Maputo.

Três em cada 10 PID em Maputo, e quatro em cada 10 em Nampula/Nacala nunca fez o teste de HIV. Entre as PID em Maputo que alguma vez haviam recebido um resultado positivo ao fazer o teste de HIV, metade estava em TARV, e 26.1% partilhou seringas nos últimos 30 dias.

2.7. Experiência com discriminação

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 7.9% e 32.6% das PID em Maputo e Nampula/Nacala teve alguma experiência de discriminação. Nos mesmos locais respectivamente, 72.2% e 42.6% das PID já esteve detida alguma vez.

2.8. Discussão

Existem algumas limitações neste estudo inerentes à sua metodologia, como o potencial que os subgrupos importantes de PID não foram capturados, viés de seleção, viés de desequilíbrio social e viés de recordação. No entanto, apesar dessas limitações, os nossos resultados demonstram que as PID em Moçambique estão em alto risco para o HIV devido à práticas inseguras de injeção e comportamentos sexuais de alto risco.

2.9. Recomendações

Os resultados do estudo demonstram a necessidade da implementação de um pacote compreensivo de programas de Redução de Danos (Harm Reduction) para a prevenção, cuidados e tratamento de HIV e hepatitis entre as PID em Moçambique.

3. Acrónimos

ACS	Agente Comunitário de Sensibilização	MISAU	Ministério da Saúde
CDC	Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos da América	PEN III	Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV / SIDA III
CNBS	Comité Nacional de Bioética para a Saúde	PEN IV	Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV / SIDA IV
DBS	Dried Blood Spots (Gotas de Sangue Seco)	PID	Pessoas que Injectam Drogas
EUA	Estados Unidos da América	QDST TM	Questionnaire Development System
EIA	Ensaio Imuno-enzimático	RDS	Respondent-driven sampling (Amostragem por Cadeia de Referência)
GHC	Global Health Communication	RDSAT RDS	Analysis Tool
HBV	Hepatite B	RDSCM	Respondent Driven Sampling Coupon Manager
HCV	Hepatite C	SIDA	Síndrome de Imune Deficiência Adquirida
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana	TARV	Terapia Antirretroviral
GARPR	Global AIDS Response Progress Report (Relatório do Progresso na Resposta Global à SIDA)	UCSF	Universidade da Califórnia em São Francisco
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Survey (Inquérito Integrado Biológico e Comportamental)	USR	Unidade Sanitária de Referência
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV / SIDA em Moçambique	UNODC	United Nations Office On Drugs and Crime
INS	Instituto Nacional de Saúde		
INE	Instituto Nacional de Estatística		
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique		
ITS	Infecção de Transmissão Sexual		
I-TECH	International Training and Educational Center for Health		

4. Introdução

4.1. Situação do HIV na região e em Moçambique

A epidemia de HIV na África Subsaariana continua a contribuir de forma desproporcional para a carga global de morbidade e mortalidade relacionada com o HIV. Em 2013, havia 35 milhões (33.2-37.2 milhões) de pessoas a viver com HIV no mundo, das quais 24.7 milhões (23.5-26.1 milhões) viviam na África Subsaariana (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ONUSIDA), 2014). Globalmente, estima-se que 2.1 milhões (1.9 a 2.4 milhões) de pessoas contraíram o HIV em 2013, o que representa um declínio em novas infecções pelo HIV de 3.4 (3.1-3.7) milhões em 2001. Apesar destes declínios globais, cerca de 70% das novas infecções ocorreram na África Subsaariana. Da mesma forma, o número de mortes por SIDA diminuiu de 2.4 milhões (2.2-2.6 milhões) em 2005 para 1.5 milhões (1.4-1.9 milhões) de mortes por SIDA em 2013.

Na África Subsaariana houve 1.1 milhões (1.0-1.3 milhões) de mortes devido ao HIV no mesmo ano. Moçambique tem uma população de aproximadamente 22 milhões de habitantes e o país tem uma das prevalências de HIV mais altas do mundo. Modelos recentes sugerem que a epidemia de HIV em Moçambique está a estabilizar-se. A prevalência de HIV foi de 13.2% entre os adultos de 15 a 49 anos em 2015 (Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE) & ICF Macro, 2016). Moçambique regista uma variação substancial na prevalência do HIV por região, desenvolvimento urbano e género. Há menor prevalência no norte em relação ao centro e sul, e prevalência crescente nas zonas urbanas (16.8%) em comparação com áreas rurais (11.0%) em 2015.

Mulheres moçambicanas são desproporcionalmente afectadas pela infecção de HIV em relação aos homens: a prevalência do HIV entre as mulheres é de 15.4% em comparação com 10.1% entre os homens, em 2015. Entre os adultos Moçambicanos dos 15 aos 49 anos de idade, a prevalência do HIV aumenta com idade, escolaridade e nível socioeconómico.

4.2. Importância epidemiológica das PID para a infecção do HIV na região

Enquanto a maioria da transmissão em países com epidemias de HIV generalizadas, tal como Moçambique, ocorre através de relações heterossexuais por falta de uso de preservativos, alguns grupos com comportamentos de alto risco, como as PID, podem ter taxas mais altas de infecção de HIV do que a população geral (Needle et al., 2012). Entretanto, até ao presente, não há muita informação sobre a prevalência do HIV e comportamentos de risco nas pessoas que injetam drogas na África Subsaariana.

Estima-se que existem aproximadamente 1.02 milhões de pessoas que injectam drogas na região, mas que podem ter até 6.24 milhões (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014). Uma série de revisões sistemáticas apontam a falta de dados sobre o número de PID, a prevalência de HIV e hepatites virais entre as PID na África Subsaariana (Asher, Hahn, Couture, Maher, & Page, 2013; Mathers et al., 2008; Nelson et al., 2011). Os poucos estudos implementados entre as PID na região mostram que há uma elevada carga de doença nesta população-chave. As estimativas da prevalência de HIV entre as PID, obtidas por estudos efetuados usando amostragem por cadeia de referência, varia por país, e inclui 0.9% em Lagos, Nigéria em 2010 (Tun et al, 2013), 9.4% em Dakar, Senegal em 2011 (Leprêtre et al., 2015), 11.3 % em Zanzibar, Tanzânia em 2012 (Matiko et al., 2015), 18.7% em Nairobi, Quênia em 2011 (Tun et al, 2015) e 47.4% na República das Maurícias em 2009 (Johnston et al., 2013). Outras estimativas publicadas na região foram obtidas através de amostras por conveniência ou dados programáticos portanto podem não refletir a realidade.

Para além de existir uma grande escassez de dados sobre as PID, existe também uma lacuna considerável na provisão de serviços a este grupo chave na África Subsaariana (MacAllister et al., 2015; Petersen et al., 2013). Até 2014, apenas três países, África do Sul, Tanzânia e na República das Maurícias, tinham ambos programas de troca de seringas e tratamento de substituição de opiáceos (Harm Reduction International, 2014). the region, but this number may be as high as 6.24 million (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014).

4.3. Importância epidemiológica das PID para a infecção do HIV em Moçambique

A vigilância do HIV em Moçambique tem sido geralmente focada na população em geral, e as estimativas da prevalência do HIV tem sido feitas com base nos dados referentes às consultas pré-natais e as pesquisas 11 probabilísticas periódicas sobre a população em geral. Embora os resultados dos inquéritos da população em geral forneçam informações valiosas sobre a prevalência de HIV na população em geral, pouco se sabe sobre o risco de infecção pelo HIV nas populações chave, como a população de pessoas que injectam drogas (PID). A prevalência de HIV entre as PID nunca tem sido estimada em Moçambique e outras informações são escassas, o que torna difícil fazer uma avaliação rigorosa das necessidades específicas de prevenção, cuidados e tratamento desta população. A falta de dados sobre os comportamentos de alto risco das PID limita a capacidade de monitorar uma sub-epidemia que tem implicações importantes para o controle da epidemia geral.

A posse e/ou o uso de drogas ilícitas com ou sem prescrição médica é ilegal em Moçambique (Lei n.º 3/97, de 13 de Março de 1997, República de Moçambique), por outro lado, o uso de drogas injectáveis, como cocaína, heroína e morfina no país é reconhecido como um problema pelo Governo de Moçambique (Resolução n.º 15/2003, República de Moçambique).

A prevalência de HIV nas PID em Moçambique e o tamanho da população é desconhecido (Reid, 2009). Entretanto, a importância das PID para a epidemia do HIV em Moçambique é reconhecida no Plano Nacional Estratégico de Combate ao HIV/SIDA, que menciona as PID como uma das principais populações em maior risco de infecção pelo HIV (Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA--CNCS, 2009) e um relatório que aplicou o modelo de modos de transmissão do HIV da ONUSIDA, em Moçambique estima que 3% de novas infecções pelo HIV no país ocorreram na população de PID (Whitman, Horth, & Gonçalves, 2008).

Devido ao estatuto ilegal do uso de drogas injectáveis, a população usuária das mesmas vive escondida, sendo assim de difícil acesso. Segundo as informações fornecidas pelos parceiros internacionais e as organizações comunitárias em contacto com as PID em Moçambique, as populações PID estão concentradas principalmente em Maputo, Nampula, Nacala e, potencialmente, na Beira.

Actualmente, não existem serviços especificamente destinados as PID em Moçambique (Population Services International et al., 2010). A intervenção do governo centra-se principalmente

nas campanhas de educação para a prevenção do consumo de drogas, a criação de serviços de saúde mental e tratamento psiquiátrico para os usuários de drogas nos estabelecimentos de saúde públicos (Reid, 2009), e esforços de reinserção social das pessoas atendidas nesses estabelecimentos (dados programáticos do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde). O Projecto Vidas, um programa implementado por um consórcio de organizações não-governamentais e organizações comunitárias em Inhambane, Zambézia e Cabo Delgado tem como alvo principal as populações em maior risco de infecção pelo HIV, incluindo os usuários de drogas. As intervenções feitas pelo Projecto Vidas incluem o Aconselhamento e Testagem Voluntária, referência para cuidados de HIV nas unidades sanitárias públicas e outras intervenções (Population Services International et al., 2010).

4.4. Objectivos do inquérito

- Estimar a prevalência do HIV, hepatite B, hepatite C e incidência de HIV; e identificar os comportamentos de risco associados entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala;
- Estimar o tamanho da população de PID em Maputo e Nampula / Nacala;
- Avaliar o uso e o acesso aos programas de saúde e tratamento para a dependência de drogas pelas PID em Maputo e Nampula/Nacala.

5. Metodologia

5.1. Amostragem por cadeia de referência (RDS)

Mundialmente, as PID tal como outras populações-chave, constituem um grupo relativamente raro e estigmatizado, tornando-os de difícil acesso através de métodos de inquérito convencionais baseados na população. Em resposta a este desafio, foram desenvolvidos métodos de amostragem estatisticamente válidas para estas populações. Um exemplo é a amostragem por cadeia de referência (do inglês Respondent-driven Sampling – RDS), baseado nas referências dos entrevistados.

A RDS é baseada na teoria das redes sociais e combina amostragem de bola de neve sem probabilidade com modelagem matemática para medir os dados da amostra, onde a amostra não aleatoriamente selecionada é ajustada para gerar estimativas baseadas em probabilidade. Embora existam limitações relacionadas com esta metodologia de amostragem, como o viés de selecção, os fundamentos teóricos do RDS estão bem estabelecidos na literatura e são globalmente utilizados para alcançar amostras de populações de difícil acesso (Heckathorn, 2002). A RDS tem sido eficaz no recrutamento de PID em inquéritos conduzidos em outros países em África, por exemplo em Dakar, Senegal (Leprêtre et al., 2015), Nairobi, Kenya (Tun et al. 2015), Lagos, Nigéria (Tun et al. 2013), Zanzibar, Tanzânia (Matiko et al, 2015), e nas Maurícias (Johnston et al, 2011).

A implementação da RDS inicia com a selecção de “sementes” que são membros conhecidos da população alvo do inquérito e que posteriormente serão os primeiros participantes. As sementes não são aleatoriamente selecionadas. Elas participam no inquérito e após a participações são instruídas a referenciar aleatoriamente três PID que fazem parte do seu círculo social. Cada uma destas três PID referenciadas que participam no inquérito, formam a primeira onda de recrutamento, e igualmente são instruídas a referenciar mais três PID que conhecem. Portanto, cada uma destas três PID que participam no inquérito formam a segunda onda de recrutamento, e igualmente são instruídas a referenciar mais três PID que conhecem, e assim sucessivamente. Cada participante do inquérito responde a algumas perguntas sobre o tamanho da sua rede social. O tamanho da rede social reportado por cada participante é usado durante a análise de dados para produzir ponderadores usados para derivar estimativas que em teoria são representativas da população-alvo. O número de referências por participante é geralmente restrito, de forma a assegurar que essas cadeias de referências progridam através de diversas redes sociais. As referências são feitas através de convites.

Cada participante recebe um incentivo primário pela sua participação e um incentivo secundário por cada pessoa elegível e que participa no inquérito que ele referencia.

Convites de referência

O convite de referência é essencial para fazer a ligação entre cada participante e o participante que o convidou ao inquérito. Esta ligação é necessária para conduzir a análise de dados RDS que leva em conta o tamanho da rede de cada participante e a homogeneidade das redes. A posse de um convite válido (Figura 5.1) foi um critério de elegibilidade deste inquérito. A emissão e a recepção de convites foi seguida usando um programa informático de gestão de convites, designado RDS Coupon Manager (RDSCM, versão 3.0) e, manualmente, usando um livro de registo.

Figura 5.1. Convite de referência, IBBS-PID, 2014

Frente



Verso



5.2. Local da realização do inquérito e formação para implementação

Locais do inquérito

O inquérito foi realizado nas cidades de Maputo e Nampula/Nacala. A avaliação formativa (disponível num relatório aparte) mostrou que nestas áreas se encontra representada a grande maioria de PID em Moçambique, existe diversidade geográfica e cultural. As áreas socialmente contíguas que partilham redes sociais foram incluídas na amostra (ex. Matola para o caso de Maputo e Nacala no caso de Nampula).

Formação da equipa de recolha de dados

Antes da implementação do inquérito, os membros da equipa de recolha de dados beneficiaram de uma formação de duas semanas, que incluiu conhecimento geral sobre as PID no mundo, na África Subsaariana e em Moçambique; aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos e RDS. A formação consistiu em apresentações teóricas e simulação dos procedimentos do inquérito, facilitada pelos investigadores do inquérito. Foram formados membros das equipas dos dois locais do inquérito, as quais incluíam para cada local: um supervisor, um gestor de convites, um recepcionista, três entrevistadores/conselheiros, e dois agentes comunitários de sensibilização (ACS). As equipas eram supervisionadas a nível central por uma coordenadora e pelos investigadores do inquérito.

5.3. Critérios de elegibilidade

Para ser elegível para o inquérito um participante tinha que satisfazer os seguintes critérios:

- Idade ≥ 18 anos;
- Residir, trabalhar ou socializar na área de inquérito nos últimos 12 meses;
- Injectar drogas sem prescrição médica nos últimos 12 meses
- Ter injectado alguma vez em sua vida (critério adicionado em Dezembro de 2013 a fim de estimular mais
- o recrutamento dos participantes devido a impedimentos no processo de recrutamento dos participantes);
- Posse de um convite de referência válido;
- Capacidade e vontade de fornecer consentimento informado para participar
- Critérios de exclusão:

- Ter participado nesta ronda do inquérito;
- Incapacidade de fornecer consentimento informado (incluindo devido à influência de álcool ou drogas).

A nacionalidade e cidadania, não foram critérios de inclusão ou exclusão, devido ao facto que os estrangeiros vivendo em Moçambique também fazem parte da população de PID nas áreas do inquérito.

5.4. Tamanho da amostra

A estimativa do tamanho da amostra, baseou-se no objectivo da vigilância de seguir mudanças importantes na epidemia ao longo do tempo, ou seja, entre as rondas de IBBS. Neste inquérito, cada local constituiu um inquérito separado com o tamanho da amostra necessário para acompanhar as mudanças locais. O tamanho alvo da amostra foi definido em 350 PID por cada cidade. De acordo com a prática padrão do RDS, o equilíbrio - o ponto em que as proporções da amostra RDS para cada variável não mais mudam (ou mudam muito minimamente), independentemente da quantidade de pessoas recrutadas - foi monitorado durante a implementação da pesquisa. O processo de amostragem foi concluído quando o tamanho da amostra alvo foi atingido e o equilíbrio atingido. No caso do tamanho de amostra desejado não ter sido alcançado, foi feita a avaliação do equilíbrio para variáveis chave, por forma a garantir que as proporções não estavam a ser alteradas.

Mais detalhes sobre os cálculos do tamanho da amostra são apresentados no Apêndice 12.1; Os gráficos de convergência para o equilíbrio são apresentadas no apêndice 12.2.

5.5. Consentimento informado

Os participantes do inquérito, deram o seu consentimento informado por escrito antes de participarem no estudo. O termo de consentimento informado, estava redigido na língua portuguesa e foi também disponibilizado oralmente em língua local, aos participantes pelos entrevistadores. Após os participantes terem recebido a explicação e concordado com os objectivos e procedimentos do inquérito, foram orientados a colocar a sua rubrica ou impressão digital no termo do consentimento informado redigido na língua portuguesa. O processo de consentimento permitiu prestar consentimento separado para cada componente do inquérito, incluindo:

- Questionário comportamental;
- Teste rápido de HIV no local com comunicação do resultado;

- Teste rápido de hepatite B no local com comunicação do resultado;
- Teste rápido de hepatite C no local com comunicação do resultado;
- Preparação de amostras DBS enviadas ao INS para armazenamento e testagem para HIV, hepatite B.

5.6. Recolha de dados comportamentais

Os dados comportamentais foram recolhidos através de um questionário padronizado, que tomou em conta a experiência de outros países, mas foi adaptado ao contexto Moçambicano (University of California San Francisco- Global Health Sciences, 2014). Foram incluídas questões que permitem alimentar os indicadores da resposta nacional e internacional à epidemia do HIV (por exemplo, os indicadores do Relatório do Progresso na Resposta Global à SIDA (Global AIDS Response Progress Report – GARPR). Os temas do questionário incluíram dados demográficos, sobre comportamentos potencialmente relacionados à infecção por HIV, HBV, HCV e outras ITS, discriminação, acesso e busca de serviços de saúde, entre outros.

O questionário foi desenvolvido na língua portuguesa e inglesa e a sua conformidade foi avaliada pelos investigadores do

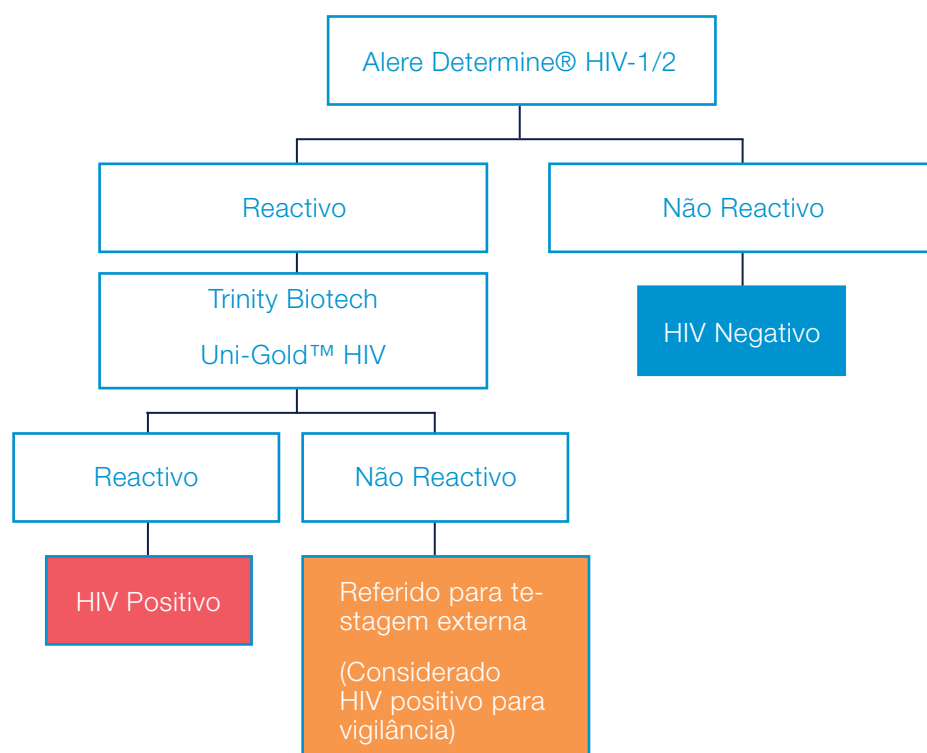
inquérito, dada a sua fluência nas duas línguas. O questionário foi testado e revisto pelos investigadores e os membros da equipa do inquérito durante a avaliação formativa e o treino para a implementação do inquérito. O questionário foi programado eletronicamente usando o programa informático Questionnaire Development System (QDS) versão 2.6.1 e administrado pelos entrevistadores usando um computador portátil (netbook).

5.7. Procedimentos laboratoriais

Testagem de HIV

O teste rápido de HIV foi feito no local do inquérito após a conclusão do aconselhamento pré-teste administrado por conselheiros certificados. A testagem do HIV no local foi feita usando o algoritmo nacional de testagem rápida para o HIV em uso nas unidades sanitárias públicas em Moçambique, constituído por dois testes rápidos administrados de forma sequencial. O rastreio de HIV foi feito com o teste rápido Alere Determine® HIV-1/2 (Abbott Laboratories, UK). Os resultados não reactivos foram considerados como sendo negativos, e os resultados reactivos foram confirmados usando o teste rápido Uni-Gold™ HIV (Trinity Biotech, Irlanda). Os participantes com resultados reactivos em ambos os testes foram classificados como sendo HIV positivos (Figura 7.1). Todos participantes receberam

Figura 5.7. Algoritmo de testagem de HIV para vigilância, IBBS-PID, 2014



aconselhamento pré e pós-teste, contendo mensagens específicas adaptadas aos resultados do seu teste. Os participantes com resultados reactivos ou discrepantes foram encaminhados para unidades sanitárias de referência nas duas cidades do inquérito. Duas amostras de gotas de sangue seco (Dried Blood Spot - DBS) em papéis de filtro eram preparadas para cada participante, com o consentimento explícito para a testagem de HIV e hepatite B e controlo de qualidade da testagem de HIV. As amostras em DBS foram armazenadas a temperatura ambiente no local do inquérito em contentores a prova de água com dessecantes e enviadas semanalmente ao Laboratório de Serologia do INS. A testagem no Laboratório de Serologia do INS, foi iniciada após a destruição do Código Individual do Participante.

Para a garantia da qualidade da testagem do HIV, 2% das amostras negativas e 5% das positivas foram seleccionadas aleatoriamente e enviadas a um laboratório regional de referência, National Institute for Communicable Diseases na África do Sul. A concordância foi de 97.7%.

Testagem de Hepatite B e C

Os testes rápidos de hepatite B e hepatite C foram também realizados no local do inquérito, após a conclusão do aconselhamento pré-teste administrado por pessoal certificado. A testagem de hepatite B foi feita através do teste rápido comercial Alere Determine® HbsAg (Abbott Laboratories, UK), para a determinação do antígeno de superfície-HBsAg, e a testagem de Hepatite C foi feita utilizando o teste rápido comercial SD Bioline HCV (Standard Diagnostics, Korea). Os participantes com resultados reactivos nos testes de hepatite B e C foram classificados como sendo HBV e HCV positivos respectivamente. O mesmo procedimento de aconselhamento e referência para os resultados positivos no teste de HIV foi efectuado para a testagem de HBV e HCV.

A testagem de hepatite B ao nível central realizada no Laboratório de Serologia do INS foi efectuada com o teste ELISA Murex® HBsAg Version 3 (Murex Biotech Limited, UK) e efectuou-se controlos internos de qualidade; a testagem de hepatite C centralizada não foi incluída no inquérito.

5.8. Procedimentos da estimativa do tamanho da população

Um dos principais objectivos do IBBS é de estimar o tamanho da população de PID nas cidades do inquérito. O recenseamento

e formas semelhantes de contagem de indivíduos não é viável para populações de difícil acesso, como a de PID, por ser uma população “escondida” tendo comportamento ilegal e estigmatizado. Na ausência de um padrão de ouro para recensear populações escondidas, recomenda-se o uso de múltiplos métodos. O uso de múltiplos métodos reforça a confiança nas estimativas, fornece limites superiores e inferiores aceitáveis, e reduz a probabilidade de alteração substancial dos resultados decorrente dos enviesamentos inerentes ao uso de um único método. Foram aplicadas quatro abordagens para a produção de várias estimativas do tamanho da população de PID em cada cidade, incluindo:

- Multiplicador de objecto único
- Sabedoria das multidões
- Amostragem sequencial
- Revisão da literatura

Após a colheita dos dados e compilação das estimativas de cada método, os membros das equipas, juntamente com as partes interessadas, avaliaram os pontos fortes e fracos de cada método para determinar a melhor estimativa e os limites aceitáveis do tamanho da população. O grupo decidiu que a mediana das quatro abordagens é a estimativa que mais aproxima a realidade e que os limites inferiores e superiores extrapolados da literatura são os limites aceitáveis para cada cidade.

Multiplicador de objecto único

O método de multiplicador de objecto único baseia-se no princípio da utilização de duas fontes de dados para avaliar a sobreposição das fontes. No caso do IBBS-PID, a primeira fonte utilizada foi a contagem de pessoas que receberam um objecto distribuído as PID antes de inquérito e a segunda fonte a proporção de participantes do inquérito que relataram ter recebido tal objecto. Para obter a primeira fonte de dados, utilizou-se como o objecto único chaveiros de lanternas contendo um autocolante IBBS-PID 2013.

Os chaveiros foram distribuídos por agentes comunitários de sensibilização (ACS) em vários locais frequentados por pessoas que injectam drogas (PID) em torno das cidades de Maputo e Nampula ao longo de um período de duas semanas antes do início do inquérito RDS. Os locais de distribuição foram seleccionados com base num mapeamento de locais feito durante a fase formativa. Na maior parte estes locais eram casas nos principais bairros de compra e venda de drogas “bocas” e os ACS trabalhavam juntamente com os distribuidores “dealers” que sabiam distinguir entre os clientes que usavam drogas injectáveis e os que usavam drogas não-injectáveis. Durante o processo de

distribuição do objecto os ACS abordavam pessoas que aparentavam ser PID e faziam uma série de três perguntas para determinar o sexo da pessoa, a sua idade, se a pessoa alguma vez havia usado drogas injectáveis, se o tivesse feito nos últimos 12 meses, e se alguma vez havia recebido o chaveiro. Os ACS preenchiam um ficheiro contendo as variáveis acima mencionadas para cada pessoa abordada. Caso as pessoas fossem elegíveis para receber o objecto, o ACS entregava o objecto e pedia que guardassem o objecto consigo sem dar ou vender a outra pessoa. Para obter a segunda fonte de dados, colocou-se uma série de perguntas no questionário do IBBS-PID (Anexo 12.7), que tinham como objectivo obter o número e a proporção de participantes do inquérito que receberam o objecto. Para calcular a estimativa da população com base nas duas fontes usou-se a seguinte fórmula: $N = 1/P * M = M/P$ na qual o N é o tamanho da população, o P a proporção RDSAT-adjustada de PID que relataram ter recebido o objecto por um ACS e M a contagem total de objectos (chaveiros) distribuídos para PID. O intervalo de confiança foi produzido usando a metodologia e fórmula descrita em Johnston et al. 2013.

Sabedoria das multidões

A metodologia da sabedoria das multidões é baseada no fenómeno em que o conhecimento colectivo de uma população, na média, proporciona o valor verdadeiro de uma estimativa. Embora ao nível de cada indivíduo a estimativa seja inferior ou superior ao valor real, a média (ou mediana) das estimativas individuais deve aproximar ou ser proporcional ao valor correcto. Para obter as estimativas individuais do tamanho da população das PID para cada cidade, colocou-se a seguinte pergunta no inquérito: “Aproximadamente quantas pessoas que chutam você acha que vivem dentro e em torno da cidade de <Maputo ou Nampula>?”. A mediana das respostas válidas e os intervalos interquartis foram utilizados para obter a estimativa da população neste método. Os participantes que deram a mesma resposta ou uma resposta inferior a aquela dada para o seu tamanho de rede pessoal foram excluídos da análise por dúvida de não terem percebido corretamente a pergunta.

Amostragem sequencial (Sequential sampling)

Foi utilizado o método do Handcock et al. de amostragem sequencial (SS), uma nova abordagem bayesiana para estimar o tamanho da população usando dados recolhidos por amostragem de cadeia de referência (RDS). O método SS pressupõe que num inquérito RDS os participantes com redes sociais mais extensas, os mais conectados socialmente, são mais propensos a terem participado no início do inquérito do que os participantes com redes sociais menores. Simulações usando Markov Chain Monte

Carlo (MCMC) são usadas para gerar o tamanho da população neste método. Os detalhes da metodologia encontram-se em outras publicações (Handcock, Gile, & Mar, 2014; Handcock, Gile, & Mar, 2015). Usou-se o pacote *sspse* no software RDS Analyst para a análise de dados (Handcock & Gile, 2015). No software a distribuição prévia do tamanho (prior size distribution) foi definida como plana (flat), o valor máximo do tamanho da rede pessoal (degree knowledge maximum) foi definido como 100 para Maputo e 50 para Nampula e a forma da distribuição dos tamanhos das redes pessoais (shape of the degree distribution) foi definida como Conway-Maxwell-Poisson. Usaram-se as definições padrão do MCMC: burnin 5000, interval 10 e number of samples 1000. Usou-se a estimativa da mediana e os intervalos interquartis produzidos no software.

Revisão da literatura

Foi realizada uma revisão da literatura para encontrar tamanhos populacionais relevantes, olhando especificamente para as estimativas disponíveis de países Africanos. Para produzir a estimativa da população PID em Maputo e Nampula aplicou-se a proporção adulta de PID da literatura a população adulta (faixa etária de 15-49) de cada cidade do inquérito no ano 2014 (com base nas projecções da população do INE).

5.9. Gestão de dados

Entrada de dados

Durante as entrevistas, os dados eram digitados directamente pelo entrevistador em um notebook usando o software QDS™. Os dados sobre a distribuição dos convites eram digitados pelo gestor de convites usando o software RDSCM. Os dados dos resultados dos testes rápidos feitos no local do inquérito eram digitados pelo supervisor semanalmente usando o EpiData versão 3.1 (EpiData Association, Odense Denmark). O supervisor carregava todos os ficheiros QDS, RDSCM e EpiData dos notebooks num armazém de dados que se encontrava num computador protegido por palavrassse no local, e encriptava os dados antes de enviar por correio electrónico para o Gestor de Dados. Os resultados do teste de HIV feitos no laboratório do INS, foram inseridos em uma base de dados no programa Census and Survey Processing System (CSPro).

Análises de dados

As diferentes bases de dados QDS, EpiData e CPro foram integradas com o software R (Versão 2.13 R Foundation for Statistical Computing Austria), e no mesmo programa fez-se a limpeza e recodificação das variáveis. Uma base de dados limpa e recodificada foi exportada, para ser analisada no programa RDS Analysis Tool (RDSAT) (Versão 7.1.38, www.respondentdriven-sampling.org) e R. O RDSAT é um software, desenvolvido para a análise de dados RDS que produz prevalências pontuais da população e intervalos de confiança de 95% para as variáveis dos indicadores chave. Os valores padrões do software foram utilizados, apenas alterou-se o número de re-amostras para bootstrap para 15 000 e o tipo de algoritmo foi definido como “Enhanced Data-smoothing”. O tamanho da rede de cada participante foi determinado pela seguinte pergunta: “Aproximadamente, quantas outras pessoas que injectam drogas você conhece pelo nome e que sabem o seu nome também?”.

No RDSAT produziu-se ponderadores exportados para o pacote estatístico R, para fazer análise bivariada com o objectivo de detectar associações com HIV. O relatório apresenta os valores-P do teste Wald de modelos lineares generalizados. As redes de recrutamento foram desenhadas usando Graphviz 2.38 (www.graphviz.org). Nas células da tabela em que o denominador é inferior a 20, a proporção e os intervalos de confiança foram substituídos por um traço.

5.10. Considerações éticas

Os participantes do inquérito pertencem a um grupo socialmente discriminado e o inquérito incluía questões sensíveis sobre o HIV, comportamento sexual e o consumo de drogas ilícitas. Por isso todas as medidas eticamente recomendadas foram tomadas para proteger os participantes.

O inquérito foi aprovado pelo Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) de Moçambique, o Comité de Pesquisa em seres humanos da UCSF e pelo Centro de Saúde Global do CDC

como uma actividade de pesquisa envolvendo seres humanos, mas em que o envolvimento do CDC não constitui “contacto com sujeitos humanos”. Qualquer incidente adverso foi comunicado aos comités usando um relatório formal. Todo o pessoal de recolha de dados beneficiou de uma formação sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos e assinou um acordo de confidencialidade antes de iniciar as suas funções no inquérito.

A participação no inquérito foi feita mediante consentimento informado por escrito. Para proteger a identidade dos participantes, não foi solicitado qualquer documento de identificação dos mesmos. Para os participantes que consentiram para o teste rápido de HIV, hepatite B ou hepatite C, foi feito o aconselhamento pré e pós testes por conselheiros certificados e todos os participantes com qualquer resultado positivo foram referidos para a Unidade Sanitária de Referência em Maputo e Nampula/Nacala indentificadas durante a avaliação formativa.

O anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados foram garantidos na recolha, envio e processamento de dados através de códigos de participantes e laboratoriais únicos. Todos os ficheiros do programa de registo de convites foram apagados e somente depois deste passo o laboratório foi autorizado a processar as amostras de sangue. Conforme é prática em estudos RDS, os participantes receberam incentivos primários pela sua participação no inquérito e incentivos secundários pela referência de membros da sua rede que fossem elegíveis e participassem no inquérito (50 MZN por referência com máximo cinco referencias). Os participantes foram igualmente reembolsados pelos custos de transporte (50 MZN). O valor do reembolso pelo transporte e o pacote de incentivos foram suficientemente modestos para não encorajar a participação de pessoas estranhas ao grupo alvo do inquérito. Os participantes referenciados a uma unidade sanitária para seguimento recebiam um valor de transporte em forma de crédito de telemóvel (20 MZN) ao apresentar o cartão de referência com o carimbo da unidade sanitária no local do inquérito.

6. Resultados

6.1. População do inquérito

Resumo do recrutamento

O recrutamento teve lugar entre Outubro de 2013 a Março de 2014, e durou aproximadamente 21 semanas em Maputo e 23 semanas em Nampula/Nacala (Tabela 6.1). Foram identificadas sete sementes em Maputo, das quais cinco participaram, porém, somente três contribuíram para o recrutamento dos participantes. Destas sementes, a cadeia de uma semente consistia de 252 participantes, a cadeia de outra semente 80 participantes e a cadeia da próxima 19 participantes. O número máximo de ondas de recrutamento em Maputo foi 13.

Em Nampula/Nacala foram identificadas cinco sementes. Contudo, somente uma semente contribuiu para o recrutamento da maior parte dos participantes do inquérito num total de 123 (88.5%). O número máximo de ondas de recrutamento foi 11.

Os dois diagramas na Figura 6.1.A ilustram as cadeias de recrutamento de Maputo e Nampula/Nacala, os círculos castanhos representam participantes na faixa etária de 18 a 24 anos de idade, os círculos cinzas os participantes na faixa etária de 25 a 34 anos de idade e os círculos pretos representam os

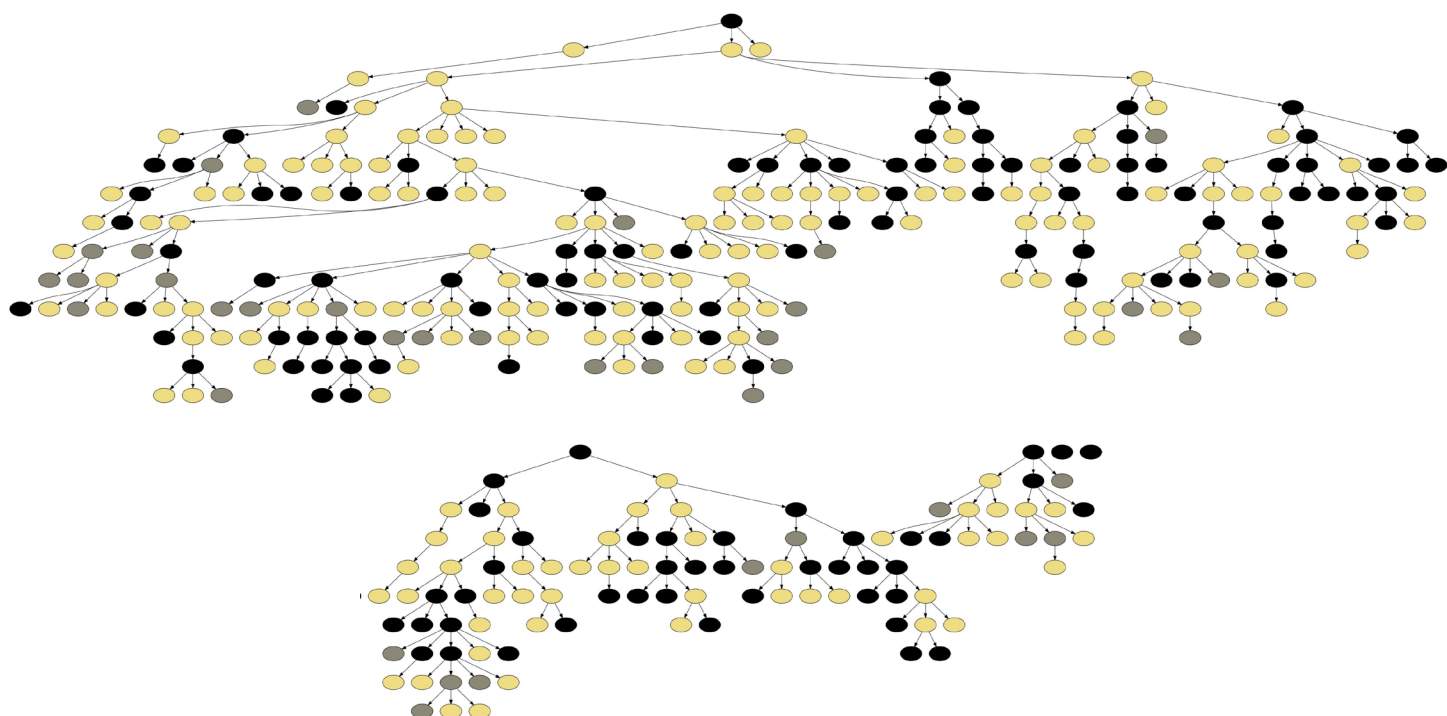
participantes com 35 ou mais anos de idade. Em Maputo vê-se que as cinco sementes que participaram do inquérito tinham 35 ou mais anos de idade. E ao longo do processo de recrutamento a idade dos participantes foi-se diversificando, o que quer dizer que os participantes com 35 ou mais anos de idade recrutaram não só participantes na mesma faixa etária mas também os da faixa etária de 18 a 24 anos de idade e os da 25 a 34 anos. Em Nampula/Nacala vê-se que a semente que mais contribui para o recrutamento dos participantes do inquérito estava na faixa etária de 18 a 24 anos de idade, que por sua vez recrutou participantes na mesma faixa etária que a sua, e os participantes recrutados por ela recrutam não só participante na faixa etária de 18 a 24 anos bem como os da faixa etária de 25 a 34 anos de idade, 35 ou mais anos e vice-versa. Isto demonstra que apesar do facto das sementes não terem sido seleccionadas aleatoriamente, a amostra acaba sendo aleatória.

Tabela 6.1 Resumo do recrutamento com RDS do IBBS-PID, 2014

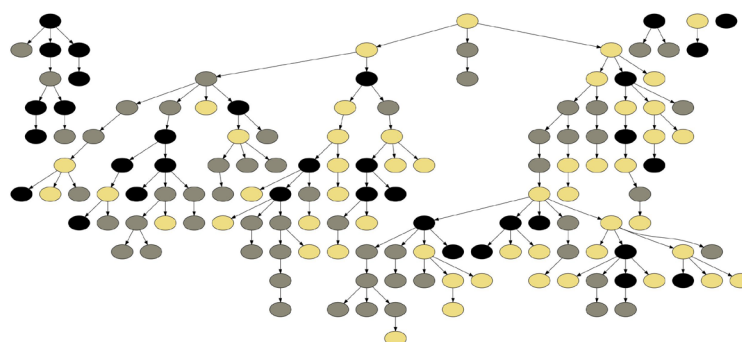
Cidade	Duração de recrutamento (em semanas)	Número de cadeias	Média de número por onda de cadeia	Composição por cadeia de recrutamento		
				Número de participantes por cadeia	Proporção de participantes por cadeia	Número máximo de ondas por cadeia
Maputo	21	5	7	252	71.4%	13
				80	22.7%	9
				19	5.4%	4
				1	0.3%	0
				1	0.3%	0
Nampula/ Nacala	23	5	6	123	88.5%	11
				10	7.2%	4
				3	2.2%	1
				2	1.4%	1
				1	0.7%	0

Figura 6.1.A. Rede de recrutamento em Maputo e Nampula/Nacala, IBBS-PID, 2014

Maputo



Nampula/Nacala



- Faixa etária 18–24
- Faixa etária 25–34
- Faixa etária ≥35

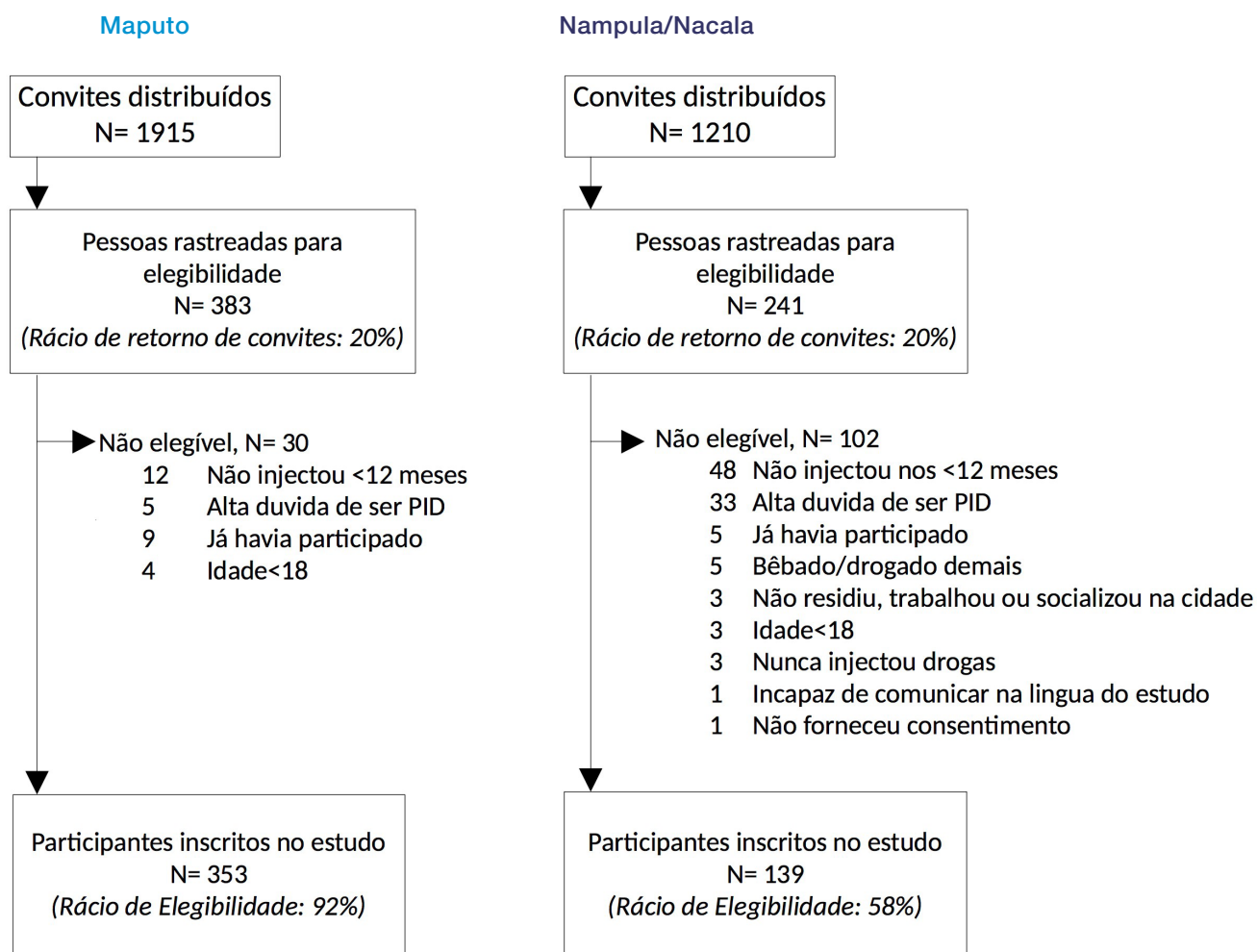
Resumo de elegibilidade e inscrição no inquérito

Foram distribuídos um total de 3125 convites de referência para os participantes do inquérito (máximo de três convites por participante), sendo 1915 em Maputo e 1210 em Nampula/Nacala, respetivamente. Destes 383 e 241 retornaram para o inquérito por pessoas rastreadas para elegibilidade. O equivalente a uma taxa de retorno de 20% tanto em Maputo como em Nampula/Nacala.

6.2. Características sociodemográficas

A elegibilidade de todas as pessoas que se apresentaram no local onde decorria o inquérito com um convite válido foi verificada e 353 pessoas foram inscritas no inquérito em Maputo, o que resultou numa taxa de elegibilidade de 92%. Em quanto em Nampula/Nacala foram elegíveis 139 pessoas das 241 que se apresentaram, resultando na taxa de elegibilidade de 58%. Nos dois locais, o motivo mais comum da inelegibilidade foi o facto de a pessoa não ter injectado droga nos 12 meses anteriores à realização do inquérito (antes de se alterar o critério de inclusão). O tamanho final da amostra foi de 353 em Maputo e 139 em Nampula/Nacala.

Figura 6.1.B Fluxo de recrutamento em Maputo e Nampula/Nacala, IBBS-PID, 2014

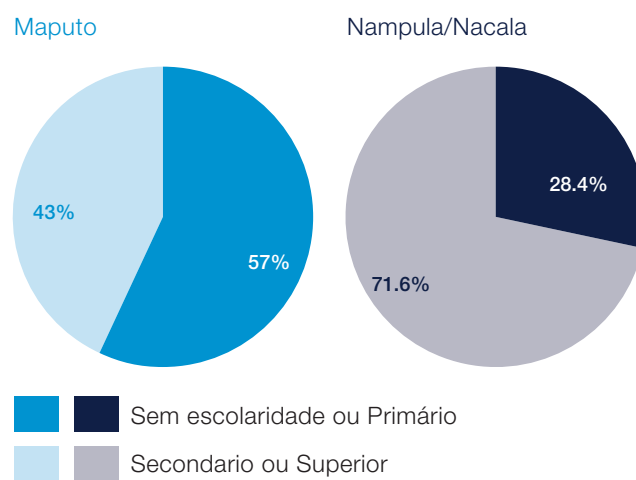


Amostra (dados brutos) versus população (dados ponderados)

Uma população é definida como uma colecção de unidades individuais, que podem ser pessoas com uma ou mais características em comum. No caso deste IBBS, a população alvo inclui todas as PID das áreas urbanas onde foi realizado o inquérito. Sendo que não é prático nem possível recolher dados de todas as PID em cada área, o IBBS foi realizado com base numa amostra representativa da população de PID. Uma amostra é definida como um subconjunto da população. Uma amostra recolhida de forma rigorosa pode ser usada para fazer estimativas da população. As tabelas deste relatório apresentam o tamanho da amostra (chamado de N: Bruto) numa coluna, e noutra coluna os dados e intervalos de confiança ajustados com ponderadores (IC 95%: Ponderada), que são as inferências feitas para a população de PID. Os dados ajustados foram obtidos através do software RDSAT 7.1.38

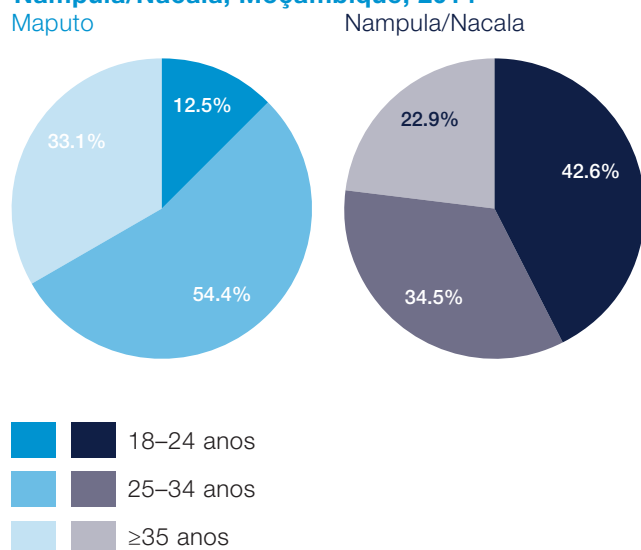
Em Maputo, 65.4% da população das PID era solteira (nunca casada), 16.7% era casada ou estava em união marital e 17.8% era viúva/divorciada ou separada. Em Nampula/Nacala, 49.7% era solteira, 32.1% era casada ou estava em uma união marital e 18.3% era viúva/divorciada ou separada. Em termos de escolaridade, 57.0% das PID em Maputo e 28.4% em Nampula/Nacala tinha escolaridade primária ou menos (Figura 6.2.B).

Figura 6.2.B: Nível de escolaridade das PID, em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



Em Maputo, a idade mediana dos participantes foi de 33 anos, enquanto em Nampula/Nacala foi de 28 anos (Tabela 6.2). A Figura 6.2.A. apresenta a distribuição da população de PID por faixa etária. A maioria das PID era do sexo masculino (92.9% e 97.0%, respectivamente em Maputo e Nampula/Nacala).

Figura 6.2.A. Faixa etária das PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



Em ambos locais, o Português era a língua principal falada em casa, representando 71.4% e 67.6% para Maputo e Nampula/Nacala. Entre as PID que falam outra língua principal em casa, a maioria falava Changana/Ronga em Maputo e Macua em Nampula/Nacala. Em Maputo, a religião principal entre as PID era a religião cristã (59.1%), enquanto em Nampula/Nacala era a religião muçulmana (53.4%). Quase toda a população das PID em Maputo e Nampula/Nacala era de nacionalidade Moçambicana, respectivamente 99.9% e 97.6%. Dentre as PID com nacionalidade estrangeira todos tinham nacionalidade de outros países Africanos.

Tabela 6.2: Informação demográfica das PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada
Faixa etária						
18–24	37	10.5	12.5 (7.7–17.0)	55	39.6	42.6 (30.1–56.7)
25–34	179	50.7	54.4 (47.4–60.6)	50	36.0	34.5 (24.1–45.3)
≥35	137	38.8	33.1 (27.6–40.6)	34	24.5	22.9 (12.0–34.4)
Mediana bruta (min, max)	33 (19, 56)	28 (18, 60)				
Sexo						
Masculino	332	94.1	92.9 (87.8–97.1)	135	97.1	97.0 (92.6–100)
Feminino	21	5.9	7.1 (2.9–11.9)	4	2.9	3.0 (0.0–7.3)
Estado Civil						
Solteiro/nunca casou	226	64.0	65.4 (58.7–72.1)	63	45.3	49.7 (38.4–61.8)
União matrital / casado	55	15.6	16.7 (10.9–23.1)	48	34.5	32.1 (21.7–43.5)
Viúvo/divorciado/separado	72	20.4	17.8 (13.1–23.0)	28	20.1	18.3 (9.6–27.6)
Estado do estudante						
Actualmente estuda	1	0.3	NE	21	15.1	14.0 (6.7–23.3)
Não estuda	352	99.7	NE	118	84.9	86.0 (76.2–93.4)
Nível de escolaridade						
Sem escolaridade/Primario	181	51.4	57.0 (49.5–64.0)	29	20.9	28.4 (16.5–40.6)
Secundário/Superior	171	48.6	43.0 (35.9–50.4)	110	79.1	71.6 (59.0–83.7)
Sem resposta	1	–		0	–	
Língua falada em casa						
Português	270	76.5	71.4 (64.4–78.3)	105	75.5	67.6 (55.1–79.7)
Outra*	83	23.5	28.6 (21.7–35.5)	34	24.5	32.4 (20.1–45.0)
Religião						
Cristiana (Católica, Evangelica, Protestante)	191	54.1	59.1 (52.0–66.3)	56	40.3	43.9 (31.7–54.3)
Muçulmana	66	18.7	16.2 (11.0–21.5)	77	55.4	53.4 (42.2–65.8)
Outra/Nenhuma	96	27.2	24.6 (18.9–31.2)	6	4.3	2.8 (0.3–6.5)
Nacionalidade						
Moçambicana	351	99.4	99.8 (99.4–100)	132	95.0	96.7 (93.2–99.3)
Estrangeira	2	0.6	0.2 (0.0–0.6)	7	5.0	3.3 (0.7–6.9)
Provincia de Residência Principal						
Provincia do inquérito	351	99.4	99.9 (99.7–100)	133	95.7	97.6 (94.8–99.6)
Outro lugar	2	0.6	0.1 (0.0–0.3)	6	4.3	2.4 (0.5–5.2)

* Ronga/Changana em Maputo e Macua em Nampula
 NE: Não estimado

6.3. Consumo de drogas

Resultados Chave

- Entre as PID, 38.1% em Maputo e 27.5% em Nampula/Nacala tinha menos de 18 anos de idade ao usar drogas pela primeira vez.
- Aproximadamente uma em 10 PID injectou drogas pela primeira vez antes dos 18 anos de idade.
- Cerca de uma em 10 PID alguma vez recebeu drogas em troca de sexo em ambas as cidades.
- Em Maputo 61.9% das PID e em Nampula/Nacala 19.5% consumiu drogas injectáveis diariamente.
- Uma em quatro PID injectou drogas pela primeira vez há mais de 10 anos e 5.1% das PID injectou pela primeira vez dentro do último ano.
- A heroína era a droga de preferência entre as PID (81.3% Maputo e 73.0% Nampula/Nacala)
- A casa do traficante era um dos principais locais de consumo de drogas injectáveis em Maputo (88.3%) e na casa de outra pessoa que injecta (55.2%) em Nampula/Nacala.

Tabela 6.3.A: Consumo de drogas (incluindo as não injectáveis) entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada
Idade do primeiro consumo de drogas						
<18	141	41.0	38.1 (30.8–44.9)	51	36.7	27.5 (19.0–37.1)
18–24	148	43.0	46.1 (39.1–52.9)	67	48.2	51.4 (40.2–62.5)
≥25	55	16.0	15.8 (11.3–21.6)	21	15.1	21.0 (11.9–31.3)
Sem resposta	9	–		0	–	
Mediana bruta (min, max)	18 (9, 46)	18 (10, 47)				
Alguma vez recebeu drogas em troca de sexo						
Sim	47	13.4	11.4 (7.5–16.0)	20	14.4	10.3 (5.0–16.1)
Não	305	86.6	88.6 (84.0–92.6)	119	85.6	89.7 (83.8–94.9)
Sem resposta	1	–		0	–	
Frequência do consumo de drogas nos últimos 12 meses						
Não usou nos últimos 12 meses	6	1.7	3.1 (0.4–7.2)	3	2.2	0.5 (0.0–2.3)
Algumas vezes por ano ou mês	31	8.8	9.3 (5.2–13.3)	29	20.9	36.3 (28.6–51.0)
Algumas vezes por semana	46	13.0	13.7 (9.4–19.3)	48	34.5	33.1 (22.1–38.7)
Diariamente	270	76.5	73.9 (67.4–80.5)	59	42.4	30.0 (17.5–41.5)
Usou drogas no último mês						
Sim	345	98.0	96.8 (92.8–99.5)	130	93.5	95.0 (89.2–99.1)
Não	7	2.0	3.2 (0.5–7.3)	9	6.5	5.0 (1.0–10.9)
Sem resposta	1	–		0	–	

A idade mediana do primeiro contacto de droga era de 18 anos nas duas áreas do inquérito (Tabela 6.3.A). Em Maputo e Nampula/Nacala, 38.1% e 27.5% das PID teve o primeiro contacto com algum tipo de droga com menos de 18 anos de idade. Entre as PID, 11.4% em Maputo e 10.3% em Nampula/Nacala alguma vez em sua vida recebeu droga em troca de sexo. A maioria das PID usou drogas no mês anterior ao inquérito (96.8%) em Maputo e 95.0% em Nampula/Nacala. Nos 12 meses anteriores a realização do inquérito 73.9% das PID usou drogas diariamente em Maputo, 13.7% usou drogas algumas vezes por semana e 9.3% algumas vezes por mês ou ano. Em Nampula/Nacala, 30.0% das PID usou drogas diariamente, 33.1% algumas vezes por semana e 36.3% algumas vezes por mês ou ano.

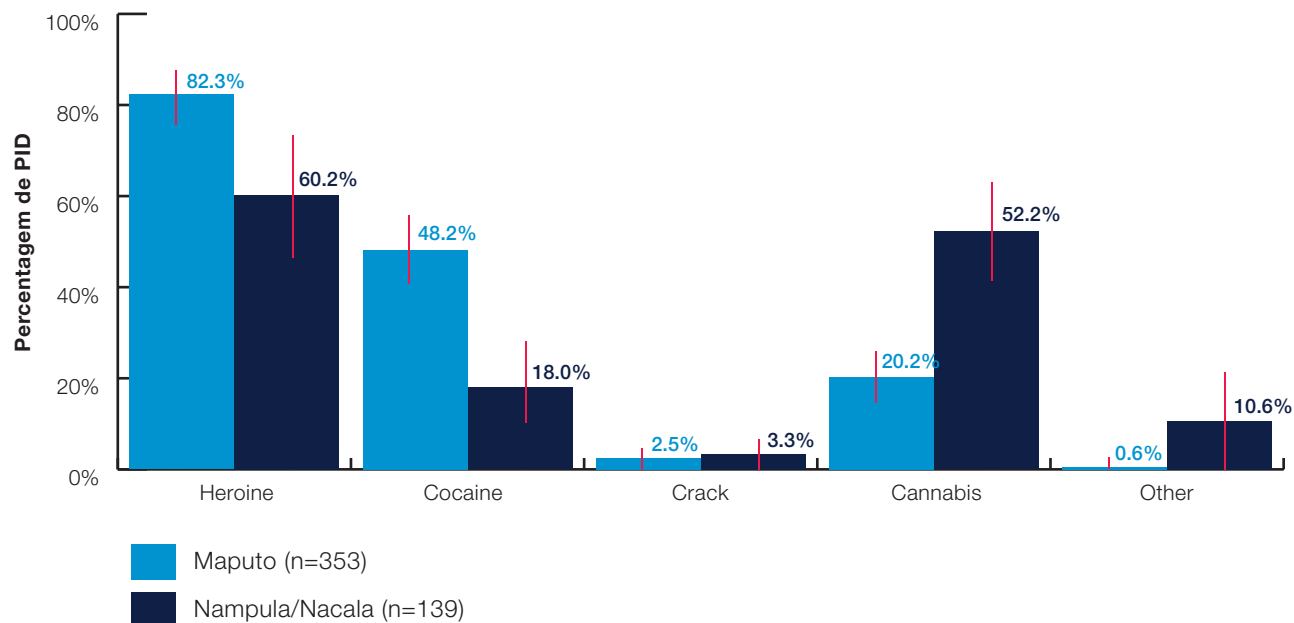
Em Maputo, a heroína era a droga principal consumida pelas PID (82.3%); a cocaína era consumida por 48.2% das PID, a cannabis (suruma, maconha ou haxixe) era consumida por 20.2% das PID (Figura 6.3.A). Em Nampula/Nacala, a heroína era consumida por 60.2% das PID, a cocaína por 18.0% e a cannabis por 52.2% das PID. As outras drogas usadas incluíam crack, morfina, coquetel (mistura de drogas), Rohypnol®, extasy, inalantes e tranquilizantes.

Em Maputo, 48.8% das PID consumiu drogas injectáveis pela primeira vez entre 18 e 24 anos, contra 60.1% em Nampula/Nacala (Tabela 6.3.B). O primeiro uso de drogas injectáveis com idade menor de 18 anos foi de 7.0% em Maputo e 9.6% em Nampula/Nacala. A idade mediana da primeira injeção foi aos 24 anos em Maputo e 20 em Nampula/Nacala. A mediana de tempo de uso de drogas injectáveis era de sete anos em Maputo e cinco anos em Nampula. Uma em quatro PID (28.9% em Maputo e 22.9% em Nampula/Nacala) consumia drogas injectáveis há mais de 10 anos e aproximadamente uma em 20 PID iniciou o consumo dentro do último ano.

A heroína era a droga injectável de preferência para 82.2% das PID em Maputo, enquanto a cocaína era a droga de preferência para 17.8% das PID (Figura 6.3.B). Em Nampula/Nacala, a heroína era a droga injectável de preferência (73.3% das PID) enquanto a cocaína era a droga injectável de preferência para 14.0% das PID. As outras drogas de preferência injectadas pelas PID (12.7%) incluíam crack, coquetel e cannabis. O lugar preferencialmente usado para injectar drogas em Maputo era a casa do traficante (88.3% das PID). Outros lugares de consumo incluíam a própria casa (7.0%), a casa duma outra PID (7.5%) e edifícios abandonados (6.8%). Em Nampula/Nacala, 55.2% das PID injectava na casa duma outra PID, 42.7% na sua própria casa e 30.4% na casa do traficante (Figura 6.3.C).

Em Moçambique, algumas PID dependem da ajuda de outras pessoas que fazem a injeção venosa da droga. Em Maputo, cerca de metade das PID (48.6%) era injectada por funcionários dos vendedores de drogas (Figura 6.3.D), 41.9% injectava sozinho e 25.2% era injectada por um amigo. Enquanto que em Nampula/Nacala, 57.7% injectava sozinho, 63.3% era injectada por amigos, e 13.2% por vendedores de drogas.

Figura 6.3.A. Tipos de drogas (incluindo não injectáveis) usadas pelas PID no mês anterior ao inquérito, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



Note: Estas categorias não são exclusivas

*Outras drogas

Tabela 6.3.B: Consumo de drogas injectáveis entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada
Idade do primeiro consumo de drogas injectáveis						
<18	37	10.9	7.0 (4.5–10.7)	19	13.7	9.6 (4.6–15.0)
18–24	152	44.7	48.8 (41.9–55.4)	83	59.7	60.1 (50.5–70.3)
≥25	151	44.4	44.2 (36.9–50.8)	37	26.6	30.3 (19.8–40.7)
Sem resposta	13	–		0	–	
Mediana bruta (min, max)	24 (9, 46)	20 (14, 47)				
Anos desde que iniciou o consumo de drogas injectáveis						
0	11	3.2	4.4 (1.4–7.7)	5	3.6	5.1 (1.6–9.6)
1–5	122	35.9	41.6 (34.5–50.7)	72	51.8	52.2 (40.9–63.2)
6–10	87	25.6	25.1 (18.0–30.6)	27	19.4	19.8 (12.8–29.7)
≥11	120	35.3	28.9 (22.7–36.0)	35	25.2	22.9 (12.2–33.0)
Sem resposta	13	–		0	–	
Mediana bruta	7 (0, 35)	5 (0, 29)				
Frequência do consumo de drogas via injeção nos últimos 12 meses						
Não injectou nos últimos 12 meses	18	5.1	8.6 (3.9–13.9)	7	5.0	4.2 (0.5–8.9)
Algumas vezes por ano ou mês	56	15.9	16.0 (11.3–21.2)	43	30.9	42.5 (33.1–56.7)
Algumas vezes por semana	39	11.0	13.6 (8.7–18.6)	54	38.8	33.9 (24.2–41.3)
Diariamente	240	68.0	61.9 (54.3–69.3)	35	25.2	19.5 (10.6–29.0)
Droga injectável de preferência						
Heroína	305	86.6	82.2 (76.0–87.7)	105	76.1	73.3 (62.0–84.0)
Cocaina	47	13.4	17.8 (12.3–24.0)	18	13.0	14.0 (5.4–22.3)
Outra	0	0.0	0.0 (0.0–0.0)	15	11.6	12.7 (6.1–22.5)
Sem resposta	1	–		1	–	

Figura 6.3.B Drogas injectadas com maior frequência em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

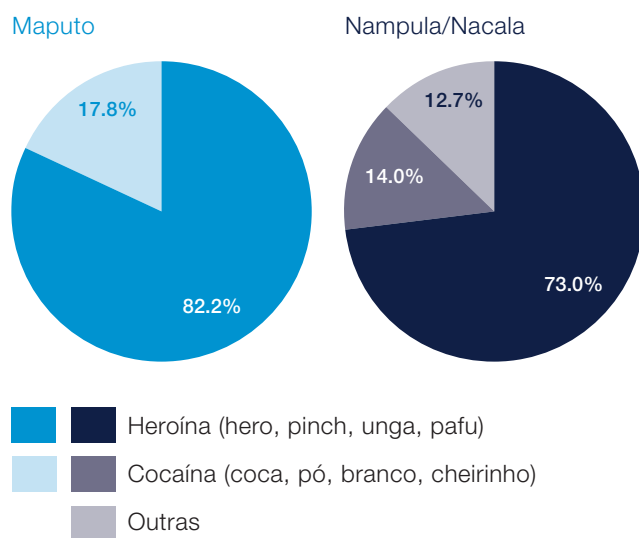
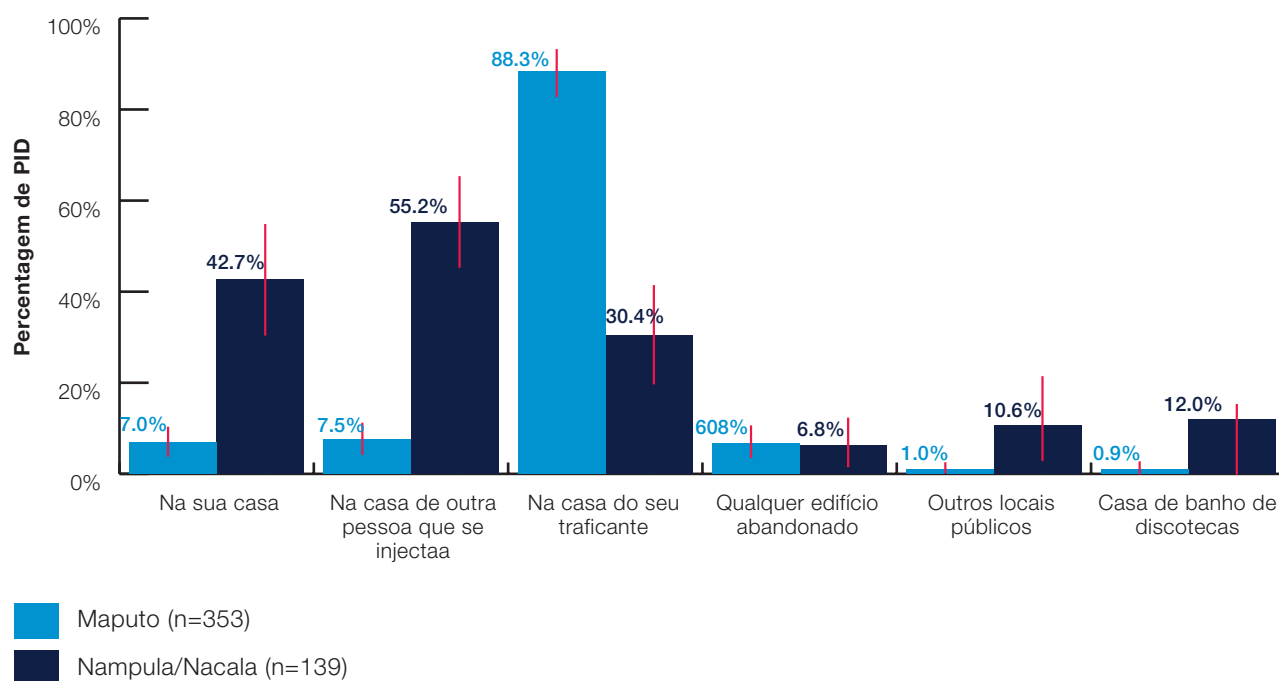
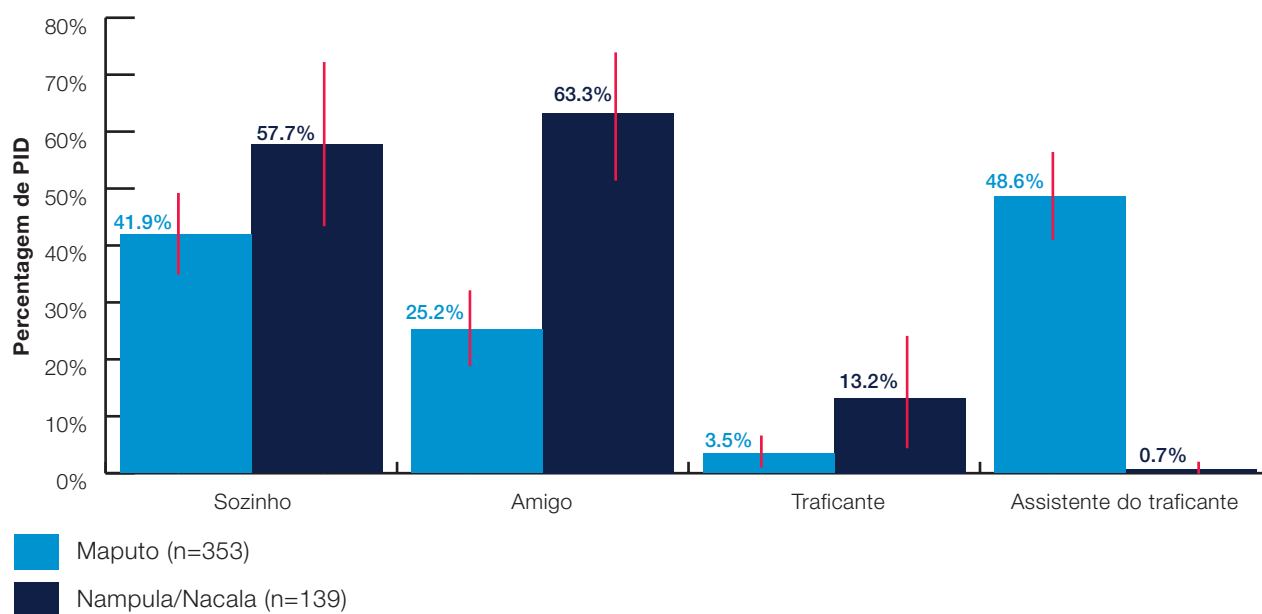


Figura 6.3.C. Locais de consumo de drogas injectáveis (máximo de duas respostas por participante) pelas PID, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



*Outros locais inclui hospital, cinema, terminal de chapa, rua, parque ou praia
 Nota: As categorias não são mutuamente exclusivas

Figura 6.3.D. Tipos de pessoas que fazem a injeção da droga na veia para as PIDc, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



Note: As cateforias não são exclusivas

6.4. Práticas de risco no consumo de drogas injectáveis

Resultados Chave

- Mais de quatro em 10 PID (50.3% em Maputo e 42.4% em Nampula/Nacala) partilharam agulhas ou seringa alguma vez na sua vida.
- Uma em cinco PID em Nampula/Nacala e uma em 10 PID em Maputo não teve acesso a seringas novas.
- Aproximadamente uma em 10 PID em Maputo e Nampula/Nacala usou uma agulha ou seringa depois de esta ter sido usada por outra pessoa na última vez que injectou.
- Aproximadamente uma em quatro PID (24.9% em Maputo e 22.7% em Nampula/Nacala) passou uma agulha ou seringa para outra pessoa depois de a ter usado na última vez que injectou.
- Seis em 10 PID em Maputo (67.5%) e nove em 10 em Nampula/Nacala (92.8%) injectaram no mês anterior ao inquérito.
- Uma em quatro PID partilhou seringas no mês anterior ao inquérito.

A Tabela 6.4.A apresenta resultados sobre as práticas de risco no consumo de drogas injectáveis entre as PID relacionados com as infecções transmitidas pelo sangue (ex: HIV, HBV, HCV). Mais de quatro em dez PID (50.2% em Maputo e 42.4% em Nampula/Nacala) partilharam agulhas ou seringas pelo menos uma vez na sua vida. A partilha de seringa acontece na maior parte com amigos de encontro frequente, 40.2% em Maputo e 21.9% em Nampula/Nacala. Em Maputo 5.3% e em Nampula/Nacala 7.1% das PID partilhou alguma vez com um parceiro sexual. Uma em 10 PID partilhou com alguém que faz a injeção de drogas (Figura 6.4.A).

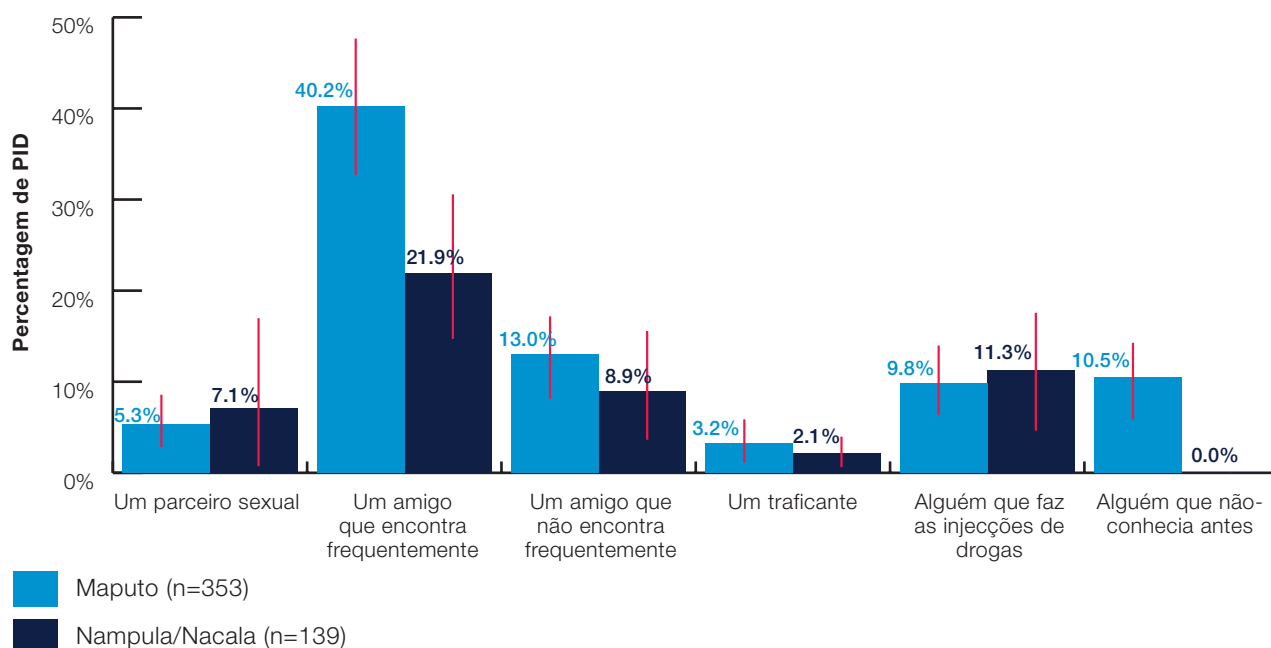
Duas em 10 PID em Nampula/Nacala (21.1%) e uma em 10 PID em Maputo (10.4%) não tinha acesso a seringas novas. Em Maputo, as farmácias eram os locais mais comuns para a aquisição de novas seringas, utilizadas por 85.7% das PID em Maputo e 60.0% em Nampula/Nacala para obter seringas (Figura 6.4.B). No entanto, uma em quatro PID comprava seringas novas de traficantes de drogas e em Nampula/Nacala 35.6% das PID comprava - as de trabalhadores de saúde.

Tabela 6.4.A: Práticas de risco no consumo de drogas injectáveis entre as PID relacionados as infecções transmitidas pelo sangue, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI):Ponderada	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI):Ponderada
Alguma vez partilhou agulhas ou seringas*						
Sim	189	53.5	50.3 (43.0–57.6)	69	49.6	42.4 (31.0–55.0)
Não	164	46.5	49.7 (42.4–57.0)	70	50.4	57.6 (45.0–69.0)
Tem acesso a seringas novas						
Sim	315	89.2	89.6 (85.4–93.6)	110	79.7	78.9 (69.6–87.2)
Não	38	10.8	10.4 (6.5–14.8)	28	20.3	21.1 (12.9–30.1)
Sem resposta	0	–		1	–	

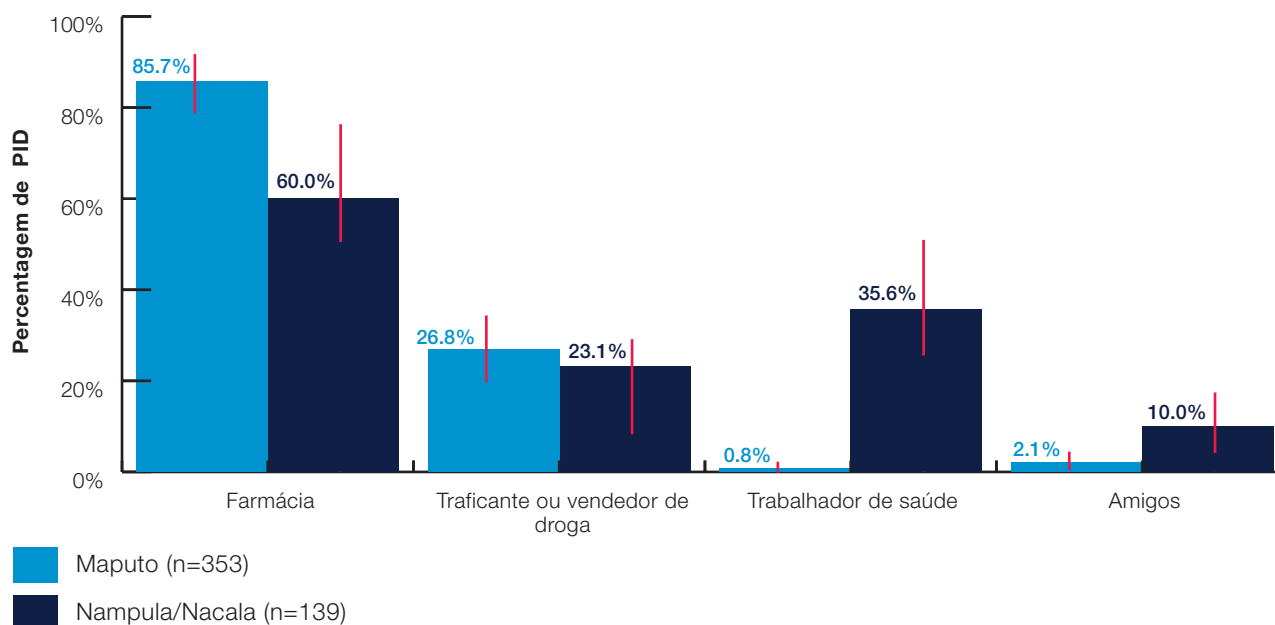
* Este indicador foi composto por todas as respostas as perguntas no questionário sobre partilha de seringa.

Figura 6.4.A. Pessoas com quem as PID alguma vez partilharam agulhas ou seringas, Maputo and Nampula/Nacala, Mozambique, 2014



Nota: As categorias não são mutuamente exclusivas

Figura 6.4.B. Locais aonde as PID adquiriam seringas novas, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



Nota: As categorias não são mutuamente exclusivas

A Tabela 6.4.B apresenta dados sobre as práticas de risco durante o último consumo de drogas injectáveis. Durante a última injeção de drogas 61.2% das PID em Maputo e 71.1% em Nampula/Nacala usou uma agulha ou seringa completamente nova e nunca usada anteriormente; e 80.0% das PID em Maputo e 92.0% em Nampula/Nacala usou uma agulha/seringa usada exclusivamente por eles mesmos.

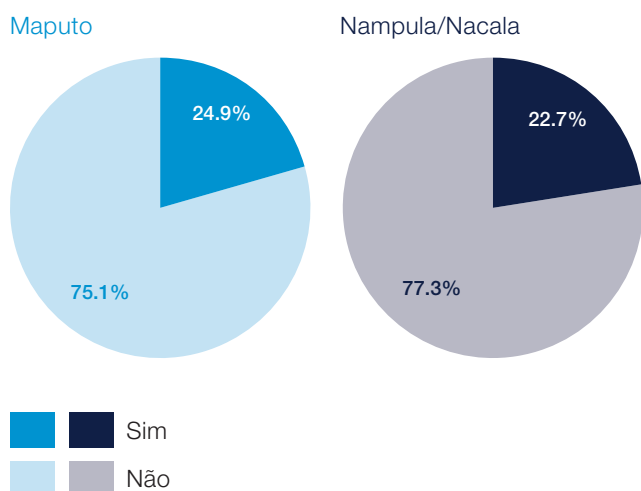
Uma em 20 PID (5.8% em Maputo e 6.9% em Nampula/Nacala) usou uma seringa preparada por outra pessoa. E aproximadamente uma em 10 PID (14.3% e 8.0% respectivamente em Maputo e Nampula/Nacala) usou uma agulha ou seringa após outra pessoa; e 24.9% das PID em Maputo e 22.7% em Nampula/Nacala deu a sua agulha ou seringa usada para outra pessoa usar.

Tabela 6.4.B: Práticas de risco na última vez que injectou drogas entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N: Bruto	:% Bruta	% (95% CI): Ponderada	N:Bruto	:% Bruta	% (95% CI): Ponderada
Injectou com uma agulha ou seringa completamente nova que ninguém nem você tinha usado antes*						
Sim	196	59.9	61.2 (53.4–67.9)	95	68.8	71.1 (61.4–79.9)
Não	131	40.1	38.8 (32.2–46.7)	43	31.2	28.9 (20.2–39.0)
Sem resposta	26	–		1	–	
Injectou com uma agulha/seringa usada apenas por si e mais ninguém						
Sim	250	82.5	80.0 (71.7–85.2)	105	88.2	92.0 (84.9–96.7)
Não	53	17.5	20.0 (14.9–28.2)	14	11.8	8.0 (3.4–15.0)
Sem resposta	50	–		20	–	
Injectou com uma agulha ou seringa preparada por outra pessoa						
Sim	21	6.9	5.8 (3.1–10.4)	13	10.9	6.9 (2.6–13.5)
Não	284	93.1	94.2 (89.5–96.8)	106	89.1	93.1 (86.6–97.5)
Sem resposta	48	–		20	–	
Usou uma agulha/seringa de outra pessoa depois de ela injectar						
Sim	38	12.5	14.3 (9.8–22.1)	14	11.8	8.0 (3.3–15.1)
Não	265	87.5	85.7 (77.7–90.0)	105	88.2	92.0 (85.1–96.6)
Sem resposta	50	–		20	–	
Passou a agulha/seringa a outra pessoa depois de injectar						
Sim	87	27.4	24.9 (20.0–33.4)	26	21.8	22.7 (13.2–33.5)
Não	230	72.6	75.1 (66.7–79.9)	93	78.2	77.3 (66.7–86.8)
Sem resposta	36	–		20	–	
Partilhou algum instrumento usado para preparar a droga, por exemplo, colher ou tampa						
Sim	101	31.3	30.9 (24.6–38.5)	57	47.9	44.7 (32.7–57.6)
Não	222	68.7	69.1 (61.7–75.4)	62	52.1	55.3 (42.1–67.6)
Sem resposta	30	–		20	–	
Partilhou qualquer outro equipamento de injeção, por exemplo, algodão ou desinfectante						
Sim	46	14.2	11.1 (6.9–15.7)	20	16.7	18.8 (10.2–27.7)
Não	277	85.8	88.9 (84.2–93.0)	100	83.3	81.2 (72.6–89.9)
Sem resposta	30	–		19	–	

*Os que não tinham acesso a seringas novas entram na categoria de não terem usado seringa nova.

Figura 6.4.C Entrega de uma agulha/seringa usada para outra pessoa usar durante o último consumo de drogas injectáveis, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



No mês anterior ao inquérito 67.5% das PID em Maputo e 92.8% em Nampula/Nacala injectou drogas (Tabela 6.4.C). Durante este período, 44.3% e 10.1% das PID em cada local injectou drogas diariamente. Em Nampula/Nacala, 77.2% das PID injectou entre 1-14 dias durante este período. Quase uma em cada quatro PID em Maputo injectou três ou mais vezes na última vez que injectou no mês anterior ao inquérito, e sete em 10 PID em Nampula/Nacala injectou uma vez no mesmo período.

Aproximadamente uma em quatro PID (26.1% em Maputo e 28.6% em Nampula/Nacala) partilhou seringas neste período e cerca de uma em 10 PID (14.1% e 11.0%) partilhou seringas com três ou mais pessoas. Neste mesmo grupo de PID, duas em cada 10 injectou duas vezes no último dia em que injectou em Maputo e Nampula/Nacala (Figura 6.4.F).

Figura 6.4.D Uso de uma agulha/seringa usada por outra pessoa durante o último consumo de drogas injectáveis, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

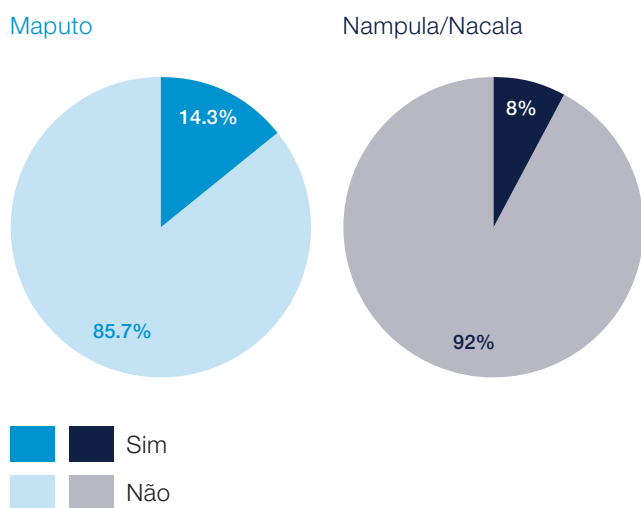


Tabela 6.4.C: Práticas de risco durante o mês anterior ao inquérito entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI):Ponderada	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI):Ponderada
Injectou no mês anterior ao inquérito						
Sim	267	75.9	67.5% (58.6–76.7)	124	89.2%	92.8% (87.9–98.0)
Não	85	24.1	32.5% (23.3–41.3)	15	10.8%	7.2% (2.0–11.9)
Sem resposta	1	–		0	–	
Durante os últimos trinta dias, em quantos dias é que injectou						
0	86	24.4	31.0% (21.8–40.9)	15	10.8%	6.8% (1.8–11.5)
1–14	44	12.5	12.4% (8.1–17.5)	89	64.0%	77.2% (67.5–87.7)
15–29	41	11.6	12.2% (8.1–17.1)	13	9.4%	6.0% (2.8–10.0)
30 (todos dias)	181	51.4	44.3% (35.4–52.7)	22	15.8%	10.1% (3.6–18.2)
Sem resposta	1	–		0	–	
Durante o último dia em que injectou quantas vezes é que injectou						
Não injectou nos últimos 30 dias	86	25.4	31.7% (21.9–42.2)	15	10.8%	7.0% (1.7–11.2)
1	71	21.0	21.7% (16.2–28.4)	74	53.2%	66.8% (57.1–78.2)
2	82	24.3	22.8% (16.4–28.9)	32	23.0%	20.2% (12.5–28.9)
≥3	99	29.3	23.8% (15.9–31.7)	18	12.9%	5.9% (2.4–9.8)
Sem resposta	15	–		0	–	
Mediana Bruta (min, max)	2 (1, 8)	1 (1, 30)				
Partilhou seringas no último mês						
Sim	105	29.7	26.1% (20.4–32.8)	41	29.5%	28.6% (19.8–38.2)
Não	248	70.3	73.9% (67.2–79.6)	98	70.5%	71.4% (61.7–80.2)
Com quantas pessoas partilhou seringa no último mês						
0	248	70.3	74.1% (67.6–79.6)	98	70.5%	70.8% (61.8–80.2)
1–2	26	7.4	6.8% (3.9–10.5)	24	17.3%	18.3% (9.7–26.5)
≥3	55	15.6	14.1% (9.6–19.3)	17	12.2%	11.0% (5.5–17.4)
Partilhou mas não lembra c/ quantos	24	6.8	5.1% (2.4–8.4)	0	0.0%	0.0% (0.0–0.0)
Mediana Bruta (min, max)	0 (0, 60)	0 (0, 15)				

Figura 6.4.E Partilha de seringas entre as PID no mês anterior ao inquérito, Moçambique, 2014

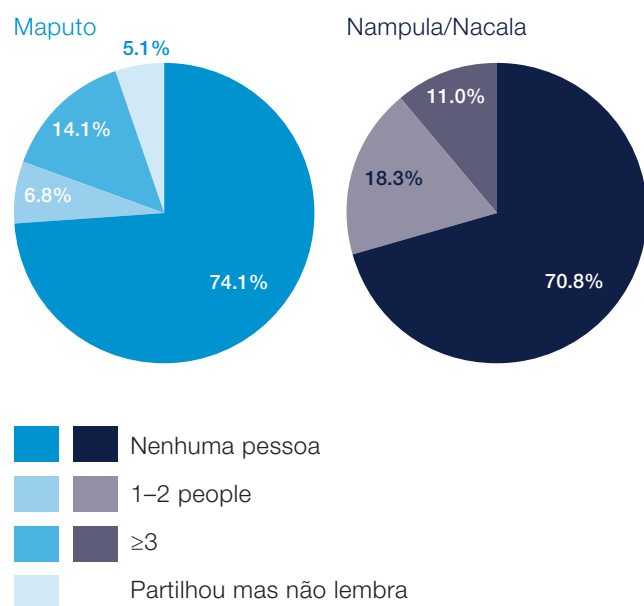
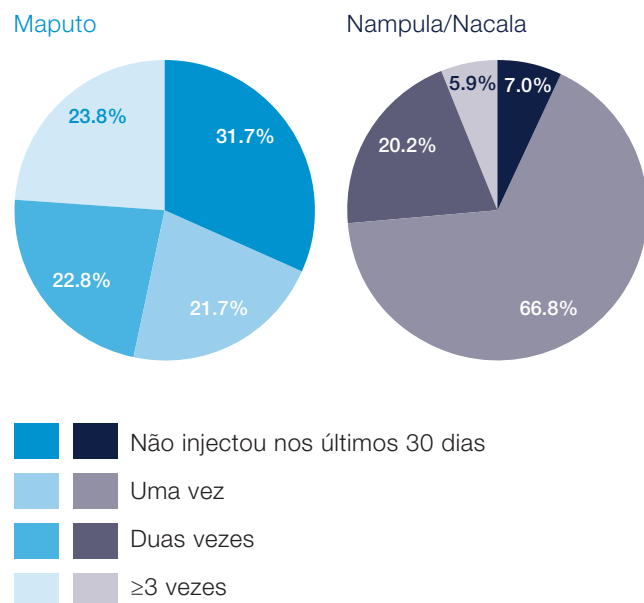


Figura 6.4.F Frequência de injeção no último dia de consumo no mês anterior ao inquérito, Moçambique, 2014



6.5. Comportamento sexual

Resultados Chave

Entre os homens que injectam drogas em Maputo e Nampula/Nacala respectivamente:

- 30.4% e 60.3% teve duas ou mais parceiras sexuais ocasionais nos 12 meses anterior ao inquérito
- 31.0% e 68.0% deu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com uma mulher nos 12 meses anteriores ao inquérito
- 3.4% e 7.3% alguma vez teve relações sexuais com outro homem

Entre as mulheres que injectam drogas em Maputo:

- 40.5% teve dois ou mais parceiros sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito.

A Tabela 6.5.A apresenta dados sobre o comportamento sexual dos homens que injectam drogas em Maputo e Nampula/Nacala (N=332 em Maputo e N=135 em Nampula/Nacala). Os dados mostram que 48.0% em Maputo e 82.0% em Nampula/Nacala teve duas ou mais parceiras sexuais. Contudo, 19.9% em Maputo e 29.8% em Nampula/Nacala teve duas ou mais parceiras sexuais permanentes ou estáveis (definida como esposa ou namorada) e 30.4% em Maputo e 60.3% em Nampula/Nacala teve duas ou mais parceiras ocasionais.

Em Maputo 31.0% dos homens que injectam drogas e aproximadamente o dobro desta percentagem em Nampula/Nacala (68.0%) ofereceu dinheiro, bens ou serviços em troca de sexo com mulher. Enquanto 12.6% recebeu dinheiro, bens ou serviços em troca de sexo com mulheres em Maputo e 26.2% em Nampula/Nacala. O envolvimento em relações sexuais com pessoas do mesmo sexo foi praticado por 3.4% dos homens que injectam drogas em Maputo e 7.3% em Nampula/Nacala.

Tabela 6.5.A: Comportamento sexual dos homens que injectam drogas em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

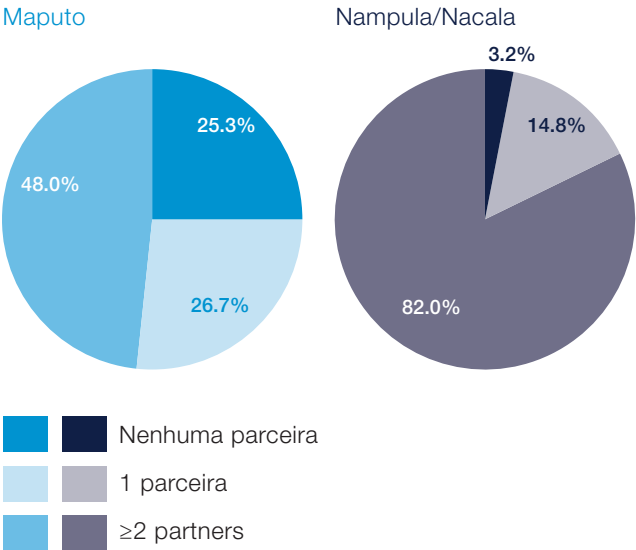
	Maputo (N=332)			Nampula/Nacala (N=135)		
	N: Bruto	:%:Bruta	% (95% CI):Ponderada	N: Bruto	:%: Bruta	% (95% CI):Ponderada
Nº total de parceiras sexuais mulheres nos 12 meses anteriores ao inquérito						
0	89	27.7	25.3 (19.0–31.9)	5	3.7	3.2 (0.5–6.8)
1	79	24.6	26.7 (20.5–34.4)	16	11.9	14.8 (5.2–26.9)
≥2	153	47.7	48.0 (38.8–56.2)	114	84.4	82.0 (70.2–92.3)
Não lembra	11	–		0	–	
Mediana Bruta (min, max)	1 (0, 50)	3 (0, 50)				
Nº total de parceiras sexuais permanente ou estáveis* nos 12 meses anteriores ao inquérito						
0	133	41.4	37.3 (31.4–45.3)	15	11.1	8.0 (3.5–13.1)
1	131	40.8	42.8 (34.8–49.8)	80	59.3	62.2 (51.6–73.0)
≥2	57	17.8	19.9 (13.1–27.1)	40	29.6	29.8 (20.2–40.5)
Não lembra	11	–		0	–	
Mediana Bruta(min, max)	1 (0, 5)	1 (0, 5)				
Nº total de parceiras sexuais ocasionais** mulheres nos 12 meses anteriores ao inquérito						
0	182	56.9	60.7 (52.2–68.7)	25	18.5	19.7 (9.6–31.5)
1	30	9.4	8.9 (4.7–12.4)	25	18.5	20.0 (11.6–29.1)
≥2	108	33.8	30.4 (23.9–38.3)	85	63.0	60.3 (48.8–70.9)
Não lembra	12	–		0	–	
Mediana Bruta (min, max)	1 (0,50)	1 (0, 50)				
Deu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com uma mulher nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	109	34.0	31.0 (24.6–37.8)	89	65.9	68.0 (57.3–77.7)
Não	212	66.0	69.0 (62.3–75.4)	46	34.1	32.0 (22.4–42.6)
Não lembra	11	–		0	–	
Recebeu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com uma mulher nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	43	13.4	12.6 (8.0–17.1)	37	27.4	26.2 (16.2–36.9)
Não	278	86.6	87.4 (82.9–91.9)	98	72.6	73.8 (63.1–84.1)
Não lembra	11	–		0	–	
Teve sexo com um homem						
Sim	13	3.9	3.4 (1.3–6.1)	8	5.9	7.3 (1.9–13.8)
Não	319	96.1	96.6 (94.2–98.7)	127	94.1	92.7 (86.1–98.0)
Deu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com um homem nos 12 meses anteriores ao inquérito***						
Sim	6	1.8	2.5 (0.6–4.8)	6	4.4	6.6 (1.0–13.1)
Não	326	98.2	97.5 (95.1–99.4)	129	95.6	93.4 (87.1–99.1)

*Definida como esposa ou namorada

** Definida como parceira ocasional, transacional ou rolo de uma noite

***Nenhum participante respondeu que recebeu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com um homem nos 12 meses anteriores ao inquérito

Figura 6.5.A Número de parceiras sexuais entre os homens que injectam drogas nos 12 meses anteriores ao inquérito em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



A Tabela 6.5.B apresenta dados sobre o comportamento sexual das mulheres que injectam drogas em Maputo. As mulheres que injectam drogas em Nampula/Nacala não estão incluídas devido ao número baixo de participantes neste grupo (N=4). Em Maputo, 40.5% das mulheres que injectam drogas teve dois ou mais parceiros sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito. Metade das mulheres que injectam drogas (48.0%) deu ou recebeu dinheiro em troca de sexo neste período.

Tabela 6.5.B: Comportamento sexual das mulheres que injectam drogas em Maputo, Moçambique, 2014

Maputo (N=21)			
	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada
Nº total de parceiros sexuais homens nos 12 meses anteriores ao inquérito			
0	4	19.0	12.3 (1.3–32.0)
1	7	33.3	47.2 (14.9–73.0)
≥2	10	47.6	40.5 (16.0–65.0)
Mediana Bruta (min, max)	1 (0, 30)		
Nº total de parceiros sexuais permanentes ou estáveis* homens nos 12meses anteriores ao inquérito			
0	7	33.3	25.6 (9.2–53.6)
1	10	47.6	56.3 (24.5–80.9)
≥2	4	19.0	18.1 (1.6–36.1)
Nº total de parceiros ocasionais** sexuais homens nos 12 meses anteriores ao inquérito			
0	11	52.4	61.1 (35.0–83.9)
1	3	14.3	14.3 (0.0–39.7)
≥2	7	33.3	24.6 (5.9–44.9)
Deu ou recebeu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com um homem nos 12 meses anteriores ao inquérito			
Sim	11	52.4	48.0 (19.3–79.3)
Não	10	47.6	52.0 (20.1–80.6)

*Definido como esposo ou namorado
** Definido como parceiro ocasional, transaccional ou rolo de uma noite

6.6. Comportamento com último parceiro sexual

Resultados Chave

- Entre as PID que tiveram algum parceiro sexual nos últimos 12 meses:
- 47,6% em Maputo e 70.9% em Nampula/Nacala não usou preservativo a última vez que teve sexo.
- Aproximadamente um em quatro PID (27.9% em Maputo) e 22.0% em Nampula/Nacala) recebeu ou deu dinheiro em troca de sexo a última vez que teve sexo.
- 4.5% em Maputo e 2.0% em Nampula/Nacala partilhou seringas com o último parceiro sexual.

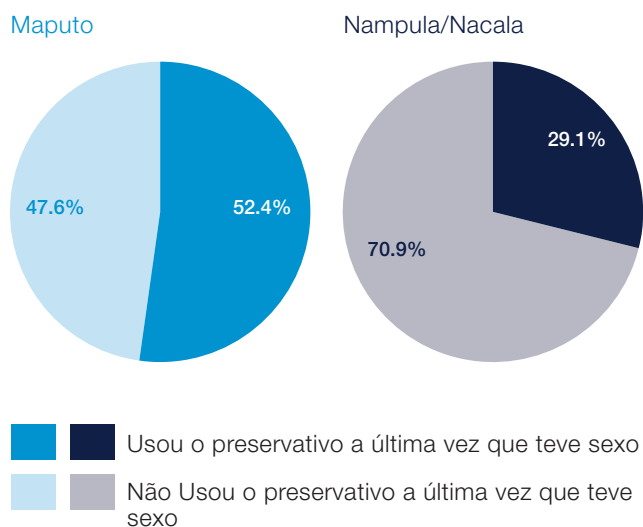
A Tabela 6.6 apresenta dados sobre comportamentos de risco com o último parceiro sexual entre as PID (homem ou mulher) que tiveram pelo menos um parceiro sexual nos 12 meses anteriores ao inquérito (N=252 e N=135 respectivamente em Maputo e Nampula/Nacala). Quase a metade das PID em Maputo (47.6%) e sete em 10 PID em Nampula/Nacala (70.9%) não usou o preservativo a última vez que teve sexo (Figura 6.6.A). Aproximadamente uma em quatro PID (27.9% em Maputo e 22.0% em Nampula/Nacala) recebeu ou deu dinheiro em troca de sexo a última vez que teve sexo.

Em relação ao consumo de drogas ou álcool durante a última relação sexual, três-quartos das PID usaram drogas ou álcool naquele tempo (Figura 6.6.B). Uma em 10 PID em Maputo e 4.6% em Nampula/Nacala teve como último parceiro sexual alguém que também injecta drogas e 4.5% e 2.0% alguma vez partilhou seringa com o último parceiro em Maputo e Nampula/Nacala respectivamente.

Tabela 6.6: Comportamento de risco com último parceiro sexual entre as PID que tiveram pelo menos um parceiro sexual nos 12 meses anteriores ao inquérito em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=253)			Nampula/Nacala (N=135)		
	N:Bruto	%.Bruta	% (95% CI):Ponderada	N: Bruto	%.Bruta	% (95% CI):Ponderada
Usou o preservativo a última vez que teve sexo						
Sim	131	52.0	52.4 (44.8–61.6)	42	31.1	29.1 (19.3–40.3)
Não	121	48.0	47.6 (38.6–54.7)	93	68.9	70.9 (59.7–80.7)
Não sabe/não se lembra	1			0		
Recebeu ou deu dinheiro em troca de sexo com o último parceiro						
Sim	86	34.1	27.9 (21.6–34.5)	27	20.0	22.0 (11.9–33.9)
Não	166	65.9	72.1 (65.5–78.4)	108	80.0	78.0 (66.4–88.2)
Não sabe/não se lembra	1			0		
O último parceiro sexual também injecta drogas						
Sim	31	12.5	10.0 (5.7–15.9)	8	6.0	4.6 (1.5–8.8)
Não	217	87.5	90.0 (84.0–94.4)	126	94.0	95.4 (91.3–98.5)
Não sabe/não se lembra	5	–		1	–	
Alguma vez partilhou seringa com o último parceiro sexual						
Sim	14	5.6	4.5 (1.8–8.5)	3	2.2	2.0 (0.0–5.1)
Não	234	94.4	95.5 (91.3–98.2)	131	97.8	98.0 (95.0–100)
Não sabe/não se lembra	5	–		1	–	

Figura 6.6.A Uso do preservativo na última vez que teve sexo entre as PID que tiveram sexo nos 12 meses anteriores ao inquérito (N=252 em Maputo e N=135 em Nampula/Nacala), Moçambique, 2014

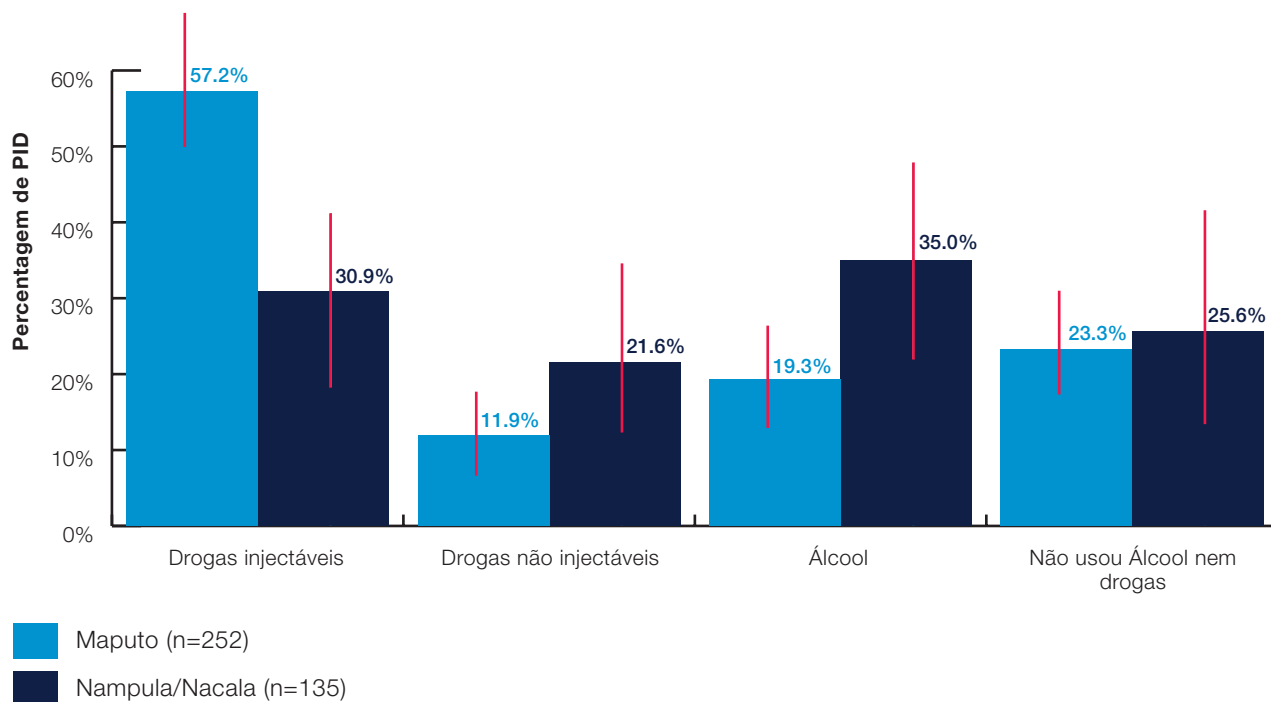


6.7. Acesso e utilização de serviços de prevenção

Resultados Chave

- Nos 12 meses anteriores a realização do inquérito, 90.5% das PID em Maputo e 59.2% em Nampula/Nacala não teve contacto com educadores de pares ou activista de HIV/ SIDA.
- Uma em cinco PID em Maputo (21.4%) e duas em cinco PID em Nampula/Nacala (39.4%) participou em palestras sobre HIV/ SIDA.
- Sete em dez PID em Maputo e quatro em 10 em Nampula/Nacala não recebeu preservativos, lubrificantes ou panfletos de prevenção de HIV nos 12 meses anteriores ao inquérito.

Figura 6.6.B. Consumo de drogas injectáveis, drogas não injectáveis ou álcool a última vez que teve sexo entre as PID que tiveram sexo nos 12 meses anteriores ao inquérito, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



Nota: As categorias não são mutuamente exclusivas

Tabela 6.7: Acesso e utilização de serviços de prevenção entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N: Bruto	:%:Bruta	% (95% CI):Ponderada	N:Bruto	:%:Bruta	% (95% CI):Ponderada
Durante os últimos 12 meses, alguma vez participou em palestras para discutir o HIV e/ou SIDA						
Sim	87	24.7	21.4 (16.3–27.0)	55	39.6	39.2 (29.0–49.6)
Não	265	75.3	78.6 (72.8–83.7)	84	60.4	60.8 (50.3–70.5)
Sem resposta	1	–		0	–	
Teve contacto com algum educador de pares ou ativista de HIV/SIDA nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	40	11.4	9.5 (5.3–13.3)	62	44.6	40.8 (31.5–52.0)
Não	312	88.6	90.5 (86.4–94.6)	77	55.4	59.2 (47.6–68.6)
Sem resposta	1	–		0	–	
Recebeu preservativos nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	100	28.6	26.8 (21.0–33.7)	88	63.3	60.0 (49.2–71.3)
Não	250	71.4	73.2 (66.6–78.8)	51	36.7	40.0 (28.8–51.0)
Sem resposta	3	–		0	–	
Recebeu preservativos, lubrificantes ou panfletos nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	100	28.6	26.8 (21.0–33.7)	88	63.3	60.0 (49.2–71.3)
Não	250	71.4	73.2 (66.6–78.8)	51	36.7	40.0 (28.8–51.0)
Sem resposta	3	–		0	–	

A Tabela 6.7 apresenta dados sobre o uso de serviços de prevenção da infecção pelo HIV. Nos 12 meses anteriores a realização do inquérito, 90.5% em Maputo e 59.2% em Nampula/Nacala não teve contacto com educadores de pares ou outros activistas de HIV/SIDA. No mesmo período, 21.4% das PID em Maputo e 39.2% das PID em Nampula/Nacala participou em palestras sobre o HIV. Quatro em cada 10 PID em Nampula/Nacala (40.0%) não recebeu preservativos, lubrificantes ou panfletos de prevenção de HIV, enquanto em Maputo, três em cada quatro PID (73.2%) não recebeu estas coisas.

Figura 6.7.A Teve contacto com algum educador de pares ou ativista de HIV/SIDA nos 12 meses anteriores ao inquérito em Maputo e em Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

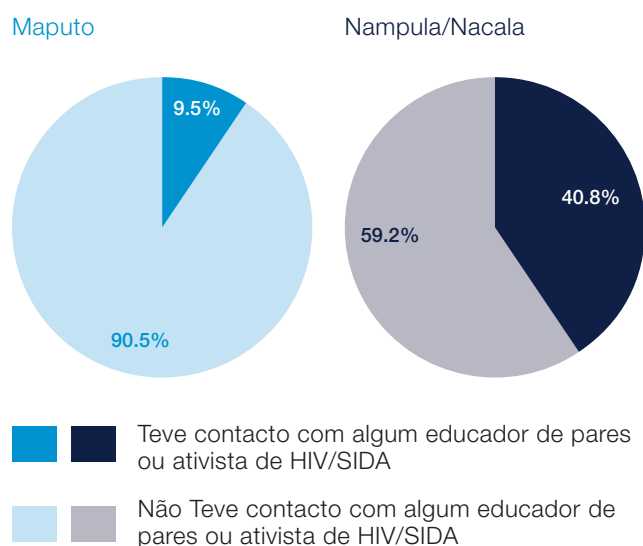
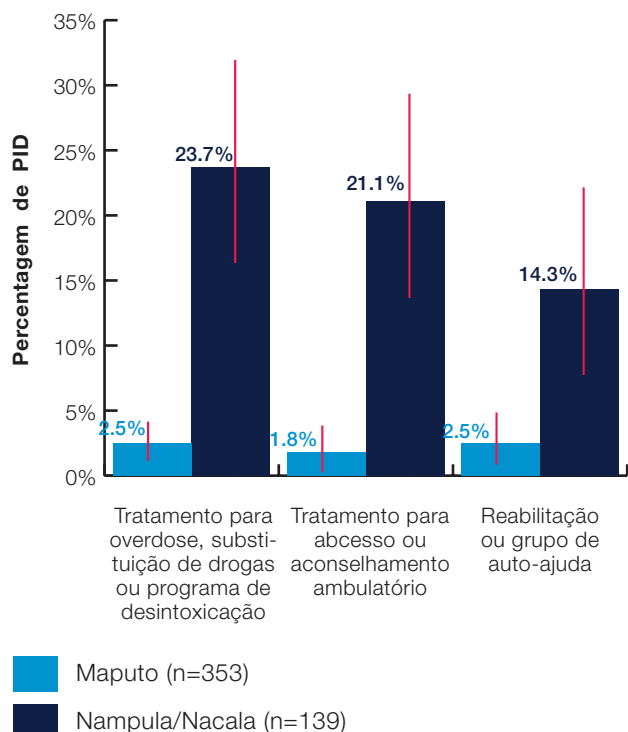


Figura 6.7.B. Experiência com programas relacionados ao consumo de drogas inclusive drogas injectáveis entre as PID, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



Nota: As categorias não são exclusivas.

6.8. Acesso e utilização de serviços de saúde

Resultados Chave

- 51.3% dos homens que injectam drogas em Maputo e 98.1% em Nampula/Nacala era circuncidado.
- Aproximadamente três em quatro PID em Maputo (73.0%) e 39.9% em Nampula/Nacala não procuraram cuidados de saúde nos últimos 12 meses.

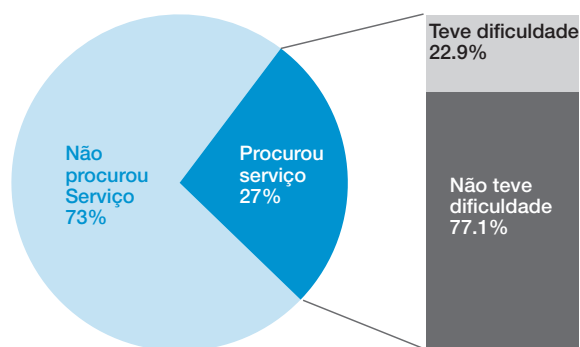
Em Maputo, 51.3% dos homens que injectam drogas e em Nampula/Nacala 98.1% era circuncidado (Tabela 6.8). A percentagem de PID que procurou os cuidados de saúde nos últimos 12 meses anteriores à realização do inquérito variou entre as duas áreas urbanas. Em Maputo, 73.0% das PID não procurou cuidados de saúde nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito, enquanto que em Nampula/Nacala 39.9% não procurou. De entre os que procuraram os cuidados de saúde, 22.9% em Maputo e 16.9% em Nampula/Nacala, tiveram alguma dificuldade em obter os cuidados (Figura 6.8). Em relação ao acesso aos medicamentos, 7.3% das PID em Maputo, e 27.6% em Nampula/Nacala teve dificuldades em obter medicamentos para receitas passadas por um profissional de saúde. Com relação ao conhecimento de Hepatite, cerca de 65.3% em Maputo e 47.9% em Nampula/Nacala nunca ouviu falar de hepatite B e hepatite C.

Tabela 6.8: Acesso e utilização de serviços de saúde entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

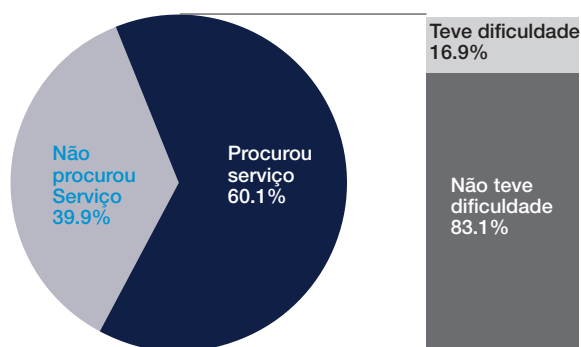
	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N:Bruto	:%:Bruta	% (95% CI):Ponderada	N:Bruto	:%: Bruta	% (95% CI):Ponderada
Alguma vez foi circuncidado						
Sim	179	53.9	51.3 (42.7–57.4)	128	94.8	98.1 (96.3–99.5)
Não	153	46.1	48.7 (42.6–57.2)	7	5.2	1.9 (0.5–3.7)
Não aplicável (Mulher)	21	–		4	–	
Procurou um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde por causa de problemas de saúde nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	100	28.3	27.0 (21.1–33.0)	85	61.2	60.1 (48.4–71.6)
Não	253	71.7	73.0 (66.7–78.7)	54	38.8	39.9 (28.0–51.6)
Procurou algum medicamento que não conseguiu obter						
Sim	32	9.1	7.3 (4.4–10.6)	38	27.3	27.6 (17.0–39.4)
Não	321	90.9	92.7 (89.5–95.8)	101	72.7	72.4 (60.9–83.0)
Já ouviu falar de Hepatite B ou Hepatite C						
Sim	138	39.1	34.7 (28.3–41.4)	73	52.5	52.1 (40.8–61.7)
Não	215	60.9	65.3 (58.7–71.7)	66	47.5	47.9 (38.4–58.8)

Figura 6.8. Procura e dificuldade de obter serviços de um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde por causa de problemas de saúde nos 12 meses anteriores ao inquérito PID entre as PID, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

Maputo



Nampula/Nacala



6.9. Experiência de discriminação

Resultados Chave

- Cerca de 15% das PID em Maputo e Nampula/Nacala sofreu agressão física por ser PID nos últimos 12 meses anteriores a inquérito
- No mesmo período, 7.9% e 32.6% das PID em Maputo e Nampula/Nacala respectivamente teve alguma experiência de discriminação
- Entre as PID de Maputo e Nampula/Nacala, 72.2% e 42.6% respectivamente alguma vez esteve preso

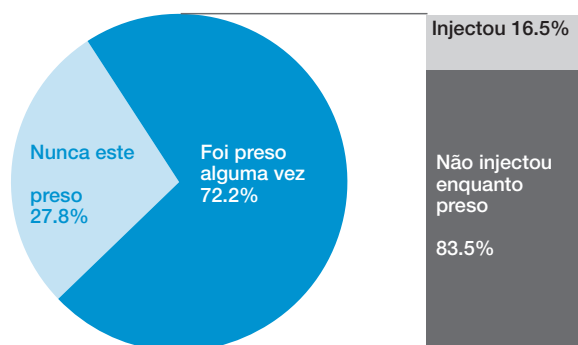
A Tabela 6.9 apresenta dados sobre a discriminação, violência física e prisão. Nos 12 meses anteriores ao inquérito 15.9% das PID em Maputo e 14.9% em Nampula/Nacala foi agredida fisicamente uma ou mais vezes. Menos de um por cento em Maputo e em Nampula/Nacala sofreu agressão sexual ou violação no mesmo período. A experiência de discriminação foi definida no inquérito como sendo quando o participante acreditou que lhe foi recusado o acesso a algum serviço porque a pessoa que o atendeu acreditava que ele(a) era uma PID. A lista de serviços inclui serviços de saúde, emprego, educação, assistência da polícia, assistência jurídica, assistência social e serviços religiosos. Nos 12 meses anteriores ao inquérito 7.9% e 32.6% em Maputo e Nampula/Nacala respectivamente sofreu discriminação.

Tabela 6.9: Experiência de discriminação, violência e prisão entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

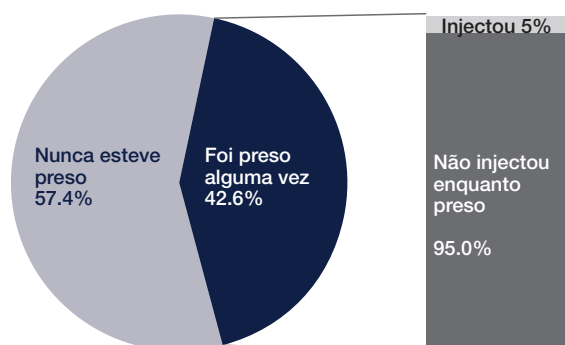
	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N: Bruto	%; Bruta	% (95% CI):Ponderada	N: Bruto	%;Bruta	% (95% CI):Ponderada
Foi agredido fisicamente por ser uma PID nos 12 meses anteriores ao inquérito						
≥1 vez	52	14.7	15.9 (11.4–20.7)	25	18.0	14.9 (8.7–22.3)
Não	301	85.3	84.1 (79.3–88.6)	114	82.0	85.1 (77.6–91.2)
Foi violado ou agredido sexualmente nos 12 meses anteriores ao inquérito						
≥1 vez	4	1.1	0.9 (0.0–2.1)	2	1.4	0.7 (0.0–1.9)
Não	349	98.9	99.1 (97.9–100)	137	98.6	99.3 (98.2–100.0)
Teve alguma experiência de discriminação nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	32	9.3	7.9 (4.5–11.8)	52	41.3	32.6 (20.2–45.2)
Não	313	90.7	92.1 (88.3–95.5)	74	58.7	67.4 (54.4–80.3)
Sem resposta	8	–		13	–	
Alguma vez esteve preso						
Sim	264	74.8	72.2 (66.4–78.0)	64	46.0	42.6 (29.9–52.9)
Não	89	25.2	27.8 (21.8–33.5)	75	54.0	57.4 (46.6–70.3)

Figura 6.9. Experiência de consumo de drogas injectáveis enquanto preso entre as PID

Maputo



Nampula/Nacala



Quase três-quartos (72.2%) das PID em Maputo e 42.6% em Nampula/Nacala já esteve preso alguma vez em sua vida. Das PID que alguma vez estiveram presos, 16.5% e 5.0% em Maputo

e Nampula/Nacala respectivamente injectou drogas enquanto esteve preso.

6.10. Sintoma ou diagnóstico de ITS

Resultados Chave

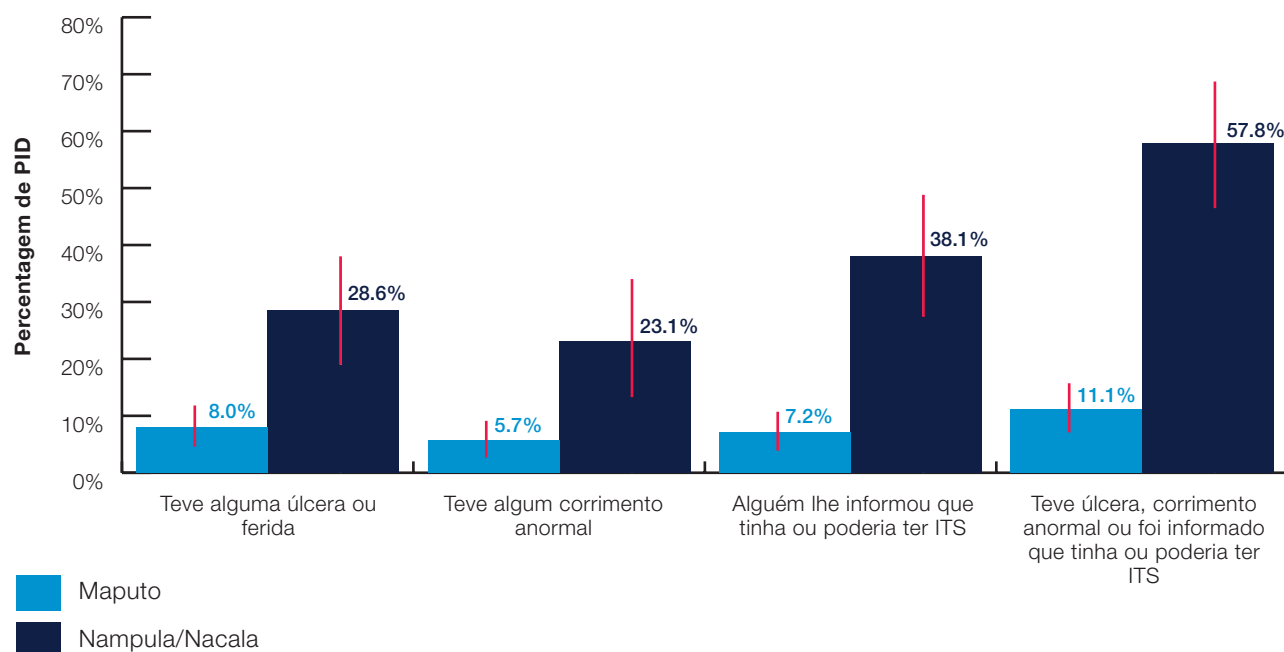
- Aproximadamente uma em cada 10 PID em Maputo e quatro em cada 10 em Nampula/Nacala tiveram corrimento anormal, úlceras ou feridas na vagina, pénis ou ânus nos últimos 12 meses anteriores à realização do inquérito.
- Das PID que tiveram corrimento anormal, úlceras ou feridas na vagina, pénis ou ânus, 38.3% em Maputo e 22.7% em Nampula/Nacala não procurou aconselhamento ou tratamento.

Uma em cada 10 PID em Maputo e uma em cada quatro PID em Nampula/Nacala teve úlceras ou feridas na vagina, pénis ou ânus nos 12 meses anteriores ao inquérito. Neste mesmo período 5.7% em Maputo e 23.1% em Nampula/Nacala teve corrimento anormal da vagina, pénis ou ânus. Uma em cada 10 PID (9.6%) em Maputo e 38.1% em Nampula/Nacala teve corrimento anormal ou úlceras ou feridas na vagina, pénis ou ânus nos 12 meses anteriores ao inquérito. Entre as PID que tiveram corrimento anormal ou úlceras ou feridas, 38.3% em Maputo e 22.7% em Nampula/Nacala não procurou aconselhamento ou tratamento neste período.

Tabela 6.10: Autorrelato de ITS entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N:Bruto	:%Bruta	% (95% CI):Ponderada	N:Bruto	:%Bruta	% (95% CI):Ponderada
Teve corrimento anormal ou teve úlceras ou feridas na vagina, pénis ou ânus, nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	37	10.5	9.6 (6.0–14.2)	46	33.3	38.1 (27.2–49.4)
Não	316	89.5	90.4 (85.8–94.0)	92	66.7	61.9 (50.8–72.7)
Sem resposta	0	–		1	–	
Procurou conselho médico ou tratamento quando teve sintoma de ITS*						
	(N=37)			(N=46)		
Sim	19	51.4	61.7 (40.7–78.2)	36	78.3	77.3 (61.4–92.2)
Não	18	48.6	38.3 (21.6–60.3)	10	21.7	22.7 (7.8–38.8)
Alguém lhe informou que tinha ou poderia ter uma ITS nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	30	8.5	7.2 (4.0–10.6)	47	33.8	38.1 (27.5–48.7)
Não	323	91.5	92.8 (89.4–96.0)	92	66.2	61.9 (51.5–72.1)
Sem resposta						
Teve sintomas de ITS ou foi informado que tinha ou poderia ter uma ITS nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Sim	46	13.0	11.1 (7.2–15.6)	71	51.1	57.8 (46.6–68.6)
Não	307	87.0	88.9 (84.4–92.8)	68	48.9	42.2 (31.6–53.4)
Sem resposta						

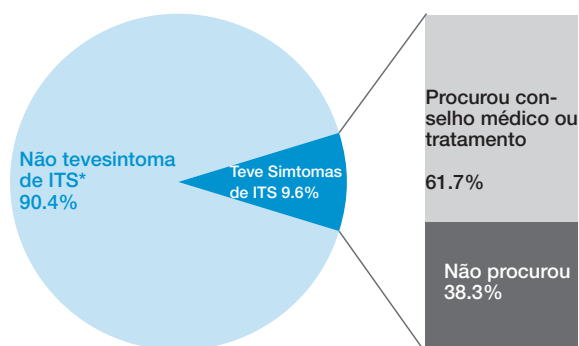
* Aplica-se apenas as PID que tiveram sintoma de ITS nos últimos 12 meses

Figura 6.10.A Autorelato de possível ITS nos 12 meses anteriores ao inquérito em Maputo e em Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

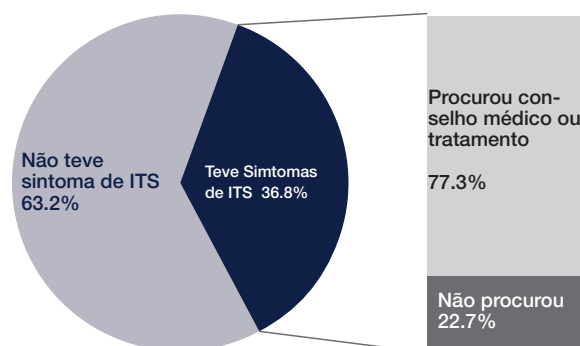
Nota: As categorias não são mutuamente exclusivas

Figura 6.10.B Procura de conselho médico ou tratamento entre as PID que tiveram úlceras ou feridas ou corrimento anormal nos 12 meses anteriores ao inquérito em Maputo e em Nampula/Nacala, Moçambique.

Maputo



Nampula/Nacala



* Um sintoma de ITS auto-reportado foi definido como sendo úlceras ou feridas na vagina, pênis ou ânus ou corrimento anormal da vagina, pênis ou ânus.

6.11. Testagem de HIV antes do inquérito

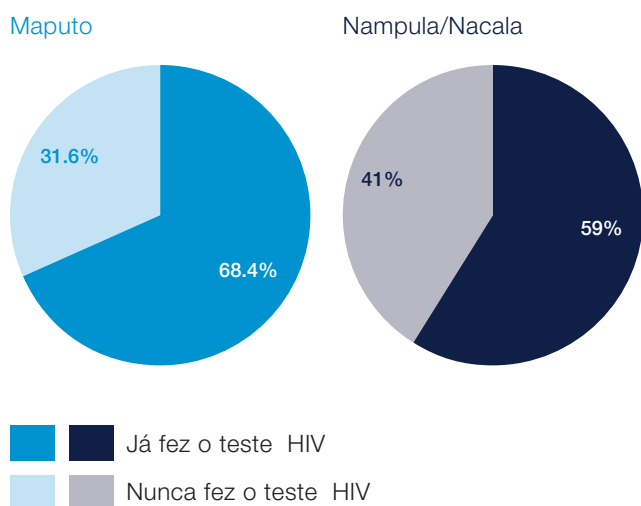
Chave de Resultados

- 68.4% das PID em Maputo e 59.0% em Nampula/Nacala alguma vez fez o teste de HIV antes da realização do inquérito.
- 24.6% das PID em Maputo e 21.9% em Nampula/Nacala fez o teste de HIV nos 12 meses anteriores à realização do inquérito.
- Oito em cada 10 PID (81.1%) em Nampula/Nacala considera negativo o seu estado actual de infecção pelo HIV.

A Tabela 6.11.A mostra que nove em cada 10 PID em Maputo (91.9%) e oito em cada 10 em Nampula/Nacala (84.7%) conhece um local onde se pode fazer o teste de HIV. Apesar de grande parte das PID ter conhecimento de um local onde se pode fazer o teste de HIV, 31.6% em Maputo e 41.0% em Nampula/Nacala nunca fez o teste de HIV. Entre as PID, 24.6% em Maputo e 21.9% em Nampula/Nacala fez o último teste de HIV num período inferior ou igual a 12 meses anteriores à realização do inquérito. Três em cada 10 PID (29.0%) em Maputo e 5.8% em Nampula/Nacala recebeu um resultado de HIV positivo no seu último teste

Tabela 6.11.A: Autorrelato de testagem de HIV entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=353)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N:Bruto	%.Bruta	% (95% CI):Ponderada	N:Bruto	%.Bruta	% (95% CI):Ponderada
Conhece um lugar onde se pode fazer o teste de HIV						
Sim	326	92.6	91.9 (88.4–95.6)	121	87.1	84.7 (75.8–91.9)
Não	26	7.4	8.1 (4.5–11.9)	18	12.9	15.3 (8.1–24.8)
Sem resposta	1	–		0	–	
Alguma vez fez o teste de HIV						
Sim	254	72.0	68.4 (61.1–75.4)	80	57.6	59.0 (46.4–68.6)
Não	99	28.0	31.6 (24.9–38.5)	59	42.4	41.0 (31.0–53.6)
O teste de HIV mais recente foi feito nos 12 meses anteriores ao inquérito						
Nunca testado	99	28.4	32.3 (25.5–39.6)	59	42.4	40.8 (31.9–53.8)
Sim	80	22.9	24.6 (18.9–30.0)	35	25.2	21.9 (12.7–31.4)
Não	170	48.7	43.1 (36.5–50.3)	45	32.4	37.3 (25.0–47.2)
Sem resposta	4	–		0	–	
Resultado do teste de HIV mais recente						
Nunca testado	99	28.1	33.3 (26.3–40.7)	59	42.8	41.6 (32.2–54.5)
Positivo	123	34.9	29.0 (22.1–37.0)	10	7.2	5.8 (1.7–11.2)
Negativo	129	36.6	37.3 (30.1–44.3)	69	50.0	52.6 (39.7–62.3)
Indeterminado	1	0.3	0.5 (0.0–1.2)	0	0.0	–
Sem resposta	1	–		1	–	

Figura 6.11.A . Testagem prévia de HIV em Maputo e em Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

A Tabela 6.11.B apresenta dados sobre a percepção que as PID que nunca tiveram um diagnóstico de HIV positivo tinha relativamente (i) ao risco de contrair HIV e (ii) a percepção do seu estado de infeção pelo HIV no momento da realização do inquérito. Destas 26.2% em Maputo e 41.6% em Nampula/Nacala achava que o risco de contraírem o HIV fosse baixo ou que não existisse. Em relação à percepção sobre o seu seroestado actual de HIV, 36.1% em Maputo e 81.1% em Nampula/Nacala achava que no momento da realização do inquérito era HIV negativo.

Tabela 6.11.B: Percepção de risco de infecção pelo HIV entre as PID que nunca foram diagnosticados com HIV em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=230)			Nampula/Nacala (N=139)		
	N:Bruto	%:Bruta	% (95% CI): Ponderada	N:Bruto	%:Bruta	% (95% CI):Ponderada
Percepção do próprio risco de contrair o HIV						
Não tem risco ou risco baixo	53	23.0	26.2 (19.0–33.8)	56	43.4	41.6 (28.7–52.6)
Risco moderado ou risco alto	101	43.9	40.3 (33.5–49.8)	70	54.3	55.7 (45.4–68.6)
Sem resposta	76	33.0	33.4 (24.9–40.1)	3	2.3	2.7 (0.0–6.6)
Percepção do próprio estado serológico de HIV						
Positivo	44	19.1	18.1 (12.1–26.6)	7	5.4	4.6 (1.2–9.0)
Negativo	76	33.0	36.1 (28.0–44.9)	103	79.8	81.1 (71.2–88.5)
Sem resposta	110	47.8	45.7 (36.5–53.2)	19	14.7	14.2 (7.9–22.4)

6.12. Informação sobre as PID que alguma vez haviam recebido um resultado de teste de HIV positivo

Resultados Chave

Entre as PID em Maputo que alguma vez haviam recebido um resultado positivo ao fazer o teste de HIV antes da realização do inquérito:

- 23.3% não consultou um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde para exames ou cuidados em relação à sua infecção pelo HIV.
- 20.6% descontinuou TARV após ter iniciado.
- 9.2% teve dificuldade em obter assistência médica e 12.9% teve dificuldade em obter algum medicamento.
- 22.9% não usou o preservativo na última relação sexual nos últimos 12 meses.
- 76.9% consumia drogas injectáveis diariamente.
- 22.1% não teve acesso a seringas novas.
- 25.5% partilhou seringa com três ou mais pessoas no último mês.

Esta secção é uma subanálise das PID com conhecimento do seu seroestado de HIV positivo antes da realização do inquérito em Maputo (N=123). Esta secção não toma em conta o resultado do teste de HIV feito durante o inquérito.

A Secção 7 do relatório inclui toda a análise relacionada a testagem de HIV feita como parte do inquérito. Entre as PID que alguma vez haviam recebido um resultado de teste HIV positivo, 76.7% afirmou já ter consultado um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde para cuidados em relação a infecção pelo HIV. Os resultados mostram que 47.9% estava a fazer a terapia antirretroviral (TARV) e 20.6% pararam de tomar.

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, mais que a metade das PID com HIV estava em TARV (56.1%), porém mais da metade não procurou serviços de saúde (56.9%) nem teve contacto com educadores de pares ou activistas de HIV/SIDA (83.3%), 69.9% não recebeu preservativos gratuitamente e 22.1% não teve acesso a seringas novas.

Tabela 6.12.A: Uso de serviços de saúde e prevenção entre as PID com seroestado positivo de HIV conhecido em Maputo, Moçambique, 2014

Maputo (N=123)			
	N:Bruto	%: Bruta	% (95% CI):Ponderada
Há quanto tempo é teve o resultado do teste de HIV positivo			
<12 meses	39	32.0	39.9 (26.4–51.7)
1–3 anos	44	36.1	39.0 (27.2–51.4)
4 ou mais anos	39	32.0	21.2 (12.7–31.4)
Sem resposta	1	–	
Alguma vez consultou um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde para exames médicos ou cuidados em relação à sua infecção pelo HIV			
Sim	94	76.4	76.7 (65.4–85.9)
Não	29	23.6	23.3 (13.8–34.6)
Alguma vez esteve ou está em TARV			
Actualmente em TARV	54	43.9	47.9 (34.5–60.0)
Sim, esteve em TARV mas desistiu	28	22.8	20.6 (12.1–31.5)
Nunca esteve TARV	41	33.3	31.5 (20.5–43.3)
Em TARV nos últimos 12 meses			
Sim	66	53.7	56.1 (43.6–68.7)
Não	57	46.3	43.9 (31.3–56.3)
Procurou um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde por causa de problemas de saúde nos 12 meses anteriores ao inquérito			
Sim	55	44.7	43.1 (31.2–55.2)
Não	68	55.3	56.9 (45.0–68.7)
Teve dificuldades em obter assistência de um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde nos 12 meses anteriores ao inquérito			
Sim	14	11.4	9.2 (3.8–16.1)
Não	41	33.3	33.9 (22.8–45.5)
Não procurou	68	55.3	56.9 (44.7–68.4)
Procurou algum medicamento que não conseguiu obter nos 12 meses anteriores ao inquérito			
Sim	17	13.8	12.9 (6.6–20.8)
Não	106	86.2	87.1 (79.3–93.5)
Teve contacto com algum educador de pares ou activista de HIV/SIDA nos 12 meses anteriores ao inquérito			
Sim	23	18.7	16.7 (8.0–26.3)
Não	100	81.3	83.3 (73.7–92.1)
Tem acesso a seringas novas			
Sim	103	83.7	77.9 (67.6–88.1)
Não	20	16.3	22.1 (12.0–32.7)
Recebeu preservativos nos 12 meses anteriores ao inquérito			
Sim	46	37.4	30.1 (20.2–42.2)
Não	77	62.6	69.9 (57.9–79.7)

Entre as PID com conhecimento de ser HIV positivo, 49.0% em Maputo, teve dois ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses. Das PID com seroestado positivo, 22.9% teve sexo desprotegido na última vez que teve relações sexuais nos últimos 12 meses.

Das PID com seroestado positivo de HIV em Maputo, 76.9% consumia drogas injectáveis diariamente. Em relação a troca de seringa, 17.0% usou uma seringa usada por outra pessoa na última vez que injectou, 39.8% deu uma seringa a outra pessoa depois de ter usado na última vez que injectou e 26.1% partilhou seringa nos últimos 30 dias.

Tabela 6.12.B: Comportamentos de risco entre as PID com seroestado positivo de HIV conhecido em Maputo, Moçambique, 2014

Maputo (N=123)			
	N: Bruto	%:Bruta	% (95% CI):Ponderada
Nº total de parceiros sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito			
0	34	28.1	32.4 (22.8–47.6)
1	24	19.8	18.5 (10.5–26.9)
≥2	63	52.1	49.0 (33.8–60.5)
Não lembra	2	–	
Usou o preservativo a última vez que teve sexo nos 12 meses anteriores ao inquérito			
Sim	59	48.0	48.3 (35.7–59.8)
Não	30	24.4	22.9 (14.9–33.6)
Não teve parceiro	34	27.6	28.8 (18.1–39.5)
Frequência do consumo de drogas via injeção nos 12 meses anteriores ao inquérito			
Não injectou nos últimos 12 meses	4	3.3	6.3 (0.0–13.5)
Algumas vezes por ano, mês ou semana	21	17.1	16.8 (8.9–27.0)
Diariamente	98	79.7	76.9 (65.9–88.4)
Usou uma agulha/seringa de outra pessoa depois dela injectar na última vez que injectou			
Sim	17	17.0	17.4 (6.9–27.9)
Não	83	83.0	82.6 (71.9–93.1)
Sem resposta	23	–	
Passou a agulha/seringa a outra pessoa depois de injectar na última vez que injectou			
Sim	42	41.2	39.8 (24.4–52.6)
Não	60	58.8	60.2 (46.9–75.4)
Sem resposta	21	–	
Partilhou seringas nos últimos 30 dias			
Sim	52	42.3	26.1 (20.5–32.7)
Não	71	57.7	73.9 (67.3–79.5)

6.13. Indicadores do Relatório do Progresso na Resposta Global à SIDA (Global AIDS Response Progress Report – GARPR)

A tabela 6.11 apresenta os indicadores GARPR 2014 entre as PID. Entre as PID sexualmente activas que injectaram drogas nos últimos 12 meses, 54.3% em Maputo e 28.4% em Nampula/Nacala usou um preservativo na última vez que teve relações sexuais, sem diferença marcada entre as faixas etárias.

A percentagem das PID que usou equipamento de injeção esterilizado a última vez que injectou drogas foi 59.0% em Maputo e 69.4% em Nampula/Nacala. Em Maputo, esta percentagem foi 66.5% entre os menores de 25 anos e 58.7% entre os PID com

25 ou mais anos de idade em. Uma relação oposta foi observada em Nampula/Nacala, com 63.8% da faixa etária mais jovem (18-24 anos de idade) tendo usado equipamento de injeção esterilizado contra 75.5% no grupo da faixa etária igual ou maior a 25 anos de idade. Em Maputo, 58.1% dos homens usou equipamento de injeção esterilizado a última vez.

Entre as PID, 28.6% em Maputo e 22.2% em Nampula/Nacala fez o teste de HIV nos últimos 12 meses e recebeu o seu resultado. A percentagem das PID que fez o teste e recebeu o resultado foi 20.2% e 22.4% entre as PID menores de 25 anos de idade e 30.3% e 25.6% entre as PID com 25 ou mais anos de idade em Maputo e Nampula/Nacala, respectivamente.

Tabela 6.13: Indicadores do Relatório do Progresso na Resposta Global à SIDA (Global AIDS Response Progress Report – GARPR) para as PID, Moçambique, 2014

	Maputo			Nampula/Nacala		
	N:Bruto	:%:Bruta	% (95% CI):Ponderada	N:Bruto	:%: Bruta	% (95% CI):Ponderada
Usou preservativo na última relação sexual*						
Geral	100/190	52.6	54.3 (44.5–63.7)	38/120	31.7	28.4 (17.7–39.4)
Desagregado por faixa etária						
18–24	9/17	52.9	47.4 (22.2–82.3)	17/49	34.7	32.5 (18.8–47.6)
≥25	91/173	52.6	54.4 (44.0–63.8)	21/71	29.6	25.4 (10.8–43.5)
Desagregado por sexo						
Masculino	95/178	53.4	54.7 (44.7–64.3)	37/117	31.6	27.7 (16.8–38.6)
Feminino	NE			NE		
Usou equipamento de injeção esterilizado a última vez que eles injectaram**						
Geral	150/259	57.9	59.0 (50.3–66.6)	84/123	68.3	69.4 (59.0–77.8)
Desagregado por faixa etária						
18–24	22/27	81.5	66.5 (36.3–96.1)	33/49	67.3	63.8 (46.2–78.2)
≥25	128/232	55.2	58.7 (50.3–67.0)	51/74	68.9	75.5 (61.9–86.2)
Desagregado por sexo						
Masculino	138/245	56.3	58.1 (49.3–66.1)	82/120	68.3	68.6 (57.8–76.9)
Feminino	12/14	85.7	68.6 (22.1–100)	NE		
Fez o teste de HIV nos últimos 12 meses e recebeu o resultado***						
Geral	80/270	29.6	28.6 (22.2–35.5)	35/135	25.9	22.2 (12.6–31.6)
Desagregado por faixa etária						
18–24	6/34	17.6	20.2 (1.2–39.8)	10/55	18.2	22.4 (8.6–36.3)
≥25	74/236	31.4	30.3 (23.8–37.6)	25/80	31.2	25.6 (12.6–39.7)
Desagregado por sexo						
Masculino	75/255	29.4	29.0 (22.4–36.6)	33/131	25.2	22.5 (12.7–32.5)
Feminino	NE			NE		

* Exclui os participantes que não injectaram no mês anterior e que não tiveram sexo nos 12 meses anteriores ao inquérito

** Exclui os participantes que não injectaram no mês anterior ao inquérito

*** Exclui os participantes que já conheciam o seu seroestado de HIV positivo antes dos 12 meses anteriores ao inquérito

7. Prevalência de HIV, HBV e HCV e factores associados ao HIV

7.1. Resultados da testagem laboratorial

Resultados chave

- 50.1% das PID em Maputo e 19.9% em Nampula/Nacala são HIV positivas
- 32.1% das PID em Maputo e 36.4% em Nampula/Nacala são HBV positivas
- 36.1% das PID em Maputo e 4.1% das PID em Nampula/Nacala tem coinfeção HIV e HCV
- 11.9% das PID em Maputo e 1.3% das PID em Nampula/Nacala tem coinfeção HIV, HBV e HCV
- Entre as PID HIV positivas, 36.4% em Maputo e 70.5% em Nampula/Nacala não sabia que era HIV positivo

No local do inquérito a cada participante foi apresentada a oportunidade de fazer o teste rápido de HIV para receber os seus resultados naquele momento. O participante não era obrigado a fazer o teste e nem a receber os seus resultados. O teste rápido foi feito para o benefício do participante e também para propósitos de vigilância. O resultado do teste rápido de HIV, junto com o conhecimento prévio de seroestado, foi usado nas tabelas deste relatório para estimar a prevalência de HIV.

A Tabela 7.1.A mostra dados relativos a prevalência de HIV, HBV e HCV. A prevalência de HIV entre as PID em Maputo foi de 50.1%, o que quer dizer que de cada duas PID em Maputo uma tem HIV, e em Nampula/Nacala a prevalência de HIV entre as PID foi de 19.9%. A prevalência de HBV entre as PID em Maputo foi de 32.1% e em Nampula/Nacala foi de 36.4%. A prevalência de HCV entre as PID foi de 44.6% e 7.0% em Maputo e Nampula/Nacala respectivamente. Analisando a coinfeção entre estas três doenças, encontrou-se coinfeção HIV/HBV em cerca de 14.9% das PID em Maputo e em 8.3% em Nampula/Nacala; coinfeção HIV/HCV em 36.1% das PID em Maputo e em 4.1% em Nampula/Nacala; e em relação a trilogia HIV/HBV/HCV foi verificada uma coinfeção de 11.9% em Maputo e de 1.3% em Nampula/Nacala. Importante notar que 46 participantes não deram consentimento para fazer o teste de HCV e 47 não deram consentimento para fazer o teste rápido de HIV. 1.3% em Nampula/Nacala. Importante notar que 46 participantes não deram consentimento para fazer o teste de HCV e 47 não deram consentimento para fazer o teste rápido de HIV.

Tabela 7.1.A: Resultados da testagem, de HIV, HBV e HCV entre PID em Maputo, Nampula/Nacala Moçambique, 2014

	Maputo (N=319)			Nampula/Nacala (N=126)		
	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada
HIV						
Positivo	179	56.1	50.1 (40.1–59.0)	25	19.8	19.9 (10.9–29.2)
Negativo	140	43.9	49.9 (40.9–59.9)	101	80.2	80.1 (70.7–89.2)
Não Consentiu	34	–		13	–	
HBV						
Positivo	107	30.5	32.1 (25.2–38.5)	57	41.0	36.4 (22.6–49.8)
Negativo	244	69.5	67.9 (61.5–74.8)	82	59.0	63.6 (50.2–77.4)
Não Consentiu	2					
HCV						
Positivo	148	47.6	44.6 (33.4–53.9)	15	11.1	7.0 (2.0–12.5)
Negativo	163	52.4	55.4 (46.1–66.5)	120	88.9	93.0 (87.5–98.0)
Não Consentiu	42			4		
HIV and HBV coinfection						
Sim	49	15.4	14.9 (9.1–19.5)	10	7.9	8.3 (2.4–14.9)
Não	269	84.6	85.1 (80.7–90.8)	116	92.1	91.7 (85.2–97.5)
Não Consentiu	35			13		
Co-infecção de HIV e HCV						
Sim	116	38.7	36.1 (26.4–45.8)	8	6.5	4.1 (0.6–8.4)
Não	184	61.3	63.9 (54.5–73.6)	116	93.5	95.9 (91.6–99.4)
Não Consentiu	53			15		
Co-infecção de HIV, HBV e HCV						
Sim	37	12.4	11.9 (7.0–17.2)	3	2.4	1.3 (0.0–2.2)
Não	262	87.6	88.1 (82.8–93.0)	121	97.6	98.7 (97.8–100.0)
Não Consentiu	54			15		

A ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA HIV: RESULTADO DE TESTE RÁPIDO E CONHECIMENTO DO SEROESTADO

Os resultados de testes rápidos foram usados para estimar a prevalência de HIV, segundo novas diretrizes de OMS e em concordância com outros IBBS (OMS, 2015). Juntamos esses resultados com o conhecimento do seroestado para capturar alguns participantes que não aceitaram fazer o teste porque já tinham conhecimento do seroestado positivo. Em Maputo, dos 179 participantes classificados como HIV positivo, 45 (25.1%) haviam recusado o teste rápido de HIV por já conhecerem o seu seroestado de HIV positivo. Enquanto em Nampula/Nacala dos 25 participantes classificados como HIV positivos, cinco (20.0%) não fizeram o teste rápido por terem conhecimento prévio do seu seroestado.

Uma análise foi feita para verificar a sensibilidade da estimativa da prevalência do HIV em relação aos dados em falta, sendo 9.6% em Maputo e 9.4% em Nampula/Nacala. A análise classificou os dados em falta como HIV negativos e depois como

HIV positivos. Nas duas cidades, os resultados de análise ficaram dentro do intervalo de confiança da prevalência estimada com os dados em falta excluídos (Figura 7.1.A). Adicionalmente, uma análise de diferença de proporções mostrou que não existem diferenças significativas entre as estimativas altas e baixas da análise de sensibilidade comparando as prevalências de HIV com os dados em falta excluídos. Assim sendo, a estimativa de prevalência de HIV em Maputo é 50.1% (40.1-59.0) e 19.9% (10.9-29.2) em Nampula/Nacala. Vê a tabela dos resultados brutos e ponderados da estimativa do HIV e da análise de sensibilidade no Anexo 12.4.

Figura 7.1.A. Resultados da análise de sensibilidade da prevalência de HIV entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

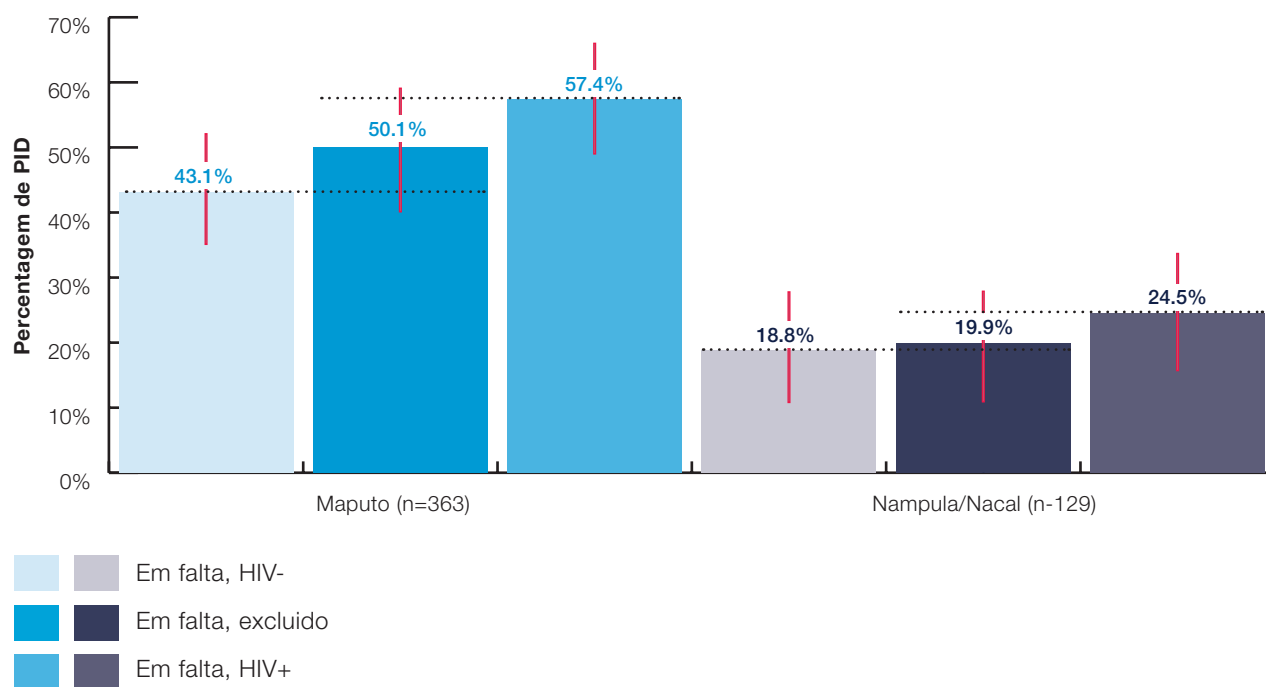


Figura 7.1.B. Prevalência de HIV, HBV e HCV entre as PID, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

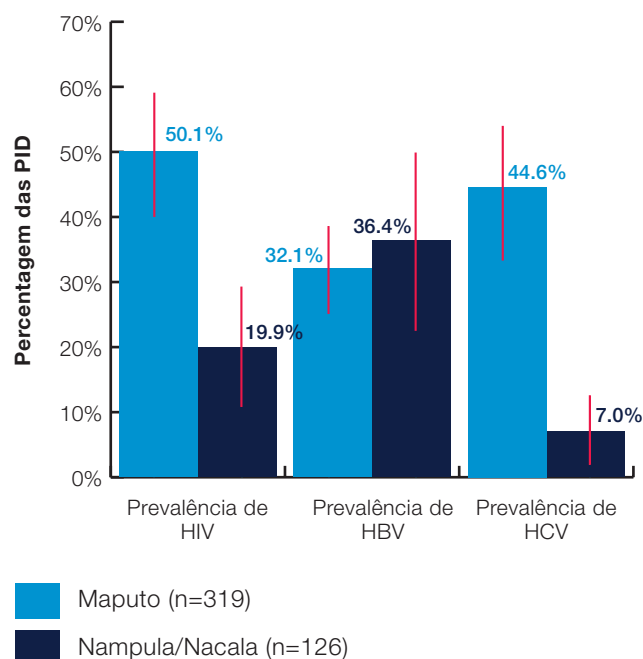


Tabela 7.1.B apresenta dados sobre a infecção pelo HIV não diagnosticada entre as PID HIV positivas. Cerca de 36.4% das PID com HIV em Maputo e 70.5% das PID com HIV em Nampula/Nacala não tinham conhecimento do seu seroestado de HIV positivo.

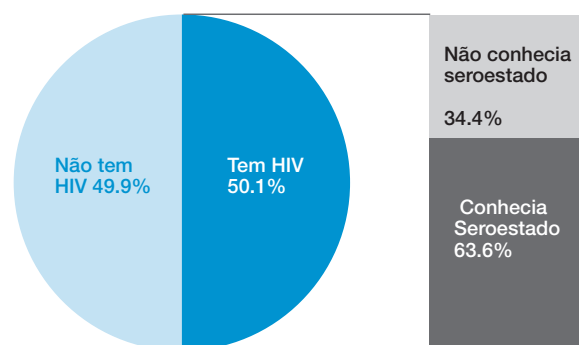
A Figura 7.1.C apresenta os dados da prevalência de HIV entre as PID juntamente com os dados da proporção de PID com HIV que tinha conhecimento do seu seroestado de HIV.

Tabela 7.1.B. Infecção pelo HIV não diagnosticada entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2013

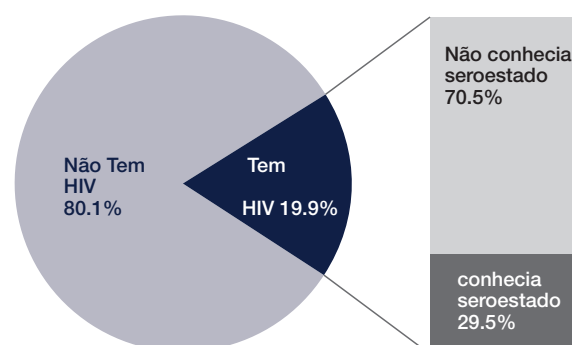
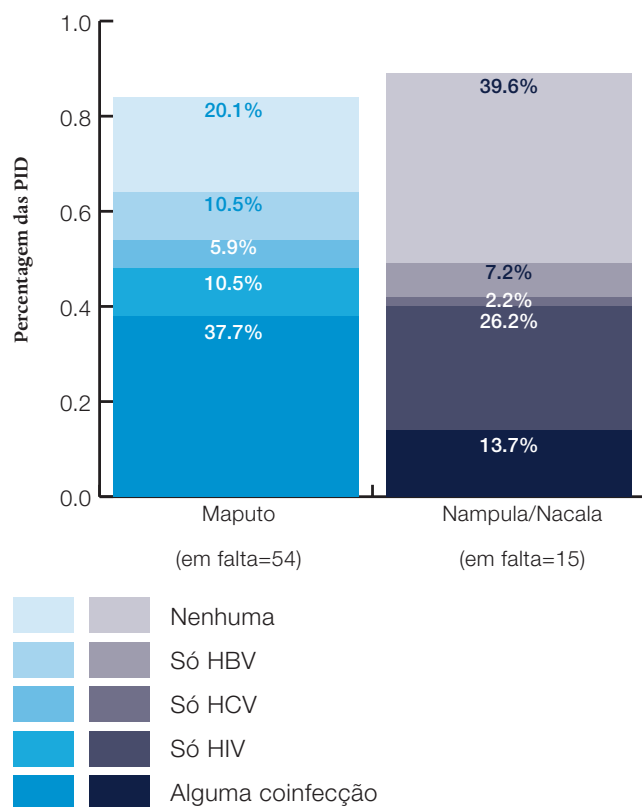
	Maputo (N=179)			Nampula/Nacala (N=25)		
	N: Bruto	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	N: Bruta	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada
Conhecimento sobre seroestado de HIV positivo						
Não sabia que era HIV positivo	60	33.5	36.4 (26.0–46.3)	15	60.0	70.5 (46.5–90.8)
Já sabia que era HIV positivo	119	66.5	63.6 (53.7–74.0)	10	40.0	29.5 (9.7–53.1)

Figura 7.1.C. Infecção pelo HIV não diagnosticada entre as PID, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

Maputo

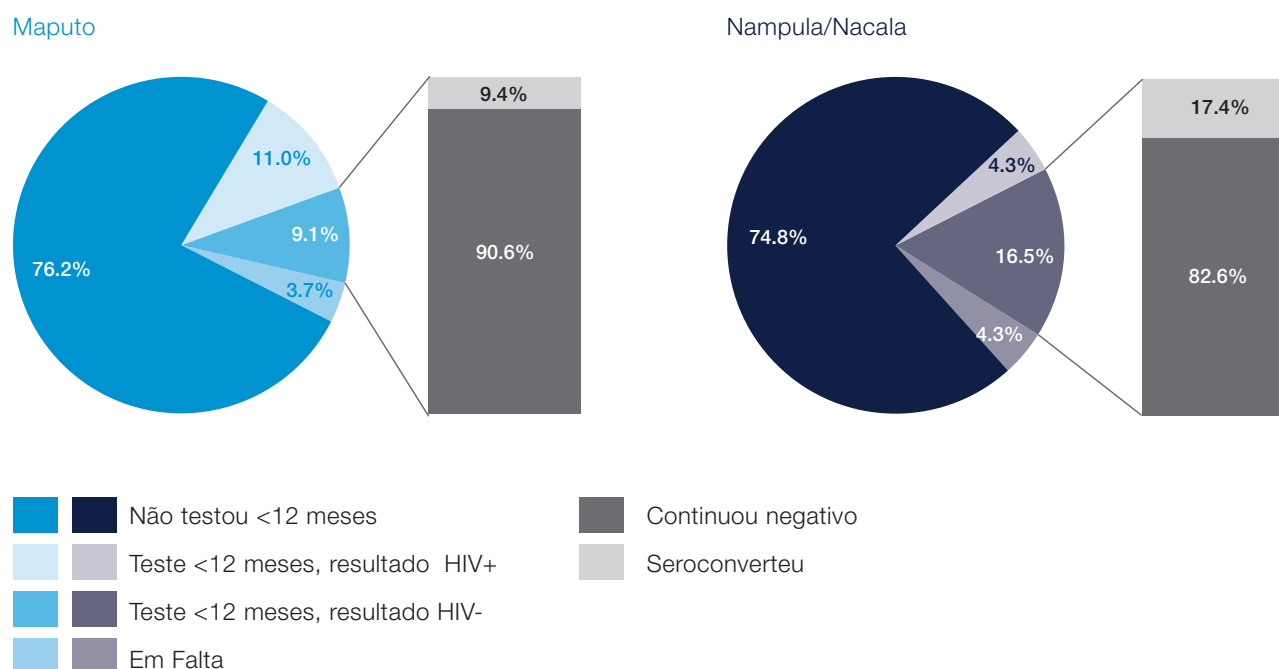


Nampula/Nacala

**Figura 7.1.D. Prevalência de HIV, HBV, HCV e alguma coinfeção entre as PID, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014**

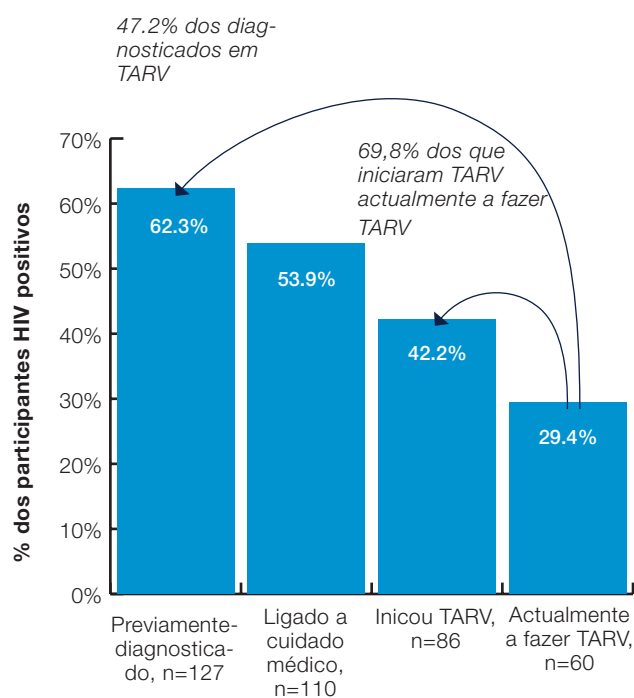
A Figura 7.1.D apresenta a proporção da população de PID com HIV, HBV, HCV ou alguma coinfeção. Nota-se que em Maputo 37.7% da população de PID tinha alguma coinfeção. Em Nampula/Nacala uma em quatro PID (26.6%) tinha HBV sem ter HIV ou HCV. A proporção de PID com nenhuma infecção era de 20.1% em Maputo e 39.6% em Nampula/Nacala.

A Figura 7.1.E apresenta a proporção dos participantes do inquérito que reportaram ter recebido um resultado de HIV negativo nos 12 meses anteriores ao inquérito mas que tiveram resultado de HIV positivo durante a testagem feita para o inquérito. Em Maputo, 9.1% dos participantes reportou ter recebido um resultado de HIV negativo nos 12 meses anteriores ao inquérito, dos quais 9.4% teve um resultado HIV positivo no inquérito. Em Nampula/Nacala 14.2% reportou ter recebido um resultado de HIV negativo nos 12 meses anteriores ao inquérito, dos quais 17.4% teve um resultado HIV positivo durante o inquérito. Estes dados não são ajustados e não devem ser extrapolados para a população geral de PID.

Figura 7.1.E. E. Seroconversão de HIV entre os participantes do inquérito, Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique

Cascata de testagem, cuidados e tratamento prévio entre os participantes HIV positivos

Um total de 204 participantes do inquérito (N=179 em Maputo e N=25 em Nampula/Nacala) foram classificados como HIV positivos. Destes 204 participantes, 127 (62.3%) já tinham conhecimento do seu seroestado de HIV pois responderam que tiveram resultado positivo no último teste feito antes de participarem no inquérito. E 110 (53.9%) alguma vez já haviam consultado um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde para exames médicos ou cuidados relacionados com a sua infecção pelo HIV. Dos 204 participantes HIV positivos, 86 (42.2%) iniciaram TARV e 60 (29.4%) estavam actualmente em TARV. O que significa que 30.2% dos participantes que haviam iniciado TARV descontinuaram ou interromperam o seu tratamento. Também significa que apenas um em cada dois participantes (47.2%) previamente diagnosticados com HIV estavam em TARV.



7.2. Prevalência de HIV por características demográficas

Resultados chave

- A prevalência de HIV era maior entre as PID com 35 ou mais anos de idade quando comparado com as PID com idade entre 18-24 anos. Em Maputo, a prevalência foi 50.3% vs 29.6% e em Nampula/Nacala a prevalência foi de 73.1% vs 8.3%.
- Em ambas cidades a prevalência de HIV era mais alta entre as PID que iniciaram o consumo de drogas injetáveis há mais de 10 anos em relação aos que iniciaram nos últimos cinco anos.
- Entre as PID que achavam que não tinham HIV, 14.5% em Maputo e 11.4% em Nampula/Nacala eram HIV positivos.

Como ilustrado na Figura 7.2, a prevalência de HIV aumenta por faixa etária. Em Maputo, a prevalência de HIV foi significativamente maior nas PID com 35 ou mais anos de idade (52.8% e com 25-34 anos (48.9% quando comparado com as PID com 18-24 anos (18.8%) (Tabela 7.2). Em Nampula/Nacala, a religião Muçulmana teve um menor prevalência de HIV quando comparada com a religião Cristã, sendo 16.6% versus 27.3%. Não se observou diferença na prevalência de HIV por estado civil ou nível de escolaridade.

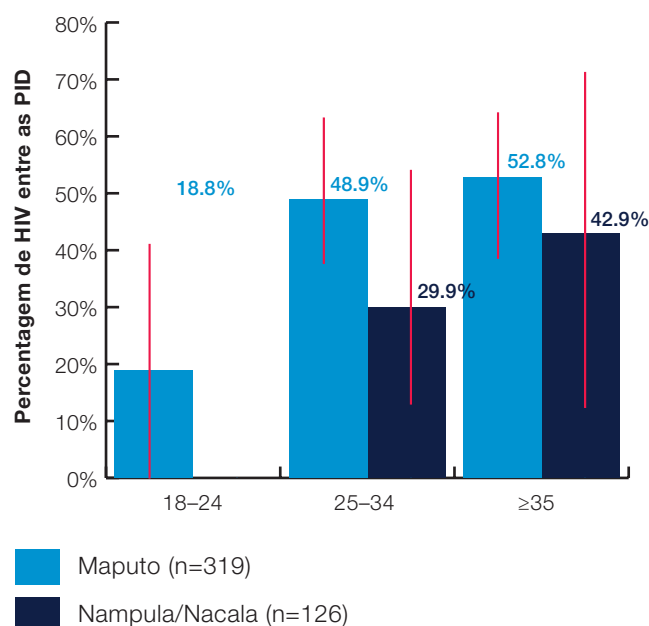
Tabela 7.2. HIV Prevalência de HIV por características demográficas das PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=319)					Nampula/Nacala (N=126)				
	HIV+	N	%, Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P	HIV+	N	%, Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P
Faixa etária										
18–24	5	31	16.1	18.8 (0.0–41.1)	REF	0	52	0.0	NE	–
25–34	88	154	57.1	48.9 (37.7–61.2)	0.01	10	43	23.3	29.9 (13.0–54.0)	–
≥35	86	134	64.2	52.8 (38.6–64.1)	<0.01	15	31	48.4	42.9 (12.4–71.2)	–
Sexo										
Masculino	168	302	55.6	50.0 (39.4–59.3)	REF	25	123	20.3	20.8 (11.2–30.5)	REF
Feminino	–	17	–	–	–	–	3	–	–	–
Estado civil										
Solteiro (nunca casou)	108	201	53.7	49.9 (39.3–60.5)	REF	9	59	15.3	14.4 (4.6–25.8)	REF
União marital ou casado	25	50	50.0	40.4 (22.7–62.7)	0.45	12	43	27.9	27.7 (9.5–53.2)	0.11
Divorciado, separado ou viúvo	46	68	67.6	53.2 (34.9–69.7)	0.42	4	24	16.7	28.2 (8.5–56.5)	0.84
Nível de escolaridade										
Sem escolaridade, primário	91	162	56.2	50.0 (38.4–61.0)	REF	7	28	25.0	18.8 (5.9–44.6)	REF
Secundário, superior	88	156	56.4	50.5 (36.6–63.1)	0.99	18	98	18.4	19.4 (7.8–31.0)	0.58
Religião										
Cristã (Católica, Evangélica, Protestante)	95	175	54.3	49.5 (37.2–61.5)	REF	13	50	26.0	27.3 (10.8–44.6)	REF
Muçulmana	31	62	50.0	42.7 (26.0–61.5)	0.48	12	72	16.7	16.6 (7.8–25.9)	0.04
Outra/Nenhuma	53	82	64.6	55.1 (36.4–69.8)	0.32	–	4	–	–	0.99

NE: Não estimado

-- Resultados não apresentado para denominadores com valor <20.

Figura 7.2. Prevalência de HIV entre as PID por faixa etária em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014



7.3. Prevalência de HIV por características do consumo de drogas injectáveis

Não houve diferença significativa na prevalência de HIV em relação a idade do primeiro consumo de drogas injectáveis nem do sexo em troca de drogas (Tabela 7.3.A). Em ambas cidades a prevalência de HIV foi mais alta ($p < 0.05$) nas pessoas que começaram a usar drogas há mais de 10 anos em relação aqueles que começaram a usar drogas nos últimos cinco anos, sendo 54.1% (≥ 11 anos) vs 34.9% (0-5 anos) em Maputo e 23.2% (≥ 11 anos) vs 6.5% (0-5 anos) em Nampula/Nacala.

A prevalência de HIV foi maior ($p = 0.01$) entre as PID em Maputo que injectavam a heroína como droga principal quando comparado os que não (53.2% vs 33.4%). Em Maputo a prevalência foi mais elevada ($p < 0.01$) entre as PID que alguma vez partilharam seringa ou agulha, sendo 65.3%, em comparação com as PID que nunca partilharam (33.0%). Em Maputo, a prevalência foi maior entre as PID que não tinham acesso a seringas novas comparada com as que tinham acesso a seringas (74.2% vs 47.2%) diferentemente de Nampula/Nacala com prevalência menor no grupo de PID sem acesso a seringas (3.4% vs 23.5%).

Tabela 7.3.A. Prevalência de HIV por características do consumo de drogas injectáveis entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=319)					Nampula/Nacala (N=126)				
	HIV+	N	%, Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P	HIV+	N	%, Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P
Idade do primeiro consumo de drogas injectáveis										
<25	95	169	56.2	48.6 (34.9–61.2)	REF	14	94	14.9	17.2 (7.2–29.1)	REF
≥25	77	138	55.8	49.3 (36.6–60.0)	0.90	11	32	34.4	26.3 (7.9–48.5)	0.30
Alguma vez recebeu drogas em troca de sexo										
Sim	21	42	50.0	44.5 (23.1–66.5)	REF	–	18	–	–	REF
Não	158	276	57.2	50.5 (39.7–60.4)	0.16	21	108	19.4	19.5 (9.7–29.1)	–
Anos desde que iniciou o consumo de drogas injectáveis										
0–5	45	113	39.8	34.9 (21.3–46.5)	REF	5	70	7.1	6.5 (1.1–12.1)	REF
6–10	45	79	57.0	56.9 (39.5–71.8)	0.02	10	24	41.7	50.8 (22.3–74.3)	<0.01
≥11	82	115	71.3	54.1 (42.0–70.8)	<0.01	10	32	31.2	23.2 (7.5–49.3)	0.02
Frequência do consumo de drogas injectáveis nos últimos 12 meses										
Diariamente	133	216	61.6	56.6 (44.9–66.8)	REF	12	34	35.3	49.6 (22.5–73.3)	–
Injectou algumas vezes por semana mês ou ano	38	86	44.2	31.7 (17.5–47.4)	0.01	12	86	14.0	18.5 (8.2–31.4)	–
Não injectou	–	17	–	–	–	–	6	–	–	–
Anos desde que iniciou o consumo de drogas injectáveis										
Sim	163	280	58.2	53.2 (43.1–63.1)	REF	20	96	20.8	24.3 (13.8–34.6)	REF
Não	16	39	41.0	33.4 (16.8–51.8)	0.01	5	29	17.2	15.4 (2.2–36.3)	0.35
Alguma vez partilhou agulhas ou seringas										
Yes	122	177	68.9	65.3 (53.3–75.3)	REF	16	67	23.9	24.1 (11.1–39.0)	REF
Não	57	142	40.1	33.0 (22.0–44.0)	<0.01	9	59	15.3	17.5 (5.1–29.1)	0.353
Teve acesso a seringas novas										
Sim	157	285	55.1	47.2 (36.4–56.8)	REF	23	98	23.5	23.5 (13.3–33.8)	REF
Não	22	34	64.7	74.2 (56.9–89.6)	0.01	1	27	3.7	3.4 (0.0–12.3)	0.04

Resultados não apresentados para denominadores <20.

A prevalência de HIV foi mais alta ($p<0.01$) entre as PID que injectaram diariamente nos últimos 30 dias em comparação com as que não o fizeram (63.9% vs 38.2%) em Maputo (Tabela 7.3.B). Também em Maputo as PID que partilharam seringas nos últimos 30 dias tinham maior prevalência ($p<0.01$) em comparação as que não partilharam (70.8% vs 41.3%). Em Nampula/Nacala não houve diferença estatisticamente significativa nestes grupos. Importante ressaltar o facto desta análise incluir também as PID que conheciam o seu seroestado de HIV positivo.

Tabela 7.3.B. Prevalência de HIV por práticas de risco no consumo de drogas injectáveis durante o mês anterior ao inquérito entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=319)					Nampula/Nacala (N=126)				
	HIV+	N	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P	HIV+	N	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P
Injectou diariamente nos últimos trinta dias										
Sim	112	166	67.5	63.9 (51.4–73.1)	REF	7	22	31.8	31.2 (0.0–64.3)	REF
Não	66	152	43.4	38.2 (26.7–49.9)	<0.01	18	104	17.3	18.0 (8.5–28.1)	0.15
Partilhou seringas nos últimos trinta dias										
Sim	71	97	73.2	70.8 (56.5–82.5)	REF	8	41	19.5	20.1 (6.5–36.9)	REF
Não	108	222	48.6	41.3 (30.8–52.0)	<0.01	17	85	20	19.6 (9.0–31.4)	0.79

-Resultados não apresentados para denominadores com valor <20..

7.4.Prevalência de HIV por comportamento sexual

Entre os homens que injectam drogas (Tabela 7.4.A), a prevalência de HIV foi maior entre os que não tiveram parceiras sexuais nos últimos 12 meses quando comparados ao que tiveram uma parceira em Maputo (59.7% vs 33.6%). Não houve

relação entre HIV e ter dado dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com uma mulher no mesmo período. Em Maputo, notou-se uma diferença significativa entre a prevalência de HIV ($p=0.02$) entre os homens que receberam dinheiro, alguma coisa ou ofereceu dinheiro em troca de sexo com uma mulher nos últimos 12 meses do que nos que não o fizeram (71.7% vs 48.9%)

Tabela 7.4.A. Prevalência de HIV por comportamento sexual dos homens que injectam drogas em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=319)					Nampula/Nacala (N=126)				
	HIV+	N	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P	HIV+	N	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P
0	48	84	57.1	59.7 (46.7–76.7)	REF	–	5	–	–	–
1	34	70	48.6	33.6 (19.4–47.6)	<0.01	–	15	–	–	–
≥2	83	137	60.6	57.3 (41.0–68.4)	0.61	20	103	19.4	22.8 (12.0–34.2)	–
Deu dinheiro, alguma coisa ou ofereceu algum serviço em troca de sexo com uma mulher nos 12 meses anteriores ao inquérito										
Sim	60	100	60.0	55.0 (35.7–65.2)	REF	18	82	22	25.1 (12.9–38.2)	REF
Não	105	191	55.0	49.0 (38.7–61.1)	0.51	7	41	17.1	12.5 (2.4–23.5)	0.33
Recebeu dinheiro, alguma coisa ou ofereceu algum serviço em troca de sexo com uma mulher nos 12 meses anteriores ao inquérito										
Sim	24	37	64.9	71.7 (47.9–86.4)	REF	5	36	13.9	18.5 (4.6–35.6)	REF
Não	141	254	55.5	48.9 (37.8–59.4)	0.02	20	87	23	22.0 (10.6–33.2)	0.48

-- Resultados não apresentados para denominadores com valor <20.

Tabela 7.4.B. Prevalência de HIV por comportamento de risco com último parceiro entre as PID* em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=319)					Nampula/Nacala (N=126)				
	HIV+	N	%, Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P	HIV+	N	%, Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P
Teve sexo desprotegido (sem preservativo) com o último parceiro nos 12 meses anteriores ao inquérito										
Sim	56	112	50.0	41.3 (29.2–56.4)	REF	13	85	15.3	13.8 (5.2–25.9)	REF
Não	123	206	59.7	56.7 (45.7–66.9)	0.01	12	41	29.3	39.0 (19.2–59.7)	0.02
Recebeu ou deu dinheiro em troca de sexo com o último parceiro sexual nos 12 meses anteriores ao inquérito										
Sim	45	77	58.4	60.6 (44.1–74.3)	REF	4	26	15.4	13.7 (0.0–43.3)	REF
Não	134	242	55.4	45.1 (30.7–56.0)	0.35	21	100	21	22.4 (11.2–33.3)	0.43

*Os que não tiveram um parceiro sexual nos últimos 12 meses entram na categoria de não por não ter tido o comportamento

A Tabela 7.4.B apresenta dados relativos à prevalência de HIV por comportamento de risco das PID com o último parceiro sexual, nas cidades de Maputo e Nampula/Nacala. Os mesmos mostram que tanto em Maputo ($p=0.01$) quanto em Nampula/Nacala ($p=0.02$) a prevalência de HIV foi mais elevada entre as PID que usaram o preservativo na última relação sexual comparados aos que não usaram (56.7% vs 41.3% em Maputo; 39.0% vs 13.8% em Nampula/Nacala). Não houve uma diferença significativa na prevalência de HIV em relação a troca de sexo por dinheiro com o último parceiro sexual.

7.5. Prevalência de HIV por experiência de discriminação, prisão ou violência

A Tabela 7.5 mostra dados da prevalência de HIV por experiência de discriminação, violência e prisão e entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala. A prevalência não difere de forma significativa segundo experiência de violência e discriminação nos 12 meses anteriores ao inquérito nem com ter sido preso alguma vez.

Tabela 7.5. Prevalência de HIV por experiência de violência, prisão e discriminação entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=319)					Nampula/Nacala (N=126)				
	HIV+	N	%, Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P	HIV+	N	%, Bruta	% (95% CI): Adjusted	Valor-P
Foi agredido fisicamente por ser uma PID nos 12 meses anteriores ao inquérito										
≥1 vez	34	49	69.4	60.0 (38.6–77.4)	REF	4	23	17.4	20.3 (0.0–50.3)	REF
Não	145	270	53.7	48.1 (38.1–57.8)	0.05	21	103	20.4	19.7 (10.1–28.1)	0.52
Alguma vez foi preso										
Sim	139	238	58.4	54.4 (42.8–63.8)	REF	15	59	25.4	27.4 (12.9–43.4)	REF
Não	40	81	49.4	40.5 (26.0–56.5)	0.07	10	67	14.9	12.7 (2.8–26.7)	0.12
Teve alguma experiência de discriminação nos 12 meses anteriores ao inquérito										
	(Em falta=8)					(Em falta=3)				
Sim	19	32	59.4	47.8 (22.6–73.5)	REF	12	48	25.0	24.6 (4.6–52.0)	REF
Não	156	279	55.9	49.9 (39.0–58.7)	0.89	11	65	16.9	17.2 (8.0–32.8)	0.09

7.6. Prevalência de HIV por autorrelato de sintomas de ITS e testagem prévia de HIV

Em Maputo, houve relação significativa entre autorrelato de ITS e seroestado de HIV. As PID que reportaram ter tido úlceras ou feridas genitais ($p=0.03$) apresentaram maior prevalência de HIV quando comparadas com as que não tinham reportado ou sido informados que tinham ITS (70.6% vs 48.7%). Em Nampula/Nacala, as PID que declararam ter tido corrimento anormal da vagina, pénis ou ânus no último ano apresentaram maior prevalência de HIV ($p<0.01$) quando comparadas as que

não tiveram corrimento anormal (44.4% vs 12.7%). Em relação a testagem prévia do HIV, nas duas áreas urbanas verificou-se maior prevalência de HIV nas PID que alguma vez fizeram o teste de HIV antes da realização do inquérito (Em Maputo 56.6% vs 34.1%, $p<0.01$ e em Nampula/Nacala 26.3% vs 15.7%, $p=0.04$).

Em Maputo, a prevalência de HIV foi mais elevada entre as PID que tinham percepção de risco moderado/alto comparativamente às PID que não tinham percepção de próprio risco ou tinham percepção de risco baixo de infecção pelo HIV (30.9% vs 20.9%; $p=0.02$). Entre as PID que achavam que não tinham HIV, 14.5% e 11.4% eram realmente HIV positivos. Conforme ilustra a tabela 7.6.B.

Tabela 7.6.A. Prevalência de HIV por autorrelato de ITS e testagem prévia de HIV entre as PID em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=319)					Nampula/Nacala (N=126)				
	HIV+	N	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P	HIV+	N	%: Bruta	% (95% CI): Ponderada	Valor-P
Teve úlceras ou feridas na vagina, pénis ou ânus nos 12 meses anteriores ao inquérito										
Sim	17	25	68	70.6 (43.4–91.3)	REF	8	33	24.2	25.8 (6.6–45.9)	REF
Não	162	294	55.1	48.7 (37.9–58.0)	0.03	17	93	18.3	15.9 (7.7–25.0)	0.35
Teve corrimento anormal da vagina, pénis ou ânus nos 12 meses anteriores ao inquérito										
Sim	–	19	–	–	REF	10	26	38.5	44.4 (19.2–69.8)	REF
Não	167	300	55.7	50.3 (40.5–60.2)	—	15	100	15	12.7 (5.6–19.9)	<0.01
Teve sintomas (corrimento anormal, úlceras ou feridas na vagina, pénis ou ânus) nos 12 meses anteriores ao inquérito										
Sim	21	32	65.6	67.8 (46.1–87.6)	REF	10	43	23.3	27.4 (10.3–44.0)	REF
Não	158	287	55.1	49.0 (38.5–58.8)	0.06	15	83	18.1	15.7 (7.1–26.0)	0.25
Alguém lhe informou que tinha ou poderia ter uma ITS nos 12 meses anteriores ao inquérito										
Sim	18	26	69.2	72.4 (44.3–94.1)	REF	11	44	25	18.6 (5.8–32.1)	REF
Não	161	293	54.9	49.1 (39.3–59.0)	0.07	14	82	17.1	19.4 (8.9–31.4)	0.99
Teve sintomas de ITS ou foi informado que tinha ou poderia ter uma ITS nos 12 meses anteriores ao inquérito										
Sim	29	41	70.7	71.5 (51.7–88.9)	REF	15	67	22.4	23.2 (9.3–36.4)	REF
Não	150	278	54	47.5 (36.8–57.4)	0.02	10	59	16.9	14.3 (5.4–27.1)	0.27
Já fez o teste de HIV										
Sim	145	235	61.7	56.6 (45.5–66.9)	REF	18	71	25.4	26.3 (18.6–46.7)	REF
Não	34	84	40.5	34.1 (20.8–47.6)	<0.01	7	55	12.7	15.7 (3.8–23.2)	0.04

Tabela 7.6.B. Prevalência de HIV por percepção de risco de infecção pelo HIV entre as PID que nunca tenham sido diagnosticados com HIV em Maputo e Nampula/Nacala, Moçambique, 2014

	Maputo (N=319)					Nampula/Nacala (N=126)				
	HIV+	N	%, Bruto	% (95% CI): Ponderada	Valor-P	HIV+	N	%, Bruto	% (95% CI): Ponderada	Valor-P
Percepção do próprio risco de contrair uma infecção pelo HIV*										
	(Em falta=33)					(Em falta=13)				
Não tem risco ou risco baixo	10	47	21.3	20.9 (6.9–33.3)	REF	5	46	10.9	10.2 (0.0–21.6)	–
Risco moderado ou risco alto	32	83	38.6	30.9 (16.3–43.6)	0.02	9	67	13.4	14.7 (4.6–22.4)	–
Sem resposta	18	66	27.3	18.9 (9.1–32.5)	0.95	–	3	–	–	–
Percepção do próprio estado serológico de HIV*										
	(Em falta=33)					(Em falta=13)				
Positivo	22	36	61.1	53.7 (29.4–80.5)	REF	–	7	–	–	–
Negativo	11	61	18.0	14.5 (4.3–23.9)	<0.01	9	92	9.8	11.4 (3.0–20.5)	–
Recusou	27	99	27.3	24.6 (14.9–36.2)	<0.01	–	17	–	–	–

* Exclui os que tinham conhecimento do seroestado de HIV positivo antes do inquérito

- Resultados não apresentados para denominadores com valor <20.

8. Estimativa do tamanho da população

Esta secção apresenta os dados relacionados ao segundo objectivo principal do inquérito de estimar o tamanho da população das PID em cada local do inquérito. O inquérito utilizou vários métodos diferentes para obter tamanhos da população. O uso de múltiplos métodos, cada um tendo as suas limitações, reforça a confiança nas estimativas, prevê limites de plausibilidade superiores e inferiores, e reduz a probabilidade de que um único método poderá causar viés e substancialmente alterar os resultados. Os resultados das quatro metodologias utilizadas e a mediana destas estão apresentadas na Tabela 8.1. As Figuras 8.1 e 8.2 apresentam estes mesmos dados de forma visual. As estimativas de Nampula não incluem Nacala. Os detalhes da metodologia de cada estimativa encontram-se na Secção 5.8.

8.1. Sabedoria das multidões

Com base no método da sabedoria das multidões conduzido durante o questionário do inquérito, o número mediano das PID que vivem em Maputo supostos pelos participantes do inquérito em Maputo (N=338 pois 14 participantes recusaram responder a pergunta) foi de 80. Após a exclusão de participantes que deram uma resposta igual ou inferior ao seu próprio tamanho de rede, o número mediano estimado das PID na cidade é de 300 PID (N=233). O valor inferior reportado é 5 PID e o valor máximo 28000 PID. Em Nampula o valor mediano das respostas de cada participante é 50 PID (N=139), após a exclusão dos participantes que uma resposta igual ou inferior ao seu próprio tamanho de rede, a mediana é 70 PID (N=67). O valor mínimo reportado foi sete PID e o valor máximo é 3000 PID

8.2. Multiplicador do objecto único

Num período de duas semanas anteriores ao início do inquérito (3 a 20 de Setembro de 2013) foram distribuídos 408 objectos por agentes comunitários de sensibilização (ACS) em Maputo e 447 em Nampula a pessoas que injetam drogas em vários pontos de cada cidade frequentados pelas mesmas. Os locais foram seleccionados com base de um mapeamento e cronograma desenvolvido pelos ACS na fase formativa do IBBS. Durante a distribuição os ACS perguntavam às pessoas se já alguma vez haviam usado drogas injetáveis, em caso afirmativo, se o tivessem feito nos últimos 12 meses, e se alguma vez haviam recebido tal objecto.

Durante o inquérito, 92 participantes de 352 em Maputo e 26 participantes de 113 participantes em Nampula reportaram que haviam recebido o objecto de um agente comunitário durante o período de distribuição. Os participantes de Nacala foram excluídos da estimativa. Com base no ajustamento em RDSAT, 19.8% das PID em Maputo e 11.4% das PID em Nampula receberam o objecto. Acontagem de objectos distribuídos é dividida por esta proporção para obter a estimativa de 2061 PID em Maputo e 3921 PID em Nampula..

8.3. Amostragem sequencial (Sequential sampling)

A metodologia da amostragem sequencial (sequential sampling) usa o tamanho de rede individual reportado por cada participante. A média do tamanho de rede reportado pelos participantes em Maputo é 30 PID (mínimo de duas PID e máximo de 150 PID) e em Nampula 14 (mínimo de duas PID e máximo de 15 PID). Com base na metodologia amostragem sequencial estima-se que 2869 PID vivem em Maputo e 463 em Nampula...

8.4. Estimativa da literatura

Uma revisão da literatura revelou uma prevalência mediana de PID no continente da Africano de 0.17% nos adultos de 15 à 49 anos de idade (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014). Aplicou-se esta estimativa ao número de habitantes (população adulta de 15-64 anos de idade) em cada cidade do inquérito, sendo 768 706 em Maputo e 339 028 em Nampula conforme as projecções do recenseamento de 2009 (Instituto Nacional de Estatística). O número estimado de PID em Maputo com base na literatura é 1307 e em Nampula 576.

8.5. Mediana das estimativas

A mediana das quatro estimativas resulta numa população de PID de 1684 em Maputo e de 520 em Nampula. Esta estimativa equivale a 0.22% da população de Maputo e 0.15% da população de Nampula.

Tabela 8.1. Resumo das estimativas do tamanho da população de PID em Maputo e Nampula, 2014

	Estimativa do tamanho	Limites de Plausibilidade	% da população adulta	Limites de plausibilidade
Maputo (População adulta 15-64: 768,706)				
Sabedoria das Multidões	300	(50, 1500)	0.04	(0.01, 0.20)
Multiplicador do Objecto Único	2061	(1281, 2842)	0.27	(0.17, 0.37)
Amostragem Sequencial	2869	(2430, 3190)	0.37	(0.32, 0.41)
Estimativa da Literatura	1307	(384, 8610)	0.17	(0.05, 1.12)
Mediana das Estimativas	1684		0.22	
Nampula (População adulta 15-64: 339,028)				
Sabedoria das Multidões	70	(33, 355)	0.02	(0.01, 0.10)
Multiplicador do Objecto Único	3921	(1402, 6443)	1.16	(0.41, 1.90)
Amostragem Sequencial	463	(309, 764)	0.14	(0.09, 0.23)
Estimativa da Literatura	576	(170, 3797)	0.17	(0.05, 1.12)
Mediana das Estimativas	520		0.15	

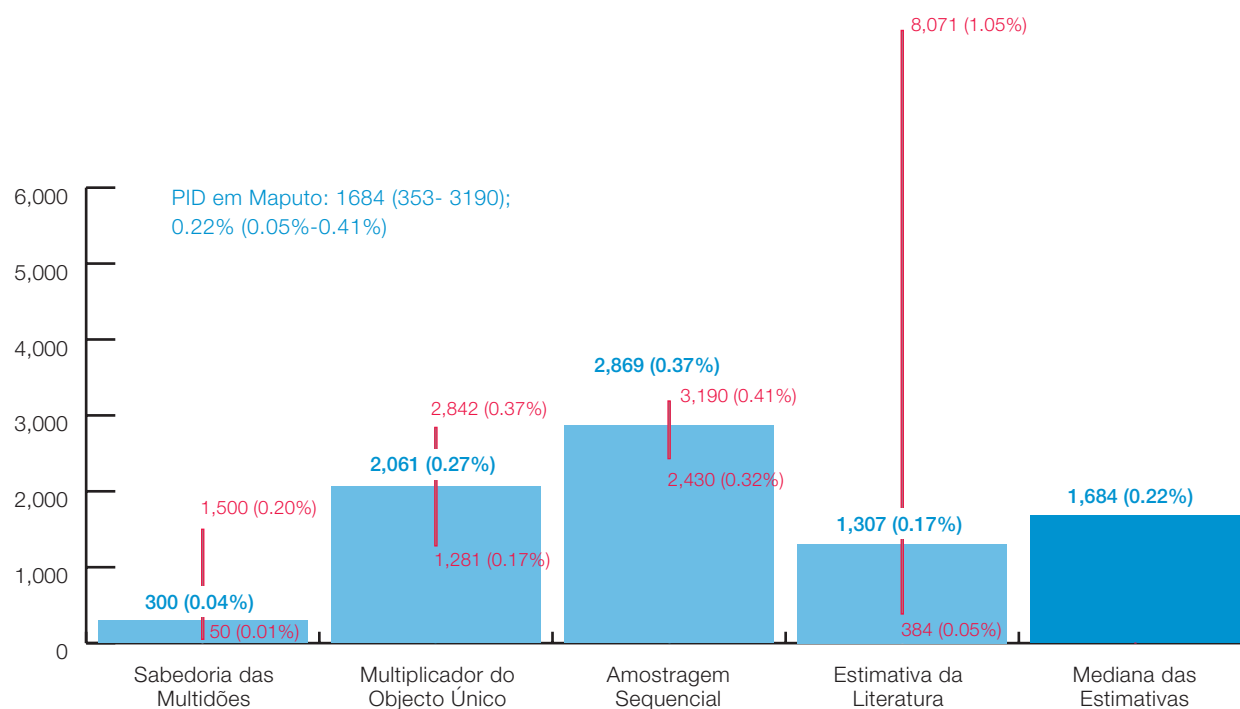
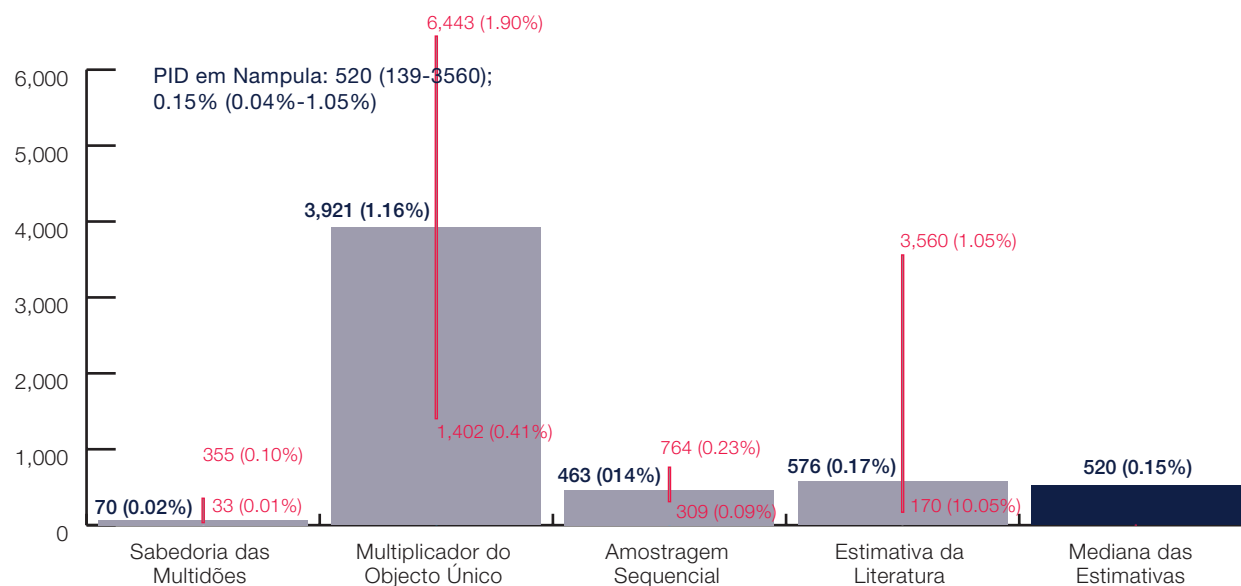
Figura 8.1. Resumo das estimativas do tamanho da população de PID em Maputo, 2014

Figura 8.2. Resumo das estimativas do tamanho da população de PID em Nampula, 2014

9. Resultados da avaliação formativa

A avaliação formativa foi conduzida em Maputo e Nampula/Nacala, nos meses de Junho à Julho de 2013. Esta avaliação visava para além de identificar as necessidades operacionais e logísticas para a realização de um IBBS em PID, aprofundar o conhecimento das características das pessoas que injectam droga, os locais que esta população frequenta, a disponibilidade de serviços sociais e de saúde e outra informação específica.

Eram elegíveis para participar nas Entrevistas com Informantes-Chave (EIC), membros das organizações que prestam serviços as PID com idade igual ou superior a 18 anos, e nas Discussões de Grupo Focal (DGF) podiam participar usuários e ex-usuários de drogas injectáveis e pessoas que conheciam ou tivessem informação sobre o grupo alvo.

No total, foram realizadas vinte e duas (22) EIC e sete DGF (com 6-12 participantes em cada grupo) por local de avaliação formativa; os participantes foram seleccionados por conveniência nos locais onde foram realizadas as avaliações formativas. A participação nas entrevistas e discussões em grupos focais foi feita mediante consentimento informado dos participantes. Os dados gravados em áudio foram usados para auxiliar no desenvolvimento de notas de campo imediatamente após cada sessão de EIC e DGF e foram posteriormente transcritas.

As transcrições foram codificadas e analisadas usando o software de pesquisa qualitativa Nvivo (QSR International Pty Ltd. Version 10, 2014). Antes da codificação, a equipa de pesquisa criou nós no Nvivo. Foram criados quatro nós primários, e por sua vez dentro de cada nó primário foram criados nós secundários. Todas as codificações foram cruzadas e revistas, e as ambiguidades foram discutidas em grupo. A análise da informação foi baseada na procura de padrões comuns nos dados e na procura de hipóteses emergentes acerca dos mesmos.

Os participantes não encararam o uso do computador portátil (netbook) para a realização da entrevista comportamental, como sendo obstáculo para a participação porém o tempo previsto para completar os procedimentos foi considerado longo. Em relação à testagem de HIV, alguns participantes afirmaram que o teste serviria como um incentivo para os mesmos, especialmente os testes de hepatite B e C; dado que estes testes não são sempre oferecidos nas unidades sanitárias.

Apesar do consenso de que deveria existir algum tipo de compensação, não houve consenso no tipo de compensação e para que actividades devia existir a compensação. Alguns participantes insistiram que a compensação devia ser em valor

monetário enquanto outros eram de opinião que uma refeição ou lanche seria suficiente.

Entre aqueles que mencionaram algum valor monetário não houve consenso em relação ao valor mas a maioria sugeriu que fosse entre 50 a 100 Meticais. Alguns afirmaram que deveria ser pelo menos o valor do transporte enquanto outros afirmaram que deveria ser pelo menos o suficiente para cobrir uma dose. O valor máximo mencionado foi de 800 Meticais.

É uma percepção comum que as mulheres que usam drogas injectáveis trocam sexo por drogas ou por dinheiro para comprar droga. De acordo com um informante chave em Nampula, os homens também trocam sexo por drogas e por dinheiro também. Independentemente de saber se o sexo é trocado ou não, há uma percepção que o uso do preservativo dentro deste grupo é extremamente raro.

Nas duas cidades foi reportada a existência de pessoas de diferentes níveis sócio económicos e de escolaridade. Foi reportada a existência de pessoas de ambos os sexos; embora maior parte seja do sexo masculino. Notou-se que faixa etária das PID descrita pelos participantes, situava-se entre os 15 e os 60 anos. A língua falada vai desde o Português, ao Changana, Inglês, Zulo, Francês, Espanhol, e também foi reportada a comunicação em códigos, vulgarmente conhecida como língua de peixe.

A existência de estudantes que injectam drogas, foi mencionada nas entrevistas realizadas nas duas cidades e também a existência de funcionários de diferentes serviços. Mas a maior parte dos entrevistados relatou que algumas PID acabam abandonando a escola e o emprego, acabando por se envolver em actos ilícitos para sustentar o consumo de drogas.

Ao longo das EIC e de DGF, os participantes listaram vários tipos de drogas usadas nas cidades de Maputo e Nampula/Nacala. A maioria referiu que o uso de drogas não injectáveis é mais comum, dentre as quais a cannabis sativa/marijuana foi a mais mencionada. Tendo também sido mencionado o uso esporádico de ecstasy, crack (especialmente em Nampula), Rohypnol®, Diazepam e cocaína (inalada ou fumada).

Em Maputo e Nampula/Nacala, participantes afirmaram que é um desafio obter seringas limpas e também arriscado andar com seringas pela cidade, uma vez que se forem pegos pela polícia podem sofrer acções repreensivas. De acordo com alguns entrevistados as farmácias são uma opção em ambos os locais, mas é difícil obtê-las sem receita médica e o custo é elevado para os usuários de drogas.

Em Maputo, e Nampula/Nacala, foi reportada a existência de profissionais de saúde que levam seringas novas e/ou usadas do hospital para as vender em casa ou para ajudar membros da sua família ou amigos a ter acesso a este tipo de equipamento.

Em vez de se obter agulhas limpas em uma farmácia ou em outro local, acredita-se que a maioria das PID das cidades de Maputo e Nampula/Nacala partilham seringas. Um participante em Maputo (EIC4) estimou que entre 10-20 pessoas podem partilhar uma única seringa.

As necessidades de saúde e sociais das PID são muitas, uma vez que sofrem frequentemente de problemas nestas áreas como consequência não só do consumo de drogas, mas também dos comportamentos de risco associados e das condições de vida. É por estas razões que o HIV, a tuberculose e a hepatite são comuns neste grupo.

Apesar do número de organizações referenciadas durante as entrevistas, há uma percepção comum relativamente à exiguidade de programas direccionados as PID, e a falta de conhecimento sobre os locais/organizações que realizam ou implementam estratégias para a redução de danos, por exemplo, troca ou distribuição de seringas limpas e dos serviços de tratamento para desintoxicação. Os entrevistados indicaram que muitas vezes a falta de opções, especialmente para as PID interessadas no tratamento para dependência de drogas, obriga-os a tentar sair droga

injetável, a “sangue frio”, ou seja, sem recorrer aos serviços que oferecem o tratamento farmacológico para diminuição dos sintomas de abstinência. No geral os entrevistados reconheceram que a maioria das PID quer tratamento, mas que existem vários desafios no acesso deste grupo aos serviços sociais e de saúde, sendo alguns inerentes ao próprio usuário e outros aos serviços de apoio (localização geográfica do serviço, os provedores de saúde ou membros da organizações).

Os provedores de saúde também identificaram os desafios associados à utilização dos serviços pelas próprias PID. Neste contexto, a distância entre os locais de venda e consumo de drogas e o serviço de saúde ou de apoio foi reportado como um factor limitante na procura e utilização dos serviços de saúde e sociais. De acordo com um entrevistado em Nampula, o processo de encaminhamento dos participantes pode ser uma barreira se não se tiver em conta as especificidades e preocupações deste grupo

Durante o processo de formação das equipas de campo é importante incluir a sensibilização sobre o grupo alvo, isto é características gerais do grupo alvo, dinâmicas de consumo de drogas, políticas de redução de danos a nível internacional e regional, linguagem usada pelas PID e outros aspetos que possam auxiliar a equipa de campo a melhor conhecer o grupo, e ainda melhorar a interação entre ambos.

Os resultados completos da Avaliação Formativa podem ser encontrados no Apêndice 12.8..

10. Conclusões

10.1. Principais resultados

Este foi o primeiro inquérito desta natureza a ser implementado entre as PID em Moçambique. O mesmo mostrou que é possível recrutar PID através da RDS nas principais áreas urbanas do país; estimar a prevalência de HIV, HBV e HCV e; estimar o tamanho desta população. Este inquérito cumpriu com êxito o objecto de identificar as características, os comportamentos do consumo de drogas e comportamentos sexuais numa amostra de usuários de drogas injectáveis em duas áreas urbanas em Maputo e Nampula/Nacala.

Com base nos resultados do inquérito resumimos os principais achados: (1) Peso elevado de doença (2) num grupo diverso, extenso e discriminado (3) com níveis altos de comportamentos de risco (4) que tem acesso limitado a serviços de saúde.

Peso elevado de doença

A prevalência da infecção por HIV é estimada em 50.1% e 19.9% entre as PID de Maputo e Nampula/Nacala, respectivamente; a prevalência de HIV entre as PID em Maputo é quase três vezes maior que a prevalência da população adulta em Maputo (de 16.9%). Embora a prevalência seja mais baixa em Nampula/Nacala em relação a Maputo, a prevalência de HIV entre as PID com 35 ou mais anos de idade em Nampula/Nacala é alarmante, atingindo 42.9% (12.4-71.2%). Os níveis de infecção pelo HIV encontrados são mais elevados aos encontrados em PID em Zanzibar, Tanzânia [estimado em 11.3% em 2012 (Matiko et al., 2015)] e em Nairobi, Quênia [estimado em 18.7% em 2011 (Tun et al., 2015)] e muito mais elevado comparado com outras partes do mundo (ONUSIDA, 2013) mas comparável a prevalência da República das Maurícias estimada em 47.4% em 2009 (Johnston et al., 2013).

A alta prevalência de coinfeção de HIV e hepatites é preocupante pelo facto de que a coinfeção HIV e hepatites virais induz um pior prognóstico de ambas as infecções (Koziel & Peters, 2007). A prevalência de HBV é de 32.1% entre as PID em Maputo, e 36.4% em Nampula/Nacala; enquanto que a prevalência de HCV é de 44.6% e 7.0% em Maputo e Nampula/Nacala respectivamente. A prevalência de HCV em Maputo deve ser interpretada com precaução pelo facto de 42 participantes terem recusado o teste de hepatite C.

As prevalências de HCV revelaram-se relativamente baixas, tendo em conta ao reportado em outros países, com prevalências estimadas em torno de 60-80% em 26 países; e prevalências acima de 80% em 12 países (Nelson et al., 2011). Por outro lado, a prevalência de HBV é mais alta quando comparada a outros países, sendo 5-10% em 21 países, e mais de 10% em 10 países

(Nelson et al., 2011), e três vezes mais alta do que a prevalência de hepatite B encontrada num estudo de coorte de jovens em Maputo de 12.2% (Viegas et al., 2015). Esta alta prevalência pode estar ligada ao facto da vacina para hepatite B ainda não se encontrar disponível de forma abrangente para população de adultos em Moçambique.

Um terço (36.4%) das PID com HIV em Maputo e 70.5% em Nampula/Nacala não conhecia o seu seroestado de HIV positivo. Adicionalmente, entre as PID que achavam que o seu seroestado de HIV era negativo, 14.5% em Maputo e 11.4% em Nampula/Nacala eram de facto HIV positivas. A carga alta de infecção desconhecida contribui de forma substantiva para transmissão de HIV (Girardi, Sabin, & Monforte, 2007). Além disto, os dados do estudo revelam que a transmissão recente pode ser alta nesta população devido ao facto de que 9.4% das PID em Maputo e 17.4% em Nampula/Nacala teve resultado positivo para o teste de HIV após ter feito um teste com resultado negativo nos 12 meses anteriores.

A carga de infecções sexualmente transmissíveis também aparenta ser alta nesta população atingindo 57.8% em Nampula/Nacala. Embora não foi efectuada análise laboratorial para ITS no inquérito, o questionário continha várias perguntas que revelaram um alto nível de ITS com base em sintomas (ulcera, ferida ou corrimento anormal na área genital) ou diagnóstico (ter sido informado por um provedor de saúde) de uma ITS nos 12 meses anteriores ao inquérito.

Um grupo diverso, extenso e discriminado

Embora coloquialmente se achava que as PID são um grupo pequeno, composto maioritariamente por estrangeiros, jovens ou pessoas com baixo nível de escolaridade, o inquérito revelou que quase todas as PID têm nacionalidade moçambicana e a maioria delas fala a língua portuguesa. Encontrou-se também que em cada 10 PID quatro em Maputo e sete em Nampula/Nacala têm o ensino secundário ou superior e que em cada 10 PID, três em Maputo e duas em Nampula/Nacala tem 35 ou mais anos de idade. O número de usuários de drogas também é considerável, sendo que em cada 1000 cidadãos adultos de Maputo e Nampula/Nacala aproximadamente dois injectam drogas (n=?).

A droga injectada com mais frequência é a heroína (81.3% em Maputo e 73.0% em Nampula/Nacala), mas a cocaína é a principal droga consumida por pelo menos uma em cada 10 PID. Esta proporção pode ser explicada pelo facto de, segundo a UNODC, a África Oriental ser uma rota importante no tráfico de

heroína do Paquistão e do Afeganistão para a Europa e elo facto da região estar a tornar-se um ponto final para estas drogas com um número crescente de consumidores africanos (UNODC, 2009). Outro facto importante é que Moçambique estar a tornar-se num país importante no tráfico de cocaína originária da América Latina (Meeseon-Frizelle, 2014).

Grande parte das PID teve o seu primeiro contacto com as drogas na faixa etária dos 18 aos 24 anos de idade. Uma percentagem considerável injecta droga há menos de 5 anos e verifica-se que o local preferencialmente usado para injectar a droga em Maputo é a casa do traficante, e em Nampula/Nacala é em casa de outra pessoa que injecta droga..

Os resultados do inquérito revelam também que as PID são altamente discriminadas. Quase metade das PID em Maputo (46.1%) e 34.5% em Nampula/Nacala teve alguma experiência com discriminação no ano anterior ao inquérito e uma proporção semelhante foi agredida fisicamente por ser PID no mesmo período. Uma proporção semelhante também alguma vez foi detida. O estigma, a discriminação e criminalização de populações-chave, incluindo de PID, são ligadas a vários resultados negativos de saúde e relacionados ao HIV (Baral et al., 2014). Uma modelagem matemática demonstra que a redução de agressões pela polícia poderia reduzir a incidência do HIV (Strathdee et al., 2010).

Um nível alto nos comportamentos de risco

Perto de metade das PID (50.3% em Maputo e 42.4% em Nampula/Nacala), partilhou agulhas ou seringa alguma vez em sua vida, e pouco mais de 10% das PID em Maputo e Nampula/Nacala usaram uma agulha ou seringa depois de outra pessoa ter se injectado, durante a última vez que se injectaram. Em Maputo, 14.1% das PID, partilharam seringa com três ou mais pessoas no mês anterior ao inquérito. No entanto, a esmagadora maioria das PID em ambos os locais, Maputo e Nampula/Nacala (89,6% e 78,9%) relataram ter acesso a novas agulhas ou seringas. Uma percentagem considerável referiu ainda ter compartilhado algum instrumento ou material usado para preparar a droga (colher, tampa, algodão ou desinfectante). Estes resultados apontam a necessidade de reflexão sobre a implementação de programas de redução de danos em Moçambique, como demonstrado em alguns países africanos que já tem aplicado programas de redução de danos. Tanzânia representa um dos exemplos na implementação destes programas, com taxas relativamente baixas de prevalência comparadas com os resultados reportados neste inquérito (Reid, 2009).

Em Maputo, 47.6% das PID e 70.9% em Nampula/Nacala, não

usou preservativo na última vez que teve uma relação sexual, nos 12 meses anteriores a realização do inquérito. Verificou-se ainda que 57.2% das PID em Maputo e 30.9% em Nampula/Nacala usou drogas injectáveis na última vez que teve sexo. Apesar da transmissão do vírus estar mais ligada a injeção, o comportamento sexual das PID também está ligado a seroconversão especialmente num contexto de uma epidemia generalizada (Kral et al., 2001; Mathers et al., 2008).

Entre as PID com algum diagnóstico de HIV positivo prévio ao inquérito em Maputo quase um-quarto (23.3%) não consultou um profissional de saúde para exames ou cuidados relacionados ao HIV. Não tendo sida recolhida a contagem de células CD4 nem os historiais clínicos dos participantes, não é possível fazer o cálculo da percentagem de participantes que deviam estar em tratamento conforme as diretrizes do país. Apesar disto, com base no autorrelato, sabemos que quase um terço das PID que alguma vez iniciaram TARV desistiu do tratamento. O descontinuação do tratamento do HIV está ligado ao desenvolvimento do vírus resistente a tratamento (Pham, Wilson, Law, Kelleher, & Zhang, 2014; Parienti et al., 2004). Além disso, o início do TARV tem sido relacionado à redução de comportamentos de risco sexuais e de injeção entre usuários de drogas (Fu et al., 2012).

Acesso limitado a serviços de saúde.

Os dados deste estudo apontam para um défice no acesso aos serviços de prevenção de HIV/SIDA entre as PID, tanto em Maputo como em Nampula/Nacala. Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 90.5% das PID em Maputo e 59.2% em Nampula/Nacala não teve algum contacto com educadores de pares ou activistas para o HIV/SIDA. Menos de metade afirmou ter participado em palestras sobre HIV/SIDA no último mês anterior ao inquérito. Estes resultados, demonstram que as PID em Moçambique, ainda não se beneficiam de forma efectiva dos programas de prevenção do HIV/SIDA, facto este que contribui para a vulnerabilidade desta população. Outros estudos já revelaram que as PID constituem um factor de risco crescente para a infecção de HIV na população jovem e adulta, devido aos seus comportamentos de risco relacionados com o consumo de droga e pelo facto de estas se encontrarem maioritariamente na faixa etária sexualmente activa. Com este quadro, os países são chamados a investirem na implementação de programas que sejam voltados para a prevenção e redução do consumo de drogas neste grupo, e implementação de programas de educação e aconselhamento sobre o HIV e SIDA e de cuidados de saúde.

Os dados indicam que em Maputo, 73.0% das PID não procurou cuidados de saúde nos 12 meses anteriores a este inquérito.

Enquanto em Nampula/Nacala mais da metade disse tê-lo feito na ordem de 60.1% nesse mesmo período.

Este facto alerta para uma atenção redobrada sobre os serviços de atendimento das PID em Moçambique. Segundo o programa do Departamento de Saúde Mental do MISAU, o atendimento as pessoas com problemas de consumo de substâncias psicoactivas a nível nacional é assegurado por diferentes Unidades Sanitárias (Níveis Quaternário, Terciário e Secundário), com Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Porém, as unidades sanitárias que efectivamente possuem um serviço para o tratamento e reabilitação de toxicodependentes são somente duas, o Hospital Psiquiátrico do Infulene em Maputo, e o Centro de Saúde Mental em Nampula. Este quadro mostra que Moçambique carece de serviços que possam oferecer de forma mais abrangente cuidados de saúde informados para as PID.

A fraca capacidade de atendimento especializado para as PID, resulta também da ausência de informação sobre o seu estado de saúde geral, como por ex. a co-infecção HBV/HCV. Cerca de 65.3% das PID em Maputo e 47.9% em Nampula/Nacala afirmaram nunca terem ouvido falar de hepatite B e hepatite C antes da realização deste estudo. Isto demonstra uma grande lacuna no diagnóstico e tratamento de pessoas que usam drogas em Moçambique.

10.2. Limitações do inquérito

- Apesar do inquérito ter usado um método de amostragem robusto, é possível que determinadas categorias de PID não tenham sido incluídas na amostra. Por exemplo, PID de faixa etária acima de 40 anos, do sexo feminino, estrangeiras, ou com um nível socioeconómico elevado podem ter sido sub-representadas. No entanto, este desafio é comum em inquéritos realizado em populações de difícil acesso.
- Nossos resultados podem ser limitados pela mudança de critérios de elegibilidade de participantes para incluir qualquer indivíduo que relatara alguma vez ter injectado medicamentos sem serem sujeitos a receita médica. Uma acção necessária para superar os estrangulamentos no recrutamento de participantes quando inicialmente a participação fora limitada aos indivíduos que tinham injectado medicamentos sem receita médica no 12 meses anteriores ao inquérito. Esta alteração pode ter resultado em algumas pessoas com menor risco recente de infecção por HIV serem incluídas na pesquisa do que de outra forma teria sido incluída.
- Embora a amostra em Nampula/Nacala tenha alcançado equilíbrio para as variáveis-chave e tenha capturado aproximadamente um quarto da população estimada de PID na área alvo, o tamanho final da amostra ($N = 136$) foi inferior

ao tamanho estipulado. Isso leva a uma maior incerteza em torno de estimativas (intervalos de confiança maiores) e limita o poder estatístico das comparações feitas para este local de pesquisa.

- Pesquisas por cadeia de referencia, também estão sujeitas ao viés de auto-selecção que pode ter estado presente. Por exemplo, os indivíduos HIV-positivos podem ter sido mais propensos a participarem, devido ao incentivo do teste de Hepatite C que normalmente não é oferecido nas unidades sanitárias.
- Métodos de entrevistas presenciais, como o usado neste IBBS, são propensos ao viés de aceitação social. Alguns participantes podem não ter respondido de forma sincera a determinadas perguntas sobre seus comportamentos (ex. partilha de agulhas), uma vez que reconhecem que estes comportamentos não são correctos. Entretanto, tentamos reduzir o viés de aceitação social usando perguntas feitas de diferentes formas em diferentes lugares ao longo do questionário.
- O viés de memória é um problema comum em pesquisas transversais, e especialmente entre pessoas que usam drogas injectáveis. No entanto, esse viés foi reduzido perguntando-se apenas sobre a última utilização nos últimos 30 dias ao invés de um período de 12 meses
- Tratando-se de um estudo transversal, não é possível avaliar a temporalidade ou causalidade, particularmente na associação entre HIV e uso de drogas.
- Embora os resultados sugiram elevados níveis de infecção pelo HIV, HBV e HCV entre PID nas duas áreas urbanas, estes resultados não podem ser extrapolados para outras cidades ou regiões moçambicanas.
- A análise apresentada neste relatório não inclui técnicas de análise multivariada que controlam a interacção entre vários factores de interesse. Assim sendo, algumas das associações aparentes, por exemplo entre a educação e a prevalência de HIV, pode ser influenciada por outros factores, como a idade ou nível socioeconómico.

10.3. Recomendações

Serviços de Saúde e Intervenções para a redução de danos

Redução de danos refere-se a políticas, programas e/ou intervenções que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e económicas do uso de drogas ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. É baseada na compreensão de que muitas pessoas em diversos lugares do mundo continuam usando drogas apesar dos esforços empreendidos para prevenir o início ou o uso contínuo do consumo de drogas. A redução de danos também aceita o facto de que muitas

pessoas não conseguem ou não querem parar de usar drogas. Desta forma, estas intervenções podem beneficiar não apenas as pessoas que usam drogas, como também as suas famílias e a comunidade.

Os resultados deste inquérito reforçam a necessidade da implementação de programas de redução de danos. Além disso, as actividades de prevenção e tratamento do HIV devem ser direccionadas especificamente para PID, a fim de reduzir o risco de infecção nesta população. Começando com a melhoria dos programas de educação de pares voltados para PID, incluindo kits de injeção segura, terapias de substituição e serviços de saúde integrados de HIV/ITS nos serviços de tratamento da dependência (Petersen, Myers, Van Hout, Plüddemann, & Parry, 2013; Strathdee & Stockman, 2010; Reid, 2009; Mathers et al., 2008).

Desde 2009, o governo moçambicano através do Gabinete Central de Combate as Drogas vem investindo em campanhas de educação para a prevenção do consumo de drogas, e com o MISAU, na criação de serviços de saúde mental e tratamento psiquiátrico para os usuários de drogas nos estabelecimentos de saúde públicos (Dados de Programa, MISAU). Estes esforços contam com o apoio de ONGs que implementam programas de reinserção social, através do Projecto Vidas, nas províncias de Inhambane, Zambézia e Cabo Delgado, que embora focalizem as suas intervenções na população em maior risco de infecção pelo HIV, inclui também os usuários de drogas. Contudo, como demonstrado neste inquérito estes serviços são ainda escassos para esta população, por isso recomenda-se a disponibilização, fortalecimento e expansão dos serviços de saúde específicos para PID (ex: serviço amigável sem estigma).

Os resultados deste inquérito evidenciam a necessidade de implementação de campanhas específicas de vacinação de hepatite B para esta população devido às altas taxas de prevalência de hepatite B encontradas (32.1% em Maputo e 36.4% em Nampula/Nacala). Vários estudos tem evidenciado que programas de vacinação direccionados as PID demonstram economia de custo e são altamente eficazes em relação a educação para a saúde (Hu et al., 2008; Lugoboni, Quaglio, Civitelli, & Mezzelani, 2009).

Existe a necessidade de intervenções que buscam consolidar o acesso imediato aos serviços de cuidado e tratamento de HIV, co-infecção HIV/HBV e co-infecção HIV/HCV, devido ao facto que ainda existem PID que não procuram os serviços de cuidados em relação a sua infecção por HIV.

A necessidade da existência de serviços públicos e especializados para a prestação de cuidados de saúde em PID torna se importante para garantir que as PID usufruam do mesmo nível de atenção de saúde que a população em geral possui. Confrontado com o mesmo dilema, a República da África do Sul (Reid, 2009) tendo verificado que as instituições privadas que usualmente tratam de consumidores de drogas eram caras e inacessíveis para a população necessitada, decidiu iniciar com os serviços de atendimento especializados para usuários de drogas integrados na rede pública de cuidados primários de saúde.

A integração dos serviços de atendimento e tratamento dos usuários de drogas na rede pública de saúde é defendida no relatório da UNODC de 2014, afirmando que os países que investiram adequadamente em serviços de redução de danos baixaram significativamente a transmissão de HIV entre as PID; o conhecimento do número destas pessoas em cada país ajudará a melhorar a abordagem da discriminação que estes sofrem no acesso a cuidados de saúde, e afastará as barreiras que existem para que esta população-chave tenha os cuidados que precisa. O relatório estima em 16 a 39 milhões de PID a nível mundial, mas, anualmente, somente uma em cada 6 destas pessoas tem acesso a serviços de tratamento, um fenómeno que reforça a necessidade de iniciar serviços de tratamento e cuidados específicos para os usuários de drogas baseado em evidências.

Vigilância epidemiológica contínua

A escassez de dados e informações sobre o comportamento de alto risco das PID em Moçambique, torna difícil uma avaliação rigorosa das necessidades específicas de prevenção, cuidados e tratamento desta população, como também limita a capacidade de monitorar o risco ou a implicação de programas de controlo da epidemia no geral. Embora concordando que os resultados dos inquéritos da população em geral forneçam informações valiosas sobre as taxas de prevalência do HIV na população, quando pouco se sabe, sobre o risco de infecção pelo HIV entre os grupos em alto risco, tais como as PID, a tomada de decisões ao nível nacional torna-se um desafio. Face a este cenário, recomenda-se uma monitorização contínua da prevalência e incidência de HIV entre as PID através de rondas sistemáticas de estudos transversais que incluam também factores comportamentais relacionados com o uso de seringas e práticas sexuais, monitoria do uso dos serviços de saúde, e avaliação dos programas de prevenção, cuidados e tratamento das PID. É também necessário manter uma estimativa actualizada do tamanho da população das PID, bem como o mapeamento das necessidades de saúde ao longo do território moçambicano.

11. Referências

- Asher, A. K., Hahn, J. A., Couture, M.-C., Maher, K., & Page, K. (2013). People who Inject Drugs, HIV Risk, and HIV Testing Uptake in Sub-Saharan Africa. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*, 24(6), e35–e44.
- Augusto, G, R Nalá and RM Manjate. 2006. Avaliação dos conhecimentos, atitudes, práticas e prevalência do HIV/SIDA em prisioneiros da Cadeia Central da machava e Centro de Reclusão Feminina de N'dlavela. *Revista Médica de Moçambique*, 9 (1): 21-28
- Baral, S., Holland, C. E., Shannon, K., Logie, C., Semugoma, P., Sithole, B., ... Beyrer, C. (2014). Enhancing Benefits or increasing harms: community responses for HIV among men who have sex with men, transgender women, female sex workers, and people who inject drugs. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66, S319–S328.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS). 2009. Plano Estratégico Nacional de Resposta a HIV e SIDA, 2010-2014. Maputo, Moçambique: CNCS.
- Fu, T., Westergaard, R. P., Lau, B., Celentano, D. D., Vlahov, D., Mehta, S. H., & Kirk, G. D. (2012). Changes in sexual and drug-related risk behavior following antiretroviral therapy initiation among HIV-infected injection drug users. *AIDS (London, England)*, 26(18), 2383–2391.
- Girardi, E., Sabin, C. A., & Monforte, A. D. (2007). Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 46 Suppl 1, S3–8.
- Handcock, M. S., Gile, K. J., & Mar, C. M. (2014). Estimating hidden population size using Respondent-Driven Sampling data. *Electronic Journal of Statistics*, 8(1), 1491–1521.
- Handcock, M. S., Gile, K. J., & Mar, C. M. (2015). Estimating the size of populations at high risk for HIV using respondent-driven sampling data. *Biometrics*, 71(1), 258–266.
- Handcock, M. S., Gile, K. J., & Mar, C. M. (2015). Estimating the size of populations at high risk for HIV using respondent-driven sampling data. *Biometrics*, 71(1), 258–266.
- Heckathorn, D. D. (2002). Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social Problems*, 49(1), 11–34.
- Hu, Y., Grau, L. E., Scott, G., Seal, K. H., Marshall, P. A., Singer, M., & Heimer, R. (2008). Economic Evaluation of Delivering Hepatitis B Vaccine to Injection Drug Users. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(1), 25–32.
- Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE) & ICF Macro. (2010). Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e Sida em Moçambique, 2009. (National Health Institute (INS), National Statistics Institute (INE) & ICF Macro (2010). National Survey on Prevalence, Behavioral Risks and Information on HIV and AIDS in Mozambique, 2009).
- Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE) & ICF Macro. (2016). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique, 2015. (National Health Institute (INS), National Statistics Institute (INE) & ICF Macro. (2010). National Survey on Immunization, Malaria and HIV/AIDS in Mozambique, 2015.
- Johnston, L. G., Prybylski, D., Raymond, H. F., Mirzazadeh, A., Manopaiboon, C., & McFarland, W. (2013). Incorporating the Service Multiplier Method in Respondent-Driven Sampling Surveys to Estimate the Size of Hidden and Hard-to-Reach Populations: Case Studies From Around the World. *Sexually Transmitted Diseases*, 40(4), 304–310.
- Johnston, L., Saumtally, A., Corceal, S., Mahadoo, I., & Oodally, F. (2011). High HIV and hepatitis C prevalence amongst injecting drug users in Mauritius: Findings from a population size estimation and respondent-driven sampling survey. *International Journal of Drug Policy*, 22(4), 252–258.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ONUSIDA). (2013). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ONUSIDA). (2014). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Kajubi, P., Kamya, M. R., Raymond, H. F., Chen, S., Rutherford, G. W., Mandel, J. S., & McFarland, W. (2008). Gay and Bisexual Men in Kampala, Uganda. *AIDS and Behavior*, 12(3), 492–504.
- Koziel, M. J., & Peters, M. G. (2007). Viral Hepatitis in HIV Infection. *New England Journal of Medicine*, 356(14), 1445–1454.
- Kral, A. H., Bluthenthal, R. N., Lorvick, J., Gee, L., Bacchetti, P., & Edlin, B. R. (2001). Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *The Lancet*, 357(9266), 1397–1401.
- Lane, T., Raymond, H. F., Dladla, S., Rasethe, J., Struthers, H., McFarland, W., & McIntyre, J. (2011). High HIV Prevalence Among Men Who have Sex with Men in Soweto, South Africa: Results from the Soweto Men's Study. *AIDS and Behavior*, 15(3), 626–634.
- Leprière, A., Ba, I., Lacombe, K., Maynard, M., Toufik, A., Ndiaye, O., ... Girard, P.-M. (2015). Prevalence and behavioural risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSEN study. *Journal of the International AIDS Society*, 18, 19888.
- Lugoboni, F., Quaglio, G., Civitelli, P., & Mezzelani, P. (2009). Blood-borne Viral Hepatitis Infections among Drug Users: The Role of Vaccination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(1), 400–413.
- MacAllister, J., Sherwood, J., Galjour, J., Robbins, S., Zhao, J., Dam, K.,

- ... Baral, S. D. (2015). A Comprehensive Review of Available Epidemiologic and HIV Service Data for Female Sex Workers, Men Who Have Sex With Men, and People Who Inject Drugs in Select West and Central African Countries. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68, S83–S90.
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S. A., ... Toufik, A. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 372(9651), 1733–1745.
- Matiko, E., Khatib, A., Khalid, F., Welty, S., Said, C., Ali, A., ... Dahoma, M. (2015). HIV prevalence and risk behaviors among people who inject drugs in two serial cross-sectional respondent-driven sampling surveys, Zanzibar 2007 and 2012. *AIDS and Behavior*, 19 Suppl 1, S36–45.
- Meeson-Frizelle, R. (2014, April 22). Mozambique: Africa's new narco-state? *The Guardian*. Guardian Africa network. Retrieved from <http://www.theguardian.com/world/2014/apr/22/mozambique-africas-new-narco-state>
- Needle, R., Fu, J., Beyrer, C., Loo, V., Abdul-Quader, A. S., McIntyre, J. A., ... Pick, B. (2012). PEPFAR's evolving HIV prevention approaches for key populations—people who inject drugs, men who have sex with men, and sex workers: progress, challenges, and opportunities. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 60 Suppl 3, S145–151.
- Nelson, P., Mathers, B., Cowie, B., Hagan, H., Jarlais, D. D., Horyniak, D., & Degenhardt, L. (2011). The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: Results of global systematic reviews. *Lancet*, 378(9791), 571–583.
- Parienti, J.-J., Massari, V., Descamps, D., Vabret, A., Bouvet, E., Larouze, B., & Verdon, R. (2004). Predictors of Virologic Failure and Resistance in HIV-Infected Patients Treated with Nevirapine- or Efavirenz-Based Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 38(9), 1311–1316.
- Petersen, Z., Myers, B., Van Hout, M.-C., Plüddemann, A., & Parry, C. (2013). Availability of HIV prevention and treatment services for people who inject drugs: findings from 21 countries. *Harm Reduction Journal*, 10(13).
- Pham, Q. D., Wilson, D. P., Law, M. G., Kelleher, A. D., & Zhang, L. (2014). Global burden of transmitted HIV drug resistance and HIV-exposure categories: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 28(18), 2751–2762.
- PSI, Pathfinder, AMIMO, LAMBDA, UNIDOS, GHC. 2010. Melhorando as Intervenções de Prevenção do HIV entre as Populações mais Vulneráveis em Inhambane, Nampula e Cabo Delgado: Relatório de Mapeamento. Maputo (PSI, Pathfinder, AMIMO, LAMBDA, UNIDOS, GHC. 2010. Improving HIV Interventions Among most Vulnerable Populations in Inhambane, Nampula and Cabo Delgado: Mapping Report).
- Reid, S. R. (2009). Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review. *Harm Reduction Journal*, 6(1), 24.
- Strathdee, S. A., Hallett, T. B., Bobrova, N., Rhodes, T., Booth, R., Abdoel, R., & Hankins, C. A. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *The Lancet*, 376(9737), 268–284.
- Strathdee, S. A., & Stockman, J. K. (2010). Epidemiology of HIV Among Injecting and Non-injecting Drug Users: Current Trends and Implications for Interventions. *Current HIV/AIDS Reports*, 7(2), 99–106.
- Tun, W., Sheehy, M., Broz, D., Okal, J., Muraguri, N., Raymond, H. F., ... Geibel, S. (2015). HIV and STI Prevalence and Injection Behaviors Among People Who Inject Drugs in Nairobi: Results from a 2011 Bio-behavioral Study Using Respondent-Driven Sampling. *AIDS and Behavior*, 19(S1), 24–35.
- Tun, W., Vu, L., Adebajo, S. B., Abiodun, L., Sheehy, M., Karlyn, A., ... Idogho, O. (2013). Population-based prevalence of hepatitis B and C virus, HIV, syphilis, gonorrhoea and chlamydia in male injection drug users in Lagos, Nigeria. *International Journal of STD & AIDS*, 24(8), 619–625.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). Organised Crime and Trafficking in Eastern Africa: A discussion paper (Organised Crime and Trafficking in Eastern Africa A Discussion Paper For discussion at the Regional Ministerial Meeting on Promoting the Rule of Law and Human Security in Eastern Africa Nairobi, Kenya, 23–24 November 2009). Retrieved from http://www.unodc.org/documents/easternafrika/regional-ministerial-meeting/Organised_Crime_and_Trafficking_in_Eastern_Africa_Discussion_Paper.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). World drug report 2014.
- University of California San Francisco, Global Health Sciences. (2014). Toolbox for conducting integrated HIV bio-behavioral surveillance (IBBS) in key populations. University of California, San Francisco. 2014. Retrieved from
- Viegas, E. O., Tembe, N., Macovela, E., Gonçalves, E., Augusto, O., Ismael, N., ... Osman, N. (2015). Incidence of HIV and the Prevalence of HIV, Hepatitis B and Syphilis among Youths in Maputo, Mozambique: A Cohort Study. *PLOS ONE*, 10(3), e0121452.
- Whitman, D., Horth, R., & Gonçalves, S. (2008). Analysis of HIV Prevention Response and Modes of Transmission: Mozambique Country Synthesis. In M. Colvin, M. Gorgens-Albino, & S. Kasedde, Analysis of HIV prevention response and modes of HIV transmission.
- World Health Organization, & UNAIDS. (2015). Guidelines for conducting HIV surveillance among pregnant women attending antenatal clinics based on routine programme data.

12. Apêndices

12.1. Tamanho da Amostra

A tabela abaixo indica os tamanhos de amostra necessários, com base nas estimativas de prevalência de HIV entre a população de PID.

Estimativa da Prevalência de HIV (%)	Tamanho da amostra no nível alfa = .05	Intervalo de Confiança 95%	Tamho da amostra com deff de 2.3
0.05	74	0.015–0.13	170
0.10	114	0.05–0.17	262
0.15	152	0.099–0.219	349
0.20	186	0.146–0.266	427
0.32	246	0.26–0.38	565

A estimativa do tamanho da amostra é baseada nos seguintes pressupostos:

Num estudo recente de duas populações prisionais em Moçambique, a prevalência do HIV entre as PID foi estimada em 32.1% (Augusto, Nala e Manjate, 2006). A prevalência de HIV estimada entre as populações de PID não-prisionais é provavelmente menor em relação a da população prisional de PID. Considerando que não existe outra informação formal sobre a prevalência do HIV entre de PID em Moçambique, o estudo prevê a realização de uma série de estimativas de prevalência de HIV nos locais abrangidos.

As recentes estimativas da amostra de tamanho e simulações de projectos revelam a necessidade de um maior efeito de desenho em inquéritos que usam a RDS. No entanto, duas pesquisas RDS realizadas anteriormente sobre HSH pelos investigadores em Kampala, Uganda e Soweto, África do Sul observaram efeitos de desenho para 11 variáveis-chave que variaram de 1,20-4,65, com uma mediana de 2,25 e uma média de 1,87 (Kajubi et al, 2008 ; Lane et al., 2011). Portanto, um efeito de desenho de 2.3 seria razoável para um estudo RDS similar, medidas similares, e população-alvo semelhante, e produziria um tamanho de amostra viável para o recrutamento em vários locais em Moçambique.

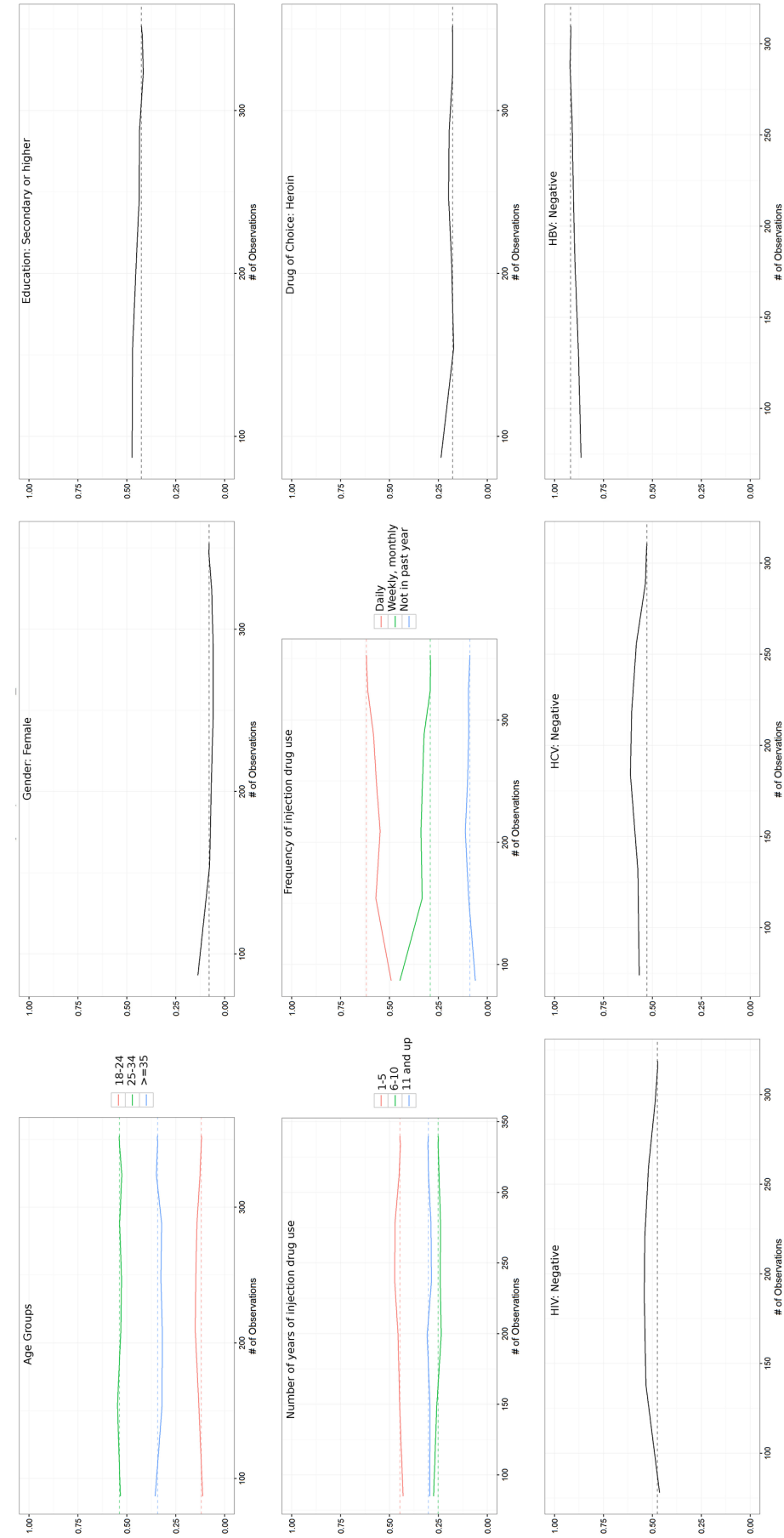
Os parâmetros acima para a prevalência pontual do HIV produzem tamanhos de amostras entre 170-565, dependendo da estimativa de prevalência de HIV. Escolhemos o ponto médio de 349, arredondando-se para um tamanho de amostra de 350. Observe-se, no entanto, que o cálculo do tamanho da amostra pode ser revisto durante a implementação do estudo com base na prevalência do HIV observada. É de notar também a necessidade de prosseguir com o recrutamento até atingir o equilíbrio desejado (isto é, se a composição da amostra com respeito às variáveis principais não mudar com mais recrutamento) antes da conclusão do inquérito. Experiências (Heckathorn, 2002) sugerem que 4-5 ondas de recrutamento são normalmente suficientes para atingir-se o equilíbrio na maioria das variáveis..

12.2. Gráficos de convergência para o equilíbrio

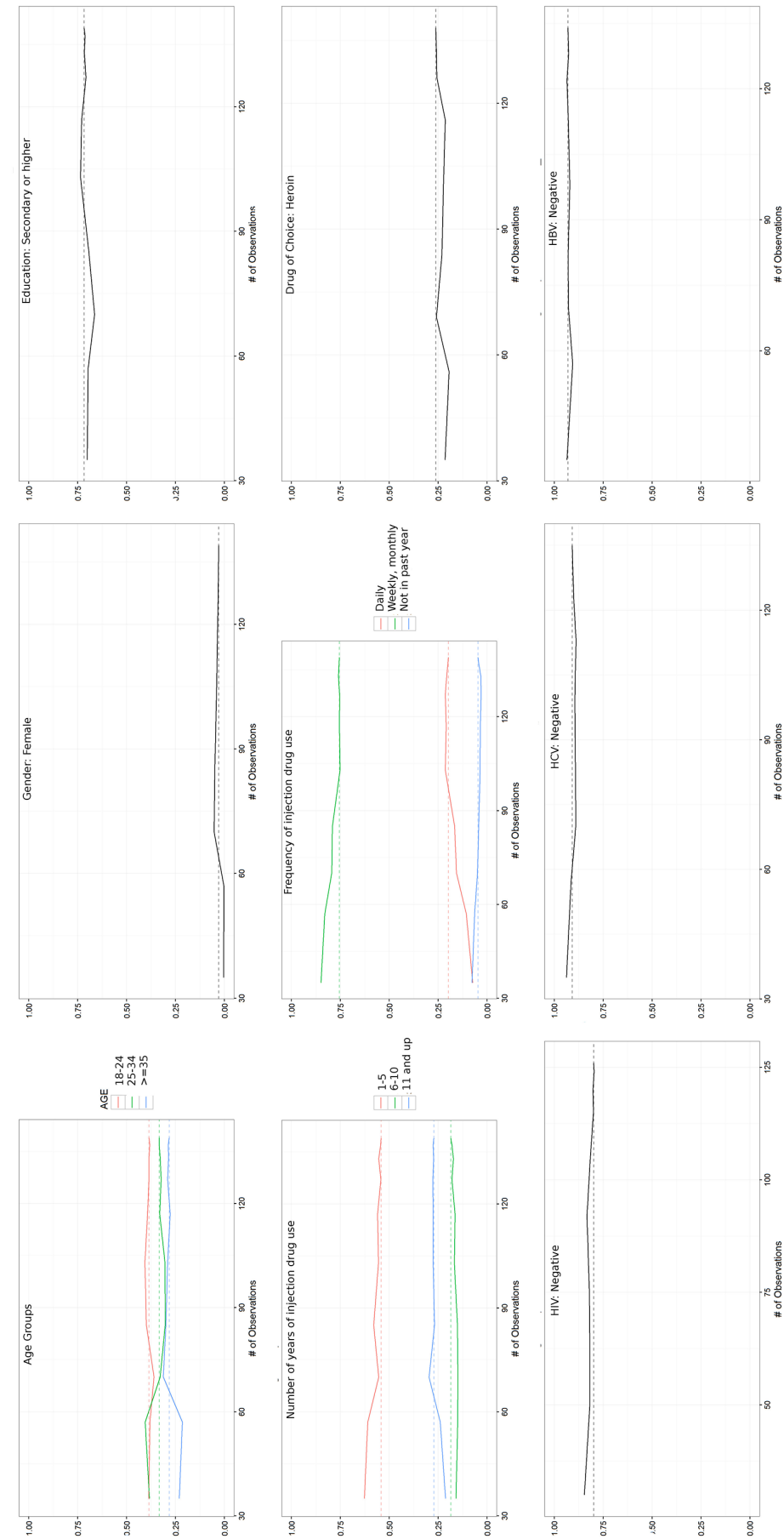
Os gráficos de convergência são usados para determinar se as estimativas de RDS são tendenciosas pela amostra de conveniência inicial de sementes. O nivelamento das estimativas (ou seja, uma linha horizontal) à medida que o tamanho da amostra aumenta, indica que a estimativa atual provavelmente não é tendenciosa pela escolha das sementes. A metodologia RDS exige que a amostragem continue até que a estimativa tenha sido “estabilizada”.

Os gráficos de convergência abaixo indicam que o tamanho da amostra atingiu o equilíbrio e, portanto, podemos ter confiança no tamanho da amostra e as estimativas resultantes.

Maputo



Nampula/Nacala



12.3. Equipa do inquérito

Investigadores Principais

Cynthia Semá Baltazar (INS)
 Lídia Gouveia (Dpto Saúde Mental-MISAU)
 Beverley Cummings (CDC)
 Timothy Lane (UCSF)

Co-Investigadores

Ângelo Augusto (INS)
 Eugénia Teodoro (Dpto Saúde Mental-MISAU)
 Luciana Massinga (Dpto Saúde Mental-MISAU)
 Peter Young (CDC)
 Henry Fisher Raymond (UCSF)
 Marcos Benedetti (Pathfinder Internacional)

Assessores Técnicos

Denise Chitsondzo (INS)
 Liliana Baloi (INS)
 Helena Ricardo (INS)
 Heidi Frank (UCSF)
 Riaz Mahomed Mobaracaly (Pathfinder)
 Manuel Condula (REDE-UNIDOS)
 Silas Dickie (U.S. Embassy)
 Noela Chicuecue (PNC ITS-HIV/SIDA)
 Jessica Seleme (PNC ITS-HIV/SIDA)

Gestores Nacionais dos IBBS

Roberta Horth (UCSF)
 Celso Inguane (I-TECH)

Gestão de Dados dos IBBS

Isabel Sathane, (I-TECH)
 Angelo Guimarães (INS)

Coordenadora dos IBBS e da Equipa de Campo

Kátia Ngale (Pathfinder)

Colaboradores na Análise e Interpretação dos dados

Ana Jacinto (Pathfinder)
 Caroline de Schacht (Health Alliance International)
 Jeremias Cumbe (REDE-UNIDOS)
 Joaquim Ngomane (UNODC)
 Makini Boothe (UCSF)
 Jennifer Peregoy (CDC)
 Nicolas Schaad (CDC)
 Paula Simbine (CDC)

Equipa do trabalho de campo RDS

Supervisores

<i>Maputo</i>	<i>Nampula/Nampula</i>
Olivia Manjate	Gracieth Ferreira

Inquiridores/Conselheiros

<i>Maputo</i>	<i>Nampula/Nampula</i>
Naica Langa	Esmeraldo Júnior
Domingos Muiambo	Eugénio Rosário
Arsénio Saveca	Santos Vizarona

Gestora de Convites

<i>Maputo</i>	<i>Nampula/Nampula</i>
Egídio Macuácu	Valdimar António

Recepcionista

<i>Maputo</i>	<i>Nampula/Nampula</i>
Tunecas Homo	Samito Armando

Agentes Comunitários de Sensibilização

<i>Maputo</i>	<i>Nampula/Nampula</i>
Amade Naimo Amade	Zaiyate Atumane
Occtávio Mondlane	Hélder Romão
	José Rombo
	Rui Júnior
	Roberto Carlos

12.4. Análise de sensibilidade da prevalência de HIV

	Maputo (N=353)				Nampula/Nacala (N=139)			
	N: Bruto	%: Bruta	% (IC 95%): ponderada	P-value*	N: Bruto	%: Bruta	% (IC 95%): ponderada	P-value*
HIV								
Positivo	179	56.1	50.1 (40.1–59.0)	REF	25	19.8	19.9 (10.9–29.2)	REF
Negativo	140	43.9	49.9 (40.9–59.9)		101	80.2	80.1 (70.7–89.2)	
Não Consentiu	34	–			13	–		
HIV estimativa baixa (todos em falta negativo)								
Positivo	179	50.7	43.1 (35.1–51.6)	0.28	25	18.0	18.8 (10.8–27.7)	0.99
Negativo	174	49.3	56.9 (48.1–65.2)		114	82.0	81.2 (72.2–88.9)	
HIV estimativa alta (todos em falta positivo)								
Positivo	213	60.3	57.4 (49.2–65.5)	0.26	38	27.3	24.5 (15.7–34.2)	0.38
Negativo	140	39.7	42.6 (34.4–51.0)		101	72.7	75.5 (65.6–84.3)	

12.5. Questionário do Inquérito

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Código do Entrevistador	[][]
Data da entrevista	dd/mm/aaaa
O(a) candidato(a) é uma semente?	1. Sim 2. Não
O(a) candidato(a) tem um convite válido?	1. Sim 2. Não
Qual é a cidade do inquérito?	1. Maputo 2. Nampula
O estudo esta a decorrer hoje em Nampula ou Nacala?	1. Nampula 2. Nacala
Qual é o código do(a) convite do(a) participante?	[][][][]
O(a) candidato(a) é homem ou mulher?	1. Homem 2. Mulher
O(a) candidato(a) já participou neste estudo?	1. Sim 2. Não
O(a) candidato(a) tem quantos anos completos?	[][]
O(a) candidato(a) viveu em que cidade no último ano?	1. Maputo, Matola ou arredores 2. Nampula ou arredores 3. Outro
O(a) candidato(a) alguma vez usou drogas?	1. Sim 2. Não
O(a) candidato(a) alguma vez usou drogas na lista A?	1. Sim 2. Não
O(a) candidato(a) alguma vez injectou drogas?	1. Sim 2. Não
O(a) candidato(a) injectou drogas nos últimos 12 meses?	1. Sim 2. Não
Quando foi a última vez que ele(a) injectou?	[][][][] Ano [][] Mes
Quantas pessoas que chutam drogas o(a) candidato(a) conhece por nome e que sabem o nome dele(a) também?	[][][][][][] (0000000=nenhum)
Destas <RESPOSTA DE Q15>, quantas ele(a) viu ou encontrou no mês passado?	[][][][][][] (0000000=nenhum)
O(a) candidato(a) é capaz de fornecer consentimento informado?	1. Sim 2. Não
Como o gestor de convites classificaria a confiança dele de que o(a) candidato(a) é PID (confiante, um pouco confiante e não confiante)?	1. Confiante 2. Um pouco confiante 3. Não confiante
O(a) candidato(a) é elegível?	1. Elegível 2. Não Elegível
O(a) candidato(a) deu consentimento informado para fazer o questionário?	1. Sim 2. Não
Por que razão não quer fazer o questionário?	Resposta aberta:
O(a) candidato(a) deu consentimento informado para o DBS?	1. Sim 0. Não
Por que razão não aceita o DBS?	Resposta aberta:
O(a) candidato(a) deu consentimento informado para fazer o teste rápido de HIV?	1. Sim 0. Não

Por que razão não quer fazer o teste rápido de HIV?	1. Tem medo de saber o resultado 2. Já fez o teste de HIV e não quer repetir 3. Já sabe que é HIV positivo 4. Já sabe que é HIV negativo 5. Outro(especifique):
O(a) candidato(a) deu consentimento informado para fazer o teste de Hepatite B?	1. Sim 0. Não
Por que razão não quer fazer o teste de Hepatite B?	Resposta aberta:
O(a) candidato(a) deu consentimento informado para fazer o teste de hepatite C?	1. Sim 0. Não
Por que razão não quer fazer o teste de Hepatite C?	Resposta aberta:
REFERÊNCIA	
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua participação neste inquérito.	
Qual é a principal razão pela qual você decidiu participar no inquérito?	01. Interessado(a) em HIV e saúde sexual 02. Interessado(a) no caso de usuarios de drogas injetáveis 03. Queria ajudar a comunidade 04. Meu amigo/Minha amiga queria que eu participasse 05. Meu amigo/Minha amiga me obrigou a participar 06. Incentivo / presente pela participação 96. Outro (especifique): _____ 97. Não sabe ou não lembra 98. Recusou-se a responder
Não leia as respostas, marca só uma resposta.	
Pensa sobre o convite que você trouxe aqui hoje. Diga-me como você conseguiu esse convite. Você:	01. Recebeu o convite de alguém 02. Comprou o convite de alguém 03. Encontrou o convite em algum lugar 04. Trocou o convite por alguma coisa 96. Outro (especifique): _____
Leia as respostas, marca só uma resposta.	
Quanto pagou pelo convite?	[____ ____ ____ ____] (meticais) 99997. Não sabe ou não lembra 99998. Recusou-se a responder
Trocou o convite por que coisa?	Resposta aberta: _____ 99. Sem resposta
Qual é a sua relação com a pessoa que lhe deu o convite?	01. Amigo(a) que já injectou alguma vez 02. Amigo(a) que nunca injectou 03. Desconhecido(a) 04. Vizinho(a) 05. Colega de trabalho ou escola 06. Familiar 96. Outro (especifique): _____ 97. Não sabe ou não lembra 98. Recusou-se a responder
Esta pessoa é: Não leia as respostas, marca só uma resposta.	
Há quanto tempo você conhece a pessoa que lhe deu o convite?	1. Menos de 6 meses 2. Entre 6 meses a 1 ano 3. Mais de 1 ano 7. Não sabe ou não lembra 8. Recusou-se a responder
Não leia as respostas, marca só uma resposta.	
INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA	
Agora vou lhe fazer algumas perguntas básicas sobre você.	
Qual é a sua nacionalidade?	01. Moçambicana 02. Sul Africana 03. Zimbawean 04. Malawiana 05. Tanzaniana
Não leia as respostas, marca só uma resposta.	

	06. Nigeriana
	96. Outro (especifique): _____
	98. Recusou-se a responder
Você actualmente vai ou alguma vez foi à escola?	1. Sim, actualmente vai
Não leia as respostas, marca só uma resposta.	2. Sim, alguma vez foi
	3. Não
	7. Não sabe
	8. Recusou-se a responder
Qual o nível de escolaridade mais elevado que atingiu?	01. Alfabetização
Não leia as respostas, marca só uma resposta.	02. Primário (Ep1)
	03. Primário (Ep2)
	04. Ensino Secundário (1º Ciclo)
	05. Ensino Secundário (2º Ciclo)
	06. Técnico Elementar
	07. Técnico Básico
	08. Técnico Médio
	09. Formação de Professores
	10. Superior
	97. Não sabe
	98. Recusou-se a responder
Que língua se fala com mais frequência em sua casa?	01. Português
Não leia as respostas, marca só uma resposta.	02. Inglês
	03. Changana ou Ronga
	04. Maconde
	05. Chope
	06. Xitswa
	07. Bitonga
	08. Sena
	09. Ndau
	10. Nyungué
	11. Shona
	12. Macua
	13. Echuabo
	14. Elómue
	15. Swahili
	96. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe
	98. Recusou-se a responder
Qual é a sua religião?	01. Católica
Não leia as respostas, marca só uma resposta.	02. Protestante/Evangélica
	03. Sião/Zione
	04. Muçulmana
	05. Animista
	06. Nenhuma religião
	96. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe
	98. Recusou-se a responder
Em que província está a sua residência principal, que dizer a casa onde tem pasado a maior parte do ano?	01. Niassa
Não leia as respostas, marca só uma resposta.	02. Cabo Delgado
	03. Nampula
	04. Zambézia

	05. Tete
	06. Manica
	07. Sofala
	08. Inhambane
	09. Gaza
	10. Maputo Província
	11. Maputo Cidade
	12. No Exterior
	97. Não sabe
	98. Recusou-se a responder
Olha para este cartão com a lista de alguns bairros em Maputo Cidade. Em qual grupo desta lista esta o bairro da sua residência principal?	1. Grupo A
	2. Grupo B
	3. Grupo C
	4. Grupo D
	10. Bairro não esta no cartão
	97. Não sabe
	98. Recusou-se a responder
Olha para este cartão com a lista de alguns bairros em Maputo Província. Em qual grupo desta lista esta o bairro da sua residência principal?	1. Grupo A
	2. Grupo B
	10. Bairro não esta no cartão
	97. Não sabe
	98. Recusou-se a responder
Olha para este cartão com a lista de alguns bairros de Nampula. Em qual grupo desta lista esta o bairro da sua residência principal?	1. Grupo A
	2. Grupo B
	3. Grupo C
	4. Grupo D
	5. Grupo E
	10. Bairro não esta no cartão
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Há quanto tempo vive na sua residência principal?	[] [] (número de anos)
	997. Não sabe
	998. Recusou-se a responder
Qual é o seu estado matrimonial actual: é viúvo(a), divorciado(a) ou separado(a), Casado(a)/União Marital, Solteiro(a)/Nunca casado(a)?	1. Viúvo(a)
	2. Divorciado(a)
	3. Separado(a)
	4. Casado(a)/União Marital
	5. Solteiro(a)/Nunca casado(a)
	8. Recusou-se a responder
HISTÓRIA SEXUAL	
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua história sexual. Estas perguntas podem ser difíceis de responder. Lembre-se que você não tem que dar respostas a perguntas que você não se sente bem em responder.	
Pergunta somente para homens	
Alguma vez você fez sexo com uma mulher?	1. Sim
	2. Não
	8. Recusou-se a responder
No total, com quantas mulheres diferentes teve sexo nos últimos 12 meses? Pode ser sexo vaginal ou anal. Se não se lembra, de a sua melhor estimativa.	[] [] [] (número de parceiras)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Quantas destas (resposta 47) mulheres eram parceiras principais (como namoradas ou	[] [] [] (número de parceiras)

esposas)?	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Quantas destas (resposta 47) mulheres eram parceiras ocasionais?	[][][][] (número de parceiras)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Destas (resposta 47) mulheres a quantas você deu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com ela?	[][][][] (número de parceiras)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Destas (resposta 47) mulheres de quantas você recebeu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com você?	[][][][] (número de parceiras)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Alguma vez você fez sexo anal com um homem?	1. Sim
(se tiver dúvida dizer: sexo anal é quando um homem mete o pênis no ânus de um outro homem)	2. Não
	8. Recusou-se a responder
No total, com quantos homens diferentes teve sexo anal nos últimos 12 meses? Se não lembrar da a sua melhor estimativa.	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Quantos destes (resposta 53) homens eram parceiros principais (como namorados ou esposos)?	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Quantos destes (resposta 53) homens eram parceiros ocasionais?	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Destes (resposta 53) homens a quantos você deu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com ele?	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Destes (resposta 53) homens de quantos você recebeu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com você?	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Pergunta somente para Mulheres	
Alguma vez você fez sexo com um homem?	1. Sim
	2. Não
	8. Recusou-se a responder
No total, com quantos homens diferentes teve sexo nos últimos 12 meses? Neste caso, sexo significa sexo vaginal ou anal. Se não se lembra, de a sua melhor estimativa.	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Quantos destes (resposta 59) homens eram parceiros principais (como namorados ou esposos)?	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Quantos destes (resposta 59) homens eram parceiros ocasionais?	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Destes (resposta 59) homens a quantos você deu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com ele?	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
Destes (resposta 59) homens de quantos você recebeu dinheiro, alguma coisa ou algum serviço em troca de sexo com você?	[][][][] (número de parceiros)
	9997. Não sabe ou não lembra
	9998. Recusou-se a responder
MATRIZ DE PARCEIRAS/PARCEIROS	
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre a última pessoa com quem teve sexo mais recentemente.	

Que idade tem esta pessoa? (Se não souber a idade exacta faça a melhor estimativa possível).	[__ __] (idade)
Esta pessoa é biologicamente mulher ou homem? Marca só uma resposta.	1. Biologicamente mulher 2. Biologicamente homem
Que tipo de relacionamento tem ou tinha com esta pessoa? Não leia as respostas, marca só uma resposta.	1. Permanente (marido/mulher) 2. Estável (namorado(a)) 3. Ocasional 4. Transaccional (Sexo por dinheiro ou coisas) 5. Rolo de uma noite (Só uma única vez) 7. Não sabe 8. Recusou-se a responder
A última vez que teve sexo com esta pessoa foi usado um preservativo?	1. Sim 2. Não 7. Não sabe ou não lembra 8. Recusou-se a responder
A última vez que teve sexo com esta pessoa, você usou drogas ou bebeu álcool antes ou durante o sexo? Marca todas as respostas que aplicam.	1. Sim, usou drogas injectáveis 2. Sim, usou drogas não injectáveis 3. Sim, usou álcool 4. Não usou drogas nem álcool 7. Não sabe ou não lembra 8. Recusou-se a responder
A última vez que teve sexo com esta pessoa, recebeu ou deu dinheiro em troca de sexo? Marca todas as respostas que aplicam.	1. Sim, deu dinheiro 2. Sim, recebeu dinheiro 3. Não deu ou não recebeu dinheiro 7. Não sabe ou não lembra 8. Recusou-se a responder
Esta pessoa chuta?	1. Sim 2. Não 7. Não sabe ou não lembra 8. Recusou-se a responder
Alguma vez partilhou uma seringa com esta pessoa?	1. Sim 2. Não 7. Não sabe ou não lembra 8. Recusou-se a responder
<i>Agora vou fazer uma série de perguntas sobre a pessoa com quem você teve sexo mais recentemente antes desta última pessoa.</i>	
Que idade tem esta pessoa? (Se não souber a idade exacta faça a melhor estimativa possível).	[__ __] (idade)
Esta pessoa é biologicamente mulher ou homem?	1. Biologicamente mulher 2. Biologicamente homem
Que tipo de relacionamento tem ou tinha com esta pessoa? Marca só uma resposta.	1. Permanente (marido/mulher) 2. Estável (namorado(a)) 3. Ocasional 4. Transaccional (Sexo por dinheiro ou coisas) 5. Rolo de uma noite (Só uma única vez) 7. Não sabe ou não lembra 8. Recusou-se a responder
A última vez que teve sexo com esta pessoa foi usado um preservativo?	1. Sim 2. Não 7. Não sabe ou não lembra 8. Recusou-se a responder

<p>A última vez que teve sexo com esta pessoa, você usou drogas ou tinha bebido álcool antes ou durante o sexo?</p> <p>Marca todas as respostas que aplicam.</p>	<p>1. Sim, usou drogas injectaveis</p> <p>2. Sim, usou drogas não injectaveis</p> <p>3. Sim, usou álcool</p> <p>4. Não usou drogas nem álcool</p> <p>7. Não sabe ou não lembra</p> <p>8. Recusou-se a responder</p>
<p>A última vez que teve sexo com esta pessoa, recebeu ou deu dinheiro em troca de sexo?</p> <p>Marca todas as respostas que aplicam.</p>	<p>1. Sim, deu dinheiro</p> <p>2. Sim, recebeu dinheiro</p> <p>3. Não deu e Não recebeu dinheiro</p> <p>7. Não sabe ou não lembra</p> <p>8. Recusou-se a responder</p>
<p>Esta pessoa chuta?</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>7. Não sabe ou não lembra</p> <p>8. Recusou-se a responder</p>
<p>Alguma vez partilhou uma siringa com esta pessoa?</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>7. Não sabe ou não lembra</p> <p>8. Recusou-se a responder</p>
<p>UTILIZAÇÃO DE DROGAS</p>	
<p>Quando estou a falar de drogas, estou a referir a drogas não receitas por razões médicas e não estou a incluir tabaco nem álcool como drogas.</p>	
<p>Alguma vez recebeu drogas em troca de sexo?</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>7. Não sabe ou não lembra</p> <p>8. Recusou-se a responder</p>
<p>Que idade tinha quando usou pela primeira vez drogas?</p>	<p>[] [] (idade)</p> <p>997. Não sabe ou não lembra</p> <p>998. Recusou-se a responder</p>
<p>Com que frequência usou drogas nos últimos 12 meses, algumas vezes por ano, algumas vezes por mês, algumas vezes por semana, ou diariamente?</p>	<p>1. Algumas vezes por ano (<i>uma vez por mês ou menos</i>)</p> <p>2. Algumas vezes por mês (<i>uma vez por semana ou menos</i>)</p> <p>3. Algumas vezes por semana (<i>menos de uma vez por dia</i>)</p> <p>4. Diariamente (<i>pelo menos uma vez por dia</i>)</p> <p>5. Não usou drogas</p> <p>7. Não se lembra/não sabe</p> <p>8. Recusou-se a responder</p>
<p>Que drogas usou no mês passado?</p> <p>Marca todas as respostas que aplicam.</p>	<p>0. Nenhuma</p> <p>1. Heroína (hero, pinch, unga, pafu)</p> <p>2. Morfina</p> <p>3. Metadona</p> <p>4. Cocaína (coca, pó branco, cheirinho)</p> <p>5. Crack</p> <p>6. Coctel (mistura de drogas)</p> <p>7. Royps (italianos, drunfos, psicotrópicos)</p> <p>8. Buprenorphine</p> <p>9. Extasy</p>

	97. Não sabe ou Não se lembra
	98. Recusou-se a responder
Que idade tinha quando chutou pela primeira vez?	[____][____] (idade em anos)
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Que droga chuta com maior frequência? Se o(a) participante não chutou nos últimos 12 meses pergunte Que drogas chutava com maior frequência?	1. Heroína
	2. Cocaína
	3. Outra (especifique)
	4. Chutou apenas uma vez em sua vida
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
NOTA: Antes de fazer esta pergunta, gostaria de informa-lo que não precisa me dizer o endereço dos locais. Onde geralmente consomes drogas injectáveis? Se o(a) participante não chutou nos últimos 12 meses pergunte: Onde geralmente consumia as drogas injectáveis?	01. Na sua casa
	02. Na casa de outra pessoa que se injecta
	03. Na casa do seu traficante
	04. Qualquer edifício abandonado
	05. Outros locais públicos (hospital, cinema, terminal de chapa.)
	06. Casa de banho de discotecas
	07. Prisão
	08. Rua/parque/praias
	09. Loja/café/bar
	10. Local de Trabalho
	11. Mercados
	12. Outros espaços abertos
	96. Outro (Especifique) _____
	97. Não se lembra/não sabe
	98. Recusou-se a responder
Na próxima secção, gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre as suas práticas de chutar.	
Quando chuta drogas, quem é que lhe faz a injeção? Se o(a) participante não chutou nos últimos 12 meses pergunte:	1. Sozinho
	2. Um amigo(a)
	3. Parceiro(a) sexual
Quando chutava drogas, quem é que lhe fazia a injeção? Marca todas as respostas que aplicam.	4. Vendedor da droga
	5. Um profissional de saúde
	6. Um funcionário do dealer
	8. Outro (especifique)
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Desde que começou a chutar, alguma vez partilhou agulhas ou seringas? Se sim, com quem? Marca todas as respostas que aplicam.	0. Nunca partilhou
	1. O seu parceiro sexual usual ou regular
	2. Um parceiro sexual ocasional ou que não conhecia
	3. Um amigo que encontra frequentemente
	4. Um amigo que não encontra frequentemente
	5. Um traficante/vendedor
	6. Alguém que faz as injeções de drogas
	7. Alguém que não conhecia antes/um estranho
	8. Um colega prisioneiro
	9. Um familiar
	96. Outro(especifique)
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Com que frequência chutou nos últimos 12 meses, algumas vezes por ano, algumas vezes por mês, algumas vezes por semana, ou diariamente??	1. Algumas vezes por ano (uma vez por mês ou menos)
	2. Algumas vezes por mês (uma vez por semana ou menos)

	3. Algumas vezes por semana (<i>menos de uma vez por dia</i>)
	4. Diariamente (<i>pelo menos uma vez por dia</i>)
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Tem acesso a seringas novas?	1. Sim
Se o(a) participante não chutou nos últimos 12 meses pergunte: Tinha acesso a seringas novas?	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
	9. Não aplicável
Onde costuma arranjar uma seringa nova?	01. Mercado
Se o(a) participante não chutou nos últimos 12 meses pergunte: Onde costumava arranjar uma seringa nova? Marca todas as respostas que aplicam.	02. Farmácia
	03. Traficante/vendedor de droga
	04. Trabalhador de saúde
	05. Família ou familiar ou cônjuge
	06. Parceiro sexual
	07. Amigos
	96. Outro (especifique)
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Agora quero que pense especificamente na última vez que chutou. Diga sim ou não as seguintes perguntas.	
Chutou com uma agulha ou seringa completamente nova que ninguém nem você tinha usado antes?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Chutou com uma agulha ou seringa usada apenas por si e mas ninguém?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Chutou com uma agulha ou seringa preparada por outra pessoa?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Usou uma agulha/seringa de outra pessoa depois dela chutar?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Passou a agulha/seringa a outra pessoa depois de chutar?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Partilhou algum instrumento usado para preparar a droga, por exemplo, colher ou tampa?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Partilhou qualquer outro equipamento de injeção, por exemplo, algodão ou desinfetante?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Agora vou fazer algumas perguntas sobre as vezes que chutou no último mês.	
Quando eu fizer as perguntas sobre frequência favor responder com uma das seguintes respostas neste cartão (todas as vezes, a maior parte das vezes, por vezes, ou nunca).	

Durante os últimos trinta dias , em quantos dias é que chutou?	[] [] (número de dias)
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
No último dia em que chutou, quantas vezes é que chutou?	[] [] (número de vezes)
[NÃO INCLUA O DIA DE HOJE]	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Pense nas vezes em que chutou no mês passado . Com quantas pessoas partilhou agulhas/seringas?	[] [] (número de pessoas)
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
No mês passado, com que frequência chutou com uma agulha ou seringa que já tinha sido usada antes por outra pessoa?	1. Todas as vezes
	2. A maior parte das vezes
	3. Por vezes (uma ou outra vez)
	4. Nunca
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
No mês passado, com que frequência fez limpeza da agulha ou seringa que já tinha sido usada por outra pessoa?	1. Todas as vezes
	2. A maior parte das vezes
	3. Por vezes (uma ou outra vez)
	4. Nunca
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
O que usou para limpar a agulha ou seringa?	1. Água fria
Marque todas as respostas mencionadas.	2. Água quente
	3. Saliva
	4. Urina
	5. Refrescos
	6. Álcool
	7. Javel (Lixívia, água sanitária)
	8. Algodão
	9. Sabão/Detergente
	10. Outro (especifique) _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
No mês passado, com que frequência usou uma seringa completamente nova que nunca tinha sido usada?	1. Todas as vezes
	2. A maior parte das vezes
	3. Por vezes (uma ou outra vez)
	4. Nunca
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
No mês passado, com que frequência usou uma seringa só sua que nunca nenhuma outra pessoa usou?	1. Todas as vezes
	2. A maior parte das vezes
	3. Por vezes (uma ou outra vez)
	4. Nunca
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
No mês passado, com que frequência passou a seringa a outra pessoa depois de chutar?	1. Todas as vezes
	2. A maior parte das vezes
	3. Por vezes (uma ou outra vez)
	4. Nunca
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder

No mês passado, quantas vezes chutou com uma seringa que tinha sido preparada por outra pessoa?	1. Todas as vezes
	2. A maior parte das vezes
	3. Por vezes (uma ou outra vez)
	4. Nunca
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
No mês passado, com que frequência partilhou equipamento de preparação das drogas, por exemplo, colher ou tampas?	1. Todas as vezes
	2. A maior parte das vezes
	3. Por vezes (uma ou outra vez)
	4. Nunca
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
No mês passado, com que frequência partilhou quaisquer outros equipamentos, por exemplo, algodão, desinfectante?	1. Todas as vezes
	2. A maior parte das vezes
	3. Por vezes (uma ou outra vez)
	4. Nunca
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
COBERTURA DE PROGRAMAS	
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua experiência com programas sociais.	
Durante os últimos 12 meses, alguma vez participou em palestras para discutir o HIV e/ou SIDA?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Nos últimos 12 meses, você recebeu qualquer uma destas coisas gratuitamente: Preservativos, lubrificantes, panfletos ou alguma outra coisa? Marca todas as respostas que aplicam.	01. Preservativos
	02. Lubrificantes
	03. Panfletos
	04. Nada
	96. Outro (especifique): _____
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
De quais organizações recebeu estas coisas? Marca todas as respostas que aplicam.	01. PSI
	02. Pathfinder
	04. Governo
	05. FNUAP (UNFPA)
	06. Hospital, Centro de Saúde
	07. Igreja, Organização Religiosa
	08. Get Jobs
	09. GHC
	10. Projecto VIDAS
	11. Geração Biz
	12. UNIDOS (Rede Nacional contra drogas)
	13. Núcleo de Mavalane contra drogas e HIV/SIDA
	96. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Você já esteve em contacto com qualquer educador de pares ou activista de saúde nos últimos 12 meses?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
De quais organizações eram esses educadores ou activistas?	01. PSI

Marca todas as respostas que aplicam.	02. Pathfinder
	04. Governo
	05. FNUAP (UNFPA)
	06. Hospital, Centro de Saúde
	07. Igreja, Organização Religiosa
	08. Get Jobs
	09. GHC
	10. Projecto VIDAS
	11. Geração Biz
	12. UNIDOS (Rede Nacional contra drogas)
96. Outro (especifique): _____	
97. Não sabe ou não lembra	
98. Recusou-se a responder	
Quantas vezes você esteve em contacto com os educadores ou activistas nos últimos 12 meses?	[] [] [] [] (número de vezes)
9997. Não sabe ou não lembra	
9998. Recusou-se a responder	
Quais serviços ou informação recebeu dos educadores ou activistas? Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	01. Informação geral sobre HIV/ITS
	02. preservativos
	03. Referência para tratamento de ITS
	04. Referência para antiretrovirais
	05. Referência para teste de HIV
	06. Informação geral sobre uso de drogas/prevenção ao uso de drogas
	96. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Já recebeu algum dos seguintes tratamentos relacionados a drogas nos últimos 12 meses? Leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	1. Tratamento para abcesso
	2. Tratamento para overdose
	3. Substituição de drogas
	4. Aconselhamento ambulatorio
	5. Grupo de auto-ajuda
	6. Programa de desintoxicação
	7. Reabilitação
	8. Outro (especifique) _____
	9. Nenhum
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
ITS	
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre doenças sexualmente transmissíveis. Estas são doenças que você pode apanhar a partir de sexo desprotegido com alguém.	
Nos últimos 12 meses, teve um corrimento anormal do penis?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Nos últimos 12 meses, teve uma ferida ou úlcera no penis ou anus?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Nos últimos 12 meses, teve um corrimento anormal da vagina?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder

Nos últimos 12 meses, teve uma ferida ou úlcera na vagina?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Nos últimos 12 meses, alguém lhe informou que você tinha ou poderia ter uma doença sexualmente transmitida?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
A última vez que teve corrimento, úlcera ou alguém lhe informou que você poderia ter uma doença sexual, você procurou conselho médico ou tratamento?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
HEPATITE B E HEPATITE C	
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre Hepatites.	
Já ouviu falar de Hepatite B ou Hepatite C?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Como é que uma pessoa pode apanhar Hepatite B ou Hepatite C?	1. Partilhando uma refeição
Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	2. Através de uma transfusão sanguínea
	3. Bebendo água não potável
	4. Da mãe para o filho na barriga
	5. Através da partilha de agulhas/seringas
	6. Através de relações sexuais
	7. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Alguma vez fez o teste de Hepatite B ou Hepatite C?	1. Sim, Hepatite B
	2. Sim, Hepatite C
	3. Sim, mas não sabe se foi hepatite B ou C
	4. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Qual foi o resultado do seu teste de Hepatite B ou Hepatite C?	1. Positivo Hepatite B
Marca todas as respostas que aplicam.	2. Positivo Hepatite C
	3. Negativo Hepatite B
	4. Negativo Hepatite C
	5. Positivo, mas não sabe para qual Hepatite
	6. Negativo, mas não sabe para qual Hepatite
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Já ouviu falar de uma vacina para prevenir a Hepatite B?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Alguma vez foi vacinado contra a Hepatite B?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
SERVIÇOS DE SAÚDE	
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua experiência com o sistema de saúde.	

Você já fez circuncisão?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Nos últimos 12 meses procurou um medico, enfermeiro ou outro profissional de saúde por causa de problemas de saúde?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Durante os últimos 12 meses, teve dificuldades em obter assistência de um medico, enfermeiro ou outro profissional de saúde quando procurou cuidados de saúde?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
	9. Salto válido
Quais dificuldades encontrou?	01. Muito caro
Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	02. Muito distante
	03. Não consegui tirar folga no serviço
	04. Fica-se muito tempo nas bichas
	96. Outro (especifique): _____
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Durante os últimos 12 meses procurou algum medicamento que não conseguiu obter?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Porque não conseguiu os medicamentos? Não leia as respostas.	01. Muito caro
Marca todas as respostas que aplicam.	02. Muito distante
	03. Não consegui tirar folga no serviço
	04. Fica-se muito tempo nas bichas
	05. Não havia a venda
	96. Outro (especifique): _____
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Onde normalmente procura cuidados de saúde?	01. Hospital público/Centro de saúde
Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	02. Clínicas privadas
	03. Farmácia
	04. Médico tradicional/curandero/religiosos
	96. Outro (especifique): _____
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Pergunta somente se for Mulher	
Actualmente está grávida?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Já esteve grávida? Se sim, quantas vezes esteve grávida? Se não entra 00.	[] [] (nº de vezes)
	997. Recusou-se a responder
Já teve algum parto? Se sim, quantos partos já teve?	[] [] (nº de partos)
	997. Não sabe ou não lembra
	998. Recusou-se a responder
A última vez que ficou grávida foi por que quis ficar grávida?	1. Sim

	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Nos últimos 5 anos alguma vez teve um aborto provocado ou espontâneo? (um aborto espontâneo significa que perdeu o bebé sem querer perder e um aborto provocado é a interrupção deliberada da gravidez para quem não queria ficar grávida)	1. Sim, espontâneo
	2. Sim, provocado
	3. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Actualmente você usa algum método para adiar ou evitar a gravidez?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Qual é o principal método que está a usar? Não leia as respostas. Marca apenas uma resposta.	01. Laqueação feminina
	02. Esterilização masculina
	03. DIU
	04. Injecções
	05. Implantes, Óvulos vaginais
	06. Pilula
	07. Preservativo masculino
	08. Preservativo feminino
	09. Diafragma
	10. Espuma/gel vaginal
	11. Amenorreia de lactância
	12. Abstinência periódica
	13. Coito interrompido
	14. Outro método moderno (especifique) _____
	15. Outro método tradicional (especifique) _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
TESTAGEM PRÉVIA DE HIV	
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre o teste de HIV. Lembre-se que você não tem de responder a perguntas que você não se sente confortável em responder.	
Conhece um lugar onde se pode ir para fazer o teste do vírus que causa o SIDA?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Já fez o teste de HIV?	1. Sim
	2. Não
	8. Recusou-se a responder
Quais foram as razões para NÃO fazer o teste de HIV? Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	01. Não sabe para onde ir
	02. Não está infectado(a) com HIV
	03. Não está em risco de contrair o SIDA
	04. Confio no meu parceiro
	05. Medo de descobrir que sou positivo(a)
	06. Não está preparado(a) para fazer o teste
	07. Falta de confidencialidade
	08. Não quer ser estigmatizado(a)
	09. Medo de perder emprego
	96. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder

Quando foi a última vez que fez o teste de HIV?	01. Há menos de 6 meses 02. Entre 6 - 12 meses atrás 03. Entre 12 - 23 meses atrás 04. Há 2 Anos 05. Há 3 Anos 06. Há 4 Anos 07. Há 5 Anos ou Mais 97. Não sabe ou não lembra 98. Recusou-se a responder 99. Não aplicável
Onde fez o seu último teste de HIV? NÃO LEIA AS RESPOSTAS. MARCA APENAS UMA ÚNICA RESPOSTA	01. GATV/ATS 02. Hospital/Centro de Saúde 03. Banco de Doação de sangue 04. Clínica privada/Laboratório 05. SAAJ, Serviço Amigável de Adolescentes e Jovens 06. GATV/ATS satélite 07. PTV, Pré-Natal 08. ATS comunitário 09. Outro (especifique) 97. Não sabe ou não lembra 98. Recusou-se a responder
Quais foram as razões que a levaram a fazer o seu último teste de HIV? Há outra razão? Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	01. Queria saber se tinha HIV 02. O meu parceiro pediu-me para fazer o teste 03. Queria iniciar relações sexuais com um novo parceiro 04. Queria me casar 05. Preciso de cobertura de seguros 07. O meu patrão exigiu que fizesse o teste 08. Senti-me mal 09. Fui aconselhada por um trabalhador de saúde 10. (Enfermeiro/Médico/Educador de Pares)..... 11. Estava grávida 96. Outro (especifique): _____ 97. Não sabe ou não lembra 98. Recusou-se a responder
Qual foi o resultado do seu teste de HIV mais recente?	1. Positivo 2. Negativo 3. Indeterminado 4. Não recebi os meus resultados 7. Não sabe ou não lembra 8. Recusou-se a responder
Há quanto tempo teve o resultado do seu primeiro teste de HIV com resultado positivo?	01. Menos de 6 Meses 02. Entre 6 - 12 Meses 03. Entre 12 e 23 Meses 04. Há 2 Anos 05. Há 3 Anos 06. Há 4 Anos 07. Há 5 Anos ou Mais 97. Não sabe ou não lembra 98. Recusou-se a responder
Acha que o seu risco/perigo de apanhar o HIV/SIDA é baixo, moderado, elevado ou não tem risco nenhum?	1. Não tem risco 2. Baixo

	3. Moderado
	4. Elevado
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Quais são as razões que lhe leva a pensar que você não tem risco nenhum ou tem risco baixo?	01. Confiança no parceiro
Tem outra razão?	02. Utilizo o preservativo
Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	03. Não compartilho seringas
	04. Sei que eu e o meu parceiro não estamos infectados
	05. Os meus antepassados me protegem
	06. Deus me protege
	07. É uma doença rural
	08. É uma doença urbana
	09. É uma doença de homens
	10. Não existe o HIV na minha comunidade
	11. É uma doença dos negros
	12. É uma doença dos brancos
	13. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Quais são as razões que lhe leva a pensar que você tem um risco moderado ou elevado?	01. Transusão de sangue
Tem outra razão?	02. Não utilizo o preservativo
Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	03. Não confio no/a parceiro/a
	04. Tive ferimentos/cortes
	05. Múltiplos parceiros
	06. Outro (especifique): _____
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Qual acha que é o seu estado actual de HIV? Acha que neste momento você é HIV positivo ou HIV negativo?	1. HIV positivo
	2. HIV negativo
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
CUIDADO E TRATAMENTO PARA HIV	
Uma vez que disse que o seu estado de HIV é positivo, agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o tratamento do HIV.	
Você já consultou um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde para exames médicos ou cuidados em relação à sua infecção pelo HIV?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Alguma vez tomou ou está a tomar antiretrovirais? Antiretrovirais são medicamentos que reduzem o crescimento do vírus de HIV em pessoas infectadas que torna possível que as pessoas com SIDA vivam muito tempo.	1. Sim, estou a tomá-los
	2. Sim, mas já não os tomo
	3. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Tomou antiretrovirais nos últimos 12 meses?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Porque parou de tomar os antiretrovirais?	01. Tornaram-me doente
Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	02. Não funcionaram
	03. Não tinha dinheiro para comprá-los
	04. A distância a percorrer para obtê-los é longa
	05. Estava a me sentir melhor e não os precisei

	06. Um médico/enfermeiro disse-me para parar de tomá-los
	07. A farmácia ficou sem o medicamento
	96. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Se toma os antiretrovirais, onde é que os vai buscar?	01. Hospital público/Centro de saúde
Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	02. Clínicas privadas
	03. Farmácia
	05. Médico tradicional
	96. Outro (especifique): _____
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Se já não os está a tomar, onde é que os ia buscar?	01. Hospital público/Centro de saúde
Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	02. Clínicas privadas
	03. Farmácia
	05. Médico tradicional
	96. Outro (especifique): _____
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Se nunca tomou antiretrovirais, onde é que poderia buscá-los?	01. Hospital público/Centro de saúde
Não leia as respostas. Marca todas as respostas que aplicam.	02. Clínicas privadas
	03. Farmácia
	05. Médico tradicional
	96. Outro (especifique): _____
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO	
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua experiência pessoal com a discriminação e o estigma. Estas perguntas podem ser sensíveis e você pode se recusar a responder qualquer pergunta que faz você se sentir desconfortável.	
Nos últimos 12 meses, você acredita ter sido recusado algum dos seguintes tipos de serviços, porque alguém pensou que você injecta drogas? Vou ler uma lista para cada coisa diga sim ou não.	01. Serviços de Saúde
Leia as repostas, marque todas as respostas que aplicam	02. Emprego
	03. Educação
	04. Assistência de Polícia
	05. Assistência Jurídica
	06. Assistência Social
	07. Igreja
	08. Nenhum
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Nos últimos 12 meses, alguma vez lhe bateram, deram pontapés, ou espancaram porque pensaram que injectava drogas? Se sim, quantas vezes?	[] (número de vezes)
Marca 00 se nenhuma.	997. Não sabe ou não lembra
	998. Recusou-se a responder
Quem foi a ultima pessoa que lhe bateu, deu pontapés ou espancou?	1. Não conhece a pessoa
Marca ápenas uma resposta.	2. Cliente
	3. Outra pessoa que usa drogas
	4. Amigo
	5. Conhecido
	6. Familiar
	96. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder

Nos últimos 12 meses foi sexualmente violado(a)? Se sim, quantas vezes?	[] [] [] [] (número de vezes)
Marca 00 se nenhuma.	00 - Se for NUNCA
	997. Não sabe ou não lembra
	998. Recusou-se a responder
Quem foi a última pessoa que lhe violou sexualmente?	1. Não conhece a pessoa
Marca apenas uma resposta.	2. Cliente
	3. Outra pessoa que usa drogas
	4. Amigo
	5. Conhecido
	6. Familiar
	96. Outro (especifique): _____
	97. Não sabe ou não lembra
	98. Recusou-se a responder
Procurou tratamento médico depois de isso acontecer?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Reportou esse incidente à polícia?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Alguma vez em sua vida foi preso/a?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Alguma vez usou drogas injectáveis enquanto estava preso?	1. Sim
	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
REDE SOCIAL	
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre pessoas que injectam drogas que vivem ou trabalham nesta cidade ou nos seus arredores. Se você não sabe ou não lembra, por favor diga qualquer número que você acha ou algum intervalo aproximado.	
Aproximadamente quantas pessoas que chutam você acha que vivem dentro e em torno da cidade de <Maputo ou Nampula>?	[] [] [] [] [] [] [] []
	(0000000=nenhum)
	9999997. Não sabe ou não lembra
	9999998. Recusou-se a responder
Nos últimos 6 meses, você recebeu um objecto parecido a este que estou a mostrar?	1. Sim
MOSTRA O OBJECTO	2. Não
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Pode me mostrar?	1. Sim, aqui esta
	2. Tenho-o, mas não esta comigo neste momento. Mas sei onde localiza-lo.
	3. Não esta comigo neste momento. Não sei onde localiza-lo.
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Pode me dizer como você recebeu este objecto? Não leia as respostas.	1. De um agente comunitario
Marca apenas uma resposta.	2. De alguém que não era agente comuniário
	6. Outro (especifique): _____
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Qual era a cor da camiseta da pessoa que lhe deu o objecto?	1. Laranja

	2. Outra cor
	7. Não sabe ou não lembra
	8. Recusou-se a responder
Estamos quase a terminar. Agora, deixe-me perguntar-lhe novamente, aproximadamente quantas pessoas que chutam você acha que vivem dentro e em torno da cidade de Maputo ou Nampula?	[] [] [] [] [] [] [] [] (0000000=nenhum) 99999997. Não sabe ou não lembra 99999998. Recusou-se a responder
Antes de encerrar, gostaria de modificar o seu consentimento para fazer o DBS?	1. Sim 2. Não
Gostaria de alterar o seu consentimento para fazer e receber os resultados do teste rápido de HIV?	1. Sim 2. Não
Gostaria de alterar o seu consentimento para receber os resultados do teste de Hepatite B?	1. Sim 2. Não
Gostaria de alterar o seu consentimento para receber os resultados do teste de Hepatite C?	1. Sim 2. Não
Obrigada pela sua participação!	

Para o entrevistador:	
Você tem confiança de que as respostas do(a) participante são verdadeiras?	1. Confiante 2. Algumas dúvidas 3. Não estou confiante
Por favor, explique porque não tem confiança ou tem dúvidas nas respostas do(a) participante?	Resposta Aberta _____
Tem comentários para acrescentar?	1. Sim 2. Não
Escreva os comentários	Resposta Aberta _____
Porque o participante não é elegível?	1. Não tem um convite válido 2. Menor de 18 anos 3. Já participou antes no estudo 4. Não injectou droga nos últimos 12 meses 5. Está bêbado(a)/drogado(a) 6. Incapaz de se comunicar em uma das línguas usadas no estudo 7. Não reside, trabalha ou não socializa na cidade nem seus arredores 8. Não forneceu consentimento informado para questionário 9. Outro(especifique): _____ 10. Nunca injectou drogas
Marca todas as respostas que aplicam.	
Digita novamente o código de convite do participante.	[] [] [] [] [] [] [] []

12.6. Relatório Final da Avaliação Formativa

INTRODUÇÃO

O uso de drogas injectáveis ilícitas é um conhecido factor de risco para a propagação da epidemia do HIV e de outras doenças. Segundo o Escritório das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC) estima-se que em 2013 a nível global entre 11 e 22 milhões de pessoas que injectavam drogas 1.6 milhões (1.2-3.9 milhões) estavam vivendo com o HIV (United Nations and United Nations Office on Drugs and Crime, 2013).

Embora se saiba que a injeção de drogas ilícitas é responsável por um grande peso da epidemia do HIV e de outras doenças, com grandes implicações para a saúde pública, em África, o reporte sobre injeção de drogas está disponível apenas para um número muito limitado de países (Mathers et al., 2008). Co tudo, é reconhecida a existência de drogas injectáveis na África subsaariana; sendo as drogas mais comuns a heroína, a cocaína e speedball, que é a combinação de heroína e cocaína. A prevalência de PID no continente da África foi estimada a ser 0.17% entre adultos de 15 à 49 anos de idade (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014). Em 2006, a prevalência de PID em áreas urbanas das Maurícias foi de 1.4%; sendo a prevalência maior em estudantes do nível secundário, Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS), e prisioneiros. Em África, a maior parte das PID é do sexo masculino, variando de 66% no Norte da Nigéria a 93% em Nairobi, no Quênia (Aceijas et al, 2006; Desjarlais et al, 2006). Estudos tem documentado a existência de um grande número de mulheres que injectam drogas que também são MTS (Dewing et al, 2006, Mitike et al, 2005)

Em Moçambique, até recentemente, os dados sobre a prevalência de HIV e os comportamentos de risco associados em Moçambique eram obtidos através de inquéritos da população geral como a Ronda de Vigilância Epidemiológica de HIV e Sífilis em Mulheres Grávidas na Consulta Pré-Natal (RVE), o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) e o Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2009). Estes inquéritos não fornecem informação específica sobre as populações chave em maior risco para o HIV em Moçambique, tais como as MTS, os Camionistas de Longo Curso (CLC), os mineiros moçambicanos que trabalham na África do Sul (Mineiros), os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e as PID. Entre 2011 e 2012, realizaram-se os primeiros Inquéritos Integrados Biológicos e Comportamentais (Integrated Biological and Behavioral Surveys - IBBS) entre populações chave em maior risco para o HIV em Moçambique (HSH, MTS, Mineiros e CLC) e em 2013 foi implementado o primeiro IBBS entre as PID.

Prévio a este IBBS, não existia informação fiável sobre o tamanho da população de PID e nem serviços especificamente destinados a esta população em Moçambique (PSI et al., 2010). As intervenções do Governo centram-se principalmente na realização de campanhas de educação para a prevenção do consumo de drogas, na criação de serviços de saúde mental para o tratamento psiquiátrico para as pessoas que usam drogas nos estabelecimentos de saúde públicos (Reid, 2009), e esforços de reinserção social das pessoas atendidas nesses estabelecimentos (Conselho de Ministros de Moçambique, 2011). O Projecto Vidas, implementado por um consórcio de Organizações Não Governamentais (ONGs) e Organizações Comunitárias (OCs) em Inhambane, Zambézia e Cabo Delgado tem como alvo principal as populações em maior risco de infecção pelo HIV, incluindo as pessoas que usam drogas. As intervenções do Projecto Vidas incluem o Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) e a referência para cuidados de HIV nas unidades sanitárias públicas (PSI et al., 2010).

Uma concepção eficaz das políticas e intervenções a serem levadas a cabo para combater o HIV/SIDA entre as PID em Moçambique requer a existência de estimativas fiáveis da prevalência do HIV e das Infecções de Transmissão Sexual (ITS) e informação sobre os fatores comportamentais, sociais e ambientais de risco. Por outro lado, a alocação adequada de recursos depende de estimativas do número de PID em Moçambique.

Este relatório apresenta os resultados da avaliação formativa (AF) do IBBS às PID nas cidades Maputo e Nampula/Nacala, em Moçambique. Esta avaliação visava identificar as necessidades operacionais e logísticas para a realização de um inquérito quantitativo entre as PID e aprofundar o conhecimento das características das PID, a disponibilidade de serviços sociais e de saúde e outra informação específica nos locais supracitados

OBJECTIVOS

Objectivo geral

O objectivo geral da avaliação formativa era de identificar as necessidades operacionais e logísticas da realização de um inquérito usando amostragem por cadeia de referência nas cidades de Maputo e Nampula/Nacala; aprofundar o conhecimento sobre as características das PID nos locais do inquérito; identificar potenciais sementes (primeiros participantes), do inquérito; e informação adicional que permitisse a planificação e implementação bem sucedida do inquérito.

Objectivos específicos

1. Fornecer informações práticas relacionadas com a

execução do inquérito, incluindo:

- » Identificar locais apropriados para instalar o escritório do inquérito em cada área;
- » Avaliar a aceitabilidade dos procedimentos do inquérito, como administração do questionário por entrevistadores
- » Identificar as línguas adequadas para a administração do questionário;
- » Perceber que retorno pelos gastos incorridos pelos participantes no inquérito seriam adequados;
- » Identificar os serviços de saúde e de apoio à população disponíveis em cada área;
- » Estabelecer parcerias para a referência de participantes com resultados positivos nos testes rápidos de HIV, hepatite B e hepatite C durante a implementação do inquérito;
- » to establish partnerships for participant referrals, particularly for those with positive HIV , hepatitis B and/or hepatitis C rapid test results;
- » Avaliar potenciais barreiras e facilitadores da implementação do inquérito;
- » Testar o questionário do inquérito.

Aprofundar o conhecimento sobre as características da população nos locais de inquérito

- » Comportamentos de risco;
- » Zonas geográficas de socialização ou de comportamentos de risco;
- » Tamanho populacional estimado pelos participantes da avaliação e possibilidade de obtenção do tamanho da amostra esperado em cada área;
- » Distribuição geográfica da população nos locais do inquérito;
- » Composição, diversidade e tamanho das redes sociais.

Metodologia

Locais da avaliação formativa e elegibilidade dos participantes

A avaliação formativa decorreu nas cidades de Maputo e Nampula/Nacala, de Junho à Julho de 2013. As cidades de Nampula e Nacala foram consideradas um único local de estudo por apresentarem redes de usuários de drogas conectadas. Foram consideradas elegíveis para participar nas entrevistas como informantes chave (EIC), membros das organizações que prestam serviços e/ou cuidados às PID com idade igual ou superior a 18 anos, e nas discussões em grupos focais (DGF) PID e ex-PID e pessoas que conheciam e que tivessem informação sobre o grupo alvo.

Métodos de recolha de dados

A fase de avaliação formativa do IBBS entre as PID foi conduzida usando uma combinação de métodos qualitativos e ferramentas comuns aos estudos etnográficos que possibilitaram uma recolha rápida de informação importante sobre o grupo, nomeadamente:

Entrevistas com informantes chave

Os informantes chave serviram como “peritos culturais”, que facilitaram a compreensão do contexto do comportamento de risco de infecção pelo HIV entre as PID a nível local, dos locais onde as PID se reuniam e de que forma podiam ser recrutadas. Mesmo que um bom informante chave não tivesse toda informação sobre as PID, o mesmo devia ser capaz de ajudar a compreender e a adoptar a melhor forma de abordar potenciais participantes e antecipar os problemas que as equipas do IBBS entre as PID poderiam encontrar no campo. Um grupo diversificado de informantes chave foi entrevistado a fim de reflectir com precisão as características das PID a nível local (cf. Schensul, 1999).

O grupo de informantes chave incluiu indivíduos importantes e bem informados sobre a comunidade de PID em cada local do inquérito. Exemplos incluem líderes comunitários, PID actuais e antigos, as pessoas que fazem trabalho de sensibilização e educação às PID (activistas e/ou educador de pares), vendedores de drogas, pesquisadores familiarizados com as PID, profissionais de saúde e outros provedores de serviços.

Discussões em grupos focais

Os grupos focais realizam discussões sob a forma de entrevistas semi-estruturadas com várias pessoas simultaneamente, sob a direcção de um moderador (Krueger and Casey, 2000). Este formato de entrevista pode fornecer informações sobre temas gerais de interesse (por exemplo, comportamentos de risco na comunidade, meios de recrutamento PID para a participação numa pesquisa ou intervenção, aceitação da tecnologia proposta para ser usada numa pesquisa, bem como a identificação dos principais intervenientes da comunidade PID e líderes locais) ou informações específicas de aspectos sobre os quais pouco se sabe (por exemplo, onde as PID vão buscar as drogas e como a pesquisa sobre as PID deve ser publicitada localmente). As

informações recolhidas através das discussões em grupos focais podem ser usadas para a validação dos resultados das outras actividades da avaliação formativa. Os grupos focais também podem ser usados para explorar as questões que foram levantadas pelos informantes chave ou observadas pela equipa em campo.

Os participantes nas discussões em grupos focais foram

recrutados em cada local de estudo. O recrutamento dos participantes para grupos focais foi feito através do método de amostragem intencional, que consiste em efectuar um recrutamento dos participantes que sejam mais adequados para fornecer uma descrição completa do fenómeno a ser estudado. A composição de cada grupo focal foi relativamente homogénea em termos de características sociodemográficas relevantes, a fim de encorajar as pessoas a compartilharem livremente as suas ideias e percepções. Os participantes nas discussões em grupos focais incluíram PID, não-PID e educadores de pares.

Instrumentos de recolha de dados

O guião de entrevista tinha como objectivo obter informação sobre a oferta de serviços de saúde e outros serviços para as PID em Moçambique e potencial referência para tratamento de HIV e hepatite. As informações recolhidas através das EIC foram de natureza exploratória (por exemplo, as preocupações de saúde das PID e as características demográficas da comunidade PID local) e focalizadas em temas específicos (por exemplo, serviços de saúde procurados pelas PID, barreiras ao fornecimento dos cuidados de saúde, assistência social oferecida as PID, a identificação dos programas locais de prevenção do HIV para PID, e a possibilidade da realização dos testes e tratamento de outras ITS ou doenças transmissíveis pelo sangue).

Após uma breve introdução do estudo, o moderador obtinha o consentimento informado por escrito de cada participante, separadamente, e de seguida apresentava os objectivos da sessão usando o guião de entrevista, após o qual a sessão prosseguia. As discussões em grupos focais foram conduzidas por dois assistentes de pesquisa devidamente treinados (onde um desempenhava a função de entrevistador principal e outro de anotador), tendo como material de apoio os guiões de entrevista que foram elaborados para recolher respostas individuais no contexto do grupo. O guião de entrevista tinha como objectivo suscitar o debate sobre questões relacionadas com: o comportamento das PID, as características sociodemográficas das PID, a aceitabilidade dos procedimentos de pesquisa e do método de amostragem propostos, a procura e disponibilidade de serviços de saúde e outros serviços e a viabilidade do estudo nos locais de pesquisa propostos em Moçambique. Todas as EIC e discussões em grupos focais foram realizadas em Português.

Formação das equipas de campo

Antes da implementação da avaliação formativa, os membros da equipa de recolha de dados beneficiaram de uma formação que teve a duração de uma semana, e que incluiu conhecimento geral sobre as PID no Mundo, na África Sub-Sahariana e em Moçambique; aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos e procedimentos operacionais padronizados para colheita de dados qualitativos. A formação incluiu

aspectos teóricos e práticos com a simulação dos procedimentos do inquérito, tendo sido facilitada pelos investigadores do inquérito. Foram treinados membros das equipas dos dois locais onde decorreu o inquérito, as quais incluíam para cada local: um supervisor, dois entrevistadores/anotadores e dois agentes comunitários de sensibilização. Os entrevistadores/anotadores tinham formação superior em disciplinas das ciências sociais, experiência de pesquisa com grupos sociais vulneráveis ou aspectos relacionados ao HIV e, adicionalmente ao domínio da língua portuguesa, eram fluentes em línguas locais. As equipas foram supervisionadas a nível central pelos investigadores do inquérito e pelo coordenador de ligação com a comunidade.

Considerações éticas

Cada entrevista individual e discussão em grupo iniciou apenas após obtenção do consentimento informado de cada participante. Cada participante recebeu uma cópia do formulário de consentimento assinada por si e pelo entrevistador, enquanto o entrevistador manteve uma cópia assinada por ambos conforme rezam os procedimentos éticos. Para a protecção dos participantes, a equipe não pediu a identificação. Todas as EIC e grupos focais foram realizadas em ambientes que garantiam privacidade e tiveram duração máxima de 90 minutos.

Para proteger o anonimato dos participantes, nenhuma EIC e DGF foi gravada em vídeo. Com o consentimento dos participantes, as EIC e DGF foram gravadas em áudio para capturar a discussão e depois foram transcritas. No entanto, antes da gravação, os participantes foram instruídos a não usar o seu nome ou outro que os identificasse, nem o nome dos outros participantes, de modo a não sofrer consequências negativas caso fossem identificados.

Todas as medidas eticamente recomendadas foram tomadas em conta para proteger os participantes, uma vez que os mesmos pertencem a um grupo socialmente discriminado. O inquérito foi aprovado pelo Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) de Moçambique, o Comité de Pesquisa em seres humanos da UCSF e pelo Centro de Saúde Global do CDC como uma “actividade de pesquisa envolvendo seres humanos, mas em que o envolvimento do CDC não inclui o contacto com [os mesmos]”. Todo o pessoal de recolha de dados beneficiou de uma formação sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos e assinou um acordo de confidencialidade antes de iniciar as suas funções na avaliação formativa.

Tamanho de amostra

A questão do tamanho da amostra em pesquisa qualitativa não está definida a priori, mas sim quando se atinge o nível de saturação de dados, ou seja, o ponto em que uma análise mais aprofundada dos dados não produz nenhuma informação nova ou nada acrescenta de novo para a teoria que está sendo derivada

dos dados. Para a presente avaliação formativa foram realizadas dez (10) EIC e quatro DGF (com 6-12 participantes em cada grupo) por local de avaliação formativa.

Os participantes foram recrutados intencionalmente através de organizações que prestam serviços às PID em cada local do inquérito ou através da observação em locais onde não existem serviços disponíveis.

Grupos abrangidos pela avaliação formativa

Para o alcance dos objectivos as entrevistas abrangeram serviços de saúde e socais, organizações nacionais, internacionais, pessoas que trabalham com o grupo alvo (ex. educadores de pares), e pessoas que injectam drogas ou que o haviam feito no passado. As tabelas abaixo apresentam as organizações e pessoas contactadas que participaram nas entrevistas individuais (tabela 1) e nas DGF (tabela 2) por cada local em estudo.

Recrutamento e elegibilidade dos participantes

Em cada local da avaliação, os agentes comunitários de sensibilização (ACS) trabalharam com o coordenador de ligação com a comunidade, o supervisor do inquérito e os entrevistadores, para desenvolver um plano de recrutamento dos participantes da avaliação formativa. Sob a orientação do coordenador de ligação com a comunidade e do supervisor do inquérito, os ACS identificaram os “pontos de entrada da comunidade”, que facilitaram o acesso à comunidade PID local e as apresentações com a equipa do inquérito.

Cada equipa desenvolveu uma lista de possíveis informantes chave e participantes das DGF, tendo em conta as características sociodemográfica (diversidade da população, baseada na idade, nível de escolaridade, raça, nacionalidade, nível socioeconómico, ser estudante ou não, estar empregue ou não, etc.); tipo de consumidor: regular (tem acesso e injecta drogas regularmente) ou sazonal (injecta drogas quando elas estão muito disponíveis e a preço bastante acessível, mas quando o preço eleva-se consome drogas não injectáveis); líderes da comunidade: pessoas bastante influentes reconhecidas formalmente como líderes ou sem reconhecimento formal, por serem muito conhecidas e conhecerem muita gente na comunidade, quem têm acesso a diferentes subgrupos ou tipos de PID ou até aos fornecedores e vendedores de drogas, provedores de serviços, etc. Estes líderes podem ser PID ou não e seriam importantes informantes chave; profissionais de saúde, de ONG ou de organizações de base comunitária, que fornecem serviços de saúde, aconselhamento, reabilitação, defendem os direitos das PID ou de outro modo prestam assistências à esta população; e proprietários ou gestores de estabelecimentos frequentados pelas PID. Também

podem incluir-se aqui os vendedores ou fornecedores de drogas.

O coordenador de ligação com a comunidade e o supervisor do inquérito trabalharam com os ACS para identificarem os indivíduos ou grupos alvo a solicitar para a participação na avaliação formativa e de seguida os ACS contactaram as pessoas para solicitarem a sua participação na avaliação. Porém, a participação foi mediante consentimento informado, processo dirigido pelos entrevistadores.

Triangulação

Outras informações foram usadas para suplementar as conclusões tiradas das EIC e DGF e ter melhor compreensão da população alvo do inquérito.

A informação incluiu:

- Documentos escritos (por exemplo, políticas; actas de reuniões; organogramas, relatórios, manuais processuais e material “oficial”, tal como websites, folhetos, comunicados de imprensa, anúncios, páginas Web e relatórios anuais);
- Participação em eventos de OC, ONG e outros eventos conexos, materiais de conferências e reuniões;
- Observação em locais onde as actividades das PID são realizadas, e o meio ambiente local em que operam.

Análise de dados

Os dados gravados em áudio foram usados para auxiliar no desenvolvimento de notas de campo imediatamente após cada sessão de EIC e DGF e foram posteriormente transcritas. As transcrições foram codificadas e analisadas usando o software de pesquisa qualitativa Nvivo 10. Antes da codificação, a equipa de pesquisa criou nós no Nvivo. Assim sendo foram criados 4 nós primários, e por sua vez dentro de cada nó primário foram criados nós secundários. As transcrições foram colocadas nos respetivos nós. Os nós primários criados foram “Inquérito”, “População”, “Recomendação” e “Interessante”.

- No nó “Inquérito” foram colocadas todas informações relacionadas ao objectivo primário do inquérito, e ainda foram criados nós secundários, nomeadamente: Barreiras para a participação, facilitadores para a participação, disponibilidade de serviços e serviços de referência.
- No nó “População” foi colocado tudo o que tinha a ver com as características da população alvo e foram criados os subnós comportamentos de risco, características sociodemográficas do grupo, Iniciação (circunstâncias e motivações que levam a pessoa a utilizar drogas injectáveis),

- local (locais ou lugares onde comprou e usam drogas injectáveis, e socializam).
- O nó “Recomendações” que incluía qualquer recomendação de serviços, intervenções ou projectos de ajuda às PID.
- O nó “Interessante” incluía toda informação que poderia entrar ou não nos outros nós e que pudesse ser usada a posterior para sustentar outra informação relevante.

Todas as transcrições foram duplamente codificadas, a primeira foi feita por dois pesquisadores com o objectivo de discutirem cada transcrição. A segunda entrada foi feita por um pesquisador que não fez parte da primeira codificação.

Todas as codificações foram cruzadas e revistas e as ambiguidades foram discutidas em grupo. A análise da informação foi baseada na procura de padrões comuns nos dados e na procura de hipóteses emergentes acerca dos mesmos.

A informação produzida ou resultante desta fase foi armazenada num formato comum de processamento de texto, a fim de facilitar a sua análise. As transcrições foram lidas várias vezes e, em seguida, codificadas em conceitos que reflectiam os objectivos desta fase. Os conceitos identificados, foram agrupados em categorias e finalmente, foram identificados os temas que unem as categorias.

Outra informação relevante foi usada para confirmar as conclusões tiradas das EIC e DGF, e ter melhor compreensão da população do estudo sobre as PID. Esta informação incluiu documentos escritos (por exemplo, documentos políticos; actas de reuniões; organogramas, relatórios, manuais processuais, websites, folhetos, comunicados de imprensa, anúncios, páginas Web, e relatórios anuais); organizações comunitárias, ONG e outros eventos conexos, materiais de conferências e reuniões nos locais onde as actividades das PID são realizadas, e o meio ambiente local em que operam.

RESULTADOS

Características sócio-demográficas das PID

Um dos objectivos da AF foi de conhecer a população com que se pretendia trabalhar na fase de implementação do IBBS. Deste modo, durante a avaliação formativa procurou-se perceber dos participantes da AF quais eram as características sócio-demográficas (nível sócio-económico, idade, sexo, e ocupação) das PID em cada cidade.

Nas duas cidades foi reportada a existência de PID de diferentes níveis sócio-económicos e de escolaridade. Foi reportada

a existência de pessoas de ambos os sexos; embora maior parte seja do sexo masculino.

“E posso ver pessoas que consomem que têm recursos financeiros escassos, pobre portanto. As vezes nem sei como é que eles conseguem pagar as drogas que consomem e também tenho pessoas de nível social alto e que estão a consumir hoje em dia cocaínas, heroínas injectáveis mesmo...” (MEIC10)¹

Notou-se que a faixa etária das PID descrita pelos participantes, situava-se entre os 15 e os 60 anos, como ilustrado no trecho abaixo

“...adolescência até a velhice vamos dizer que dos 16, 17 anos começam, 60 anos, conheço um, Yah essa é a faixa etária.” (MEIC3)²

A língua falada vai desde o Português, Changana, Inglês, Zulo, Francês, Espanhol, e também foi reportada a comunicação em códigos, vulgarmente conhecida como língua de peixe.

“Falam a língua do peixe, falam francês. Francês também não é a língua francesa, é um português mal falado...yah maioritariamente falam português.” (MEIC3)²

A existência de estudantes que são PID, foi mencionada nas entrevistas realizadas nas duas cidades e também a existência de funcionários de diferentes serviços. Mas a maior parte dos entrevistados relatou que algumas PID acabam abandonando a escola e o emprego, acabando por se envolver em actos ilícitos para sustentar o consumo de drogas.

“... biscates de vários tipos incluindo se calhar furtos, roubos, todas actividades relacionados com actividades ilícitas ou actos ilícitos.” (NFGD1)³

“Ali há os que andam nos contentores, há os que são vendedores da rua, há os que vendem calamidades, há os ladrões de carteiras, há os arrancadores de celulares, há outros que usam faca para arrancar dinheiro, há outros que roubam roupa nos prédios, há outros que roubam botijas, há outros que tem dinheiro devido ao trabalho, há uns burladores, há uns taxistas, há os filhos de papá e mamã que dão dinheiro, estás a perceber nê, é mais por aí.” (MEIC12)⁴

1 10ª Entrevista com informante chave, Maputo, 12 de Julho de 2013

2 3ª Entrevista com informante chave, Maputo, 29 de Junho de 2013

3 1ª Discussão em Grupo Focal, Nampula, 27 de Julho de 2013

4 12ª Entrevista com informante chave, Maputo, 18 de Julho de 2013

Uso de drogas e comportamentos de risco

Tipos de drogas

Ao longo das EIC e de DGF, os participantes listaram vários tipos de drogas usadas nas cidades de Maputo e Nampula/Nacala. A maioria referiu que o uso de drogas não injectáveis é mais comum, dentre as quais a cannabis sativa/marijuana foi a mais mencionada. Tendo também sido mencionado o uso esporádico de ecstasy, crack (especialmente em Nampula), roipe, diasepan e cocaína (inalada ou fumada).

Relativamente as drogas consumidas de modo injectável mencionadas em ambos os locais da avaliação formativa a heroína e a cocaína foram mencionadas como as principais drogas injectadas, às quais os participantes chamaram de “via rápida”, conforme ilustra o depoimento abaixo: “As drogas que injetam-se a heroína e cocaína, essas duas, eu conheço essas duas...tem heroína injectável, tem... sim, sim agora aquela injectável continua em pó. É posta na seringa e diluída com água quente e limão, sim. Limão é o processo desses...Limão! Então agora a heroína é mesmo em pó.” (MDGF2)⁵

Quando perguntados sobre o uso da morfina, os participantes responderam que a mesma já não é comum em Maputo e Nampula/Nacala. Durante uma DGF na Cidade de Nampula (N-DGF2)⁶, os participantes mencionaram outras drogas que ocasionalmente têm sido usadas de modo injectável.

“Existe a [Benzodiazepine]. Há um outro nome [que] não me vem agora. Mas ao longo da conversa hei-de me recordar. Existe o fentanil que era, por exemplo, o que usei muito no início quando cheguei aqui...” (NDGF2)⁶

Nomes usados para designar drogas injectáveis e para PID

As drogas injectáveis são conhecidas por uma variedade de nomes que muitas vezes descrevem o produto (ex: cor), a maneira como a droga é usada e o lugar onde a droga é produzida ou comprada. Alguns nomes mencionados para a cocaína incluem a cocaína negra, black, bran, branquinha, ken, coca ou coca light, kitchi, fire, keni, carramutana e poeira. Nomes usados para heroína incluem brown sugar, açúcar castanho, white sugar, hipo, pitxo, pedra e bolinha. As citações a baixo ilustram estas designações.

“Tem cocktail, chamam de Ikbal, porque o Ikbal é que trouxe então chamam do nome do gajo...ele ta chamar de nome que a pessoa que trouxe.” (MDGF2)⁵

“Cocaína? Rock, heroína é pintchi nê, yah é pintch; Tie white é o que? É heroína; Tie white porque se foca nê então é branco! Tie

white é gravata yah é gravatinha. É tie white, tudo está codificado, eh esses gajos também.” (MDGF2)⁵

Um tema comum encontrado foi que muitos nomes “baptizados” mudam frequentemente e geralmente são específicos a um determinado contexto. Como visto na seguinte citação:

“O problema é que são muitos. Por exemplo, podes dizer epá não tens uma bola aí? a pessoa percebe logo. Dá-la uma banana... estás a entender aquilo varia de comunidade para comunidade. A gente aqui pode chamar dessa forma mas outro lado chamarem de outra forma. (NDGF1)³

Participantes duma DGF em Nampula descreveram as diferenças na nomenclatura de cocaína e heroína da seguinte forma:

“Mesmo os nomes não alteram muito porque não há muita diferença talvez na composição química mas há sempre preferências nê entre os drogados. Uns preferem heroína que é chocolate :[outro participante]: tem a cocaína que pode ser encontrada a mais pura ou adulterada. Então a mais pura é considerada a blue magic, assim que consumida o efeito é logo no momento.” (NDGF3)⁷

As PID em Maputo e Nampula/Nacala são chamados de junk, junky, junk man, broinado, txuquelados, Guns and Roses, boica, slim, endembila, Bob Marley e king size. Enquanto o acto da injeção da droga também possui determinada terminologia, como “tchumbiar”.

“Tem nomes próprios, por exemplo injetar é tchumbiar...pessoas que chutavam, tchumbiam, yah mas isso é verdade, é uma linguagem vulgar, nesse grupo que pica.” (MDGF2).⁵

“O único nome é esse realmente o único nome que a sociedade dá ou a comunidade dá para a pessoa que consome, é drogado. Mas isso por não conhecer os outros termos como Junky, entre nós chamamo-nos por junky” (NDGF2)⁶

No que diz respeito ao valor para aquisição da droga, usuários de Maputo e de Nampula/Nacala reportaram ter gasto 5-15 meticais por dose (“hit”) de heroína e que podem gastar 200-1,000 Meticais diariamente para satisfazerem as suas necessidades do consumo.

Locais frequentados por PID

Para a Cidade de Maputo foram mencionados os seguintes locais onde as pessoas que usam drogas injectáveis são mais frequentes: Bairro Central, Mafalala, Alto Maé (incluindo uma área específica denominada Colombia), zona do Museu, Maxaquene, zona Militar, Malhangalene, e Maguiguana.

⁵ 2ª Discussão em grupo focal, Maputo, 13 de Julho de 2013

⁶ 2ª Discussão em grupo focal, Nampula, 02 de Julho de 2013

⁷ 3ª Discussão em grupo focal, Maputo, 05 de Julho de 2013

se “matou” a Zona Militar, então todos a tendência da cidade, é o gueto mais próximo, é a Mafalala, é por ser o gueto mais próximo, não porque não existem no Chamanculo existem, mas Mafalala é o gueto mais próximo dos usuários da cidade.” (MDGF2)⁵

Alguns bairros ou comunidades com grande número de pessoas que usam drogas mencionados em Nampula foram: Muhaivire, Belenenses, Muhala, Namutequeliwa, Central, Namicopo, e Faina. Um participante afirmou que as PID encontram-se em todas as partes da cidade. Dois locais adicionais foram mencionados em Nacala (Mukwaiba e Bayer), mas alguns participantes afirmaram que tal acontece em locais ou áreas escondidas.

“...ao locais restritos yah, em que para tu consegues informação de lá precisa de ter ajuda de pessoas capacitadas capazes de chegar até esse sítio.”. (NDGF1)³

Comportamentos de risco

A partilha de seringas

Em Maputo e Nampula/Nacala, participantes afirmaram que é um desafio obter seringas limpas e também arriscado andar com seringas pela cidade, uma vez que se forem pegos pela polícia podem sofrer acções repreensivas. De acordo com alguns entrevistados as farmácias são uma opção em ambos os locais, mas é difícil obtê-las sem receita médica e o custo é elevado para os usuários de drogas.

“...as seringas são alugadas a cerca de 50mt nas bocas de fumo (locais de venda e consumo de droga), porque é mais seguro, em vez de comprar a 10mt nas farmácias e ficar andando com ela correndo o risco da polícia encontrar e prender a pessoa sob acusação de ser drogado. Nas bocas de fumo, acontece “o arrendamento sem cláusulas”, no sentido que ninguém questiona se a seringa e a agulha estão esterilizadas ou não.” (MEIC11)⁸

“...qualquer farmácia dependendo do valor dele. Há quem sabe dizer farmácia X seringa está cara, farmácia X está barata então ele vai na farmácia... e nem os próprios fornecedores há aqueles que já compram seringas em quantidade ficam com eles chega ali ele quer a seringa, compra a seringa ali, prontos. Isto mais aquelas pessoas que não querem ser descobertos de que epá ele entra naquelas coisas.” (MGDF1)⁹

Em Maputo, e Nampula, foi reportado a existência de profissionais de saúde que levam seringas novas e/ou usadas do hospital para as vender em casa ou para ajudar membros da sua família ou amigos a ter acesso a este tipo de equipamento.

“... Também há seringas vendidas por funcionários das unidades sanitárias. Alguns funcionários recolhem seringas usadas que deveriam ser descartadas na lixeira e vendem” (MEIC11)⁸

“Então se um usuário de droga consegue, com 50 Meticais tem várias seringas e é só drogar-se, como pode ter um familiar, pode ter um amigo nê na unidade sanitária que possa o facilitar a ter essas seringas. Não sei sinceramente onde eles apanham.” (MEIC7)¹⁰

Um participante em Nacala também indicou a possibilidade de conseguir obter seringas novas comprando dos agentes de saúde.

“...Acredito eu que quando eles chegam para alguém da unidade sanitária, eles não vão dizer dá-me lá seringa quero ir me injetar. Não sei que tipo de conversa têm mas acho que adquirir seringa mesmo, acho que é preciso ter algum valor.” (NEIC1)¹¹

Em vez de se obter agulhas limpas em uma farmácia ou em outro local, acredita-se que a maioria das PID das cidades de Maputo e Nampula/Nacala partilham seringas. Um participante em Maputo (MEIC4)¹² estimou que entre 10-20 pessoas podem partilhar uma única seringa.

“Mas uma coisa eu posso ter certeza, quando não tem as seringas, uma seringa serve para vários, eles não se cuidam muito bem, então o risco continua lá. Raras vezes sinceramente cá entre nós vamos apanhar uma pessoa usuária de droga que é consciente de que eu tenho que usar a minha seringa só para mim, não é. Que eu neste momento estou necessitado, estou com..., como se chama? Estou com problemas de falta de droga então vou correr até ali a farmácia para adquirir, este processo de correr, apanhar chapa, ir até a farmácia que fechou as 12 horas e só abre as 14 para poder obter outra seringa e depois ir injectar-se, é muito tempo é mais fácil levar do outro e usar porque precisa de um efeito imediato. Então eu não consigo acreditar que exista uma pessoa usuária de droga que seja tão bem organizada, até tão consciente nê que tenha um kit próprio eih, que não importa-me, desculpa-la, então não estamos perante um distúrbio.” (NEIC7)¹³

A troca de sexo por drogas ou dinheiro para comprar drogas

É uma percepção comum que as mulheres que usam drogas injectáveis trocam sexo por drogas ou por dinheiro para comprar droga. Como indicado pelo participante “no caso das meninas,

8 11ª Entrevista com Informantes Chave, Maputo, 23 de Julho de 2013

9 1ª Discussão em grupo focal, Maputo, 10 de Julho de 2013

10 7ª Entrevista com informante chave, Maputo, 03 de Julho de 2013

11 1ª Entrevista com informante chave, Nampula, 27 de Julho de 2013

12 4ª Entrevista com informante chave, Maputo, 02 de Julho de 2013

13 7ª com informante chave, Nampula, 17 de Julho de 2013

acabam se prostituindo para sustentar o vício porque não têm fácil acesso ao dinheiro” (NEIC10)¹⁴ E mencionado também numa DGF em Nampula:

“Sim é muito frequente principalmente com mulheres em que ela vai a um fornecedor nê, chega lá implora, implora e se ele quiser ter sexo com ela dá-lhe uma dose ela consome, tem relações sexuais e é como se fosse normal.” (NDGF3)⁷

“Várias vezes os gays nos seus carros de luxo vão para os locais frequentados pelas PID e chamam um e perguntam se não quer cigarro, depois convidam-no para dar uma volta e ir para um local mais discreto. Nestes locais são feitas proposta de troca de sexo por dinheiro. Quando o acto acontece, esses homens não pagam pouco, pagam bem...” (MEIC11).⁸

De acordo com um informante chave em Nampula, os homens também trocam sexo por drogas e por dinheiro também. Ele também reportou que independentemente de saber se o sexo é trocado ou não, há uma percepção que o uso do preservativo dentro deste grupo é extremamente raro.

Iniciação e risco de consumo de drogas injectáveis

Muitos participantes afirmaram que o uso de algumas drogas constitui o ponto de entrada para o uso de drogas injectáveis com uma progressão que geralmente inicia com a cannabis sativa (marijuana ou suruma) para haxixe, e depois para coquetéis (mistura de drogas não injectáveis), para inalação. Como se observa no seguinte extrato de uma entrevista em Maputo:

“O que é que sucede geralmente os indivíduos que chegam a fase de injetar, já passaram por outras porque outras foram de consumo de fumo, de inalação ou de ingestão, não é! È...e isto nas primeiras idades mais ou menos os 18, 19, 20 anos já começam a experimentar.” (MEIC7)¹⁰

A iniciação declaradamente ocorre por meio de colegas, amigos, familiares e parceiros sexuais (namorados e namoradas). Um dos entrevistados indicou que os traficantes também tentam incitar ou persuadir novos usuários a ingressarem no mundo das injectáveis.

“Eles, os vendedores, fazem um esquema, fazem um estudo de viabilidade como conseguir meter você que tem dinheiro para entrar lá. Entra numa forma de te oferecer. No primeiro dia como uma pessoa que não bebe. Raras vezes uma pessoa que não bebe tira e compra, são os que bebem que compram e dão. Comprei essa média, toma-la um copo. Droga é exatamente assim, eles compram e dão. Sabem que basta te dar, entrou.” (MEIC8)¹⁵

As seguintes narrativas descrevem fatores emocionais e psicológicos subjacentes que se acreditam que contribuam para o início do uso de drogas injectáveis.

“Bons, muitos deles começam a consumir num convívio com outras pessoas e começam muitos deles a consumir porque aquilo lhes dá sensações agradáveis de euforia de..., sentem-se mais extrovertidos, facilita o contacto social, facilita não é, a interação, e...muitos deles começam a consumir porque estão a passar por dificuldades, por conflitos familiares ou conflitos internos e então a droga funciona como um escape.... Começaram a consumir porque andavam perturbados, porque andavam com problemas e prontos tornou-se numa dependência e depois não conseguiram sair. ... Existem homens que começam a consumir porque têm dificuldades para se relacionarem com as mulheres e ao consumirem sentem-se mais extrovertidos, mais desinibidos, isto melhora a sua performance a nível sexual inclusive no início, não é, e portanto recorrem ao consumo por causa desses “benefícios”, desses “benefícios”. (MEIC10)¹

Serviços de saúde e sociais

Serviços de saúde e sociais para PID

As necessidades de saúde e sociais das PID são muitas, uma vez que sofrem frequentemente de problemas nestas áreas como consequência não só do consumo de drogas, também dos comportamentos de risco associados e das condições de vida. É por estas razões que o HIV, a tuberculose e a hepatite são comuns neste grupo como foi reportado numa DGF:

“...muitos desses nós, irmãos drogados né, temos problemas de saúde, yah, e o HIV, TB a quem nem quer ir ao hospital para ser tratado, tem medo.” (MDGF4)¹⁶

No entanto, existem desafios com outros problemas de saúde. Ao mesmo tempo, o tratamento e a reabilitação psicossocial são essenciais para lidar com o problema subjacente à dependência.. Relativamente aos serviços sociais e de saúde existentes, os entrevistados relataram a existência de muitas organizações que fornecem assistência para as PID nestas componentes. As diferentes instituições e organizações referidas ao longo das entrevistas prestam os seguintes serviços de apoio às PID: prevenção de doenças e do abuso de drogas através da educação de pares no ambiente prisional, aconselhamento e debates temáticos; aconselhamento e testagem voluntária em saúde, e serviços clínicos focados na testagem do HIV e no cuidado e tratamento às pessoas com HIV; apoio psicossocial incluindo assistência psicológica e psicoterapêutica a desintoxicação; a reintegração social através do desenvolvimento de habilidades e competências

14 10ª Entrevista com informante chave, Nampula, 25 de Julho de 2013

15 8ª Entrevista com informante chave, Maputo, 08 de Julho de 2013

16 4ª Discussão em grupo focal, Maputo, 30 de Julho de 2013

profissionais, e a atribuição de bolsas para cursos profissionais e inserção no mercado de trabalho.

Ao longo das entrevistas realizadas tanto com os informantes-chaves assim como nas discussões em grupo foram mencionadas várias organizações que oferecem serviços de apoio e tratamento as PID, tendo sido com maior frequência as seguintes:

- REMAR (Inhambane, Xai-Xai, Beira);
- Hospital Psiquiátrico do Infulene (Maputo);
- UNIDOS (Inhambane, Cabo Delgado, Nampula);
- Centro de Psicologia do Hospital Central de Maputo;
- Centro de Saúde Mental (Nampula); e
- Hospital 1º de Maio (Nampula).

No geral a REMAR e o Centro de Saúde Mental foram os serviços mais referenciados nas entrevistas da cidade de Maputo e Nampula, respectivamente, relativamente aos outros serviços ou organizações. Como muitas ONG que trabalham com as PID, a REMAR usa uma abordagem baseada na religião e na Fé. Conforme descrito por um entrevistado de Maputo, esta abordagem é fundamental porque:

“...a reabilitação é interior, principalmente a REMAR tem uma parte que é espiritual. Acreditamos que a palavra de DEUS no tempo certo, no momento certo...vai fazer com que a pessoa possa crer e ter fé e DEUS vai...deixar DEUS trabalhar na sua vida.” (MEIC9) ¹⁷

Outro entrevistado da cidade de Maputo descreveu uma lista abrangente de serviços oferecidos pela REMAR, da seguinte forma:

“A REMAR é um centro de internação, também tem um programa de atendimento espiritual e também algumas outras actividades extras que é a formação ocupacional, é formação vocacional onde estão inseridos em várias actividades como por exemplo mecânica, sei lá como ergoterapia para um processo de transformação e também tem aquela base de colecta de coisas a nível da, das empresas como meio de subsistência.” (MEIC1) ¹⁸

Importa referir que ao nível do Hospital Central de Maputo, funciona o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental que possui uma equipa de Psicologia que oferece atendimento ao adulto e infantojuvenil nesta área. É neste serviço onde é proporcionado atendimento às pessoas que procuram tratamento devido ao uso de drogas, particularmente, usuários de drogas injectáveis.

Os entrevistados mencionaram organizações adicionais que realizam actividades focadas principalmente na prevenção primária, nomeadamente:

- Desafio Jovem
- KUBESSA
- Pathfinder
- SCIP
- Projecto VIDAS
- Othola

A organização Desafio Jovem utiliza uma estratégia de intervenção para trabalhar com as PID que foi descrita da seguinte forma por um entrevistado de Maputo

“A Associação Desafio Jovem, ela trabalha abaixo da questão, na prevenção [...] nós temos várias actividades,... as actividades que nós desenvolvemos são, estão, estão inseridas dentro de um pacote que é, numa abordagem utilizando como ferramenta um instrumento chamado REFLECTE a... para a mudança de comportamento, onde nós desenvolvemos sessões de debate temático sobre vários aspectos relacionados ao HIV, relacionados as drogas, a... priorizando técnicas de facilitação.” (MEIC1) ¹⁸

O Projeto VIDAS e SCIP são projetos implementados, em parte, pela Pathfinder em Nampula. Os relatos dos participantes demonstraram que estes programas são bem conhecidos pelos entrevistados. No entanto, parece haver confusão entre as organizações e as actividades oferecidas pelas organizações como parte de um programa. Um participante afiliado ao Projeto VIDAS descreveu os seus esforços ou actividades da seguinte maneira:

“Os serviços que nós oferecemos são aos usuários de drogas injectáveis é de poder conversar com eles e persuadi-los que no momento em que usam as drogas que ao menos tenham o material já esterilizado e podia ser descartável. Então isso, convidamos sempre que chegam na unidade sanitária a explicar quais são os perigos que podem vir compartilhando e as seringas, pode ser o material já descartado comungando entre várias pessoas. Então nós convidamos essas pessoas a explicarmos quais são as vantagens de utilizar o material apenas uma única pessoa para não compartilhar com as outras sobre o risco de poderem contaminar as doenças como o HIV, hepatite e demais outras doenças.” (MEIC2) ¹⁹

Apesar do número de organizações referenciadas durante as entrevistas, há uma percepção comum relativamente à exiguidade de programas direccionados as PID, e a falta de conhecimento sobre os locais/organizações que realizam ou implementam estratégias para a redução de danos, por exemplo, troca ou

¹⁷ 9ª Entrevista com informante chave, Maputo, 09 de Julho de 2013

¹⁸ 1ª Entrevista com informante chave, Maputo, 26 de Junho de 2013

¹⁹ 2ª Entrevista com informante chave, Nampula, 27 de Junho de 2013

distribuição de seringas limpas e dos serviços de tratamento para desintoxicação. Os entrevistados indicaram que muitas vezes a falta de opções, especialmente para as PID interessadas no tratamento para dependência de drogas, obriga-os a tentar sair droga injetável, a “sangue frio”, ou seja, sem recorrer aos serviços que oferecem o tratamento farmacológico para diminuição dos sintomas de abstinência.

Serviços de referência para HIV e hepatites

Dado o risco elevado da exposição à infecções virais, como HIV e hepatite, devido a partilha do material de injeção, foram feitas perguntas aos entrevistados sobre os locais de referência onde as PID teriam acesso aos serviços de tratamento para resolução dos seus problemas de saúde. As respostas indicaram que geralmente eram referenciados para a clínica ou unidade sanitária mais próxima das suas residências ou para as clínicas localizadas nas proximidades das comunidades ou locais com números elevados de PID.

A título de exemplo foram citadas as seguintes unidades sanitárias, a nível da Cidade de Maputo, o Centro de Saúde do Alto-Maé ou Santa Filomena e o Centro de Saúde de Maxaquene. E para a Cidade de Nampula o Centro de Saúde Urbano e Centro de Saúde 1º de Maio. Um dos participantes numa DGF em Maputo citou o seguinte:

“...esses todos hospitais que são centros que estão aqui na cidade convém para nós porque cada qual aqui tem a sua residência onde vive...” (MDGF3).²⁰

Por outro lado, em Nampula/Nacala, as unidades sanitárias referidas pelos participantes coincidiram que possuíam profissionais de saúde treinados para responder às necessidades especiais de saúde das PID e outras populações chave (por exemplo, HSH e MTS) e que eram do conhecimento das pessoas que injetam drogas. Esta informação foi referida por um entrevistado de Nampula da seguinte maneira.

“...e encaminhamos essas pessoas ao Hospital 1º de Maio, onde lá temos provedores de saúde que são formados nessa área...temos a Pathfinder que ajudou na formação dos provedores de saúde nos hospitais, e...principalmente no 1º de Maio onde nós temos feito os encaminhamentos.” (NEIC4).²¹

Factores que afectam o acesso aos serviços sociais e de saúde

No geral os entrevistados reconheceram que a maioria das PID querem tratamento, mas que existem vários desafios no acesso deste grupo aos serviços sociais e de saúde, sendo alguns inerentes ao próprio usuário e outros aos serviços de apoio

(localização geográfica do serviço, os provedores de saúde ou membros da organizações).

Uma barreira que foi evidente a partir dos dados coletados nesta avaliação formativa foi relativamente às contradições existentes entre os entrevistados, provedores, PIDS e ex-PIDS sobre o tipo de serviços que as várias organizações e/ou serviços referidas por estes oferecem e a qual a melhor forma de acedê-los.

Por outro, através dos relatos de membros de organizações que realizam intervenções para este grupo, foi possível perceber que não existem sistemas de monitoria ou registos dos encaminhamentos feitos pelas organizações para os serviços de saúde, destacando um contínuo fraco atendimento e acompanhamento desta população.

Estes entrevistados também indicaram a existência de estigma elevado associado aos serviços de saúde mental; havendo uma percepção dos usuários de drogas de que os hospitais psiquiátricos são apenas para pessoas com condições graves de saúde mental (referidas como “loucos” em várias entrevistas) e não para os usuários de drogas. As citações abaixo demonstram esse sentimento.

“Nós damos seguimento para o Ministério da Saúde, embora para a questão dos consumidores de droga injectáveis, nós estamos a ter um grande problema. Porque o único hospital que presta esse tipo de serviços, é o Hospital Psiquiátrico. E o Hospital Psiquiátrico para os jovens inibe a situação de eles terem acesso porque eles ali têm aquele medo de serem rotulados como pessoas dementes, malucos e de certa maneira acaba, quer dizer, não tendo muita aceitação no caso dos processos de desintoxicação...A única coisa que eles fazem só dá atendimento psicológico...não tem para além do serviço de saúde mental que olha para os aspectos de car ácter... como é que eu posso dizer, de carácter de demência, de loucura mas não tem serviços especializados dentro da/dos hospitais que possam realmente fazer atendimento a este grupo específico...” (MEIC1).¹⁸

“Eu falei com ele e disse que, sim eu sou usuário de droga, muitas vezes já pedi apoio ao hospital central mas mandam-se ao hospital psiquiátrico, mas eu acho que o hospital psiquiátrico é um hospital para loucos e eu não sou louco. Estas a perceber, então foi preciso uma conversa funda com ele explica que não, não é para loucos, é um tipo de trabalho para a mente, são coisas diferentes que ele não podia confundir e acabou aceitando e foi para lá...” (NEIC7).¹³

Os provedores de saúde também identificaram os desafios associados à utilização dos serviços pelas próprias PID. Neste contexto, a distância entre os locais de venda e consumo de drogas

20 3ª Discussão em grupo focal, Maputo, 19 de Julho de 2013

21 4ª Entrevista com informante chave, Nampula, 02 de Julho de 2013

e o serviço de saúde ou de apoio foi reportado como um factor limitante na procura e utilização dos serviços de saúde e sociais. De acordo com um entrevistado em Nampula, o processo de referenciamento dos participantes pode ser uma barreira se não se tiver em conta as especificidades e preocupações deste grupo:

“A referência para um usuário de droga é muito complicada porque ele pode receber o papel de referência, chega no caminho deita fora para não chegar ao hospital. Ou o que eu fazia para facilitar o meu trabalho, eu preferia, testei, ocupava ele com outra coisa, enquanto ele esperava por mim, saíamos juntos para o hospital, assim é mais fácil trabalhar com ele porque se tú encaminhas, ele não chega, arranja uma outra coisa para fazer ou porque tem. Arranja sempre algo importante para pôr a frente da referência...” (NEIC10)¹⁴

Um entrevistado em Maputo adicionou, “o problema é característica deste grupo. São pessoas de regime fechado; automaticamente fica complicado virem para a instituição...” (MEIC4)¹².

As barreiras do acesso aos serviços observadas pelas PIDS nas DGF estão relacionadas com a qualidade dos cuidados ou do tratamento prestado nos serviços de saúde e a falta de documentação por parte destes. Esta preocupação só foi relatada pelos entrevistados da Cidade de Maputo, segundo a citação abaixo feita pelo participante de uma sessão de DGF:

“De facto isso é verdade, há centros que não atendem bem. Tem má alimentação lá, a pessoa pode ir para lá para se internar mas quando vê aquela situação daquela alimentação que tem para poder aguentar aquele tempo, ficar até melhorar, sair bem pá, andar a se tratar né. Porque muitos desses nós, irmãos drogados né, temos problemas de saúde, yah, e o HIV, TB a quem nem quer ir ao hospital para ser tratado, tem medo. Mas, não sei porquê. Exemplo, eu se não aproximo para hospital, o quê, é porque não tenho documento...” (MDGF4)²²

Numa outra DGF uma participante relatou que as PIDS querem receber o mesmo nível de atenção e de cuidado semelhante ao que é prestado as outras pessoas quando estes procuram por apoio ou cuidados nos serviços de saúde. Tendo relatado da seguinte forma:

“Então, são essas condições que a gente precisa, num posto de saúde. A gente chegou lá, sejamos bem recebidos como um qualquer um tipo qualquer. Sim, porque há daquelas que vão lá e...epá este é um drogado ou porque está mal

vestido ou porque este aparentar estar meio zozinho e o tratamento é feito...não é tudo na meta, igual por igual. Então são coisas que a gente também precisa como drogados...” (MDFG3)²⁰

Por outro, o próprio consumo de droga foi reportado como uma barreira, sendo que uma vez que sob o efeito da substância o usuário não busca tratamento. Em contrapartida, um entrevistado em Maputo descreveu uma experiência positiva com o sistema de saúde.

“...No meu caso por exemplo andei por volta de 6 meses ou quê quando contrai uma tuberculose, já há anos atrás, haviam gente desse calibre, e éramos bem atendidos...” (MDGF2)⁵

Relacionada a esta preocupação, vários entrevistados assinalaram a importância de adaptar as abordagens às necessidades e sensibilidades específicas da população PID. Especialmente em Nampula/Nacala, tal poderia ser um resultado da familiaridade com o Projeto VIDAS e a capacitação que a equipe do projecto realizou em Nampula para ajudar os profissionais de saúde no atendimento às populações-chave.

Participação das PID em inquéritos

Recrutamento e participação

No que diz respeito ao recrutamento dos usuários de drogas injectáveis para a participação no estudo, alguns entrevistados disseram que não seria possível, enquanto a maioria foi da opinião que seria difícil e nem todos iriam participar. A dificuldade de recrutamento é da maior parte relacionada ao facto das PID serem uma população escondidas que não querem ser expostas.. Muitas PID não querem “se declarar como um toxicodependente” (MEIC4)¹² e se escondem até de amigos. “Eles fecham se bem” (MEIC7).¹⁰

Para além de serem uma população escondida, alguns entrevistados também levantaram a possibilidade de algumas PID serem agressivas. Como mencionado pelo participante (MEIC7)¹⁰ “... [em] qualquer interacção eles são agressivos”.

A possibilidade de falta de compreensão dos objectivos do inquérito e de falta de tempo, e o medo da polícia foram outras razões mencionadas que poderiam contribuir na fraca participação das PID no estudo. Um entrevistado em Maputo resumiu bem o receio que as PID podem ter em relação à polícia:

“Primeira coisa seria de desconfiança de que estas pessoas vêm aqui para nos policiar e querem colher informações de nós para depois mais tarde referenciar a polícia sobre a nossa

22 4ª Discussão em grupo focal, Maputo, 30 de Julho de 2013

localização e começarmos a ter problemas.” (MEIC1)¹⁸

O recrutamento das PID as do sexo feminino foi uma das barreiras mencionadas, pois muitos acham que é muito difícil encontrá-las e são um grupo muito reservado. “Agora para as meninas, as meninas já são mais reservadas. Essas são difíceis de encontrar” (NEIC10)¹⁴

Foi explicado aos participantes o procedimento de recrutamento por amostragem em cadeia de referência (RDS), no qual cada

pessoa que participa no inquérito poderá ou irá receber até três (3) convites (foi apresentando o exemplar do convite) para convidar outras PID que ele conhece. A maior parte dos entrevistados achavam que seria possível fazer o recrutamento usando esta metodologia. O referenciamento devia ser por uma pessoa influente no meio deles ou por alguma “organização que já tem uma relação com estas pessoas” (MEIC1)¹⁸

Alguns entrevistados até acharam que a maneira de recrutamento por RDS seria a única maneira possível porque assim iria evitar suspeita.

“Não indo para lá já é um grande caminho para eles. Eles se sentem invadidos ou espionados não sei” (NEIC10)¹⁴

Um participante numa DGF em Maputo também disse que uma PID seria a melhor pessoa para explicar o objectivo do estudo de forma a que a outra PID entenda e assim poder convencê-la a participar.

“Eu acho que convencendo um único usuário, ele podia convencer aos outros, fazendo entender qual é o objectivo da actividade nê, ele podia convencer aos outros, porque digamos que eu tenha uma relação com aquele que eu lhe estou a convencer, mas eu não tenho a mesma relação com os outros, então o mesmo podia me ajudar a chegar aos outros e a fazer entender aos outros e não haver problemas” (MDGF2)⁵

No entanto, muitos participantes ainda disseram que teria que haver uma boa preparação das PID para poderem entender e participar do estudo.

“Eu penso que se a informação for bem dada, eles vão perceber nê, temos é que ter a cautela de tentar dar informação que é necessária para eles perceberem...porque se nós nos dispersarmos também eles podem abandonar nê.” (NEIC8)²³

Esta preparação poderia evitar que as PID não tivessem medo de serem presas.

“Precisam de uma boa preparação primeiro para não terem medo de serem presas.” (MEIC6)²⁴

Incentivo ou reembolso para participação

Houve consenso entre todos os participantes das EIC e DGF que as PID não iriam aceitar participar no inquérito sem receber alguma compensação. Conforme foi mencionado por um participante em Maputo, “Não há nada que eles fazem a custo zero” (MEIC12)²⁵

Participantes também expressaram que esta compensação devia considerar o facto que as PID estão a usar o seu tempo, o seu dinheiro e a oferecer o seu conhecimento especializado para participarem no inquérito. Por isso, pensam que seria justo receber compensação. Um dos participantes colocou a questão nos seguintes termos:

“...a minha informação vale alguma coisa. Então se eu não tiver algum retorno dessa informação que eu vou vos transmitir a... então não me interessa transmitir essa informação a ninguém.” (NDGF1)³

Apesar do consenso de que deveria existir algum tipo de compensação, não houve consenso no tipo de compensação e para que actividades devia existir a compensação. Alguns participantes insistiram que a compensação devia ser em valor monetário enquanto outros eram de opinião que uma refeição ou lanche seria suficiente. Algumas sugestões mencionadas incluem:

- Comestíveis mencionados: refresco, água, sumo, biscoitos, almoço, take away, coisas doces, sandes, cesta básica, etc.
- Materiais mencionados: Boné, camiseta, sapatos, chinelos, vestuário, lanterna, seringas, analgésicos, preservativos, etc.

Entre aqueles que mencionaram algum valor monetário não houve consenso em relação ao valor mas a maioria sugeriu que fosse entre 50 a 100 Meticais. Alguns afirmaram que deveria ser pelo menos o valor do transporte enquanto outros afirmaram que deveria ser pelo menos o suficiente para cobrir uma dose. O valor máximo mencionado foi de 800 Meticais.

Por outro lado, alguns participantes mencionaram que os investigadores não deveriam assumir que o participante vai usar o dinheiro da compensação para se drogar.

“Então também temos que dar um benefício de confiança nê, não podemos pensar que só porque pediu 50 Meticais então já vai se drogar.” (NEIC7)¹³

23 8ª Entrevista com informante chave, Nampula, 22 de Julho de 2013

24 6ª Entrevista com informante chave, Maputo, 03 de Julho de 2013

25 12ª Entrevista com informante chave, Maputo, 18 de Julho de 2013

Alguns, porém, disseram que o valor monetário iria promover o uso de drogas.

“Quando nos dão dinheiro estão a nos aumentar mais vícios, porque com esse dinheiro, mesmo agora nos darem dinheiro vamos sair daqui e irmos consumir.” (MDGF4)²²

Características e atitudes que os membros da equipa deviam ter

Durante as entrevistas foram feitas perguntas sobre como deveria ser o comportamento dos membros das equipas do inquérito, principalmente dos entrevistadores e dos conselheiros. As respostas a estas perguntas foram diversas e incluíram: ser paciente, tolerante, calmo, aberto, empático, respeitoso, sem atitude arrogante, com conhecimento da linguagem da rua, etc.

Os entrevistados também disseram que os membros das equipas, incluindo os entrevistadores e conselheiros, deveriam evitar o uso de linguagem técnica, *“aquelas palavras pesadas”* (MEIC1)¹⁸ e perguntas muito directas. E que não deveriam tratar os participantes como pessoas pertencentes a um grupo marginalizado, especificamente nunca considerar ou os chamar de drogados, nunca perguntar ou dizer que eles têm que deixar de usar droga, não lhes obrigar a fazer coisas, não prender ou ameaçar prender. Um entrevistado mencionou que os membros da equipa deveriam *“ter uma base de psicologia para poder entender que está a trabalhar com um grupo com capacidade de manipulação muito forte”* (MEIC1).¹⁸

No que se refere ao género e idade dos entrevistadores e conselheiros, não houve consenso entre os entrevistados. Mas, regra geral, não achavam que fosse um factor muito importante. Alguns afirmaram que os entrevistadores e conselheiros tinham que ser homens, enquanto outros afirmaram que não importava ser homem ou mulher, e outros que para participantes mulheres devia ser mulher. Em relação à idade muitos afirmaram que tinha que ser uma pessoa jovem, com 30 ou menos anos de idade.

“Epá, para mim que acho a idade não seria uma grande coisa mas pronto por aí uns 30, vinte e tal, epá, é um momento, uma coisa já ideal porque uma pessoa quando já tem os seus cinquenta vai entrevistar um individuo de 30 ou de 20 ou de 18, enquanto é um toxicodependente, injecta droga epá já existe aquela parte acanhada que epá está a ser entrevistado por um pai, com um tio, com a idade de um tio, você já se torna um bocadinho reduzido estás a perceber, com aquilo que deve ser.” (MEIC12)²⁵

Outros não tinham opinião sobre o assunto e achavam que a idade ou género dos entrevistados nada tinha haver com a

participação ou não dos participantes.

Local do inquérito e segurança

A maioria dos participantes afirmou que o local do inquérito deveria ser próximo do local onde as PID vivem ou socializam, por varias razões, tendo sido referido por exemplo: *“um drogado não gosta de se deslocar”* (MEIC12)²⁵. Um participante mencionou que quanto mais perto melhor; enquanto outro disse que perto demais (exemplo, na “boca”) também não seria recomendável.

Perguntou-se aos participantes se aceitariam um inquérito feito num hospital. Alguns achavam que não iria ter problema, mas a maioria achou que seria difícil uma PID aceitar fazer um inquérito num hospital. Conforme foi mencionado por um participante em Maputo, *“... a percepção deles é de que bom, esse gajo esta ma levar para o hospital porque pensa que eu sou doente”* (MEIC1)¹⁸

Relacionado a este assunto, muitos também mencionaram que o local não deveria ter afiliação com o governo ou uma outra instituição. O local deveria ser neutro, aberto e livre.

Em relação ao uso de computadores para fazer a entrevista, a maioria disse que não haveria problema, mas alguns avisaram que poderia sugerir algumas suspeitas com o uso de computadores.

“...quando vê computador ele está a ver câmara, ele está a ver epá este aqui pá ele já quer me por todo mundo é para saber...” (MDGF2)⁵

Duração dos procedimentos do inquérito

Quase todos os entrevistados mencionaram, de uma forma ou outra, que quanto mais curto o inquérito melhor. Alguns afirmaram que 45 minutos seriam longos demais e que o ideal seria entre 25 e 35 minutos, enquanto alguns eram da opinião de que 45 minutos seriam suficientes. Outros participantes chegaram a afirmar que não aceitariam sequer 10 minutos sentados, enquanto outros disseram o oposto: que se houvesse sintonia e o participante estivesse distraído ele *“pode ficar até 3 horas, até podem ficar todo o dia”* (MDGF2)⁵. A duração do inquérito foi um aspecto importante e que poderia ter efeito negativo na participação das PID no inquérito:

“Se tú levas uma hora do tempo dele ele quando sair daqui vai dizer o colega fui para ali me ocuparam tanto, tanto tempo eu poderia ter feito muita coisa naquele tempo, poderia ter passado do sitio X, então o outro a seguir não vem.” (NEIC10)¹⁴

Língua para administração do questionário

No que se refere à língua a usar para administrar o questionário, a maioria dos entrevistados afirmou que a principal língua seria o Português, mas que também devia se oferecer a possibilidade de uso da língua local. A língua local faria com que os participantes se sentissem mais à vontade. A língua local principal em Maputo seria o Changana e em Nampula/Nacala o Macua. Em Nampula, alguns participantes afirmaram que poderia haver a necessidade de fazer o questionário em língua Inglesa e também em Swahili, de modo a incluir participantes da África Oriental e Ocidental.

Outra consideração em relação à linguagem, seria no próprio contexto do questionário. O questionário devia evitar o uso “daquela linguagem técnica” (MDGF2)⁵. A linguagem tem que ser simples para ser compreendida pelos participantes.

Recolha de amostras de sangue e testagem de HIV e hepatite B e C

Houve consenso quase total entre os entrevistados que as PID haveriam de aceitar a recolha de amostra de sangue, seja pela veia ou por punção de digital, para conservação em papel de filtro assim como a testagem de HIV, hepatite B e hepatite C. Alguns entrevistados afirmaram que poderia ser difícil conseguir recolher amostras de sangue da veia de alguns participantes e que melhor seria o recolher ao sangue do dedo. Um entrevistado afirmou que poderia acontecer que um ou outro participante não aceitasse a recolha da amostra a partir da veia.

“Para algumas pessoas seria um problema tirar sangue da veia, eu mesmo correria o risco de ser espancado se com eles levantasse essa questão.” (MEIC12)²⁵.

Em relação à testagem de HIV, alguns participantes afirmaram que o teste serviria como um incentivo para os participantes, especialmente os testes de hepatite B e C; dado que estes testes não são sempre oferecidos nas unidades sanitárias. Um participante inclusive comparou a oferta do teste de HIV a receber crédito pré-pago de telefone.

Conclusões e recomendações

Os resultados da avaliação formativa indicam que uso das drogas, tanto injectáveis quanto não injectáveis é comum nas Cidades de Maputo e Nampula/Nacala. Os participantes acreditam que a cannabis sativa (marijuana ou suruma) seja a droga mais comum, mais também é vista como uma porta de entrada para o uso de outras drogas, inclusive para o uso do modo injecção da heroína e cocaína.

As PID têm dificuldades no acesso à material e instrumentos limpos e não previamente usados (seguros); sendo que a partilha de material e instrumentos é comum, fomentando uma rota efectiva de transmissão do HIV e das hepatites. Outro risco para o HIV e Hepatites mencionado por participantes é a troca de sexo por drogas ou dinheiro para compra de drogas. É do conhecimento geral dos participantes que a maior parte das mulheres que injectam drogas e um número limitado de homens acaba se envolvendo em trabalho do sexo. Os participantes percebem o uso do preservativo durante as relações sexuais como raro.

Existem áreas conhecidas onde as PID frequentam e estas são facilmente identificadas por respondentes de Maputo e de Nampula/Nacala. Os mesmos participantes são capazes de identificar varias organizações que prestam serviços as PID. Os tipos de serviços mais comuns prestados são prevenção de doenças e de uso abusivo de drogas, aconselhamento e testagem voluntária em HIV, serviços clínicos, suporte psico-social, desintoxicação e reintegração social. Existe uma percepção que existem serviços insuficientes para as PID e também uma confusão geral acerca dos serviços actualmente disponíveis. Além disso, existem barreiras reconhecidas de acesso aos serviços para PID, incluindo: a estigmatização dos serviços de saúde mental que impede as PID de buscar apoio aos vários serviços de psiquiatria e saúde mental, a distância para os serviços, processo complicado de encaminhamento e a qualidade dos serviços recebidos ou de tratamento das PID pelos provedores de saúde.

Os participantes forneceram algumas sugestões para orientar os IBBS em PID que também podem ser úteis em outras pesquisas conduzidas com membros dessa população. Os participantes concordaram que as compensações são essenciais para garantir a participação de PID, contudo não houve consenso sobre que tipo de compensação. As respostas variavam desde lanches ou refeições, roupas até um valor monetário. Foi recomendado que os pesquisadores e a equipa de campo deve demonstrar respeito e ser paciente, entre outras qualidades.

Outro factor importante para o sucesso da implementação do estudo com as PID acredita-se que seja o tempo de duração dos procedimentos. Foi recomendado por muitos participantes que a colecta de dados não deve durar mais de 25-35 minutos. É importante também que o tempo das discussões ou entrevistas não ultrapasse 60 min, para evitar cansaço e desistência dos participantes durante a entrevista. Como ficou retratado nos depoimentos das próprias PID, a duração da entrevista e dos procedimentos não deve ser muito elevado, pois de contrário poderá ter

O estudo tem algumas limitações: foi um estudo qualitativo conduzido em apenas duas áreas urbanas. E como outros estudos qualitativos, os resultados deste estudo não devem ser generalizados. Os objectivos do estudo estavam orientados para entender a população de PID em duas áreas urbanas e para fornecer informação sobre como executar o estudo. O estudo não fornece informação de PID que vivem em áreas rurais de Moçambique, ou cidades fora de Maputo e Nampula/Nacala. Os riscos e experiências de alguns subgrupos de PID, incluindo de mulheres e pessoas de níveis sócio económicos altos, podem não estar bem representados neste estudo, visto que a afluência de participantes do sexo feminino nas entrevistas e de pessoas de níveis sócio económico alto, foi inexistente.

A selecção dos participantes para entrevistas foi com base na indicação da equipa do estudo e dos agentes comunitários de sensibilização, o que pode trazer um efeito tendencioso do tipo “bola de neve”, onde as pessoas que conheciam mais organizações ou pessoas, acabavam adicionando mais nomes na lista de potências informantes chave. Um esforço foi feito para identificar informantes com diferentes características sócio-demográficas e diferentes factores de risco mas, o recrutamento pode ter sido influenciado pelo viés de selecção. Em Moçambique o uso de drogas injectáveis é um comportamento altamente estigmatizado e criminalizado, como em muitas partes do mundo. Participantes que eram membros do grupo alvo, podem não ter relevado todos os comportamentos e riscos ou evitado a equipa do estudo, resultando no viés de resposta de auto-reportagem e de auto-selecção.

Apesar destas limitações, o estudo fornece informações importantes sobre os comportamentos de risco para a infecção por HIV entre PID uma vez que existe escassez de dados sobre PID em Moçambique. O nosso estudo também alcançou os objectivos traçados de identificar as necessidades operacionais e logísticas para a realização de um inquérito entre as PID, aprofundar o conhecimento das características das PID nos locais, a disponibilidade de serviços sócias e de saúde, e outra informação específica.

Para a implementação do inquérito desta natureza, recomenda-se conduzir o estudo perto dos locais frequentados pelas PID, e trabalhar com investigadores que são familiarizados com comportamento das PID, que saibam usar a linguagem certa de comunicação com as PID, ou seja não usar palavras pejorativas, e sempre que possível estar o mais descontraído possível durante a condução das entrevistas de forma a deixar os participantes seguros e a vontade..

Quanto os incentivos pela participação, estes devem ir de acordo com as características e necessidades do grupo alvo, e podem ser monetário ou não-monetário. No entanto, ficou evidente durante a implementação desta ronda a preferência pelos incentivos monetários, contudo há necessidade de se ter em consideração as questões éticas subjacentes aos limites monetários para incentivos de participação em pesquisas com populações chave.

Durante o processo de formação das equipas de campo é importante incluir a sensibilização sobre o grupo alvo, isto é características gerais do grupo alvo, dinâmicas de consumo de drogas, políticas de redução de danos a nível internacional e regional, linguagem usada pelas PID e outros aspetos que possam auxiliar a equipa de campo a melhor conhecer o grupo, e ainda melhorar a interação entre ambos.

12.6.1. REFERÊNCIAS

- CConselho de Ministros de Moçambique, 2011. Relatório Anual de Atividades (Prevenção ao Consumo e Tráfico Ilícito de Drogas) 2010. Maputo, Moçambique.
- Desjarlais, D., Perlis, T., Stimson, G., Poznyak, V. 2006. Using standardized methods for research on HIV and injecting drug use in developing/ transitional countries: case study from the WHO Drug Injection Study Phase II. *BMC Public Health*, 6:54.
- Dewing, S., Pluddemann, A., Myers, B., Parry C. 2006. Review of injection drug use in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania. *Drugs Educ Prev Pol*, 13(2):121-137.
- Krueger, R.A., Casey, M.A., 2000. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. SAGE Publications.
- Mathers, B.M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S.A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A., 2008. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet* 372, 1733–1745.
- Mitike, G., Tesfaye, M., Ayele, R., Gadisa, T., Enqusillasie, F., Lemma, W., Berhane, F., Yigezu, B., Woldu A: HIV/ AIDS Behavioral Surveillance Survey (BSS) Ethiopia 2005 Round Two. [http://www.etharc.org/publications/BSS/round_two/bss2_2005.pdf].
- PSI, AMIMO, LAMBDA, UNIDOS, GHC, 2010. Melhorando as Intervenções de Prevenção do HIV entre as Populações mais Vulneráveis em Inhambane, Nampula e Cabo Delgado: Relatório de Mapeamento. Maputo, Moçambique.
- Reid, S.R., 2009. Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review. *Harm. Reduct. J.* 6, 24.
- Schensul, S.L., 1999. Essential Ethnographic Methods: Observations, Interviews, and Questionnaires. Rowman Altamira.
- Stimson, G., Hickman, M. 2006. Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution. *Sex Transm Infec*, 82(S3):iii10-iii17.
- United Nations, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013. World drug report, 2013. United Nations, New York. United Nations, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013. World drug report, 2013. United Nations, New York.

12.6.2. Equipa da Avaliação Formativa

Investigadores

Cynthia Semá Baltazar (Investigador Principal, INS)
 Lídia Gouveia (Investigador Principal, Saúde Mental– MISAU)
 Beverley Cummings (Investigador Principal, CDC)
 Willi McFarland (Investigador Principal, UCSF)
 Timothy Lane (Investigador Principal, UCSF)

Co-investigadores

Heidi Frank (UCSF)
 Joy Mirjahangir (UCSF)
 Tim Lane (UCSF)
 Roberta Horth (UCSF/I-TECH)
 Isabel Sathane (UCSF/I-TECH)
 Celso Inguane (UCSF/I-TECH)
 Manuel Condula (REDE-UNIDOS)

Assessores técnicos

Heidi Frank (UCSF)
 Joy Mirjahangir (UCSF)
 Tim Lane (UCSF)
 Roberta Horth (UCSF, I-TECH)
 Isabel Sathane (UCSF, I-TECH)
 Celso Inguane (UCSF, I-TECH)
 Manuel Condula (REDE-UNIDOS)

Colaboradores - Análise de dados e Interpretação

Marta Cassocera, (INS)
 Julia Sambo, (INS)
 Jeremias Cumbe, (REDE-UNIDOS)
 Luciana Massinga, (MISAU)
 Silas Dickie, (INS)
 Report Writing Collaborators
 Denise Chitsondzo (INS)
 Caroline de Schacht (Health Alliance International)
 Liliana Dengo-Baloi (INS)
 Eugênia Teodoro (Mental Health Dep)
 Makini Boothe (UCSF)

Field Team – Formative Assessment

Coordenador Nacional

Kátia Ngale

Supervisores

<i>Maputo</i>	<i>Nampula/Nacala</i>
Celso Give	Creitoni Branco

Investigadores/Anotador

<i>Maputo</i>	<i>Nampula/Nacala</i>
Egídio Macuácuá	Samito Armando
Olivia Manjate	Valdimar António

Agente Comunitário de Sensibilização

<i>Maputo</i>	<i>Nampula/Nacala</i>
Lucrecia dos Anjos	Zaiyate Atumane
Cremildo Húo	Hélder Romão

12.6.3. Guião das DGF

Características da População

Queríamos recordar que todas as perguntas que vamos fazer são sobre as pessoas que injectam drogas, que vivem, trabalham ou convivem nesta cidade e à volta dela

Características sociodemográficas

- A maioria das pessoas que injectam drogas são homens ou mulheres? Em cada 10, quantas mulheres? Quantos homens?
- De que idades é a maioria das pessoas que injectam drogas? Qual é a idade mais jovem? E a mais velha? Há muitas pessoas menores de 18 anos?
- Quais são as línguas mais faladas pelas pessoas que injectam drogas?
- A maioria dessas pessoas estuda ou trabalha? Para os que estudam, estudaram até mais ou menos que classe? Para os que trabalham, que tipos de trabalhos fazem?
- A maioria dessas pessoas é pobre, de classe média ou ricas

Identidade e terminologia

- Quais são os nomes que se usam para chamar diferentes tipos de pessoas que injectam drogas? Por exemplo aqui se usa o nome “junkie”? O que isso significa? Quais são os outros nomes que usam aqui?
- Quais são os nomes que as pessoas que injectam drogas usam para “cocaína, morfina, heroína” e outras drogas injectáveis?
- Olhem para esta lista. Como se chama cada uma destas drogas? Quais se injectam? Quais não se injectam?

Aceitação dos procedimentos do estudo

Entrevistas

Durante o estudo que se irá realizar mais tarde, vamos fazer uma entrevista, numa sala privada, os dados serão registados num computador portátil e a entrevista durará quase 45 minutos. A entrevista terá perguntas pessoais, sobre comportamento sexual, cuidados de saúde, injectar drogas e outras e, será confidencial.

- Acha que as pessoas que você conhece e que injectam drogas nesta cidade aceitariam fazer esta entrevista?
- Acha que 45 minutos para a entrevista seria muito, pouco ou um bom tempo?

- Eles iriam preferir uma mulher ou um homem para fazer a entrevista? Que idade deve ter?
- Eles se sentiriam à vontade com o entrevistador ou a entrevistadora a registar as respostas deles num computador portátil, como este (mostrar o netbook aos participantes)?
- Registar num computador portátil faz a entrevista ser mais rápida. Mas, acha que as pessoas que injectam drogas que você conhece iriam preferir outra maneira de registar as respostas deles? Se sim, quais?
- Em que línguas acham que as entrevistas deviam ser feitas?

Testagem centralizada

Durante estudo vamos pedir para recolher algumas gotas de sangue da veia das pessoas que participarem no estudo. Essas gotas vão ser colocadas num cartão (mostrar o papel de filtro preenchido) e enviadas ao laboratório no Ministério da Saúde, para fazer testes de HIV, hepatite B e hepatite C. Não há como saber quem deu qual amostra. Para ter as gotas de sangue e preparação do papel de filtro não leva mais que 5 minutos.

- As pessoas que injectam drogas nesta cidade aceitariam tirar o sangue da veia?
- Deixariam colocar o sangue no cartão?
- Acha que por terem que tirar sangue da veia haveriam de deixar de participar no estudo? e por se colocar um pouco de sangue no cartão para os testes?
- Se não for possível tirar o sangue da veia, as pessoas vão aceitar tirar um pouco de sangue do dedo?

Aconselhamento de teste rápido de HIV, Hepatite B, e Hepatite C

Durante o estudo os participantes podem fazer um teste de HIV, hepatite B, a hepatite C sem pagarem e terem o resultado imediatamente. Também vão ter aconselhamento antes e depois do teste.

- As pessoas haveriam de querer fazer o aconselhamento e o teste de HIV, hepatite B e hepatite C no estudo?
- Vão preferir um conselheiro homem ou mulher? De que idade?
- O aconselhamento e o teste completo podem levar uns 30 a 45 minutos, porque precisam de ser bem-feitos. É muito tempo?
- Acha que elas iriam participar ou deixar de participar por causa do aconselhamento e do teste de HIV hepatite B, hepatite C?

Referência para unidades sanitárias e brindes

As pessoas que tiverem um resultado positivo ou indeterminado receberão uma guia para ir a um centro de saúde. Nas guias não vem o nome de ninguém. (Em Maputo seria o Centro de Saúde da Polana Caniço e do Alto Maé. Em Nampula seria o Hospital Central ou o Centro de Saúde 1º de Maio, em Nacala seria o Hospital Distrital ou o Centro de Saúde Urbano).

- Aham que as pessoas iriam a estes hospitais ou centros de saúde? Se não, onde haveriam de ir?
- As pessoas haveriam de preferir ir sozinhas ou gostariam de ser acompanhadas por um agente comunitário do estudo?
- Depois do aconselhamento e do teste as pessoas que participarem no estudo vão receber um brinde, que tem preservativos, um kit de primeiros socorros e informação sobre a transmissão e prevenção de HIV, hepatite B, hepatite C (mostrar um exemplo de kit aos participantes).
- Aham que as pessoas que injectam drogas estariam interessadas em receber esse material?
- Há outro material que seria importante o estudo oferecer a essas pessoas?

Duração e aceitação dos procedimentos

O estudo será feito num escritório localizado numa zona segura, sem barrulho.

- A primeira vista dura mais ou menos 1h30. Acha que as pessoas que injectam drogas aceitariam participar?

Questões específicas para a amostragem por cadeia de referência

Convite de referência

Cada pessoa que injecta drogas que participará no estudo poderá receber até 3 cartões como este (mostrar a proposta de convite) para convidar outras pessoas que injectam drogas que ele conhece.

- Por favor, olhem para este convite e digam o que pensam sobre o tamanho, as cores, se é claro e se a informação suficiente ou alguma coisa deve ser melhorada.
- Vocês teriam facilidade em convidar pelo menos 3 pessoas que injectam drogas a participarem no estudo?
- As pessoas haveriam de conseguir convidar outras mesmo sem receberem um incentivo? Por exemplo um lanche por cada pessoa convidada?
- Que tipo de pessoas que injectam drogas vocês conseguiriam convidar e participariam no estudo? Em que bairros ou zonas vivem? (pesquisar em Maputo se haverá pessoas da Matola. Em Nampula ver se haverá pessoas de Nacala).
- São pessoas que trabalham ou estudam? Homens ou mulheres?
- Quanto tempo levariam para conseguir convidar essas pessoas?

Escritório do estudo

Em Maputo o escritório do estudo seria no Centro de Saúde da Polana Caniço. Em Nampula seria no escritório da GHC (dar as direcções). Mas, não vamos colocar nenhum sinal que mostre que esse local está a ser usado para o estudo.

- Aham que esse local é adequado para o estudo? Se não forem, que locais seriam adequados?
- Em que dias e horas deveria funcionar?
- As pessoas haveriam de ir para esse escritório por conta própria? Se não, o que se deveria fazer para as pessoas irem ao escritório?

Segurança

- O que os investigadores devem fazer para não colocar em risco a segurança das pessoas que usam drogas? E para não colocar em risco a sua própria segurança?

- Quantas pessoas que injectam drogas você acha que vivem, trabalham ou convivem nesta cidade ou à volta dela?
- Quantas destas pessoas você conhece e te conhecem? Quantas destas pessoas são homens e quantas são mulheres? Quantas têm pelo menos 18 anos? Quantas destas pessoas viu no mês passado? E na semana passada?
- A quantas destas pessoas poderia facilmente encontrar e oferecer o convite para participarem no estudo? Quantas destas pessoas aceitariam participar no estudo?

Procura de serviços de saúde

- Quando as pessoas que injectam drogas precisam de cuidados de saúde, onde procuraram esses serviços? São atendidos?
- Há alguns cuidados de saúde ou outros que elas procuram e não encontram? Quais?
- Há alguns tipos de pessoas que injectam drogas que não procuraram cuidados de saúde?
- Há organizações que apoiam ou dão informação e formações às pessoas que injectam drogas? Quais são?
- Há locais nesta cidade onde as pessoas que injectam drogas podem encontrar seringas ou agulhas limpas sem ter que pagar ou tendo que pagar muito pouco?

Comportamento de risco

- Há pessoas que injectam drogas usando seringas e agulhas com outras pessoas ao mesmo tempo?
- Há locais onde as pessoas que injectam drogas podem obter seringas e agulhas e partilhar com outros?
- Há pessoas que injectam drogas e fazem sexo sem preservativo?
- Há pessoas que trocam sexo por drogas injectáveis?

12.6.4. Guião das EIC

Procura de serviços

Cuidados de saúde

- Que tipos de serviços relacionados ao uso de drogas injectáveis vocês oferecem às pessoas que injectam drogas?
- Há serviços que as pessoas que injectam drogas procuram e que vocês não oferecem? Quais são?
- O que fazem nos casos em que não tenham esses serviços? Referem para alguma instituição? Qual?
- Vocês fazem triagem das pessoas que injectam drogas, que permitam detectar o tipo de droga injecta? Se não, como sabem que se trata de alguém que injecta drogas? E como sabem que tipo de droga usou?
- Como essas pessoas chegam até vocês/sabem da vossa existência? São referidas por alguém, algum programa ou instituição?
- Que tipos de pessoas que injectam drogas procuram os vossos serviços: são maioritariamente de que sexo? Quais são as principais línguas que falam? São moçambicanos apenas ou há estrangeiros? De que faixas etárias são? De que nível socioeconómico? São trabalhadores ou estudantes?
- Tem conhecimento sobre outros provedores de cuidados de saúde que assistem as pessoas que injectam drogas, nesta cidade? E noutras? Quais são? Que tipo de serviços eles oferecem?
- Há locais nesta cidade onde as pessoas que injectam drogas podem encontrar seringas ou agulhas limpas sem ter que pagar ou tendo que pagar muito pouco?

Referência para cuidados para hiv, hepatite b e hepatite c

- Caso alguma pessoa que injecta drogas participasse no inquérito e fosse referida para cuidados relacionados com o seu estado HIV, hepatite B ou hepatite C poderia receber essa pessoa e prestar os cuidados?

Outros serviços

- Tem conhecimento de organizações, instituições ou programas que apoiam as pessoas que injectam drogas? Quais são?
- Quais as que se encontram nesta cidade ou arredores?
- Quais as que se encontram noutras cidades ou locais?
- Que tipo de serviços ou apoio prestam?

Referência para cuidados para hiv, hepatite b e hepatite c

- Depois de ouvir toda esta informação sobre o estudo, o que acha que as pessoas que injectam drogas que você conhece pensariam sobre este estudo?
- Açam que elas iriam participar no estudo?
- Quais são as coisas que se os entrevistadores ou a equipa do estudo se fizer podem fazer as pessoas que injectam drogas se zangarem e não participarem no inquérito?

Tabela 12.6.4.A. Entrevista aos informantes

	Maputo	Nampula/Nacala
Código	Instituição/Individuos entrevistados	Instituição/Individuos entrevistados
EIC1	Associação Desafio Jovem de Moçambique (ADJM)	Técnicos de Saúde - Centro de Saúde Urbano de Nacala
EIC2	Mavalane Nucleus	Enfermeiro - Centro de Saúde Urbano de Nacala Porto
EIC3	Associação Comunitária Ambiente da Mafalala	Educadores de Pares
EIC4	ARISOS (Associação de Reabilitação e integração Social)	Provedor de Serviço OTHOLA
EIC5	Global Health Communication (GHC)	Traficante de droga
EIC6	Associação Moçambicana para o desenvolvimento da família (AMODEFA)	Psicólogo – Hospital Central de Nampula
EIC7	Gabinete central prevenção e controlo a drogas (GCPCD)	Profissional de Saúde (Praticante Geral) – 1º de Maio
EIC8	Hospital Psiquiátrico de Infulene	Serviço de Saúde Mental
EIC9	REMAR (Centro de Reabilitação de usuários de drogas tóxicodependentes)	PID
EIC10	Serviço de Psiquiatria do Hospital Central de Maputo	Consulado da Associação OTHOLA
EIC11	Ex-PID	
EIC12	PID	

Tabela 12.6.4.B. Discussão de Grupo Focal

	Maputo		Nampula/Nacala	
Código	N	Tipo de participante	N	Tipo de participante
DGF1	10	Utilizadores de drogas não injectáveis	8	Usuários de Drogas, PID e Ex PID e Educadores de Pares de Nacala Porto
DGF2	10	Actual PID	10	PID
DGF3	8	Actual PID	6	PID
DGF4	12	Actual PID		

