

Desenvolvimento de entrevista estruturada para avaliar consumo de cocaína e comportamentos de risco*

The development of a structured interview to evaluate cocaine use and risk behaviour

John Dunn e Ronaldo R Laranjeira

Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (Uniad), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo

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

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

Resultados: Na versão final da entrevista havia 245 questões que, em sua maioria, eram fechadas com respostas dicotômicas, numéricas ou de múltipla escolha. A entrevista continha 13 seções, sendo: (1) dados sociodemográficos, (2) uso de drogas lícitas, (3) uso de drogas ilícitas, (4) iniciação no uso da cocaína, (5) transições na via de administração, (6) padrão de consumo durante o período de uso mais intenso, (7) atividades criminais, (8) uso recente de cocaína, (9) história de injetar drogas, (10) experiência de tratamento, (11) “overdose”, (12) história familiar do uso de álcool e drogas e (13) comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV.

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

Descritores Cocaína. Crack. Abuso de substâncias. Desenho de questionário. Brasil. Entrevista estruturada.

Abstract **Objective:** To create a culturally-adjusted structured interview protocol in Portuguese to evaluate the drug history and HIV risk behaviors of cocaine users in Brazil.

Method: A review of the literature provided a “hidden agenda”, used as a guide for exploratory interviews with 20 cocaine users. The interviews helped to conceptualize the questions and make them operational in order to be included in the first draft of the working tool. This draft was then tested with 40 cocaine users from different health clinics. The questionnaire was reviewed after every interview until no more major changes were necessary.

Results: In the final version of the interview protocol there are 245 questions. Most of them are closed questions with dichotomous or numeric responses or multiple choice. The questionnaire comprehends 13 different subjects: social and populational information, use of legal drugs, use of illegal drugs, initiation into cocaine use, transitional steps for different routes of cocaine administration, pattern of cocaine use during peak usage, criminal activity, recent use of cocaine, past of drug injecting, previous treatments, overdose episodes, family history of alcohol and drug use, and HIV risk behavior.

Conclusion: This is the first culturally-adjusted detailed structured interview protocol developed in Brazil to evaluate cocaine users which has been subjected to an extensive piloting process using a relatively large and heterogeneous sample of cocaine users.

Keywords Cocaine. Crack cocaine. Substance abuse. Questionnaire design. Structured interviews. Brazil

* Parte da tese de doutorado: Dunn J. Usuários de cocaína: seus perfis, padrões de uso e comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV [tese de doutorado]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo; 1999.

Introdução

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

O processo pelo qual esses instrumentos foram criados é muitas vezes misterioso e não obedece a critérios muito claros. Vários autores relatam que seus questionários foram “baseados” em outros instrumentos, principalmente os da Organização Mundial da Saúde,^{1,4,11} das Nações Unidas,¹ do Instituto Nacional de Drogadição (NIDA),¹ da Associação Americana de Psiquiatria,⁴ de outros centros estrangeiros,⁴ ou até “após consulta com profissionais de reconhecida experiência no campo”.¹² O recurso de copiar perguntas de outros instrumentos tem uma validade limitada,¹³ principalmente se a pesquisa for aplicada em culturas diferentes daquela em que o instrumento original foi criado. Além disso, poucos autores chegaram a testar seus instrumentos com amostras grandes, pacientes heterogêneos e usando princípios básicos de construção de questionários,¹⁴ como estudos piloto.⁶ A maioria dos estudos citados acima foi feita com amostras muito pequenas (por exemplo, menos de 26 pessoas)^{7,8,15} e com pacientes de apenas um só serviço.^{1-4,6,9,12,15}

Outra crítica séria aos instrumentos já criados é que a maioria tem uma abrangência muito limitada, devido ao número pequeno de perguntas incluídas nos instrumentos de avaliação, que varia de 5¹² a 35³. A maioria dos artigos nem relata quantas perguntas o instrumento tinha, mas os resultados apresentados sugerem que foram poucas.^{1,2,4,6,9,10}

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

Muitos questionários estrangeiros usados nessa área contêm perguntas com pouca relevância à realidade brasileira. Questionários norte-americanos ou europeus, por exemplo, geralmente incluem muitas perguntas sobre o uso de heroína e de metadona, drogas com baixa disponibilidade e até desconhecidas na maior parte do Brasil. Às vezes são feitas questões sobre atividades que não há conhecimento se acontecem no país, como pessoas injetando drogas em “shooting galleries” (lugares onde o usuário aluga seringas para injetar sua droga) ou o uso de “speedballs” (cocaína misturada com heroína para injetar).

Há a necessidade de criação de uma entrevista estruturada para avaliar a história de uso de drogas e os comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV em nosso meio, podendo ser utilizada para investigar os hábitos de usuários de drogas brasileiros e levando em consideração a cultura brasileira. O objetivo dessa pes-

quisa foi criar tal instrumento para ser usado com usuários de cocaína e crack, as drogas ilícitas que mais levam pacientes a buscar tratamento nos serviços de atendimento especializado no Brasil. Este trabalho relata o processo de desenvolver um instrumento, mas não é um estudo de confiabilidade nem de validade; esses aspectos do instrumento serão abordados em futuros trabalhos.

Métodos

Desenho

Este estudo trata do processo de criar uma entrevista estruturada e a apresentação do seu estudo piloto associado. Utilizou-se de um desenho transversal. Essa fase do trabalho foi elaborada de janeiro a dezembro de 1995.

Setting

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

Amostragem

Uma amostra de conveniência foi utilizada e, para maximizar a heterogeneidade da amostra, foram entrevistados pacientes com características diferentes provenientes de diversos tipos de serviço.

Participantes

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

Procedimentos

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

Elaboração do instrumento

O primeiro passo foi fazer uma revisão da literatura de estudos nacionais e internacionais que utilizaram avaliações descritivas de usuários de drogas, principalmente daqueles que ti-

nham incorporado um instrumento para colher informações sobre a história de uso de drogas e comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV. Quinze questionários foram recebidos: um da Austrália,¹⁶ cinco da Inglaterra,¹⁷⁻²¹ três dos EUA²²⁻²⁴ e seis do Brasil, sendo dois utilizados na avaliação de pacientes na clínica, dois traduções de questionários estrangeiros aplicados em pesquisas multicêntricas (todos não publicados) e dois que estavam sendo usados nas pesquisas em andamento.^{7,5}

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

Entrevistas exploratórias

Segundo Oppenheim,¹⁴ o objetivo de uma entrevista exploratória é conceituar o problema ou os problemas a serem pesquisados. A idéia é que o entrevistador levante o assunto a ser discutido usando uma pergunta aberta e deixando que o paciente, ao responder, determine a direção posterior da entrevista. Começava com uma pergunta aberta, por exemplo: “Como você começou a usar cocaína?” ou “Conte-me sobre suas experiências com drogas injetáveis”. Quando o paciente falava, o entrevistador adotava uma postura de interesse e tentava encorajá-lo a dar mais detalhes sobre suas experiências, usando frases ou interjeições, como “Sim, conte-me mais” ou “Ah é”. Se o paciente começava a sair do assunto, o entrevistador podia intervir para dirigi-lo novamente ao foco. As primeiras entrevistas foram feitas por dois autores juntos e, depois, pelo primeiro autor sozinho (JD).

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

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

O estudo piloto

Depois de conceituar as áreas a serem pesquisadas, o próximo passo foi operacionalizar as perguntas, ou seja, criar um questionário. As informações colhidas por meio das primeiras

vinte entrevistas exploratórias e a revisão de outros questionários deram a base pela qual foi possível montar o primeiro rascunho do questionário. Essa primeira versão tinha nove seções: sociodemografia, história de uso de drogas lícitas, história de uso de drogas ilícitas, iniciação do uso de cocaína/crack, transições na via de administração da cocaína, padrão de uso no período de consumo mais pesado, uso no último mês, história de injetar drogas e história de comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV. Havia 146 perguntas no total dessa versão.

Quando o paciente dava alguma informação relevante ou interessante que não aparecia no questionário, usava uma palavra ou frase bem diferente da fraseologia do instrumento ou dava uma resposta que não cabia nas perguntas fechadas, essas informações eram incorporadas ao instrumento. Algumas perguntas, inicialmente feitas de forma aberta, foram progressivamente sendo fechadas com as informações colhidas no decorrer das entrevistas.

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

Quando essa versão do questionário ficou pronta, foi usada num estudo descritivo de 294 usuários (ou ex-usuários) de cocaína e crack em contato com quinze serviços de atendimento e assistência para usuários de drogas ou pacientes com AIDS em São Paulo.* Durante essa última fase da pesquisa, outras modificações foram feitas no instrumento, principalmente para esclarecer algumas respostas. Assim, o número de perguntas foi aumentando até chegar a 245.

Resultados

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

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

O questionário Sociodemográfica

A primeira parte da entrevista, com 18 perguntas, colhe infor-

mações básicas, como idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e renda (legítima) mensal. Dados que poderiam ser usados para identificar o paciente, como nome e RG, não são registrados.

História de uso de drogas

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

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

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

(4) **Transições de via de administração:** Essa seção investiga um fenômeno que tem sido mostrado com outras drogas, principalmente heroína²⁶ e anfetamina.²⁷ Com a cocaína, é comum que usuários comecem a cheirar a droga e, depois de algum tempo, passem a fumá-la ou injetá-la. Essa seção investiga: a) as razões de substituir a via de administração, b) quanto tempo passa antes do usuário chegar a substituí-la, c) em qual direção essas mudanças acontecem (por exemplo: cheirar para fumar, fumar para injetar).

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

(6) **Criminalidade:** Ainda que a cocaína seja uma droga relativamente barata no Brasil (R\$ 5,00 por aproximadamente 0,5 g em São Paulo), as grandes quantidades consumidas e a frequência de uso fazem com que o usuário necessite de uma renda razoável para manter o hábito. Muitas vezes, essa quantia de dinheiro é conseguida por atividades ilegais.²⁸ Conseqüentemente, perguntas são feitas sobre cinco atividades: venda de suas próprias coisas, venda de coisas da família, furtos, assaltos armados e tráfico de drogas.

(7) **História de injetar drogas:** Outro objetivo importante dessa pesquisa foi avaliar os comportamentos de risco de se infectar ou transmitir o vírus HIV. Portanto, essa seção, com 48 ques-

tões, é bastante ampla. Para investigar as experiências do paciente com drogas injetáveis é necessário conhecer o vocabulário, até as gírias, que o próprio paciente usa para descrever esse comportamento. Muitos deles, em vez de falar injetar, usam a palavra “picar” ou “tomar baque”.

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

Comportamentos de riscos de se infectar ou transmitir HIV

Essa seção pode ser aplicada a pessoas que nunca fizeram o teste do HIV ou a pessoas HIV positivas/negativas. Contém 71 perguntas.

(1) **Comportamento sexual:** A avaliação do comportamento sexual é dividida em três partes. A primeira avalia a atividade sexual durante os últimos 6 meses. As perguntas cobrem o número de pessoas com quem o paciente teve relações sexuais durante esse período e o uso de camisinha com parceiros fixos e casuais. Para aqueles pacientes que já fizeram o teste do HIV há seis ou mais meses, existem perguntas adicionais sobre o comportamento sexual nos seis meses anteriores ao teste.

(2) **A troca de sexo por dinheiro ou drogas:** Várias pesquisas têm mostrado que o uso de crack está associado ao risco elevado de se contrair o HIV.^{29,30} O comportamento que explica esse risco elevado é que alguns usuários se prostituem a fim de conseguir o dinheiro para comprar a droga, muitas vezes deixando de usar preservativos.

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

(4) **Prisão:** A última parte do instrumento é sobre comportamento de risco durante períodos na cadeia. Prisões são lugares onde as pessoas com comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV estão concentradas.³¹ Alguns prisioneiros que injetavam drogas antes de serem presos continuam fazendo isso no presídio, onde as seringas são escassas, aumentando o risco de haver compartilhamento. Outro comportamento de risco de infecção pelo HIV nesse ambiente é a atividade sexual entre os prisioneiros.

Discussão

Nessa pesquisa, criou-se uma entrevista estruturada para ser aplicada a usuários de cocaína/crack, a fim de investigar a história e a evolução do uso de drogas, bem como a história de comportamentos de risco para a transmissão do vírus HIV. As principais vantagens desse instrumento, sobre outros já existentes, são as seguintes: (1) foi criado no Brasil para refletir a cultura brasileira e as experiências de usuários de cocaína/crack nesse meio, (2) é um instrumento bastante amplo (245 perguntas), (3) foi testado em um número grande de pacientes que vieram de

diversos serviços e com características bastante diferentes.

A confiabilidade do instrumento ainda não foi medida, mas, futuramente, pretendem-se desenvolver pesquisas para investigar essa questão. Os outros instrumentos usados em pesquisas brasileiras anteriores, citadas acima, também não têm confiabilidade relatada.^{1,3-8,10} Confiabilidade é uma medida importante, principalmente entre investigadores e intervalos de tempo. Para instrumentos diagnósticos ou psicométricos, saber a confiabilidade é fundamental. Mas para uma entrevista estruturada, que não tem como objetivo fazer diagnóstico ou dar um escore ao paciente, a confiabilidade é menos freqüentemente medida. Isso acontece por que muitas das perguntas contidas nesse tipo de entrevista são objetivas ou fatuais. Por exemplo, em nosso instrumento, são factuais as perguntas sobre a idade de início do uso de cocaína, o nível de escolaridade e se já foi feito o teste de HIV – nem o paciente nem o entrevistador precisam fazer uma avaliação subjetiva para responder ou preencher essas perguntas. É claro que todas as perguntas devem ser feitas de uma maneira que facilite o entendimento do paciente e que o faça se sentir suficientemente à vontade para dar respostas verdadeiras. Essas considerações foram bastante abordadas no estudo piloto.

A validade do instrumento também deveria ser discutida. Na maioria das vezes, na avaliação dessa medida, novos instrumentos são comparados com um “padrão ouro” que, em psiquiatria, geralmente é outro instrumento já validado ou uma entrevista clínica. Já que nossa entrevista estruturada não será usada para fazer diagnóstico, nem medir um conceito, é difícil imaginar com o que deveria ser comparada. Pode-se dizer que o instrumento tem uma certa validade de face, mesmo uma validade de conteúdo, devido à maneira empírica em que foi criado.¹⁴ Num estudo recém publicado, o desempenho de um instrumento, criado para medir

os riscos associados ao ato de injetar drogas, foi investigado utilizando testes estatísticos.³² A validade de construção (“construct validity”) foi avaliada pela utilização da análise de componentes principais, e a validade colateral (“collateral validity”) foi inferida da correlação do instrumento com outro questionário independentemente aplicado. Com nosso instrumento, um possível caminho para avaliar a validade seria medi-la separadamente para cada seção do instrumento. Por exemplo, a validade da história de injetar e a do uso de drogas ilícitas etc. Essas questões serão abordadas em futuros trabalhos.

Esse novo instrumento é um avanço nos instrumentos existentes e poderia ser aplicado em outros centros, com diversas populações de usuários de cocaína/crack e em outras regiões do país. Além disso, poderia também ser usado para comparar as características de usuários de cocaína em épocas diferentes, com a intenção de investigar mudanças temporais nos padrões de uso de cocaína e os comportamentos associados ao uso. O instrumento poderia ser usado até na clínica, como uma entrevista estruturada, a fim de fazer a avaliação inicial de pacientes, freqüentando serviços de atendimento ou assistência a usuários de drogas.

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

Financiado pela Fapesp (processo número 94/3113-8) e com bolsa de doutorado do CNPq para John Dunn.

Conflito de interesses não declarado.

Referências

1. Bastos FI, Lopes CS, Dias PR, Lima ES, Oliveira SB, Luz TP. Perfil de usuários de drogas I: estudo de características de pacientes do NEPAD/UERJ, 1986-87. Rev ABP-APAL 1988;10:47-52.
2. Lima E, Dias PR, Bastos FI, Lopes CS. Perfil de usuários de drogas: danos à integridade física e psicossocial. Informação Psiquiátrica 1990;9:117-20.
3. Castel S, Malbergier A. Farmacodependências: estudo comparativo de uma população atendida em serviço especializado, 1984-88. Rev ABP-APAL 1989;11: 126-32.
4. Silveira-Filho DX, César AC. Perfil de usuários de drogas: caracterização dos pacientes atendidos no ambulatório do PROAD em 1989. Rev ABP-APAL 1991;13:39-42.
5. WHO International Collaborative Group. Programme on substance abuse multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection. Geneva: WHO; 1994.
6. Souza JC. Comportamento sexual, DST/AIDS e uso de drogas entre conscritos do exército brasileiro. J Bras Psiquiatr 1994;43:553-60.
7. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Uso de “crack” em São Paulo: fenômeno emergente? Rev ABP-APAL 1994;16:75-83.
8. Bucher R, Fares AT, Pelegrini R, Oliveira RM, Carmo RA. A avaliação qualitativa dos atendimentos a usuários de drogas. Rev ABP-APAL 1995;17:75-86.
9. Murad JE. Epidemiologia do abuso de drogas em Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev Rev Farm Bioquim 1983;5:21-30.
10. Dias PR, Inciardi JA, Surratt H, Melo RF, Baby G. Comportamento de risco para o HIV entre travestis no Rio de Janeiro. J Bras Med 1996;71:151-63.
11. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras: Brasília, São Paulo, Porto Alegre. Rev ABP-APAL 1992;14:93-104.
12. Andrade AG, Soares JC. Descrição de um ambulatório interdisciplinar de tratamento de alcoolistas e farmacodependentes. Rev ABP-APAL 1989;11:104-10.
13. Kleinman A. Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness. Br J Psych 1987;151:447-54.
14. Oppenheim AN. Questionnaire design, interviewing and attitude measurement. 1th ed. London: Pinter Publishers; 1992.
15. Scivoletto S, Henriques-Jr SG, Andrade AG. A progressão do consumo de drogas entre adolescentes que procuram tratamento. J Bras Psiquiatr 1996;45:201-7.
16. Australian National AIDS and Injecting Drug Study. Not in a fit: third report of the Australian National AIDS and Injecting Drug Use Study, 1990: data collection. Sydney: ANAIDUS; 1992.
17. Drug Transitions Study Group. Peer project questionnaire. London: National Addiction Centre; 1991.
18. Drug Transitions Study Group. Drug transitions questionnaire. London: National Addicton Centre; 1991.

* Para receber cópias do questionário, entrar em contato com o primeiro autor (e-mail: drjdunn@hotmail.com).

19. Drug Transitions Study Group. Drug patterns study questionnaire. London: National Addiction Centre; 1991.
20. Stimulant health needs questionnaire, SHN1. London: National Addiction Centre; 1991.
21. HIV risk knowledge, attitudes and behaviours survey. London: University of London; 1991.
22. National Institute of Drug Abuse. AIDS initial assessment questionnaire, AIA-8. Rockville (AO): NIDA; 1988.
23. Aesop street intercept survey instrument IDU version. Chicago: University of Illinois; 1995.
24. AIDS outreach intervention project AFA-S interview. Chicago: School of Public Health University of Illinois; 1991.
25. Dunn J, Laranjeira R, Silveira DX, Formigoni ML, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse* 1996;31:519-27.
26. Griffiths P, Gossop M, Powis B, Strang J. Extent and nature of transitions of route among heroin addicts in treatment: preliminary data from the Drug Transitions Study. *Br J Addict* 1992;87:485-91.
27. Darke S, Cohen J, Ross J, Hando J, Hall W. Transitions between routes of administration of regular amphetamine users. *Addiction* 1994;89:1077-84.
28. Hunt D. Stealing and dealing: cocaine and property crimes. In: Schober S, Schade C, editors. *The epidemiology of cocaine use and abuse: research monograph 110*. Rockville: NIDA; 1991. p. 139-50.
29. Chiasson MA, Stoneburner RL, Hildebrandt DS, Ewing WE, Telzak EE, Jaffe HW. Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack). *AIDS* 1991;5:1121-6.
30. Longshore D, Anglin MD. Number of sex partners and crack cocaine use: is crack an independent marker for HIV risk behavior. *J Drug Issues* 1995;25:1-10.
31. Turnbull PJ. Prison, HIV and AIDS: risk and experience in custodial care. Horsham: AVERT; 1991.
32. Stimson GV, Jones S, Chalmers C, Sullivan D. A short questionnaire (IRQ) to assess injecting risk behaviour. *Addiction* 1998;93:337-47.

Correspondência

Ronaldo Laranjeira

Coordenador da UNIAD

Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina,
UNIFESP

Rua Botucatu, 740, 3º andar

CEP 04023-900 São Paulo, SP, Brasil

Tel./fax: (0xx11) 576-4342 e 575-1708

E-mail: laranjeira@psiquiatria.epm.br
