



**UNODC**  
United Nations Office on Drugs and Crime



**World Health  
Organization**



**UNAIDS**

# PREVENÇÃO, TRATAMENTO, APOIO E CUIDADOS COM O HIV PARA PESSOAS QUE USAM DROGAS

## GUIA TÉCNICO





ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS  
SOBRE DROGAS E CRIME  
Viena

Prevenção, Tratamento, Apoio e  
Cuidados com o HIV para Pessoas  
que Usam Drogas Estimulantes

GUIA TÉCNICO



NAÇÕES UNIDAS  
Viena, 2019

Tradução: Daniel Batista de Carvalho Fernandes (@leadertranslations)

Revisão Técnica: Francisco Cordeiro (UNODC)

Citação recomendada:

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Prevenção, Tratamento, Apoio e Cuidados com o HIV para Pessoas que Usam Drogas Estimulantes: Guia Técnico. UNODC: Viena, 2019.

© Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime 2019

O conteúdo deste documento não reflete necessariamente a posição do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), da Organização Mundial da Saúde (WHO) e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) ou de seus Estados-Membros. A descrição e classificação dos países e territórios nesta publicação e a apresentação deste material não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da Secretaria das Nações Unidas no que se refere ao status legal de qualquer país, território, cidade ou região, ou das suas autoridades, ou relativas à delimitação de suas fronteiras ou limites, ou em relação ao seu sistema econômico ou grau de desenvolvimento.

Produção Editorial: Seção de Publicações e Biblioteca, Escritório das Nações Unidas em Viena.

# Índice

Agradecimentos.....	1
Abreviações e siglas .....	4
Definições .....	6
Introdução .....	8
Capítulo 1. Drogas estimulantes, HIV e hepatites e populações-chaves .....	13
Capítulo 2. Principais intervenções .....	21
Capítulo 3. Tratamento e apoio a pessoas que usam drogas estimulantes.....	37
Capítulo 4. Facilitadores essenciais .....	41
Capítulo 5. Requisitos para implantação.....	47
Anexo	
Checklists para a redução de danos do HIV para pessoas que usam drogas estimulantes .....	55
1. Checklist para legisladores e gestores .....	55
2. Informações para pessoas que usam drogas estimulantes (não injetável).....	56
3. Checklist de informações para pessoas que usam injetam drogas estimulantes.....	56
4. Checklist para autocuidado e uso de drogas estimulantes .....	57
Referências .....	59



## Agradecimentos

Este guia foi elaborado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e contou com a colaboração de representantes da comunidade de pessoas que usam drogas e especialistas internacionais na área.

Marcus Day e Mat Southwell coordenaram o desenvolvimento deste guia sob a supervisão de Fabienne Hariga, Especialista Sênior do Departamento de HIV/AIDS do UNODC. Outros colaboradores do UNODC que contribuíram significativamente foram: Gilberto Gerra, Chefe do Departamento de Prevenção de Drogas e Saúde; Monica Beg, Chefe do Departamento de HIV/AIDS e Coordenadora Global para HIV/AIDS; e Monica Ciupagea, Especialista em Consumo de Drogas e HIV e Ponto Focal da Sociedade Civil.

Este guia tem como base um estudo realizado por Steve Shoptaw, dos Departamentos de Medicina Familiar e Psiquiatria e de Ciências Biocomportamentais da Universidade da Califórnia, Los Angeles. Ele foi atualizado e aperfeiçoado por meio da inclusão de dados científicos oriundos de uma revisão documental abrangente preparada para o UNODC por Anna Williams, e a partir dos resultados de uma consulta científica sobre HIV e drogas estimulantes, realizada pelo UNODC em 2016. A participação ativa das pessoas que usam drogas foi fundamental para o desenvolvimento e elaboração deste guia.

Expressamos agradecimentos especiais aos escritores colaboradores: Luciano Colonna, Marcus Day, Brun González, Jean-Paul Grund, Alastair Hudson, Laura LeMoon, Russell Newcombe, Cheryl Overs, Les Papas, Shaun Shelly, Valentin Simionov, Mat Southwell e Pascal Tanguay. Agradecemos também aos nossos revisores: Ruth Birgin, Peter Blanken, Lee Hertel, Mark Kinzly e Jay Levy, assim como revisores de outras organizações da ONU, incluindo Virginia MacDonald, Fabio Mesquita e Annette Verster (Organização Mundial da Saúde) e Boyan Konstantinov (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento).

Agradecemos aos outros especialistas que apresentaram comentários por meio de uma consulta eletrônica:

**George Ayala**, MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights; **Gavin Bart**, Director, Division of Addiction Medicine, Hennepin Healthcare and Associate Professor of Medicine, University of Minnesota (USA); **Adam Bourne**, La Trobe University (Australia); **Jamie Bridge**, International Drug Policy Consortium (UK); **Daniel Deimel**, German Institute on Addiction and Prevention Research, Catholic University of Applied Science North-Rhine Westphalia (Germany); **Don Des Jarlais**, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York City (USA); **Andrew Doupe**, HIV and legal consultant (Australia); **Evanno Jerome**, Paroles Autour de la Santé, Guadeloupe (Burkina Faso); **Andrej Kastelic**, Centre for Treatment for Drug Addiction, Ljubljana University Psychiatric Hospital and South Eastern European Adriatic Addiction Treatment Network (Slovenia); **Igor Koutsenok**, Department of Psychiatry, University of California San Diego (USA); **Sherry Larkins**, Integrated Substance Abuse Program, University of California Los Angeles (USA); **Nicole Lee**, Curtin University and 360Edge (Australia); **Howie Lim**, University of Malaysia (Malaysia); **Helena Maria Medeiros Lima**, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Brazil); **Ruth Morgan Thomas**, Global Network of Sex Work Projects; **Kevin Mulvey**, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA); **Chris Obermeyer**, Fulbright Public Policy Fellow, Ministry of Health of Ukraine (Ukraine); **Emily Rowe**, Harm Reduction International; **Katie Stone**, Harm Reduction International; **Lucas Wiessing**, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Agradecemos também aos peritos que participaram em três consultas nacionais:

**Ho Chi Minh City, Vietnam, 5 e 6 de Dezembro de 2017:**

**Bình Dương; Dr Bùi Minh Kha**, Provincial AIDS Centre Bà Rịa – Vũng Tàu; **Dr Bùi Thị Minh Hiền**, FHI 360; Prof. Bùi Tôn Hiến, University of Labor and Social Affairs; **Dr Cao Kim Thoa**, Vietnam Authority of AIDS Control (VAAC); **Cao Tan Thanh**, VNPUĐ; **Đặng Quốc Phong**, VNMSM; **Prof. Dr Đỗ Văn Dũng**, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy; **Dr Hoàng Đình Cảnh**, Vietnam Authority of AIDS Control (VAAC); **Dr Huỳnh Thanh Hiền**, Mental Health Hospital, Ho Chi Minh City; **La Thị Hồng Lan**, Đại học Y Dược Ho Chi Minh City; **Lại Phước Thanh Huy**, Provincial AIDS Centre Hồ Chí Minh; **Lê Huỳnh Thị Cẩm Hồng**, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy; **Lê Thành**, G-link; **Lê Thị Bích Huyền**, VNSW; **Mai Như Sơn**, CBO Xuân Hợp – Đồng Nai; Mai Thị Hoài Sơn, Provincial AIDS Centre Ho Chi Minh; **Nguyễn Anh Ngọc**, G-link (MSM); **Nguyễn Công Hậu** Centre for Life Quality Promotion (LIFE); **Dr Nguyễn Hồng Hải**, Vietnam Authority of AIDS Control (VAAC); **Nguyễn Hồng Phúc**, Centre for Supporting Community Development Initiatives (SCDI); **Nguyễn Ly Lai**, Đại học Mở Ho Chi Minh City; **Nguyễn Ngọc Phương**, CBO MARS HCM City; **Dr Nguyễn Quang Thông**, Provincial AIDS Centre Cần Thơ; **Dr Nguyễn Thu Trang**, Hanoi Medical University; Nguyễn Thụy An My, VNSW; **Dr Nguyễn Thùy Anh**, Hanoi Medical University; **Nguyễn Thùy Linh**, Centre for Supporting Community Development Initiatives (SCDI); **Nguyễn Việt Hùng**, CBO Muối Trắng BR; **Phạm Hồng Sơn**, G3VN; **Dr Phạm Thanh Thành**, Provincial AIDS Centre Bình Thuận; **Trần Mạnh Thắng**, VNPUĐ; **Trần Ngọc Du**, Department of Labour, Invalids and Social Affairs HCM; **Dr Trần Trung Tá**, Provincial AIDS Centre Đồng Nai; **Vincent Trias**, ESTHER; **Trương Ngọc Phương Bình**, Provincial AIDS Centre Bình Thuận; **Trương Thị Nhung**, Centre for Life Quality Promotion (LIFE); **Võ Hoàng Nam**, CBO Trăng Khuyết; **Võ Hoàng Sơn**, FHI 360; **Dr Võ Thị Năm**, Provincial AIDS Centre Cần Thơ; **Vũ Thị Hiền**, Centre for Supporting Community Development Initiatives (SCDI); **Vũ Thị Tường Vi**, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy; **Vũng Tàu**.

**Brasília, Brazil, 14 e 15 de Dezembro de 2017:**

**Nara Araújo**, UNAIDS; **Irina Bacci**, Aliança Nacional LGBTI+; **Cláudio Barreiros**, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Ministério da Saúde; **Francisco Bastos**, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); **Sandra Fergutz Batista**, Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC); **Gustavo Camilo**, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça; **Maria Angélica Comis**, Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD) e membro do Projeto Respire do Centro de Convivência É de Lei; **Ana Carolina Conceição**, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Ministério da Saúde; **Paula Adamy**, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, HIV/AIDS e Hepatites Virais, Ministério da Saúde; **Marco Duarte**, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); **Cleiton Euzébio**, UNAIDS; **Liandro Lindner**, Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA); **Leonardo Moreira**, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça; **Dênis Petuco**, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, HIV/AIDS e Hepatites Virais, Ministério da Saúde; **Monique Prada**, Central Única das Trabalhadoras e Trabalhadores (CUTS); **Marcelo Ryngelblum**, Centro de Convivência É de Lei; **Juma Santos**, Rede Latino Americana de Pessoas que Usam Drogas (LANPUD).



**Kiev, Ukraine, 22 e23 de Janeiro de 2018:**

**From Moldova:** **Svetlana Doltu**, AFI Moldova; **Lilia Fiodorova**, Dispensary Department, Republican Narcology Dispensary; **Alexander Goncear**, AIDS Centre; **Ala Latco**, Union for HIV Prevention and Harm Reduction; **Veaceslav Mulear**, GENDERDOC-M; **Natalia Nicula**, UNODC; **Ruslan Poverga**, NGO “Positive Initiative”; **Roman Sandu**, NGO “Zdorovoe Budushee”; **Ion Turcanu**, National Anti- drug Commission.

**From Belarus:** **Oleg Aizberg**, Department of Psychiatry and Narcology, Belarusian Academy of Postgraduate Education; **Alexei Alexandrov**, Minsk Regional Clinical Centre “Psychiatry-Narcology”; **Liudmila Buzel**, Red Cross Belarus; **Aliaksei Kralko**, Republican Scientific and Practical Centre for Psychiatry and Addiction, Republican Centre for Narcological Monitoring and Preventology; **Sergei Kryzhevich**, Republican Social Public Association “Your Chance”; **Alexandr Nevero**, State Committee of Forensic Expertise, Republic of Belarus; **Andrei Saladounikav**, Main Directorate for Drug Control and Countering Trafficking in Human Beings, Ministry of Internal Affairs, Republic of Belarus; **Alena Smirnova**, Belarusian Association of UNESCO Clubs; **Iryna Statkevich**, Belarusian Public Association “Positive Movement”; **Liudmila Truhan**, UNODC Belarus.

**From Ukraine:** **Olga Belyaeva**, EACB; **Yuri Bukovski**, Antidrug Department, National Police; **Andrei Chernyshev**, Alliance Global; **Olga Dudina**, USAID; **Sergii Dvoriak**, Ukrainian Institute on Public Health Policy; **Anna Garkusha**, Users of Ukraine; **Sergei Gartsev**, Republican Social Public Association “Your Chance”; **Natalia Isaeva**, Legalife Ukraine; **Evgen Krivosheev**, Club Enei; **Aleksei Kurmanaevski**, Eurasian Network of People who use Drugs; **Vyacheslav Kushakov**, Alliance for Public Health; **Igor Kyzin**, Public Health Centre; **Igor Kyzmenko**, DUNews; **Anna Martyniuk**, VOLNA Convictus Ukraine; **Vasili Melnichyuk**, Antidrug Department, National Police; **Ekaterina Mikhina**, Club Enei; **Natalia Nizova**, Vice Premier Minister Adviser; **Iryna Pashek**, UNAIDS; **Gennady Roshchupkin**, Eurasian Coalition on Male Health; **Sergei Rudoi**, Deloitte; **Natalia Salabai**, UNAIDS; **Sergii Shum**, Ukrainian Monitoring and Medical Centre for Drugs and Alcohol, Ministry of Health; **Vladimir Tymoshenko**, EIH; **Jacek Tyszko**, UNAIDS; **Vladimir Yarii**, Kyiv City Narcological Clinical Hospital “Sociotherapy”; **Oleksandr Zeziulin**, Ukrainian Institute on Public Health Policy.

Esta publicação foi editada por James Baer.

## Abreviações e siglas

AIDS (sigla em inglês)	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TAR	Terapia Antirretroviral
ARV (sigla em inglês)	Medicamento Antirretroviral
ATS (sigla em inglês)	Estimulantes do tipo anfetamínico
OSC	Organização da Sociedade Civil
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV (sigla em inglês)	Vírus da Imunodeficiência Humana
HLM 2016 (sigla em inglês)	Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre a Erradicação da AIDS (2016)
HTS (sigla em inglês)	Serviços de Teste de HIV
IDUIT (sigla em inglês)	<i>Implantação de programas abrangentes de HIV e HCV com pessoas que injetam drogas: orientações práticas para intervenções colaborativas</i> (UNODC, 2017)
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INPUD	Rede Internacional de Pessoas que Usam Drogas
LDSS	Seringas Low-Dead Space
MDMA (sigla em inglês)	Metilendioximetanfetamina (Ecstasy)
MI (sigla em inglês)	Entrevistas Motivacionais
MSMIT (sigla em inglês)	<i>Implantação de programas abrangentes de HIV e ISTs com homens que fazem sexo com homens: orientação prática para intervenções</i> (UNFPA, 2015)
NPS (sigla em inglês)	Novas Substâncias Psicoativas
PTS (sigla em inglês)	Programa de Distribuição de Agulhas e Seringas
NSWP (sigla em inglês)	Rede Global de Projetos de Trabalho Sexual
TSO	Terapia de Substituição de Opioides
PEP	Profilaxia Pós-exposição
TV	Transmissão vertical
PrEP	Profilaxia Pré-exposição
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis

SWIT (sigla em inglês)	<i>Implantação de programas abrangentes de HIV/IST com trabalhadoras e trabalhadores do sexo: abordagens práticas a partir de intervenções colaborativas</i> (WHO, 2013)
TB	Tuberculose
TRANSIT (sigla em inglês)	<i>Implantação de programas abrangentes de HIV e IST com pessoas transgênero: orientação prática para intervenções colaborativas</i> (PNUD, 2016)
UNAIDS (sigla em inglês)	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNFPA (sigla em inglês)	Fundo de População das Nações Unidas
UNGASS 2016	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial das Drogas (2016)
UNODC (sigla em inglês)	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
USAID (sigla em inglês)	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
OMS	Organização Mundial da Saúde

## Definições

Estimulantes do tipo anfetamínico (ATS, em inglês)	Um grupo de drogas, em sua maioria de origem sintética, cujos principais componentes incluem a anfetamina, a metanfetamina e a MDMA ( <i>Ecstasy</i> ). Os ATSs estão disponíveis na forma de cristais (metanfetaminas), em pó ou em comprimidos. Os ATS podem ser consumidos por via oral, intranasal (inalados), fumados em forma de vapor (cachimbo), inseridos por via anal ou injetada.
ChemSex	O uso, antes ou durante o sexo, de qualquer combinação de metanfetamina em cristais, mefedrona e GHB/GBL por homens que fazem sexo com homens para facilitar sessões sexuais de várias horas ou dias com múltiplos parceiros sexuais. <i>Chemsex</i> é um termo usado principalmente na Europa Ocidental. Em outras partes do mundo, os termos variam, por exemplo, “ <i>party and play</i> ” (PNP/PnP), nos Estados Unidos da América (EUA), ou “ <i>high-fun</i> ”, “ <i>chem-fun</i> ”, na Ásia.
Pasta de cocaína	Produto intermediário no processo de extração do cloridrato de cocaína das folhas de coca. É acessível em áreas urbanas da América Latina e é popularmente conhecido por muitos nomes, como pasta base, coca ou paco. A pasta de cocaína é geralmente enrolada em um cigarro misturado com tabaco e/ou maconha e fumada.
Cocaína	O principal alcaloide psicoativo obtido a partir das folhas de coca. Ele é normalmente encontrado em duas formas que diferem em sua via de administração: cloridrato de cocaína, que é inalado, injetado ou inserido pela via anal; e base de cocaína, que é fumada.
Crack ou freebase	A base da cocaína (cristal), que é normalmente fumada em um cachimbo. É feita de cloridrato de cocaína em pó, retirando-a da molécula de cloridrato. A inalação dos vapores aquecidos da base de cocaína resulta no aparecimento rápido de efeitos. A base de cocaína pode ser devolvida à sua base de sal por meio da aplicação de um agente ácido, para ser injetada.
Entactógeno (ou empatógeno)	Substância que provoca uma condição que permite às pessoas que usam “entrarem em contato” com seus próprios sentimentos e com os sentimentos de outras pessoas.
Euforizante	Substância que provoca euforia.
Hepatite A (HAV)	Doença hepática viral que pode causar enfermidade moderada à grave e aguda. A hepatite A nunca é crônica. A hepatite A é transmitida por ingestão de alimentos e água contaminados ou por contato direto com uma pessoa infectada.
Hepatite B (HBV)	Infecção viral que ataca o fígado e pode causar enfermidades agudas e crônicas. O vírus é transmitido pelo contato com o sangue ou outros fluidos corporais de uma pessoa infectada. A infecção crônica coloca as pessoas em risco de morte causada pela cirrose e câncer de fígado. O HBV pode ser prevenido por meio de vacina.

Hepatite C (HCV)	Infecção viral que ataca o fígado e pode causar hepatite aguda e crônica, desde uma enfermidade com duração de algumas semanas até um estado agudo e crônico. A forma mais comum de transmissão é pela exposição a pequenas quantidades de sangue. A hepatite C também pode ser transmitido sexualmente e pode ser transmitido da mãe infectada para o seu filho.
Metanfetamina	Droga estimulante do tipo anfetamina sintética, muitas vezes em forma de cristal. Popularmente conhecida como <i>crystal</i> , <i>crystal meth</i> , <i>ice</i> , <i>meth</i> , <i>shabu</i> , <i>Tina</i> , <i>tic</i> e <i>yaba</i> .
Novas substâncias psicoativas (NPS)	O UNODC define novas substâncias psicoativas como substâncias que não são controladas pela Convenção Única de 1961 sobre Narcóticos ou pela Convenção de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas, mas que podem representar uma ameaça à saúde pública. Elas são popularmente conhecidas como "drogas legais" (legal highs, em inglês), "sais de banho" ou "químicos de pesquisa" (research chemicals, em inglês). De acordo com o <i>Relatório Mundial de Drogas 2017</i> do UNODC, entre 2009 e 2016 houve relatos de 739 NPS, das quais 36% eram drogas estimulantes.
Opioides	“Opioides” é um termo genérico que se refere tanto aos opiáceos como aos seus análogos sintéticos. Os opiáceos são alcaloides naturais encontrados na papoula do ópio, tais como morfina, codeína e tebaína, bem como seus derivados semissintéticos, tais como heroína, hidrocodona, oxycodona e buprenorfina. O termo “opioids” inclui também os opioides sintéticos, que são substâncias de estruturas diversificadas.
Serosorting	Uma pessoa que escolhe um parceiro/a sexual conhecido/a por ter o mesmo estado sorológico de HIV, muitas vezes para se envolver em sexo desprotegido, a fim de reduzir o risco de adquirir ou transmitir o HIV.
Slamming	Uso injetável de drogas no contexto do chemsex (principalmente ATS e mefedrona), predominante em alguns grupos de homens que fazem sexo com homens. Também referido como <i>blasting</i> .
Estimulante	Em referência ao sistema nervoso central (SNC), qualquer agente que ativa, melhora ou aumenta a atividade neural. Estimulantes também podem ser chamados de psicoestimulantes ou estimulantes do SNC. Eles incluem estimulantes do tipo anfetamínico, cocaína, cafeína, nicotina, etc.
Droga estimulante	Em referência ao sistema nervoso central, uma substância que ativa, melhora ou aumenta a atividade neural, influenciando os níveis e a ação dos neurotransmissores dopamina, norepinefrina e serotonina.
Posicionamento estratégico (soro-posicionamento)	Entre alguns homens que fazem sexo com homens, o ato de escolher uma posição ou prática sexual dependendo do estado sorológico de HIV do parceiro. Tipicamente, significa que uma pessoa vivendo com HIV escolhe tomar a posição receptiva (“passiva”) durante o sexo anal desprotegido com um parceiro que se acredita ser HIV negativo. A prática é baseada na crença de que é menos provável que o HIV seja transmitido de um parceiro receptivo para um parceiro insertivo (“ativo”) durante o sexo anal desprotegido.

## Introdução

Em 2017, estimou-se em 1,8 milhões o número de novas infecções por HIV no mundo, sendo que 47% delas ocorreram entre membros de populações-chave - homens que fazem sexo com homens, pessoas que injetam drogas, trabalhadoras e trabalhadores do sexo, mulheres transgênero, presidiários - e seus parceiros sexuais [1]. Calcula-se que os membros das populações-chave são muito mais propensos a viver com o HIV do que os membros da população em geral (Box 1).



### Box 1. Populações-chave e risco de HIV

- Pessoas que injetam drogas são 22 vezes mais propensas a ter o vírus do HIV do que os membros da população em geral
- As trabalhadoras do sexo são 13 vezes mais propensas do que outras mulheres
- Homens que fazem sexo com homens são 28 vezes mais propensos que outros homens
- As pessoas transgênero são 13 vezes mais propensas do que outros adultos
- Pessoas privadas de liberdade são 5 vezes mais propensas do que outros adultos

Fontes: Global AIDS update 2018 (UNAIDS, 2018) [1]; para pessoas privadas de liberdade – Prevention gap report 2016 (UNAIDS, 2016) [2]. Para pessoas privadas de liberdade, os dados são de 2015; para outras populações-chave, os dados são de 2017.

Desde o início da epidemia do HIV, o foco na prevenção, tratamento e cuidados com o HIV entre as pessoas que usam drogas tem se concentrado nas necessidades das pessoas que injetam drogas, principalmente naquelas que injetam opioides. No entanto, os dados mostram que existem riscos em relação ao HIV associados ao consumo de drogas estimulantes não injetáveis, bem como à injeção desprotegida dessas drogas, incluindo a cocaína, estimulantes do tipo anfetamínico (ATS) (excluindo MDMA)<sup>1</sup> e novas substâncias psicoativas estimulantes (NPS). O consumo de drogas estimulantes também tem sido associado a um risco mais elevado de transmissão do HIV por meio de comportamentos sexuais desprotegidos em determinados subgrupos de populações-chave [3].

Em 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O ODS 3, “Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, inclui em sua meta 3.3 acabar com as epidemias de AIDS e tuberculose até 2030 e combater a hepatite (entre outras doenças) [4]. A estratégia *Fast-Track* 2016-2021 da UNAIDS, alinhada com os ODSs, articula este objetivo com três metas: (1) a meta de tratamento “90-90-90” (90% das pessoas vivendo com HIV serão testadas e conhecerão o resultado, 90% das pessoas que sabem que estão vivendo com HIV serão tratadas e 90% das pessoas em tratamento terão níveis indetectáveis de HIV); (2) a meta de prevenção de reduzir o número anual de novas infecções por HIV para 500.000; e (3) a meta de zero discriminação [5]. A estratégia *Fast-Track* foi adotada pelos Estados-Membros na Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre a erradicação da AIDS realizada em 2016 (HLM 2016) [6].

Para atingir a meta ODS 3.3 e a estratégia *Fast-Track* da UNAIDS para erradicar a AIDS até 2030, é crucial atender às necessidades das pessoas que usam drogas estimulantes que estão em risco de contrair HIV, com atenção específica para as interseções entre as populações-chave. Acabar com a epidemia da AIDS somente é possível se garantirmos que as pessoas certas tenham acesso aos serviços certos, oferecidos no lugar certo e no momento certo, não deixando ninguém para trás.

<sup>1</sup>Não foi identificada evidência de aumento de risco de infecção pelo HIV relacionado ao uso de MDMA. Esta publicação, portanto, não abordará esse tema.

## Propósito deste guia

O objetivo desta publicação é fornecer orientações sobre a implantação de programas de HIV, hepatite C (HCV) e hepatite B (HBV) para pessoas que usam drogas estimulantes e que estão em risco de contrair esses vírus. Ela tem por objetivo:

- Aumentar a conscientização para as necessidades e os problemas enfrentados pelos grupos afetados, incluindo a interseção entre as diferentes populações-chave
- Fornecer orientações de implantação para ajudar a estabelecer e expandir o acesso aos principais serviços de prevenção, tratamento, apoio e cuidados com o HIV e com as hepatites

Trata-se de um documento global que deve ser adaptado em função do contexto específico, incluindo o tipo de droga estimulante utilizada (cocaína, ATS ou NPS) e as populações-chave envolvidas, que variam consideravelmente de acordo com as regiões.

O presente guia propõe um pacote de intervenções fundamentais adaptadas a partir de orientações internacionais existentes:

- WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users [7]
- WHO Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update [8]
- Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions (the “IDUIT”) [9]

Também incorpora a orientação das ferramentas de implantação para outras populações-chave:

- Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions (the “SWIT”) [10]
- Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions (the “MSMIT”) [11]
- Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions (the “TRANSIT”) [12]

No entanto, nenhum desses documentos e ferramentas de orientação aborda as necessidades específicas das pessoas que usam drogas estimulantes e estão em risco de contrair HIV e hepatite B e C - daí a necessidade desta publicação.

## Público-alvo

Este guia destina-se a formuladores/as de políticas, gestores/as de programas e profissionais de serviços, incluindo organizações comunitárias, em nível nacional, regional ou local, que se comprometem a abordar a prevenção, o tratamento e os cuidados relacionados ao HIV. Apresenta também informações úteis para as agências de desenvolvimento e financiamento e para o universo acadêmico.

## Estrutura

O guia está dividido em cinco capítulos.

- O Capítulo 1 explica a natureza e os efeitos das drogas estimulantes, os riscos associados à transmissão do HIV e da hepatite, e as questões relacionadas ao uso de drogas estimulantes e ao risco de HIV e hepatite em populações-chave específicas e outros grupos vulneráveis.

- Capítulo 2 apresenta o pacote de intervenções principais sobre o HIV para as populações-chave que usam drogas estimulantes.
- O Capítulo 3 descreve abordagens de cuidado e apoio a pessoas que usam drogas estimulantes, particularmente no contexto do HIV e da hepatite.
- O Capítulo 4 descreve seis facilitadores essenciais - atividades e estratégias que são necessárias para garantir o acesso às intervenções do pacote principal.
- O Capítulo 5 apresenta outras considerações para a implantação dos programas.

Dentro de cada capítulo, outros recursos são listados. Os estudos de caso são fornecidos ao longo do guia para ilustrar aspectos específicos dos programas que foram implementados em diferentes países.

Há também um anexo que apresenta uma série de checklists e outros instrumentos práticos para os formuladores/as de política e gestores/as.

## Princípios

Dois importantes princípios gerais são enfatizados ao longo desta publicação. O primeiro é uma melhor integração dos serviços de prevenção e tratamento do HIV, hepatite B e C e infecções sexualmente transmissíveis (IST) para pessoas que usam drogas estimulantes nos serviços existentes de redução de danos<sup>2</sup> do HIV e serviços de tratamento de drogas para pessoas que injetam drogas, e na saúde sexual e reprodutiva e outros serviços de prevenção e tratamento do HIV para populações-chave. O segundo é o envolvimento significativo de pessoas que usam drogas estimulantes, pessoas vivendo com HIV e outras populações-chave no planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das intervenções. Isso é fundamental para o sucesso e a sustentabilidade dessas ações.

Por último, a implantação de serviços relacionados ao HIV para as pessoas que usam drogas estimulantes deve aderir aos princípios de direitos humanos descritos nas ferramentas de implantação mencionadas acima - SWIT, MSMIT, TRANSIT e IDUIT.

## Metodologia

Durante sua sessão de Junho de 2009, a Junta de Coordenação do Programa da UNAIDS (PCB, sigla em inglês) apelou aos "Estados-Membros, Organizações da Sociedade Civil e UNAIDS para que aumentem a atenção a certos grupos de pessoas que usam drogas não injetáveis, especialmente aqueles que usam cocaína, crack e ATS, que se verificou terem maior risco de contrair HIV por meio de práticas sexuais de alto risco". Neste sentido, o UNODC encomendou uma revisão e organizou uma Reunião Técnica do Grupo Global de Especialistas em Drogas Estimulantes e HIV, realizada no Brasil em 2010. Um Documento para Discussão foi elaborado em 2012 sobre prevenção, tratamento e cuidados quanto ao HIV entre pessoas que usam crack e cocaína (não injetável) ou outras drogas estimulantes, particularmente ATS.

Em 2013, o Comitê de Organizações da Sociedade Civil UNODC HIV (OSC) criou um grupo de trabalho sobre Drogas Estimulantes e HIV, com representantes da sociedade civil e especialistas em HIV e drogas estimulantes. O grupo organizou consultas com representantes da comunidade e das OSC durante a Conferência Internacional de Redução de Danos, realizada em Kuala Lumpur em 2015.

<sup>2</sup> Para os fins deste guia, redução de danos é definida pelas nove intervenções do "pacote abrangente" de serviços detalhado no guia técnico da OMS, UNODC e UNAIDS para os países estabelecerem metas para o acesso universal à prevenção, tratamento e assistência ao HIV para pessoas que injetam drogas (ver citação 7). São eles: 1. Programas de agulhas e seringas; 2. Terapia de substituição por opióide e outros tratamentos para a dependência de drogas; 3. Testagem e aconselhamento em HIV; 4. Terapia anti-retroviral; 5. Prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis; 6. Programas de preservativos para pessoas que injetam drogas e seus parceiros sexuais; 7. Informação, educação e comunicação direcionadas; 8. Prevenção, vacinação, diagnóstico e tratamento para hepatite viral; 9. Prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose.



Em dezembro de 2014, o Grupo Consultivo Estratégico da ONU sobre HIV e uso injetável de drogas, composto por representantes de redes e organizações de pessoas que usam drogas, acadêmicos, doadores, implementadores e organizações das Nações Unidas, recomendou a realização de uma nova revisão da literatura sobre drogas estimulantes, HIV e hepatite C. Em 2015, o UNODC, juntamente com a OMS e o UNAIDS, definiram o escopo dessa nova revisão da literatura e, por isso, o UNODC a encomendou para cobrir a extensão, padrões e distribuição geográfica do uso de drogas estimulantes injetáveis e não injetáveis (especialmente crack, cocaína, ATS e NPS) em homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras e trabalhadores sexuais e outros grupos de pessoas que usam drogas estimulantes, e sua possível ligação com a vulnerabilidade e transmissão do HIV e hepatite B e C, assim como intervenções eficazes para prevenção, tratamento e cuidados em relação ao HIV, hepatite B e C entre pessoas que usam essas drogas estimulantes. Os resultados da revisão da literatura foram publicados pelo UNODC em 2016 em cinco artigos que abordaram os seguintes tópicos:

- Metodologia e resumo [3]
- ATS [13]
- Cocaína e crack [14]
- NPS [15]
- Tratamento e prevenção do HIV, HCV e HBV entre pessoas que usam drogas estimulantes [16].

Posteriormente, no âmbito dos preparativos para a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial da Droga (UNGASS 2016) e a HLM 2016, o UNODC organizou uma consulta científica sobre o HIV e o consumo de drogas, incluindo drogas estimulantes. Os documentos relativos a drogas estimulantes apresentados na Comissão de Drogas Narcóticas em março de 2016 abrangeram: consumo de cocaína e crack e HIV nos Estados Unidos; ATS e homens que fazem sexo com homens na Ásia; e terapia antirretroviral (TAR) e uso de drogas estimulantes. As recomendações dos cientistas contribuintes foram resumidas como parte de uma declaração científica apresentada em Nova Iorque durante a UNGASS 2016 e a HLM 2016 [17]. A declaração ressaltou a necessidade de abordar o tema HIV entre as pessoas que usam drogas estimulantes, incluindo os fatores estruturais, sociais e pessoais mediadores da transmissão do HIV, como o uso de drogas sintéticas, ISTs, saúde mental, homofobia, discriminação e leis punitivas. Cientistas recomendaram o fornecimento de TAR a todas as pessoas vivendo com HIV que usam drogas estimulantes, e a implantação de novas ferramentas de prevenção, tais como a profilaxia pré-exposição (PrEP) e o uso das redes sociais para comunicação. A afirmação também ressalta que, com o apoio adequado para a adesão, a TAR é eficaz entre as pessoas vivendo com HIV que usam drogas estimulantes.

Em 2017, o UNODC encomendou o desenvolvimento da presente publicação *prevenção, tratamento, apoio e cuidados com o HIV para pessoas que usam drogas estimulantes: um guia de implantação*. Com base nos resultados das revisões científicas e das reuniões do grupo de especialistas, e nas orientações internacionais e práticas nacionais que foram identificadas como eficazes para atender às necessidades das pessoas que usam drogas estimulantes, um primeiro esboço do documento foi desenvolvido sob a orientação do grupo de trabalho Drogas Estimulantes e HIV da OSC do UNODC. A versão preliminar do guia foi avaliado por revisores externos, revisores de agências da ONU e representantes da comunidade por meio de uma consulta eletrônica e três consultas presenciais realizadas no Vietnã (2017), Brasil (2017) e Ucrânia (2018).



# Capítulo 1

## Drogas estimulantes, HIV, hepatite e populações-chave

O *World Drug Report 2019* estima que cerca de 29 milhões de pessoas usaram ATS em 2017 e 18 milhões usaram cocaína [18]. Não existe uma estimativa do número total de pessoas que utilizam as NPS. A grande maioria das pessoas que usam drogas estimulantes o fazem ocasionalmente, o que pode ser caracterizado como "uso recreativo" e não desenvolverá dependência ou qualquer outro problema de saúde.

Existe evidência de que a prevalência de uso das ATS, em especial de metanfetaminas, está aumentando em algumas regiões, incluindo a América do Norte, Oceania e em muitas partes da Ásia. Além disso, entre 2009 e 2016, houve relatos de 739 NPS, das quais 36% foram classificadas como drogas estimulantes [19].

Apenas uma pequena proporção de pessoas que usam drogas estimulantes as injetam; a maioria as fuma, cheira ou usa oralmente ou analmente. No entanto, o *World Drug Report 2017* afirma que 30% das pessoas que injetam drogas injetam estimulantes, seja como droga principal ou junto com opiáceos.

Apesar das evidências demonstrarem que certos subgrupos de pessoas que usam drogas estimulantes correm maior risco de contrair HIV, os programas de prevenção, testagem e tratamento para esses grupos populacionais permanecem muito limitados em escopo e escala ao redor do mundo e suas necessidades específicas são frequentemente negligenciadas.

### 1.1 Drogas estimulantes

As drogas estimulantes são substâncias quimicamente diversas que são semelhantes em sua capacidade de ativar, aumentar ou melhorar a atividade neural do sistema nervoso central, resultando em um conjunto comum de efeitos na maioria das pessoas que as utilizam, incluindo maior vigilância, energia e/ou euforia.<sup>3</sup>

Esta publicação considera três tipos de drogas estimulantes para as quais os dados mostraram uma ligação com o aumento do risco de HIV entre algumas populações-chave:

- *Cocaína*: Encontrada em várias formas, por exemplo, cocaína fumável, crack, pasta base, paco, basuco. Dependendo da forma, pode ser cheirada ou inalada, injetada, ingerida ou inserida analmente.

<sup>3</sup> Para informações mais detalhadas sobre os tipos diferentes de drogas estimulantes e seus efeitos, veja: Third edition. New York (NY), United Nations, 2016 ([https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology\\_and\\_Information\\_on\\_Drugs-3rd\\_edition.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs-3rd_edition.pdf), accessed 15 January 2019).

- *Estimulantes do tipo anfetamínico (ATS, sigla em inglês)*: As anfetaminas e as metanfetaminas (excluindo MDMA) são encontradas em diferentes formas, por exemplo, cristais (metanfetaminas), pó ou comprimidos [20]. São ingeridas via oral, fumadas com um cachimbo, cheiradas ou inaladas, inseridas analmente ou injetadas.
- *Novas substâncias psicoativas estimulantes (NPS, sigla em inglês)*: são encontradas em várias formas, por exemplo, catinona sintética, fenetilaminas, aminoindanos e piperazinas. São por vezes chamadas de "sais de banho" [21][22]. Dependendo da forma, as NPS são ingeridas via oral, fumadas, inseridas por via anal ou injetadas.

Todos os tipos de drogas estimulantes têm efeitos comuns:

- *Mental*: Euforia, aumento da libido, redução do apetite e do sono, aumento da percepção, aumento da atenção, melhorias e déficits cognitivos (atenção, memória de trabalho, memória de longo prazo), intensidade emocional, excitabilidade e aumento da confiança.
- *Comportamental*: loquacidade, hipervigilância, hiperatividade, aumento da sociabilidade, desinibição, mudanças no comportamento sexual (incluindo relações sexuais de maior duração), reação mais rápida e atividade repetitiva (“*tweaking*”); hiperexcitabilidade, insônia, inquietação, pânico, comportamento errático e, por vezes, comportamento agressivo ou violento [23].
- *Físico*: Aumento da frequência cardíaca (incluindo palpitações), aumento da temperatura (hipertermia), alterações circulatórias (pressão arterial mais elevada, vasoconstrição), aumento da frequência respiratória, boca seca, ranger dos dentes, rigidez maxilar, movimentos rápidos dos olhos e dilatação das pupilas.

O início e a duração desses efeitos variam de acordo com a droga, sua forma, dosagem, via de administração, características da pessoa e o contexto de uso.

O uso crônico de drogas estimulantes pode levar à dependência psicológica; desenvolvimento da tolerância; destruição de tecidos no nariz, se inaladas ou cheiradas; bronquite crônica, que pode levar à doença pulmonar obstrutiva crônica; desnutrição e perda de peso; desorientação, apatia, confusão, exaustão por falta de sono e psicose paranoica. Durante a abstinência, pode haver um longo período de sono e depressão.

## Cocaína

A cocaína é geralmente encontrada em duas formas que diferem na sua via de administração: cloridrato de cocaína (HCL), um pó, que é inalado, injetado ou tomado analmente, e base de cocaína (crack, base livre ou cristal), que é fumável e normalmente usada em cachimbo. Uma terceira forma, a pasta de cocaína (base de massa, paco, massa de coca etc.), é um produto intermediário do processo de extração de HCL das folhas de coca. Disponível principalmente na América Latina, geralmente é fumada em um cigarro.

A cocaína é um poderoso estimulante cujos efeitos diminuem rapidamente, levando o usuário a administrar repetidamente doses adicionais. Quando inalada, a cocaína produz uma lenta onda de euforia, seguida de um platô e depois um período de “queda”.

Em sua forma fumável, a cocaína tem um efeito mais intenso e imediato. Ansiedade antecipatória severa sobre a iminente cessação dos efeitos pode resultar em doses repetidas. Este ciclo pode demorar cerca de 5 a 10 minutos.

O uso de cocaína é mais prevalente na América do Norte e do Sul do que no resto do mundo.

## Estimulantes do tipo anfetamínico (ATS, sigla em inglês)

As anfetaminas e as metanfetaminas são drogas sintéticas cujos efeitos incluem euforia, excitação e ativação psicomotora. As ATS podem ser ingeridas via oral, intranasal, fumadas em forma de vapor (cachimbo), inseridas por via anal ou injetadas. Imediatamente após fumar ou injetar, as pessoas experimentam um “rush” prazeroso. A ingestão intranasal e oral produz uma euforia gradual ou “*come up*”.

Dependendo do nível de tolerância, os efeitos da metanfetamina podem durar 4 horas ou até 24 horas para alguém que experimenta esta substância [24]. Algumas pessoas que consomem metanfetamina podem experimentar um sentimento de invencibilidade, com uma propensão para se envolverem em comportamentos de alto risco, criando vulnerabilidades quanto à infecção pelo HIV [25]. Os impactos diretos na saúde por consequência do uso de ATS incluem insônia e estresse cardiovascular. Os efeitos negativos a longo prazo podem incluir dependência física da dopamina, dependência psicológica, psicose, paranoia e depressão.

O consumo de anfetaminas e metanfetaminas é relatado em todas as partes do mundo.

### **Novas substâncias estimulantes psicoativas (NPS, sigla em inglês)**

Existem vários tipos de NPS, com diferentes estruturas moleculares, mas a maioria das NPS estimulantes são catinonas sintéticas, que têm uma estrutura molecular semelhante à catinona encontrada na planta khat. As catinonas sintéticas comuns incluem mefedrona, pentedrona, metilona ou metacatinona. Elas dividem-se em duas famílias principais: euforizantes e entactógenos. As NPS são ingeridas via oral e também podem ser inaladas ou inseridas por via anal; o uso injetável é menos frequente. Os estimulantes NPS produzem efeitos mentais, físicos e comportamentais semelhantes aos das drogas estimulantes tradicionais, como a cocaína, as anfetaminas e as metanfetaminas. As catinonas sintéticas e outros estimulantes NPS são também utilizados para melhorar a experiência sexual [26].

A utilização de catinona sintética, como a mefedrona (por vezes denominada "sais de banho"), surgiu recentemente [18]. Estudos da Hungria [27] [28] [29], Irlanda [30] [31], Israel [32], Romênia [33] e do Reino Unido [34] sugerem que, devido à escassez de heroína e acesso fácil à catinona sintética, uma proporção significativa de pessoas que injetam drogas mudou para injetar catinona sintética nos últimos anos.

## **1.2 Consumo de drogas estimulantes e riscos de transmissão de HIV/HBV/HCV**

O risco de HIV/HBV/HCV associado ao uso de drogas estimulantes está ligado a uma maior prevalência de sexo anal e vaginal desprotegido e de compartilhamento de cachimbos, canudos e equipamentos de injeção em alguns grupos de homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras e trabalhadores do sexo, pessoas que injetam drogas e pessoas privadas de liberdade.

### **Riscos de transmissão por meio da simultaneidade do consumo de drogas estimulantes e da prática de sexo desprotegido**

O uso inconsistente de preservativos por pessoas que usam drogas estimulantes foi identificado como a principal forma de contrair ISTs, incluindo o HIV, particularmente como resultado do uso simultâneo de drogas estimulantes com atividade sexual frequente de longa duração com múltiplos parceiros ou em grupos. O uso de drogas estimulantes também pode facilitar uma penetração mais longa (que pode levar ao rompimento de preservativos) e atos mais intensos, como a penetração com o punho (*fisting*), que aumentam a oportunidade de lacerações anais e vaginais ou sangramento.

### **Riscos de transmissão por meio do compartilhamento de seringas**

Injetar metanfetamina, cocaína ou NPS implica em um risco semelhante ao de injetar outras drogas quando se compartilham agulhas e equipamento para injeção. Dado que muitas drogas estimulantes têm uma ação mais curta do que os opioides, as pessoas que injetam drogas estimulantes aplicam injeções com maior frequência, com reinjeção compulsiva e uma maior probabilidade de compartilhamento e reutilização de agulhas e seringas que podem estar contaminadas [22][34]. O risco de HIV e HCV também aumenta quando a cocaína ou o crack são usados juntos com heroína, incluindo a injeção de heroína e cocaína (*"speedballing"*)[35].

A coexistência do uso injetável de drogas e do sexo desprotegido aumenta ainda mais a probabilidade de transmissão do HIV e da hepatite, especialmente em comunidades com alta incidência. Esse padrão tem sido observado, por exemplo, com o uso de ATS feitos em casa, como o “*boltushka*” na Ucrânia. As pessoas que injetam *boltushka* se envolvem em altos níveis de práticas injetáveis arriscadas e em comportamentos sexuais de risco pós-uso. Elas são jovens e pobres e a grande maioria já está vivendo com HIV [36].

### Transmissão da hepatite C por meio de canudos ou cachimbos

O HCV é transmitido pelo sangue ou, menos comumente, pelo contato sexual. O HCV pode ser transmitido por uma pessoa vivendo com hepatite que tem feridas ou lacerações orais, ou nasais por meio do compartilhamento de canudos ou cachimbos [37][38][39][40]. Em comparação com a população em geral, maiores taxas de prevalência do HCV, variando de 2,3% a 17%, têm sido observadas entre as pessoas que fumam ou inalam drogas estimulantes [41]. Entretanto, é difícil determinar se a transmissão do HCV nesses casos ocorreu por exposição sanguínea, atividade sexual ou ambas.

## 1.3 Uso de drogas estimulantes e riscos de transmissão de HIV/HBV/HCV entre populações-chave

### Homens que fazem sexo com homens

Parece haver uma associação clara entre o uso de ATS entre homens que fazem sexo com homens e o risco de infecção por HIV. O consumo de metanfetaminas tem sido associado ao aumento da frequência de sexo desprotegido entre alguns homens que fazem sexo com homens, aumentando assim a vulnerabilidade às ISTs, HBV e HIV [42][43][44][45]. Estudos indicaram taxas de prevalência de HIV entre homens que fazem sexo com homens que usam metanfetamina variando entre 17% e 61%, e incidência de HIV variando de 2,71 para cada 100 pessoas por ano [46] a 5 por 100 pessoas-ano [47].

O uso de drogas estimulantes por alguns homens que fazem sexo com homens para facilitar o sexo (referido como chemsex)<sup>4</sup> tem sido associado à diminuição do uso de preservativos, sexo com múltiplos parceiros e outros comportamentos sexuais de alto risco que aumentam a probabilidade de transmissão do HIV e do HCV [48][49]. O aumento dos comportamentos sexuais de risco, incluindo sexo desprotegido, associado a potenciais traumas anais ou retais resultantes de encontros sexuais mais longos, mais frequentes e intensos, sob a influência de drogas, poderia facilitar a transmissão de ISTs entre homens que fazem sexo com homens, incluindo o HCV entre homens que fazem sexo com homens que vivem com HIV. Estratégias de redução de risco para a prevenção do HIV, como o *sorosorting*<sup>5</sup> e o posicionamento estratégico<sup>6</sup>, são ineficientes para a prevenção de outras ISTs, HBV ou HCV. A associação entre chemsex, uso de drogas e infecção aguda pelo HCV sexualmente transmissível entre homens vivendo com HIV que fazem sexo com homens tem sido documentada em vários países e regiões [50].

<sup>4</sup> “ChemSex” é um termo usado por gays na Europa em aplicativos de rede geo-sexual (e adotado pelo setor de assistência médica a gays) para designar o uso de qualquer combinação de drogas que inclua metanfetamina cristal, mefedrona e/ou GHB/GBL antes ou durante o sexo para facilitar sessões sexuais de várias horas ou dias com múltiplos parceiros sexuais. Embora drogas como os nitritos alquílicos (poppers) tenham desempenhado, durante muito tempo, um papel insignificante no cenário sexual gay, o chemsex é menos um tema sobre sexo tradicional relacionado a sexo e drogas; ele foi adotado por um grupo pequeno de homens muito sexualmente ativo, os quais estão muito mais propensos a contrair HIV por meio desse comportamento (devido à alta prevalência do HIV na população de homens que fazem sexo com homens).

<sup>5</sup> Serosorting refere-se à escolha de um parceiro sexual sabidamente com o mesmo status sorológico de HIV, muitas vezes para fazer sexo sem proteção, com o objetivo de reduzir o risco de adquirir ou transmitir HIV (*Diretrizes da OMS: prevenção e tratamento do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis entre homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero: recomendações para uma estratégia de saúde pública, 2011*).

<sup>6</sup> Posicionamento estratégico, também conhecido como soroposicionamento, é o ato de escolher uma posição ou prática sexual diferente dependendo do estado sorológico do parceiro. Tipicamente, significa que uma pessoa vivendo com HIV escolhe tomar a posição receptiva (“passivo”) durante o sexo anal desprotegido com um parceiro que se acredita ser HIV negativo. A prática é baseada na crença de que é menos provável que o HIV seja transmitido de um parceiro receptivo para um parceiro insertivo (“ativo”) durante o sexo anal desprotegido. (*MSMGF technical bulletin series: serosorting and strategic positioning, 2012*).

O *Chemsex* está associado principalmente ao consumo de droga não injetável, embora alguns possam também injetar catinonas sintéticas, anfetaminas e metanfetaminas (referidas como "*slamming*" ou "*blasting*", no contexto do *Chemsex*) [51], com um elevado nível de compartilhamento de equipamento de injeção e, conseqüentemente, maiores riscos de transmissão do HIV e do HCV [52][53][54]. O uso de mefedrona parece ter aumentado entre homens que fazem sexo com homens no contexto do *Chemsex* [52].

O uso de medicamentos para disfunção erétil, como o sildenafil, é frequentemente relatado entre homens que fazem sexo com homens que também consomem metanfetaminas, e tem sido identificado como responsável pelo aumento das taxas de sexo desprotegido e os riscos de HBV, sífilis e HIV [46][48][55].

### Pessoas que injetam drogas

O uso injetável de drogas estimulantes representa o maior risco de contrair o HCV ou HIV, devido principalmente ao compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas. As pessoas que injetam cocaína, ATS ou heroína têm um risco de contrair HIV que é, respectivamente, 3.6, 3.0 e 2.8 vezes maior do que as pessoas que usam drogas estimulantes sem injetar [56]. Foram reportados, na Grécia [57], Hungria [29], e Romênia [33][58], surtos de HIV ou hepatite C entre pessoas que injetam drogas, em parte devido ao aumento do consumo de catinona sintética em substituição à heroína.

As pessoas que injetam drogas estimulantes, como os ATS, apresentam maior prevalência de comportamentos sexuais de risco em comparação às pessoas que injetam opiáceos e semelhantes às pessoas que não injetam ATS [59][60][61][62].

### Trabalhadoras e trabalhadores do sexo

A troca de sexo por crack ou dinheiro tem sido associada a vários comportamentos de risco de HIV, tais como ter um número maior de clientes por semana [63], altos níveis de sexo desprotegido [64], compartilhamento de crack com clientes [65] e uso pesado de crack, bem como vulnerabilidades estruturais, como a falta de moradia e o desemprego [66]. Um estudo relatou maior prevalência de HIV entre aqueles que trocam sexo por drogas ou dinheiro do que entre aqueles que não o fazem [67]. Pessoas dependentes de drogas que trocam sexo por drogas podem ter menos poder e controle sobre as interações sexuais [68]. O consumo de metanfetaminas por trabalhadoras do sexo tem sido associado à prática de sexo inseguro [69].

As trabalhadoras do sexo que consomem cocaína fumável são muitas vezes pessoas que vivem na rua ou mal alojadas em bairros economicamente debilitados, têm pouco acesso a serviços de saúde, incluindo serviços de prevenção ao HIV, bem como a cuidados pré-natais, de saúde sexual e reprodutiva e apoio social. As trabalhadoras ou trabalhadores do sexo, ou transgêneros podem ser coagidos a consumir drogas com seus clientes, aumentando o risco de sexo desprotegido e violência.

Trabalhadoras e trabalhadores do sexo masculinos, femininos e transgênero enfrentam barreiras para acessar e usar serviços devido ao estigma múltiplo em torno do uso de drogas, trabalho sexual e orientação sexual, que são criminalizados em graus variados em vários países do mundo.

### Pessoas transgênero

O consumo de metanfetaminas, cocaína fumável ou cocaína entre mulheres transgênero tem sido associado a maiores riscos de transmissão do HIV, principalmente por meio do sexo [70][71]. Por exemplo, uma pesquisa realizada com mulheres transgênero em locais de alto risco e nas ruas de Los Angeles, EUA, indicou que o consumo recente de metanfetaminas e/ou de cocaína fumável estava associado a um risco mais duas vezes maior de ser considerada soropositiva [72].

### **Pessoas que vivem em prisões e outros contextos de privação de liberdade**

As pessoas que consomem drogas estimulantes, como as metanfetaminas, nas prisões são mais propensas a envolver-se em vários comportamentos sexuais de risco, incluindo o consumo de metanfetaminas no contexto do sexo e o uso inconsistente de preservativos [73][74].

### **Mulheres que usam de drogas**

As mulheres que usam drogas enfrentam o estigma e outras barreiras de acesso a serviços essenciais de saúde e HIV, violência baseada em gênero, medo de esterilização forçada ou coercitiva, aborto, ou perda da custódia da criança. O estigma transcultural associado às mulheres que não cumprem os papéis de gênero socialmente estabelecidos, como cuidar de sua família, estar grávida e ser mãe de bebês e crianças, é um grande desafio [75]. Muitas mulheres que usam drogas enfrentam dinâmicas de poder desiguais nos relacionamentos e taxas mais altas de pobreza. Esses fatores interferem em sua capacidade de acessar insumos para saúde reprodutiva, incluindo preservativos e outros contraceptivos [76].

### **Pessoas vivendo com HIV**

Embora o consumo de cocaína ou metanfetamina tenha um impacto negativo no sistema imunológico, particularmente entre as pessoas vivendo com HIV, o efeito imunodepressivo desaparece quando as pessoas vivendo com HIV que usam drogas estimulantes aderem à terapia antirretroviral [77]. As pessoas vivendo com HIV que usam drogas estimulantes experimentam piores resultados relacionados ao HIV quando não sabem que estão vivendo com HIV ou não têm acesso à TAR.

Uma revisão da literatura relata que todos os fatores psicológicos, comportamentais e sociais desempenham um papel, separadamente e em combinação, na determinação dos resultados do HIV nos pacientes, em seu acesso aos serviços de saúde e na adesão à TAR:

- Entre pessoas vivendo com HIV, o uso regular de metanfetamina tem efeitos negativos mensuráveis sobre o funcionamento neuropsicológico (por exemplo, deficits de memória episódica, funções executivas e velocidade de processamento de informações), [78] para além dos efeitos neurocognitivos negativos causados pelo HIV e pelo HCV [79]. Isso pode afetar seu comportamento de proteção da saúde, a procura de serviços de saúde, o acesso a clínicas de HIV e a adesão à TAR. Além disso, o estresse traumático específico do HIV e o respectivo efeito negativo estão independentemente associados a maiores comportamentos de risco no consumo de drogas estimulantes e menor adesão à TAR [80].
- A cocaína e os ATS têm um impacto negativo no sistema imunológico, aumentando a vulnerabilidade às doenças oportunistas e acelerando a evolução do HIV entre as pessoas que não aderem à TAR [77][81]. (Ver seção 2.4 para mais informações sobre as interações entre a TAR e as drogas estimulantes).
- Algumas comunidades de pessoas que usam drogas estimulantes são muito marginalizadas, extremamente pobres e têm poucos recursos, incluindo o acesso à alimentação adequada, o que também impacta no seu acesso aos serviços e, conseqüentemente, na evolução da infecção pelo HIV.

Para chegar às pessoas que frequentemente usam drogas estimulantes e mantê-las em esquemas eficazes de tratamento do HIV, as barreiras de acesso e adesão relacionadas ao tratamento do HIV devem ser identificadas e abordadas com precisão. Ao avaliar por que um paciente que usa drogas estimulantes se perde no acompanhamento, fatores importantes que devem ser considerados incluem estigma, discriminação, saúde mental, situação de trabalho, pobreza, falta de moradia, migração, exposição à violência, encarceramento, medo da criminalização e responsabilidades familiares. Ver Capítulo 4 para mais informações.



## **1.4 O impacto das sanções penais em relação à transmissão do HIV entre as populações-chave**

Estigma, discriminação e sanções criminais contra pessoas que usam drogas, homens que fazem sexo com homens, pessoas transgêneros, trabalhadoras e trabalhadores do sexo e pessoas vivendo com HIV têm impacto direto em sua capacidade e disposição de acessar serviços de prevenção e tratamento do HIV e outros serviços de saúde. Esses fatores também inibem a capacidade das pessoas das populações-chave de ter acesso aos produtos ou serviços necessários para praticar comportamentos de proteção, incluindo o uso de preservativos, o acesso de equipamento esterilizado de injeção, testes de HIV e tratamento do HIV.

Uma revisão sistemática de 106 estudos revisados por pares publicados entre 2006 e 2014, examinou a associação entre sanções penais do uso de drogas e resultados relacionados com a prevenção e o tratamento do HIV entre as pessoas que injetam drogas [82]. Embora os estudos tenham sido realizados principalmente na América do Norte e na Ásia, as conclusões destacaram que as sanções penais eram responsáveis por barreiras substanciais ao tratamento do HIV e às intervenções de prevenção para as pessoas que injetam drogas.



# Capítulo 2

## Principais intervenções

Na sequência de uma extensa análise da literatura e de consultas técnicas em nível nacional e global, peritos/as participantes em uma série de consultas chegaram a um acordo sobre um pacote de oito intervenções essenciais para a prevenção, tratamento, apoio e cuidados do HIV entre pessoas que usam drogas estimulantes e que estão em risco de se infectar pelo HIV. Essas intervenções foram adaptadas do Pacote Global da OMS/UNODC/UNAIDS para o HIV e pessoas que injetam drogas e do Pacote Consolidado da OMS para o HIV e as populações-chave. [7][8].

- 1 [Preservativos, lubrificantes e programas de sexo seguro](#)
- 2 [Programas de agulhas e seringas \(PTS\) e outros insumos](#)
- 3 [Serviços de testagem para HIV \(HTS\)](#)
- 4 [Terapia antirretroviral \(TARV\)](#)
- 5 [Intervenções psicossociais baseadas em evidências e tratamentos da dependência de drogas](#)
- 6 [Prevenção, diagnóstico e tratamento de ISTs, hepatite e tuberculose \(TB\)](#)
- 7 [Informação, educação e comunicação específicas \(IEC\) para pessoas que usam drogas estimulantes e seus/suas parceiros/as sexuais](#)
- 8 [Prevenção e combate à overdose e à intoxicação aguda](#)

As intervenções essenciais devem ser adaptadas às necessidades específicas das diferentes populações-chave. Uma análise da população a ser atendida ajudará na obtenção de evidências necessárias para a criação de um pacote de serviços centrado nas pessoas beneficiadas e que responda a necessidades específicas.

### 2.1 Preservativos, lubrificantes e programas de sexo seguro

As pessoas que fazem sexo sob a influência de drogas estimulantes são mais propensas a se envolver em comportamentos sexuais de risco, especialmente sexo desprotegido [83]. Elas podem ter reduzidas as inibições sexuais e experimentam uma sensação de invencibilidade, o que torna a escolha ou a lembrança de usar preservativo mais desafiadora. Outros fatores que podem contribuir

ao uso inconsistente do preservativo incluem a falta de acesso a eles e a lubrificantes quando necessário, habilidades limitadas de negociação de sexo seguro, estar usando PrEP [84] e envolver-se em estratégias de redução de riscos, tais como serosorting ou posicionamento estratégico. Essas estratégias têm limites em termos de risco de transmissão do HIV, principalmente se as pessoas estiverem sob a influência de drogas estimulantes, e elas não impedem a transmissão de outras ISTs, incluindo HBV e HCV.

O uso de drogas estimulantes pode aumentar o comportamento sexual de risco e afetar a capacidade de negociar e aderir ao sexo seguro.

A promoção do uso de preservativos masculinos e femininos e lubrificantes apropriados continua a ser uma estratégia central de prevenção do HIV para as pessoas que usam drogas estimulantes e suas parcerias sexuais. Os preservativos oferecem proteção contra o HIV, outras ISTs, como sífilis e gonorreia, e possível transmissão sexual do HBV ou HCV. Os preservativos também podem prevenir a gravidez não planejada.

Preservativos e lubrificantes devem estar disponíveis ampla e gratuitamente. A distribuição focada de preservativos gratuitos ajuda a superar as barreiras associadas ao seu custo e pode ajudar a reforçar a aceitação social do uso do preservativo. A distribuição de preservativos e informações de educação sexual por pares e trabalhadores/as de campo desempenha um papel importante, inclusive nas ruas ou em festas.

É importante avaliar a variedade de preservativos disponíveis e sua distribuição para atender às preferências das populações-chave, a fim de garantir a ampla disponibilidade de preservativos e lubrificantes e o acesso a eles em locais onde as pessoas usem drogas e tenham relações sexuais simultaneamente. Por exemplo, no caso de relações sexuais em estabelecimentos comerciais ou clubes noturnos, a simples disponibilização de preservativos nos locais habituais, como banheiros ou bares, muitas vezes não é suficiente para garantir que as pessoas os tenham à mão quando precisam deles. A consulta com as pessoas beneficiadas é fundamental para garantir fácil acesso a preservativos. Da mesma forma, para garantir o acesso a preservativos nas prisões, as estratégias devem ser adaptadas a cada prisão, com base em sua arquitetura, regime e movimentos internos das pessoas.

Estratégias de sexo seguro para as pessoas que usam drogas estimulantes deve abranger:

- Promoção do uso de preservativos e lubrificantes
- Informações sobre a transmissão sexual do HIV, hepatite e ISTs
- Estratégias de negociação para sexo seguro
- Informações sobre estratégias para reduzir os riscos de transmissão do HIV (*serosorting* e posicionamento estratégico), incluindo suas limitações
- Informações sobre profilaxia pré-exposição do HIV (PrEP)



#### Box 2. Informações na Web sobre redução de danos no contexto do *chemsex*

O site "*Sleaze without consequences*", criado pelas organizações holandesas *Soa Aids Netherland* e *Mainline*, fornece informações sobre a redução dos riscos de hepatite, HIV e outras ISTs, e informações sobre sexo seguro para homens que fazem sexo com homens durante a prática do *chemsex*.

O site inclui informações sobre as medidas a serem tomadas se a festa do *chemsex* estiver ocorrendo na própria casa (como o fornecimento de preservativos, desinfetantes, etc.), e quais insumos devem ser levados ao ir para outro lugar para fazer sexo sob a influência de metanfetaminas, com o objetivo de reduzir os riscos de transmissão de HIV ou hepatite.

#### *Outros recursos*

Os quatro guias de implantação das populações-chave (IDUIT, MSMIT, SWIT e TRANSIT) oferecem informações gerais úteis sobre preservativos, lubrificantes e programas de sexo seguro para pessoas que injetam drogas, homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras e trabalhadores do sexo e pessoas transgênero.

## 2.2 Programas de distribuição de agulhas e seringas (PTS, em inglês) e outros insumos

Devido à curta duração de seus efeitos, a injeção de drogas estimulantes está frequentemente associada à rápida repetição de novas injeções, sendo que alguns indivíduos relatam mais de 20 injeções por dia. O uso injetável pode ocorrer em grupos, e as pessoas podem usar várias drogas estimulantes diferentes e outros tipos de drogas na mesma sessão. Esses padrões de uso aumentam a probabilidade de que equipamentos não esterilizados sejam usados ou compartilhados, elevando o risco de transmissão de HIV e hepatite.

A acessibilidade e o desenho dos PTSs devem ter em conta a natureza das drogas estimulantes e os padrões do seu consumo. As pessoas que injetam drogas estimulantes devem ser informadas, incentivadas e apoiadas para obterem uma quantidade suficiente de seringas esterilizadas. As políticas e protocolos do PTS devem permitir que as pessoas que injetam estimulantes tenham acesso a equipamentos de injeção suficientes para si e seus pares. Em nenhuma situação se recomenda a troca individual ou outras formas de restrição de acesso a agulhas e seringas, sendo essas particularmente ineficazes para as pessoas que injetam drogas estimulantes [85][86].

Nos contextos de festas e clubes, é mais provável que o uso injetável de drogas estimulantes ocorra fora do horário normal de funcionamento dos serviços de redução de danos relacionados ao HIV. Os PTSs e outros serviços comunitários de drogas nem sempre se envolvem com a situação das festas e dos clubes, agravando a falta de disponibilidade de serviços ou de mensagens de prevenção do HIV. Essa falta de acesso é particularmente problemática para as pessoas que injetam drogas estimulantes, que se beneficiariam do acesso a um PTS e outros serviços.

As estratégias criativas podem ser utilizadas para disponibilizar agulhas e seringas esterilizadas às pessoas que injetam drogas estimulantes, particularmente fora do horário de funcionamento, e nos locais onde as drogas estimulantes são compradas ou usadas. Essas estratégias podem incluir PTS descentralizado em projetos ou clínicas para populações-chave, máquinas de distribuição de agulhas e seringas, PTS secundário, atividades extra-muros, iniciativas de clubes mais seguros, trabalho de campo em locais comerciais para relações sexuais (bares, saunas, clubes, etc.) e em festivais e iniciativas de mobilização comunitária.

PTSs concebidos para responder às necessidades das pessoas que usam drogas estimulantes, incluindo todas as populações-chave, estão bem posicionados para fornecer um ponto de entrada para outros serviços, iniciando pela testagem voluntária do HIV. Eles também podem oferecer informações sobre como reduzir os riscos relacionados ao uso de drogas, distribuir preservativos e lubrificantes femininos e masculinos e apresentar intervenções de transição de vias de administração (ver abaixo). Esforços para compreender o contexto do uso de drogas de uma pessoa, suas necessidades de equipamento para uso injetável e seus comportamentos sexuais simultâneos ajudarão a garantir que as mensagens apropriadas sejam transmitidas.

Os PTSs devem igualmente prover capacitação, aconselhamento e equipamento para apoiar práticas mais seguras de uso injetável, inclusive sobre a importância da higiene das mãos, evitando compartilhar qualquer parafernália (filtros, água) associada à injeção e mantendo até mesmo as menores partículas de sangue fora do local onde as drogas são preparadas para injeção. É igualmente importante fornecer caixas ou recipientes de plástico para o descarte seguro do equipamento de injeção usado, o que é fundamental para prevenir ferimentos com seringas e reduzir o risco ou os inconvenientes para a comunidade em geral, associados à injeção ilícita de drogas.

As seringas com tubos com código de cores são um exemplo de uma prática promissora que auxilia as pessoas que injetam drogas estimulantes em grupos. A cada participante é atribuída uma cor diferente e são fornecidas seringas dessa cor que somente ele ou ela deve usar. Isso pode ajudar a reduzir o compartilhamento acidental de equipamento de injeção, especialmente se for reutilizado.

Os depoimentos apontam que as injeções com seringas *low-dead space* (LDSS, em inglês) reduzem a quantidade de sangue em uma seringa usada em comparação com seringas *dead-space* regulares ou altas. A OMS recomenda o uso das LDSS para reduzir o risco de transmissão de hepatite viral em caso de compartilhamento [87].

### Outros recursos

*Guide to starting and managing needle and syringe programmes* (WHO, UNAIDS, UNODC, 2007) [88]

*Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions* (the IDUIT) (UNODC, INPUD, UNDP, UNFPA, WHO, UNAIDS, USAID, 2017) [9]

*Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs* (WHO, 2012) [87]

### Intervenção de transição de vias de administração

As intervenções de transição de vias de administração auxiliam as pessoas que usam drogas a evitar o uso injetável ou para incentivar as pessoas que injetam a mudar para as vias de administração não injetáveis. As intervenções comportamentais, as intervenções de educação entre pares e o fornecimento de insumos que apoiem alternativas à injeção, tais como tubos, protetores bucais e folha de alumínio, podem ser utilizados para abordar as pessoas que injetam heroína e/ou drogas estimulantes.



#### Box 3. Programa de redução de danos para fumantes de cocaína ou metanfetamina no noroeste dos EUA

Criado em 2007, o *People's Harm Reduction Alliance* é um programa de redução de danos baseado em pares para pessoas que usam drogas no Noroeste do Pacífico dos Estados Unidos. Em seu primeiro ano, a PHRA forneceu seringas e equipamento de injeção estéril. No entanto, a necessidade de expandir seus serviços para incluir as pessoas que fumam drogas tornou-se evidente rapidamente por meio da estrutura baseada em pares e do feedback das pessoas beneficiadas. Em 2008, a PHRA lançou um programa de cachimbo de crack para alcançar um grupo diferente de pessoas que usam drogas. O programa se tornou um ponto de contato para que eles tivessem acesso a outros serviços. Em 2015, o programa foi expandido para incluir cachimbos de metanfetamina porque as pessoas beneficiadas informaram à PHRA que a falta de acesso aos cachimbos as levou a injetar com mais frequência do que fariam de outra forma.

Ambos os programas de cachimbo aumentaram a inclusão de pessoas que fumam crack e metanfetamina na PHRA e as conectaram a outros serviços essenciais de saúde. Em 2016, a PHRA expandiu ainda mais os serviços para não-injetores por meio de um programa para pessoas que aspiram drogas.

### Possibilidades de prevenção do HIV e do HCV para pessoas que fumam drogas estimulantes

O crack, a pasta-base de cocaína e a metanfetamina podem ser fumadas em um cachimbo, oferecendo acesso ao efeito de alta dose. O uso repetido de cachimbos de crack aquecidos pode causar bolhas, rachaduras e feridas na língua, lábios, rosto, narinas e dedos. Tem sido sugerido que isso pode facilitar a transmissão do HCV pelo material não esterilizado (embora isso não tenha sido claramente estabelecido). As pessoas que fumam drogas estimulantes em cachimbos não precisam de equipamento descartável, mas se beneficiarão de ter equipamento pessoal (individual) para fumar e de campanhas com mensagens avisando que os cachimbos não devem ser compartilhados. O mesmo princípio se aplica aos canudos utilizados para inalar cocaína.

A distribuição de cachimbos, protetores bucais e outros insumos relacionados ao uso fumado oferece estratégias práticas para abordar fumantes de estimulantes e reforçar a mensagem "Não compartilhe cachimbos". Os princípios da distribuição de insumos e da abordagem das pessoas que fumam estimulantes com mensagens sobre a prevenção do HIV e da hepatite permanecem os mesmos.



#### Box 4. Exemplo do conteúdo presente nos kits para fumar de forma mais segura

- Cachimbos
- Protetores bucais ou labiais - um elástico, tubos de borracha ou, por vezes, protetores especialmente concebidos
- Palha de aço inoxidável, utilizada como gaze para suspender o crack dentro do cachimbo
- Lenços com álcool para limpar o cachimbo e reduzir os riscos associados ao compartilhamento
- Batom labial contendo vitamina E, para ajudar a proteger e curar os lábios rachados ou feridos
- Compressa esterilizada para cobrir feridas ou queimaduras provocadas ao fumar crack
- Chiclete sem açúcar que pode ajudar a estimular a produção de saliva para proteger os dentes e reduzir os danos dentários
- Preservativos e lubrificantes para apoiar práticas sexuais mais seguras
- Folhetos de promoção da saúde

### Tatuagem com Segurança

Em alguns grupos populacionais que usam drogas estimulantes, a tatuagem sem segurança é frequente e constitui um risco para a transmissão do HCV. Esse é um problema sério nas prisões, onde a tatuagem é proibida e escondida, ainda que a prática da tatuagem sem higiene seja bastante comum. Os PTSs e outros serviços de baixa exigência podem oferecer informações seguras sobre tatuagem, treinamento e equipamentos seguros.

### 2.3 Serviços de testagem para o HIV (HTS, em inglês)

O teste do HIV oferece uma oportunidade de transmitir mensagens de prevenção e de conectar as pessoas à prevenção do vírus e a outros serviços relevantes de saúde e apoio. Os serviços de testagem para o HIV são também o ponto de entrada crítico para a TAR (ver Seção 2.4). Dada a evidência de que os indivíduos que aderem à TAR e que alcançaram a supressão viral não transmitem o HIV, este serviço é um componente crucial dos programas de prevenção do HIV.

É importante aumentar as oportunidades para que pessoas que usam drogas estimulantes tenham acesso à testagem para o HIV de forma confidencial, fácil e conveniente, vinculada ao fornecimento de TAR para aqueles que têm um resultado positivo. O teste rápido de HIV realizado na comunidade oferece uma oportunidade de entrega imediata de resultados. Isso pode ser de extrema importância para as pessoas em situação de rua ou pessoas que usam drogas estimulantes em determinados estabelecimentos, onde a principal fonte de envolvimento pode ser por meio do trabalho de campo, em vez de esperar que eles se apresentem em um local específico de testagem. Outras oportunidades de trabalho de campo também podem ser usadas para distribuir kits de autoteste de HIV.

Independentemente da modalidade de teste, é importante ter um protocolo para auxiliar as pessoas a obter um teste confirmatório, se o primeiro resultado for positivo, e também para acessar e usar com sucesso os serviços de atendimento e tratamento do HIV, se necessário, incluindo acesso imediato à TAR, profilaxia pós-exposição (PEP) ou PrEP, conforme necessário.

Todos os testes de HIV devem ser voluntários, confidenciais e acompanhados por aconselhamento pós-teste, com base no resultado específico do teste de HIV e nas necessidades da pessoa (ver as *diretrizes consolidadas da OMS sobre serviços de testes de HIV*) [89].

A testagem para o HIV fora dos serviços de saúde pode apresentar desafios, incluindo a possível falta de confidencialidade, especialmente em comunidades pequenas e fechadas. Pessoas que trabalham no campo e outros profissionais de saúde precisam garantir que o teste do HIV seja sempre voluntário e que o uso obrigatório de kits de autoteste por terceiros, tais como autoridades policiais ou empregadores, para testar qualquer indivíduo (por exemplo, trabalhadoras e trabalhadores do sexo) seja inaceitável.



### Box 5. Ampliação do acesso à testagem do HIV para populações-chave no Brasil: Viva Melhor Sabendo



Em 2014, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de DSTs, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil desenvolveu a estratégia "Viva Melhor Sabendo" (VMS). A iniciativa, implementada nacionalmente em parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSCs), visava aumentar o acesso das populações-chave à testagem do HIV por meio do teste rápido de fluidos orais.

Testes voluntários, confidenciais e gratuitos de HIV foram oferecidos nos locais onde as populações-chave vivem e socializam, inclusive nas ruas, nas casas das trabalhadoras do sexo feminino e travestis, saunas e cinemas gays, locais de trabalho sexual, bares, boates, festas e locais de uso de drogas. Diferentes estratégias para estabelecer contato foram testadas, mas a maioria optou por uma abordagem individualizada, enfatizando a discrição necessária em locais como pontos de trabalho sexual ou em cenas de uso de drogas.

O envolvimento da comunidade foi fundamental para alcançar esses grupos populacionais em horários e locais alternativos e fora das estruturas dos serviços de saúde. Educadores treinados conduziram todas as atividades e ofereceram informações sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV. Foi oferecido aconselhamento pós-teste a todas as pessoas testadas para o HIV. Aquelas com resultado positivo foram encaminhadas aos serviços de saúde e as OSCs foram responsáveis pelo acompanhamento dessas pessoas até a confirmação do diagnóstico e início do tratamento.

Dados sobre 43 mil pessoas que participaram no projeto VMS entre 2014 e 2016 mostraram que 43% eram mulheres, 32% homens heterossexuais, 20% homens que fazem sexo com homens e 5% pessoas transgênero ou travestis. A prevalência do uso de drogas foi de 62%, sendo mais alta entre homens heterossexuais (79%) e entre homens que fazem sexo com homens (72%). Entre as pessoas que usaram drogas, 52% fizeram um teste de HIV pela primeira vez e 2,4% deles tiveram resultados positivos.

#### *Outros recursos*

*Consolidated guidelines on HIV testing services* (WHO, 2015) [89]

*Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services* (WHO, 2016) [90]

Orientações mais detalhadas sobre a aconselhamento e testagem do HIV na comunidade podem ser encontrados nos guias IDUIT, MSMIT, SWIT and TRANSIT.



## 2.4 Terapia antirretroviral (TARV)

TAR é o tratamento de pessoas vivendo com HIV com medicamentos que atuam na supressão da multiplicação do vírus. Atualmente, o tratamento padrão consiste em uma combinação de medicamentos antirretrovirais (ARVs), e é indicado para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de sua contagem de CD4. A TAR reduz as taxas de morbidade e mortalidade entre as pessoas vivendo com HIV, melhora a qualidade de vida e reduz os riscos de transmissão do HIV. Os medicamentos ARVs também são administrados a alguns grupos de pessoas em risco de se infectar pelo HIV, tanto antes da exposição (PrEP) como depois (PEP). A TAR também é necessária para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

A cocaína e as ATS têm sido associadas a um avanço mais rápido da doença em pessoas vivendo com HIV, devido ao enfraquecimento do sistema imunológico pelas drogas. No entanto, se a adesão for mantida, a eficácia da TAR não é reduzida nas pessoas que usam drogas estimulantes: a TAR reduz a carga viral e melhora a função imunológica, assim como acontece com outras pessoas vivendo com HIV [77].

As estratégias para apoiar a adesão à TAR, incluindo o apoio de pares e o trabalho de campo, são descritas na seção 3.1.

**Todos os profissionais da linha de frente e todas as pessoas recebendo TAR devem compreender como o tratamento funciona, as possíveis interações com drogas estimulantes (incluindo efeitos colaterais e o risco de overdose) e os benefícios e limitações da TAR.**

### Efeitos colaterais dos antirretrovirais (ARVs, em inglês) e interação com drogas estimulantes

Assim como muitos medicamentos, os ARVs têm sido associados a vários efeitos colaterais, incluindo alterações agudas ou crônicas da função renal ou disfunção hepática. Alguns medicamentos podem causar efeitos colaterais no sistema nervoso central, como depressão.

A toxicidade hepática é uma das consequências adversas mais comumente relatadas associadas aos ARVs. Isso pode variar desde a elevação assintomática das enzimas hepáticas até insuficiência hepática. Os riscos de consequências adversas para o fígado relacionadas aos ARVs são maiores nos casos de uso de cocaína, uso excessivo de álcool, coinfeção com HBV ou HCV, fibrose do fígado, tratamento concomitante para TB e idade avançada.

### Impacto das drogas estimulantes no nível sérico do ARV

A cocaína, a mefedrona e as metanfetaminas interagem com vários ARVs, influenciando o nível sérico dos medicamentos e o risco de efeitos colaterais. À medida que os conhecimentos científicos progredem, podem ser propostos novos esquemas de ARV, com potencial para interações com as novas substâncias psicoativas que surgem frequentemente no mercado. A Universidade de Liverpool fornece um website atualizado regularmente sobre as interações medicamentosas do HIV, incluindo a interação dos ARVs com drogas estimulantes:

[https://www.hiv-druginteractions.org/treatment\\_selectors](https://www.hiv-druginteractions.org/treatment_selectors).

### Impacto dos ARVs no nível sérico das drogas estimulantes

Níveis séricos de metanfetamina podem aumentar até três vezes quando usados por alguém que também está tomando inibidores de protease, especialmente ritonavir. Casos fatais atribuídos à inibição do metabolismo de MDMA e anfetaminas por ritonavir foram relatados.

### Profilaxia oral Pré-Exposição (PrEP)

PrEP é medicamento antirretroviral de uso oral para prevenir a aquisição de infecção por HIV por pessoas não infectadas. A OMS recomenda a PrEP oral diária como uma opção de prevenção para pessoas em risco substancial de contrair HIV [91] e pode ser interrompida durante períodos de baixo ou nenhum risco. Tomada como prescrito, a PrEP pode reduzir o risco de contrair o HIV a partir do sexo com uma pessoa soropositiva em mais de 90% [92].

A PrEP tem sido eficaz em comunidades onde o principal vetor de transmissão é sexual, como os homens que fazem sexo com homens; portanto, é apropriada para pessoas que usam drogas estimulantes. A PrEP não substitui as intervenções de prevenção do HIV, como a programação abrangente de preservativos para trabalhadoras e trabalhadores do sexo e homens que fazem sexo com homens. Não previne a transmissão de hepatite e outras ISTs.

Os serviços para pessoas que injetam drogas estimulantes devem priorizar intervenções abrangentes de prevenção do HIV baseadas em evidências, incluindo PTS, preservativos e lubrificantes. Para os homens que fazem sexo com homens que usam drogas estimulantes e que se envolvem em sexo de alto risco, a PrEP deve sempre ser proposta, quer o indivíduo injete drogas, ou não.

A adesão à PrEP é fundamental e pode ser um desafio para as pessoas que usam drogas estimulantes durante vários dias seguidos. As pessoas que usam drogas estimulantes e praticam sexo simultaneamente devem ser incentivadas e apoiadas a planejar com antecedência o uso combinado de preservativos, lubrificantes e PrEP, para garantir melhor proteção contra o HIV e para prevenir outras ISTs, incluindo hepatite C e B.

Tal como acontece com outros instrumentos de prevenção, a eficácia da PrEP é otimizada quando as intervenções são implementadas por meio de e em estreita consulta com as comunidades potencialmente beneficiadas.

#### *Outros recursos*

*Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection (WHO, 2017) [93]*

#### **Profilaxia Pós-exposição (PEP, em inglês)**

Profilaxia pós-exposição é a administração de medicamentos ARVs em curto prazo (um mês) para prevenir a infecção pelo HIV após a exposição ao vírus por meio de sexo desprotegido ou contato com o sangue. A PEP deve ser oferecida a todas as pessoas que tenham sido potencialmente expostas ao HIV, seja por sexo desprotegido (incluindo agressão sexual), ferimentos com seringas ou compartilhamento de equipamentos para uso injetável de drogas. Deve ser iniciado o mais cedo possível, idealmente dentro de 72 horas.

As pessoas que usam drogas estimulantes e ao mesmo tempo se envolvem em sexo são conhecidas por terem frequentemente múltiplos parceiros sexuais. As chances de sexo desprotegido ou falha no uso de preservativos aumentam com o uso de drogas estimulantes ou com o aumento do número de parceiros. Um processo participativo das partes interessadas deve levar ao desenvolvimento de protocolos para o acesso da comunidade à PEP, do âmbito local até o nacional, de modo a garantir que os medicamentos necessários estejam prontamente acessíveis e sejam utilizados pelas pessoas que deles necessitam. As pessoas que usam drogas estimulantes e que acessam à PEP regularmente devem ser avaliadas como prováveis candidatas à PrEP.

#### *Outros recursos*

*Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Second edition (WHO, 2016) [162]*

## **2.5 Intervenções psicossociais baseadas em evidências e tratamentos da dependência de drogas**

O impacto de uma droga é determinado pelas interações complexas entre a substância, o *set* (o indivíduo) e o *setting* (o contexto), que catalisam o efeito da droga e seu impacto relacionado ao indivíduo, incluindo a mudança para o uso nocivo ou dependência [94]. A maioria das pessoas que usa drogas estimulantes o faz de forma ocasional, que pode ser

caracterizada como "recreativa", e não desenvolverão dependência. Esse grupo tem pouca necessidade de intervenções de alta intensidade. Esta seção fornece uma visão geral das possíveis intervenções, principalmente as psicossociais, as quais demonstram eficácia especificamente para reduzir comportamentos de risco e oferecer apoio a pessoas que regularmente fazem uso de drogas estimulantes, incluindo pessoas vivendo com HIV.

O tratamento da dependência de cocaína ou de ATS requer abordagens demoradas, que não são tratadas aqui. Ao contrário do tratamento da dependência de opiáceos, não existem atualmente medicamentos de substituição disponíveis para tratar a dependência de cocaína ou ATS [95][96]. Algumas práticas emergentes acerca da distribuição de dexamfetamina como substituto da dependência de cocaína ou de metanfetaminas revelaram-se promissoras desde cedo, mas é necessário investigar mais.

Intervenções comportamentais, técnicas de autorregulação e atendimento psicossocial podem dar sustentação aos objetivos de prevenção e tratamento do HIV/HCV para pessoas que usam drogas estimulantes, contribuindo ao mesmo tempo para os objetivos de saúde e bem-estar mais amplos e a longo prazo. Há evidências de que as intervenções breves que se concentram em fornecer informações sobre comportamentos seguros e mitigação de danos são eficazes na mitigação dos danos relacionados às drogas [97], e também na manutenção da adesão à TAR para aqueles que vivem com HIV [98].

O enfrentamento aos riscos potenciais associados à conexão entre o uso de drogas e o HIV requer abordagens individuais, estruturais e conjuntas [99]. Intervenções psicossociais, como entrevistas motivacionais, intervenções breves, manejo de contingência e terapia cognitivo-comportamental, são fundamentais para apoiar de maneira eficaz a prevenção e o tratamento do HIV entre pessoas que usam drogas estimulantes. Algumas dessas abordagens são descritas abaixo. Uma revisão de 2016 acerca das intervenções psicossociais para transtornos relacionados com o consumo de drogas estimulantes revelou que todas elas apresentaram uma melhor retenção na TAR quando comparadas à ausência de intervenção, embora nenhuma intervenção tenha apresentado um efeito duradouro sobre as outras [100].

Os serviços de atenção psicossocial devem ser fundamentados em princípios de inclusão e participação da comunidade, apoio de pares e as necessidades da pessoa. Ao desenvolver intervenções de prevenção do HIV, é importante que os parceiros sexuais das pessoas que usam drogas estimulantes sejam incluídos no processo, concentrando-se nos riscos do HIV que estão associados ao uso de drogas e comportamentos sexuais associados.

### Entrevistas motivacionais

A entrevista motivacional é uma abordagem semi-diretiva e centrada na pessoa para explorar a motivação e a ambivalência, a fim de facilitar declarações automotivacionais e mudanças de comportamento. Consiste em estabelecer uma parceria entre profissional de saúde e o indivíduo, permitindo-lhe tomar consciência da discrepância entre sua situação atual e seus próprios valores. A técnica fundamenta-se em quatro princípios: expressar empatia, apresentar discrepâncias, lidar com a resistência e apoiar a autoeficácia. Essa ferramenta pode ser facilmente utilizada por pessoas não-especialistas treinadas, incluindo agentes de campo, em aconselhamento formal ou informal, IEC e outras conversas. Para as entrevistas motivacionais são necessárias apenas uma ou duas sessões. O êxito das entrevistas motivacionais levou à sua implantação como uma abordagem “*catch-all*” para provocar mudanças em áreas como adesão à medicação, cessação do tabagismo, dieta e exercício físico [101]. Uma revisão da Cochrane de 2012 sugeriu que a entrevista motivacional poderia reduzir o comportamento sexual de risco e, a curto prazo, reduzir a carga viral nos jovens vivendo com HIV [102]. Pesquisas mostram que entrevistas motivacionais podem reduzir a incidência de relações sexuais anais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens [103], bem como os níveis de consumo de drogas [104].

Entrevistas motivacionais, manejo de contingência, intervenções breves para a dependência de drogas estimulantes podem reduzir os comportamentos sexuais de alto risco relacionando com as drogas e aumentar a adesão à TAR e à PrEP.

### Intervenções breves

As intervenções breves são interações curtas, muitas vezes trata-se de oportunidades em que um profissional de saúde oferece informações e aconselhamento específicos aos indivíduos durante outras atividades, como a distribuição de equipamento esterilizado de injeção ou a realização de um teste de HIV. Foi constatado que as intervenções breves reduzem o consumo de drogas, bem como os riscos associados e os comportamentos sexuais de risco. Meta-análises sugerem que há pouca diferença nos resultados entre intervenções mais longas e mais intensivas e intervenções breves, sendo que essas últimas são provavelmente opções mais práticas e custo-efetivas, com poucas barreiras à implantação [105].

### Manejo de contingência

O manejo de contingência é uma abordagem que incentiva as pessoas com recompensas (financeiras, por exemplo), que dependem da obtenção de um conjunto de resultados predefinidos. Essa estratégia tem demonstrado ter um efeito moderado, mas consistente sobre o consumo das mais diferentes drogas [106]. A eficácia do manejo de contingência apoia a ideia de que recompensas pequenas e regulares motivam as pessoas a modificar comportamentos que podem ser considerados prejudiciais. A consideração positiva e a crença expressa do próprio cliente na sua capacidade de atingir os objetivos são um fator crítico para alcançar os resultados acordados.

### Terapia cognitiva comportamental

A terapia cognitiva comportamental (TCC) é uma abordagem sistemática de atendimento que presume que os comportamentos são aprendidos e consolidados como resultado de construtos cognitivos e deficits na forma de lidar com esses comportamentos. O objetivo da TCC é "desaprender" comportamentos considerados arriscados, tais como comportamentos de risco de HIV ou certos padrões de consumo de drogas. Embora os resultados pareçam ser sustentáveis durante um período, a TCC é uma terapia intensiva e demorada, e demanda profissionais especializados e tratamento individual [107].

### Atenção Plena (*Mindfulness*)

*Mindfulness* pode ser definida como a capacidade de focar abertamente, sem julgamentos, com atenção na experiência plena dos fenômenos internos e externos, momento a momento.

Os resultados positivos - sobretudo na redução do consumo de drogas e dos comportamentos de risco e na prevenção de recaídas - têm sido documentados por meio de um treinamento de *Mindfulness* como parte das abordagens aplicadas para reduzir danos, incluindo as pessoas que usam drogas estimulantes. [108][109][110].

### Terapia de substituição de opiáceos e consumo de drogas estimulantes

As pessoas que recebem terapia de substituição de opiáceos (TSO) para a dependência de heroína ou de outros opiáceos podem consumir drogas estimulantes devido à fadiga desencadeada pela TSO, à incapacidade de sentir prazer ou ao desejo de permanecer ligadas à comunidade de pessoas que consomem drogas. A TSO não foi concebida para abordar o consumo de drogas estimulantes, e o consumo simultâneo de drogas estimulantes durante a TSO não deve ser visto como uma violação, nem deve levar à redução ou interrupção da TSO. Os benefícios da TSO são independentes do uso de drogas estimulantes [111]. Os serviços que oferecem TSO existentes devem estar sensibilizados para tal e capacitados para aplicar as oportunidades oferecidas pela TSO regular e pelo envolvimento do cliente, que podem dar sustentação para as intervenções presentes neste guia.

### Outros recursos

*mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings* (WHO, 2010) [112]

*Therapeutic interventions for users of amphetamine-type stimulants* (WHO, 2011) [113]

*Harm reduction and brief interventions for ATS users* (WHO, 2011) [114]

*Guidelines for the management of methamphetamine use disorders in Myanmar* (Ministry of Health and Sports, Myanmar, 2017) [115]

*Guidance for working with cocaine and crack users in primary care* (Royal College of General Practitioners, 2004) [116]

*Principles of drug dependence treatment* (UNODC, WHO, 2008) [117]

*Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide* (UNODC, 2003) [118] *TREATNET quality standards for drug dependence treatment and care services*

(UNODC, 2012) [111] *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* (WHO, 2009)[163] *Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives. Discussion paper* (UNODC, 2019) [164]

## 2.6 Prevenção, diagnóstico e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), hepatite e tuberculose (TB)

A testagem de pessoas que usam drogas estimulantes para doenças infecciosas, tais como ISTs, HBV, HCV e TB, é uma parte essencial para uma avaliação aprofundada. Assim como o HIV, essas infecções são geralmente associadas ao uso de substâncias ilícitas e podem coincidir com o uso de drogas estimulantes.

### Prevenção, diagnóstico e tratamento de ISTs

Sexo desprotegido pode levar a ISTs agudas, que podem causar infertilidade e doenças graves. Diversas ISTs, particularmente aquelas envolvendo úlceras genitais ou perianais, podem facilitar a transmissão sexual da infecção pelo HIV. Trabalhadoras e trabalhadores do sexo, pessoas transgênero e homens que fazem sexo com homens estão frequentemente em maior risco de ISTs como sífilis, gonorreia, clamídia e herpes. Por isso, é importante oferecer informações, preservativos e lubrificantes masculinos e femininos; testagem, diagnóstico e tratamento de IST; vacina contra o HPV para pessoas que usam drogas estimulantes e vulneráveis às ISTs e ao HIV.

### Outros recursos

*Resources on sexually transmitted and reproductive tract infections* (Página da OMS na Internet que disponibiliza guias jurídicos, clínicos, políticos, de programas, de monitoramento e avaliação) [119]

### Prevenção, vacinação, diagnóstico e tratamento das hepatites B e C

As pessoas que injetam drogas estimulantes correm maior risco de se infectar pelos vírus HBV e HCV devido à frequente injeção e compartilhamento de equipamentos de injeção. O risco de compartilhar equipamentos é maior quando a injeção acontece em ambientes comunitários. O HCV é muito mais virulento do que o HIV e pode sobreviver fora do corpo, à temperatura ambiente, em superfícies de determinados ambientes, por até três semanas [120], tornando-o mais facilmente transmissível por meio do compartilhamento de seringas e outras parafenalias de injeção. A vacinação contra hepatite B ou hepatite A-B deve ser oferecida às populações-chave que usam drogas estimulantes, assim como seu acesso a insumos de prevenção, testagem voluntária e tratamento do HBV e do HCV.

### Prevenção

Os PTSs e as iniciativas de mobilização comunitária devem distribuir insumos relevantes (incluindo seringas low-dead space) para uso injetável, fumado ou aspirado (ver Seção 2.2). A programação para a distribuição de preservativos masculinos e femininos também faz parte das intervenções de prevenção da hepatite B e C, bem como dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. As campanhas educativas devem incluir mensagens sobre os riscos do serosorting e de práticas sexuais intensas envolvendo potenciais traumas da mucosa, que possibilitam a infecção e transmissão do HCV entre pessoas vivendo com HIV [50].

### Vacinação contra hepatite A e B

Imunização contra o HBV deve ser oferecida às populações-chave. A OMS recomenda:

- Oferecer às pessoas o regime de vacinação rápida contra a hepatite B (dias 0, 7 e 21-30)
- Proporcionar incentivos às pessoas que injetam drogas para aumentar a adesão à vacinação contra a hepatite B, pelo menos até a segunda dose. Mesmo a imunização parcial garante alguma imunoproteção. [87]

A vacinação contra a hepatite A (HAV) ou imunização combinada contra HAV-HBV deve ser oferecida a homens que fazem sexo com homens e pessoas que usam drogas estimulantes [121].

A imunização deve ser facilmente acessível e oferecida em locais e estabelecimentos frequentados por pessoas que usam drogas estimulantes, tais como centros de acolhimento, PTSs e outros estabelecimentos comunitários.

### Exames para HBV e HCV

O exame voluntário do HBV e/ou HCV deve ser oferecido a pessoas que usam drogas estimulantes e estão em situação de risco de infecção. O teste e o diagnóstico de infecção pelo HBV e pelo HCV representam um ponto de entrada para o acesso aos serviços de prevenção e tratamento. A identificação precoce de pessoas com infecção crônica pelo HBV ou HCV lhes permite receber os cuidados e tratamentos necessários para prevenir ou retardar a progressão da doença hepática. Os testes rápidos para a hepatite C permitem melhor acesso ao diagnóstico, incluindo os testes realizados com base na comunidade.

### Tratamento da hepatite C ou B crônica

Todas as pessoas com hepatite C crônica devem receber tratamento. No período de 8 a 12 semanas, os antivirais de ação direta (DAAs, sigla em inglês) curam mais de 95% das pessoas infectadas pelo HCV, reduzindo o risco de morte por câncer de fígado e cirrose. No caso da hepatite B crônica, o tratamento antiviral pode retardar a progressão da cirrose e reduzir o risco de câncer de fígado [162].

Tem sido observada a adesão aos regimes de tratamento do HCV por parte das pessoas que injetam drogas regularmente, bem como de qualquer outra população, principalmente quando são oferecidos apoio social, emocional e prático [122]. Portanto, todas as pessoas que usam drogas estimulantes que vivem com HCV devem ter acesso a antivirais de ação direta sem discriminação.

### Outros recursos

*Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs* (WHO, 2012) [87]

*Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection* (WHO, 2016) [123]

*Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Second edition* (WHO, 2016) [162]

## Prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose

Em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram por causa da tuberculose. Ela é a maior causa de morte de pessoas vivendo com HIV. Em 2016, 40% das mortes por HIV foram causadas pela TB [124].

A transmissão da TB é facilmente realizada por partículas traPTSortadas pelo ar, como por beijos, tosse, espirros ou gritos. A TB é facilmente disseminada em prisões e outros ambientes fechados, e em espaços lotados e mal ventilados, como os que são frequentemente encontrados em comunidades pobres ou entre pessoas em situação de rua.

As pessoas que injetam drogas estão em maior risco de TB, independentemente do seu estado sorológico de HIV, e a TB é a maior causa de mortalidade entre as pessoas que injetam drogas que também estão infectadas pelo HIV [125]. Pessoas que usam drogas não injetáveis também apresentam níveis elevados de TB. Certos subgrupos de pessoas que usam drogas estimulantes, como os que fazem uso de drogas estimulantes regularmente durante dias e de uma só vez, podem ser imunodeficientes devido à falta de sono e de alimentos, facilitando a transmissão da TB. Por conseguinte, é importante incluir a prevenção, a triagem e o tratamento da TB nas comunidades e nos serviços de assistência e apoio.

### Outros recursos

*Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines (WHO, 2016) [125]*

## 2.7 Informação, educação e comunicação direcionadas (IEC, em inglês)

Para reduzir o risco de adquirir ISTs ou HIV, pessoas que usam drogas estimulantes precisam de conhecimento e apoio. Informação, educação e comunicação fornecem informação, motivação, educação e capacitação para ajudar os indivíduos a adotar comportamentos que protejam sua saúde.

A comunicação eficaz no que tange à saúde dirigida às pessoas que usam estimulantes exige que dois desafios sejam abordados:

- Criar mensagens que possam vencer a velha desconfiança e o medo.
- Encontrar meios eficazes para chegar às pessoas que usam drogas estimulantes com mensagens e materiais que salvem suas vidas.

A chave para enfrentar esses desafios é o envolvimento significativo com os/as beneficiários/as, ou seja, as pessoas que usam drogas estimulantes. As comunidades devem ser representadas em cada etapa do desenvolvimento das estratégias de IECs, incluindo a estratégia como um todo e o conceito, o desenvolvimento, o teste, a veiculação e a avaliação das mensagens. Trabalhar com a comunidade ajudará a garantir que as ferramentas e materiais sejam precisos, confiáveis e, de fato, utilizados. Os receptores de materiais de IECs que investiram suas próprias ideias e tempo na elaboração serão mais propensos a apoiar os resultados e a ser participantes ativos, não apenas em sua própria saúde mas na promoção da saúde em sua comunidade.

Os materiais devem ser facilmente compreensíveis e objetivos. Materiais interativos em uma plataforma digital podem adaptar as mensagens à situação específica do usuário do serviço e muitas vezes são úteis para manter sua atenção.

Por outro lado, os materiais impressos tradicionais têm a vantagem de não exigir acesso a computador, telefone ou internet. Eles também oferecem uma oportunidade para os trabalhadores/as de campo ou outros funcionários do programa que distribuem os materiais, interagirem com os usuários do serviço, e um meio para que os usuários do serviço possam facilmente compartilhar informações com outras pessoas.

Dada a variedade que existe entre as pessoas que usam drogas estimulantes, as mensagens devem levar em conta o sexo, gênero, orientação sexual, idade e contexto dos beneficiários das IECs. Níveis de alfabetização, inclusão ou exclusão social e comunitária e outras variáveis culturais e sociais também devem ser consideradas.

### Uso da tecnologia da informação para estimular as intervenções comportamentais

As redes sociais e on-line podem ser uma forma custo-efetiva de chegar às populações a serem beneficiadas. Uma avaliação local pode mostrar onde o uso dessas tecnologias será vantajoso e apropriado. WiFi gratuito em centros de acolhimento e outros pontos de socialização na comunidade oferece oportunidades de acesso e uso. Sites e aplicativos podem ser desenvolvidos para pessoas que usam drogas estimulantes que têm smartphones, assim como essas ferramentas têm sido utilizadas para alcançar outras populações-chave.

O uso da tecnologia tem mostrado resultados promissores na promoção da saúde sexual ou adesão à TAR em diferentes cenários, incluindo cenários com recursos limitados [126][127]. As aplicações baseadas na Web proporcionam uma oportunidade para chegar a públicos grandes a qualquer momento e fornecer informações sobre saúde e serviços disponíveis. Elas também permitem o alcance e interações on-line com pessoas que desejam conversar sobre problemas ou têm dúvidas sobre determinada questão.

No entanto, quando a informação está relacionada ao uso de drogas ou outros comportamentos criminalizados, o uso de alguns meios digitais levanta preocupações sobre o anonimato dos contatos, e os possíveis riscos relacionados à aplicação da lei devem ser levados em consideração. Trabalhar com comunidades e serviços de baixa exigência ajudará a indicar o potencial local para materiais e campanhas digitais e auxiliará a garantir a segurança das pessoas que acessam as informações.



#### Box 6. Ferramenta de avaliação de saúde baseada na Web para pessoas que fazem uso de ATS na Austrália

Ferramentas de avaliação da saúde baseadas na Web para pessoas que usam drogas estimulantes (ketamina, mefedrona e metanfetamina) foram desenvolvidas por uma organização baseada em treinamento de pares, na Austrália, com o apoio da St Vincent's Health Australia.

Ver também Seção 2.1, Box 2.

#### Outros recursos

O Centro Europeu de Prevenção e Controle das Doenças (CEPCD) elaborou documentos de orientação para a utilização eficiente das redes sociais. Embora as ferramentas tenham sido desenvolvidas para a Europa, e especificamente para alcançar os homens que fazem sexo com homens, elas fornecem orientações sobre as vantagens relativas de diferentes meios de comunicação, como Facebook, trabalho de campo on-line, Google Ads, SMS e YouTube, que podem ser úteis em outros contextos.

*Effective use of digital platforms for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union/European Economic Area: an introduction to the ECDC guides* (ECDC, 2017) [128]

## 2.8 Prevenção e manejo da overdose e da intoxicação aguda

Doses muito altas de drogas estimulantes consumidas em um curto espaço de tempo podem desencadear desconforto respiratório agudo, dor no peito, palpitações ou infartos do miocárdio [112]. Em casos extremos, isso pode resultar em parada cardíaca. Os primeiros sinais de intoxicação por drogas estimulantes são hiperatividade, fala rápida e pupilas dilatadas.

No caso do policonsumo de drogas, a overdose pode ser o resultado da combinação de estimulantes com outras drogas, incluindo opioides ou drogas sedativas.



O tratamento da intoxicação por drogas estimulantes é sintomático e requer monitoramento regular da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura (Figura 1).

A síndrome serotoninérgica é causada por um excesso de serotonina no sistema nervoso central associado ao uso de ATS. Pode resultar em espasmos musculares incontrolláveis, tremores, convulsões, psicose, hipertensão arterial, alta temperatura corporal > 40° C (hipertermia) e liberação de mioglobina dos músculos e coagulação sanguínea nos vasos (coagulação intravascular disseminada), o que pode levar a doenças graves e possivelmente à morte.

Pessoas que usam drogas estimulantes precisam ser informadas sobre como reduzir os riscos de intoxicações agudas (ver a lista de verificação de informação sobre autocuidado e drogas estimulantes no anexo). Para as pessoas que usam PrEP ou estão em tratamento para o HIV ou hepatite, informações sobre as interações e os possíveis riscos do consumo de cocaína e de ATS até aos níveis séricos (ver seção 2.4) devem ser oferecidas.

Pessoas que usam drogas estimulantes devem ser treinadas para reconhecer overdoses, prestar primeiros socorros, incluindo reanimação cardiopulmonar (RCP) e solicitar assistência profissional de emergência imediatamente, caso testemunhem uma overdose.

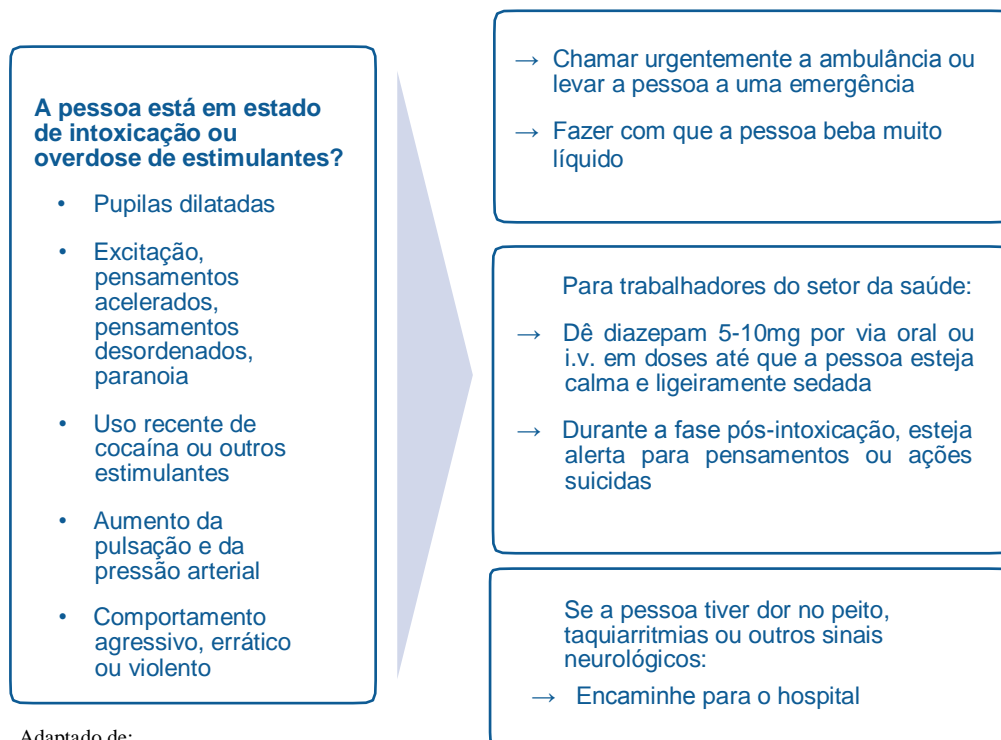
#### Outros recursos

*Harm reduction and brief interventions for ATS users* (WHO, 2011) [114]

*mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings* (WHO, 2010) [112]

*Community management of opioid overdose* (WHO, 2014) [166]

**Figura 1. Cuidados com casos de emergência por intoxicação com drogas estimulantes**



Adaptado de:

WHO mhGAP intervention guide - version 2.0 (2016)



# Capítulo 3

## Tratamento e apoio a pessoas que usam drogas estimulantes

Para melhorar os resultados da saúde e limitar a transmissão do HIV, HCV, HBV e TB, é essencial que os programas de prevenção e tratamento sejam acessíveis, que os esquemas de tratamento sejam cumpridos e que o sexo e o uso de drogas se tornem mais seguros por meio de intervenções de proteção.

Os cuidados e apoio específicos oferecidos devem levar em conta os diferentes tipos de consumo de drogas estimulantes, os diferentes grupos populacionais e os diferentes contextos econômicos, jurídicos e sociais.

Oferecer acesso a serviços sociais e serviços de apoio, incluindo serviços de apoio entre pares e atividades de campo, é essencial para proporcionar às pessoas que vivem com HIV e usam drogas estimulantes as estratégias para aderir à TAR e prevenir a transmissão do HIV.

### 3.1 Promoção da adesão à terapia antirretroviral (TARV)

Muitas pessoas que usam drogas estimulantes não têm acesso aos serviços de saúde, educação, cuidados e serviços de apoio social de que necessitam, e as pessoas vivendo com HIV que usam drogas estimulantes muitas vezes não têm acesso à TAR. Um estudo realizado no Camboja entre trabalhadoras do sexo revelou que aquelas que usavam drogas estimulantes tinham 91% menos probabilidade de aderir ao tratamento do HIV se comparadas aquelas que não usavam drogas estimulantes [129]. As mulheres que usam drogas estimulantes e estão vivendo com HIV, que também são mães ou grávidas, enfrentam múltiplos estigmas bem como sérios desafios físicos, sociais e econômicos para acessar a cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Portanto, nas clínicas pré e pós-natal deve ser dada atenção para garantir o acesso à TAR como parte de um programa abrangente de prevenção da transmissão vertical.

Para garantir o acesso da TAR às pessoas que usam drogas estimulantes, os serviços devem ser de fácil utilização, sensíveis às questões de gênero, sem julgamento, fisicamente acessíveis e suficientemente flexíveis para serem adaptados às necessidades e ao estilo de vida das pessoas que usam drogas estimulantes. Trabalhadoras/es de campo, incluindo educadores de pares treinados, desempenham um papel importante na ajuda às pessoas vivendo com HIV que usam

drogas estimulantes, para que iniciem e adiram à TAR. Por exemplo, podem acompanhar o indivíduo até à clínica de TAR e servir como um navegador, orientando a pessoa para os serviços de saúde relevantes e para serviços fora do setor de saúde, tais como habitação ou serviços jurídicos.

Para responder aos desafios específicos levantados pelas pessoas vivendo com HIV que frequentemente usam drogas estimulantes, são necessárias estratégias inovadoras de IEC. Por exemplo, o uso de mensagens de texto, lembrando aos pacientes que devem dar continuidade aos tratamentos, tem apresentado uma melhoria nos resultados dos pacientes em locais com recursos limitados [130], e isso pode ser aplicado a pessoas que usam drogas estimulantes (ver Box 7).

A combinação de serviços pode também aumentar o acesso à TAR. Isso pode significar o oferecimento aos homens que fazem sexo com homens vivendo com HIV e seus parceiros potenciais de aconselhamento sobre sexo e uso de drogas seguros, juntamente com acesso rápido a testes sem julgamento, acesso a PEP e PrEP (para parceiros) e encaminhamentos rápidos para tratamento de IST e HIV. Foi demonstrado que o conhecimento exato sobre o tratamento do HIV leva a uma maior adesão e a comportamentos sexuais mais seguros.

As pessoas vivendo com HIV que usam drogas estimulantes devem ser apoiadas para aderir à TAR por meio de intervenções psicossociais (ver Seção 2.5), participando em atividades de apoio em grupo, mobilizando redes de apoio e, se possível, discutindo o seu uso de drogas estimulantes com profissional de saúde acolhedor/a. Elas não devem ser excluídas dos serviços por continuarem usando drogas, mas as interações dessas drogas com a TAR devem ser explicadas para encorajá-las a reduzir os riscos.

**Box 7. Mensagens de texto reduzem comportamentos de risco de infecção por HIV entre homens que usam metanfetamina e que fazem sexo com outros homens**

Apoio Social	Apoio informacional	“Ele te deu uma IST? Então, faz o seguinte.”
		“Cuide-se! Vacine-se contra hepatite B e C.”
	Apoio emocional	“Foda seu parceiro, não sua vida.”
		“Você merece uma agulha nova.”
	Apoio instrumental	“Anfetamina te derruba, a medicação te levanta.”
		“Põe na mala meias com preservativos e lubrificante.”
Crenças de Saúde	Ameaça à saúde	“Você está com corrimento?”
		“Anfetamina pode destruir seus dentes.”
	Comportamentos de saúde para reduzir o risco	“Não seja uma estatística, tome os seus medicamentos.”
		“Injete limpo, um abscesso é uma grande confusão.”
	Sensibilização para os riscos para a saúde	“50% dos homens com clamídia não apresentam sintomas.”
		“Usar anfetamina em público pode ser arriscado.”
Cognitivo Social	Habilidade de autocontrole	“Fins de semana estão ficando cada vez mais longos?”
		“Não tenha uma relação de feridas abertas.”
	Autoeficiência	“Primeiramente, diga que você é soropositivo. Você consegue!”
		“Tome os seus medicamentos, mesmo se estiver se divertindo.”

Conteúdo de mensagens baseado em teoria foi entregue várias vezes por dia por educadores de pares a homens que usam de metanfetamina e que fazem sexo com homens no Condado de Los Angeles, EUA. O projeto-piloto de intervenção de duas semanas do Project Tech Support foi mediado por educadores de saúde, com até quatro conversas de mensagens de texto por dia, consistindo em até 20 mensagens de texto em cada sentido por conversa. Foram encontradas reduções significativas no consumo de metanfetaminas e comportamentos sexuais de risco nas avaliações de acompanhamento de dois meses.

Fonte: Reback et al, 2012 [131]

### *Outros recursos*

Mais informações sobre o alcance de populações-chave específicas liderado pela comunidade podem ser encontradas em IDUIT, MSMIT, SWIT e TRANSIT.

*Differentiated service delivery for HIV: A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations* (IAS, 2018) [167]

International AIDS Society (IAS) special website on Differentiated Service Delivery <https://www.iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery>.

## **3.2 Assistência à saúde sexual e reprodutiva**

As pessoas que usam drogas estimulantes necessitam de acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo diagnóstico e tratamento de IST, planejamento familiar e triagem/tratamento de cânceres do colo do útero (câncer cervical) e/ou do reto.

O uso anal de drogas estimulantes aumenta os riscos de trauma anorretal, especialmente quando associado a sessões sexuais longas e intensas.

As mulheres grávidas e lactantes vivendo com HIV precisam de acesso não discriminatório a clínicas pré e pós-natal, serviços sobre a transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite, informação e apoio durante a gravidez e após o parto.

## **3.3 Assistência à saúde mental**

As pessoas que usam drogas estimulantes podem precisar de uma grande variedade de necessidades de serviços de apoio à saúde mental, relacionadas às próprias drogas, ao estresse ou outras situações pessoais, ligadas à infecção pelo HIV ou a alguns medicamentos antiretrovirais. Altas doses de drogas estimulantes e longos períodos de uso, longos períodos sem dormir e períodos de desnutrição podem resultar em paranoia, depressão grave ou tentativa de suicídio, especialmente após os efeitos das drogas estimulantes desaparecerem. A dependência e o consumo crônico de metanfetaminas estão provavelmente associados à "psicose por metanfetaminas", que requer atenção emergencial à saúde mental.

## **3.4 Apoio socioeconômico**

O apoio socioeconômico como parte do meio psicossocial é muitas vezes minimizado, mas está no centro de um programa abrangente de prevenção do HIV. Os serviços de apoio socioeconômico devem ter como objetivo a criação de um ambiente que promova os comportamentos de proteção, a adesão ao TAR e a supressão viral. Por exemplo, as pessoas que não têm moradia fixa são mais propensas a se envolverem em uma série de condutas associadas ao risco de contrair HIV [132] e a terem uma carga viral detectável [99]. A disponibilização ou facilitação de habitação e de outros serviços sociais tem apresentado ter um impacto positivo significativo nas medidas relativas ao HIV e às drogas [133]. O emprego também demonstrou melhoria nos resultados [134].

### **Box 8. Apoio social e de saúde integral às pessoas em situação de rua que usam crack: o Programa De Braços Abertos**

Lançado em janeiro de 2014 pelo município de São Paulo (SP), o programa De Braços Abertos teve como objetivo reintegrar socialmente pessoas que usam crack e pessoas em situação de rua em uma área da cidade conhecida como Cracolândia e restaurar sua qualidade de vida. A área estava passando por altos índices de violência e um número crescente de pessoas estava usando crack na rua.

Em contraste com as sucessivas tentativas de restaurar a segurança pública por meio de uma abordagem repressiva, o projeto adotou uma abordagem orientada para a saúde e baseada nos direitos humanos, focando nos direitos das pessoas à moradia, à alimentação, à renda e à saúde. A todas as pessoas beneficiadas foram oferecidas três refeições por dia, treinamento e um pequeno subsídio semanal de 130 reais em troca de 20 horas de trabalho, como jardinagem ou limpeza de ruas. Uma unidade móvel (tenda) foi instalada na área, oferecendo atendimento à saúde, assistência social, oficinas e atividades socioculturais, de acordo com as demandas da comunidade. A atenção à saúde incluiu intervenções de baixa exigência, realizadas por uma equipe multidisciplinar. Todas as mulheres tinham acesso aos serviços ginecológicos. O teste rápido para HIV e sífilis foi fornecido pela clínica móvel, e as pessoas com resultado positivo (4% para o HIV e 26% para a sífilis) foram encaminhadas para tratamento.

O tratamento da dependência de drogas apoiou os participantes no aumento do seu autocuidado e na redução do uso de substâncias ao seu próprio ritmo e por sua própria escolha. O programa tinha um forte componente comunitário e baseado em pares o que permitiu desenvolver serviços adaptados às necessidades da comunidade, tais como espaços mais seguros para fumar crack/cocaína.

O programa rapidamente demonstrou um impacto positivo, oferecendo mais de 10 mil intervenções de saúde em dois meses e levando a uma redução de 50% a 70% no uso de crack entre os participantes. Ao mesmo tempo, a segurança pública melhorou significativamente na área, com uma redução de 50% no número de crimes observados durante os primeiros seis meses do programa.

Até dezembro de 2014, o programa havia atendido 500 pessoas, das quais 50 foram viver novamente com suas famílias, 20 tinham contrato formal de trabalho, 42 tinham sido treinadas e estavam trabalhando em parques públicos e 80 estavam recebendo atendimento de saúde mental. Muitos beneficiários relataram que a habitação estável e o emprego melhoraram sua qualidade de vida, minimizando conflitos e reduzindo o uso problemático do crack. A avaliação também destacou que as intervenções baseadas na comunidade com um forte componente de educação por pares foram essenciais para abordar as especificidades culturais e as necessidades das comunidades.

#### **Outros recursos**

*mHGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings* (WHO, 2010) [112]

*Guidelines for the management of methamphetamine use disorders in Myanmar* (Ministry of Health and Sports, Myanmar, 2017) [115]

*Harm reduction and brief interventions for ATS users* (WHO, 2011) [114]

*Good practice guide for employing people who use drugs* (International HIV/AIDS Alliance, CoAct, 2015) [135]

# Capítulo 4

## Facilitadores essenciais

Os facilitadores essenciais definem-se como estratégias, atividades e abordagens que são necessárias para promover a eficácia e a eficiência das intervenções do programa principal. Eles se apoiam na compreensão de que o oferecimento de serviços para pessoas que usam drogas estimulantes muitas vezes ocorre dentro de um ambiente legal e politizado, no qual se fomentam elevados níveis de estigma, discriminação, medo e violência, por vezes agravados por situações de pobreza e racismo. Esses fatores aumentam a vulnerabilidade ao HIV e à hepatite, ao criarem barreiras que impedem o acesso aos serviços de saúde. Como resultado, há pouco acesso à informação, pouca aceitação dos serviços de prevenção do HIV, testagem e tratamento tardios para o HIV e baixa adesão ao tratamento. Os facilitadores essenciais são necessários para resolver as seguintes questões:

- As barreiras estruturais - tais como sanções penais por não revelação do estado de HIV, exposição ou transmissão do HIV, uso de drogas, relações entre pessoas do mesmo sexo ou trabalho sexual - criam um temor à prisão e repressão que impede que algumas das pessoas que usam drogas estimulantes tenham acesso aos serviços de saúde.
- Abortos e esterilização forçados de mulheres que usam drogas estimulantes, e temores de perder a custódia dos filhos afastam as mulheres (grávidas ou não) de procurar serviços de saúde, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva, assim como assistência pediátrica.
- Os jovens que consomem drogas estimulantes, no caso de menores, podem enfrentar barreiras legais no acesso aos serviços de prevenção e tratamento do HIV em função da maioridade.
- Em muitos países, as leis ou políticas consideram a posse de insumos de prevenção do HIV, tais como agulhas e seringas ou preservativos, como prova do uso de drogas ou da prática de trabalho sexual ilegal. Isso aumenta a vulnerabilidade ao HIV ao desencorajar as pessoas sobre o uso de equipamento de injeção estéril ou preservativos.

Este capítulo lista 6 facilitadores críticos. A adoção de práticas de apoio por parte dos órgãos responsáveis pela aplicação da lei, dos agentes policiais e prisionais e do acesso à justiça são questões transversais para todos os facilitadores.

### *Outros recursos*

IDUIT, MSMIT, SWIT and TRANSIT

*Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 revision,*

Chapter 5: Critical enablers (WHO, 2016) [8]

## 4.1 Legislação e políticas de apoio

Todos os organismos relevantes das Nações Unidas aprovaram um pacote abrangente de prevenção e tratamento do HIV para as pessoas que injetam drogas, conforme descrito no *guia técnico da OMS/UNODC/UNAIDS* [7], que lista os programas de troca de agulha e seringa como a primeira e prioritária intervenção. O pacote abrangente também se reflete no Documento de Resultados da UNGASS 2016 [136], que conclama por “medidas eficazes destinadas à minimização das consequências sociais e de saúde pública adversas causadas pelo abuso de drogas, incluindo programas terapêuticos adequados com auxílio de medicamentos, programas para uso injetável de drogas, bem como terapia antirretroviral e outras intervenções relevantes que previnam a transmissão do HIV, hepatite viral e outras doenças transmitidas pelo sangue que estejam associadas ao uso de drogas”.

As leis e políticas nacionais e estaduais devem ser revistas e, quando necessário, alteradas para assegurar que elas apoiem as intervenções destinadas à melhoria da saúde das pessoas que consomem drogas, incluindo aquelas que consomem drogas estimulantes.

A abordagem eficaz do uso de drogas como uma questão de saúde pública requer que as sanções penais sejam removidas ou atenuadas para que não criem mais problemas sociais e de ordem sanitária para as pessoas que usam drogas, suas famílias e, conseqüentemente, para a comunidade em geral. As alternativas ao encarceramento e à punição pelo uso ou posse de drogas para consumo pessoal reduziram substancialmente as barreiras estruturais impostas ao oferecimento de serviços de atenção à saúde, incluindo serviços de prevenção e tratamento do HIV para pessoas que usam drogas estimulantes.

Legislações que não imponham sanções penais às populações-chave também reduzirão os riscos assumidos pelos trabalhadores/es de campo e outros/as profissionais de saúde que oferecem educação, sensibilização, mobilização comunitária, preservativos e outros serviços de baixa exigência para prevenção e tratamento do HIV.

As leis e os instrumentos políticos devem incluir disposições contra o estigma e a discriminação dentro das políticas sociais e de saúde. Eles devem possibilitar a distribuição de material informativo sobre a prevenção do HIV e da hepatite, juntamente com insumos específicos para o consumo de drogas - tais como agulhas e seringas e diversas opções de equipamento para injeção, canudos, cachimbos para crack ou metanfetamina destinados ao consumo de drogas estimulantes - para reduzir os riscos de transmissão do HIV ou da hepatite.

### Box 9. Reformar a política de luta contra a droga por meio de um processo consultivo em Mianmar



Embora o consumo de ópio seja uma questão importante em Mianmar, o país é também um dos maiores produtores de metanfetamina do mundo. Tem cerca de 80.000 pessoas que injetam drogas (principalmente heroína), 30% das quais vivem com HIV. Há falta de dados confiáveis sobre o consumo de metanfetaminas, mas esse tem sido identificado como um problema de saúde crescente, e o número de pessoas que procuram tratamento aumentou anualmente nos últimos seis anos.

Até 2017, o governo de Mianmar implementou um plano repressivo de controle de drogas visando alcançar um “país livre de drogas”. A política abordou o uso de drogas principalmente como um crime, e as pessoas que usavam drogas foram condenadas à prisão (constituindo 48% dos 70.000 presos do país) ou poderiam ser enviadas para centros de tratamento compulsório. As pessoas que consomem drogas em Mianmar enfrentam elevados níveis de estigma e exclusão social e têm pouco acesso aos serviços de saúde.

Em 2015, o UNODC apoiou uma consulta sobre a alteração da Lei dos Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas de Mianmar. As mudanças sugeridas pelos participantes incluíram a anulação do registro obrigatório das pessoas que consumiam drogas, a mudança de detenção para o tratamento da dependência de drogas, a redução das penas por infrações leves e a inclusão da abordagem de redução de danos na lei. A ONU também recomendou a extinção da pena de morte para crimes relacionados a drogas.



Em setembro de 2016, após uma reunião intergovernamental e um pronunciamento aos Membros do Parlamento, um plano para a revisão da política de drogas foi elaborado sob a liderança do Comitê Central para o Controle do Abuso de Drogas (CCDAC, sigla em inglês), o qual convidou as OSC interessadas para participar do processo. Mais de 150 organizações governamentais e não-governamentais, stakeholders e especialistas de setores como saúde e assistência social, forças de segurança, universidades, instituições de ensino, psicologia e desenvolvimento rural contribuíram por meio de três rodadas de consultas.

A nova política foi lançada pelo Governo e pelo UNODC em 28 de fevereiro de 2018. Ela faz referência às melhores práticas internacionais e está alinhada com a abordagem da UNGASS 2016. A política recomenda uma abordagem baseada na saúde, com foco na prevenção e redução de danos, e defende que "uma reforma estrutural é necessária para reduzir as consequências negativas associadas ao uso de drogas e para promover alternativas à prisão por delitos relacionados às drogas". A política identifica que os serviços relacionados ao uso de drogas precisam ser expandidos para lidar com o uso de metanfetaminas e outros danos relacionados às drogas, e que o tratamento e os serviços realizados na comunidade para as pessoas que usam drogas devem ser ampliados. Também propõe a transição de sistemas de tratamento de drogas obrigatórios para voluntários.

*Veja também: Política Nacional de Controle de Drogas de Mianmar (Ministério da Saúde, Mianmar, 2018) [137]*

## 4.2 Empoderamento e engajamento expressivo da comunidade

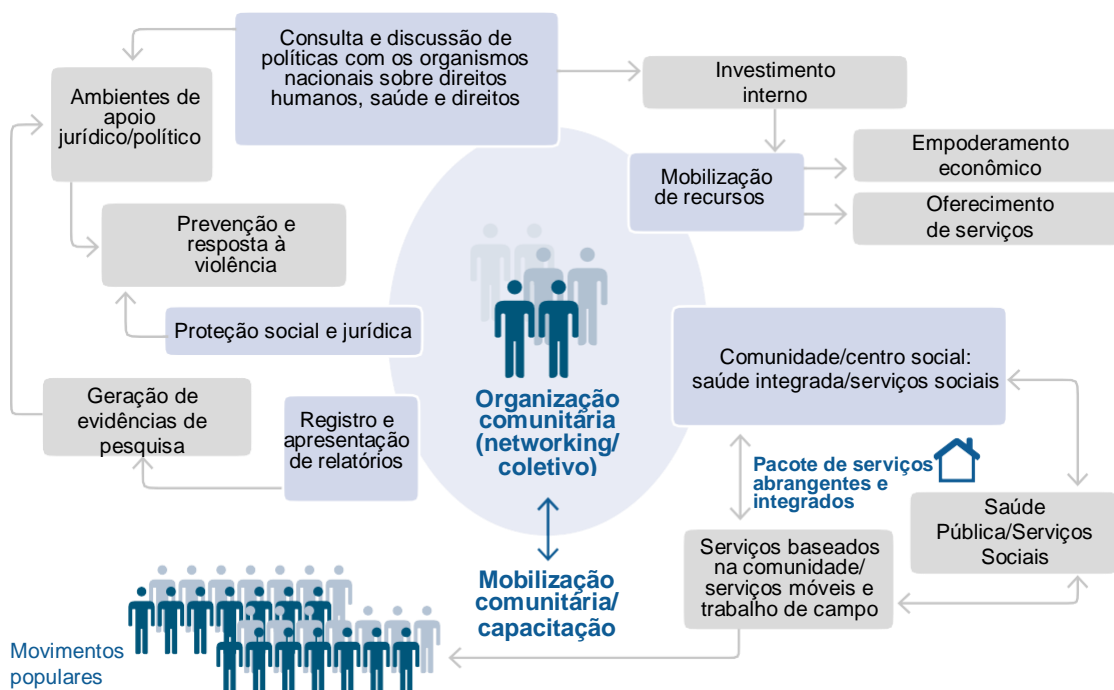
As políticas e programas de saúde são mais eficazes e têm um impacto mais positivo nos resultados da saúde quando as populações afetadas participam de seu desenvolvimento [138]. A capacitação comunitária é o processo pelo qual as pessoas que usam drogas, e outras populações-chave, são auxiliadas a enfrentar por si mesmas as limitações que enfrentam em matéria de saúde, direitos humanos e bem-estar, e a melhorar as condições de acesso aos serviços, inclusive a redução do risco de adquirir HIV e HCV, e o oferecimento de tratamento e cuidados a pessoas vivendo com HIV, HCV e outros problemas de saúde. A cooperação comunitária pode:

- Mobilizar a procura pelos serviços
- Aumentar a acessibilidade das pessoas cujo acesso é difícil pelos sistemas de saúde formais
- Apoiar o fortalecimento dos sistemas de saúde
- Mobilizar as lideranças políticas
- Mudar os comportamentos e os padrões sociais
- Criar um ambiente propício que promova a igualdade de acesso aos serviços

A Declaração Política das Nações Unidas de 2016 sobre a Erradicação da AIDS reitera o papel fundamental das comunidades na promoção, no envolvimento e na coordenação das intervenções contra o HIV e no oferecimento de serviços. A Declaração reconhece ainda que as iniciativas comunitárias contra o HIV devem ser intensificadas e que pelo menos 30% dos serviços devam ser coordenados pela comunidade até 2030. Da mesma forma, o Documento Final da UNGASS 2016 recomenda a intensificação da participação ativa das OSCs, bem como seu apoio e treinamento (136).

A Figura 2 apresenta um resumo do papel da comunidade no enfrentamento ao HIV e ao HCV.

**Figura II. Uma estrutura focada na comunidade e baseada em direitos para a prevenção do HIV e do HCV**



Fonte: IDUIT [9]

### 4.3 Combate ao estigma e à discriminação

Quando as pessoas que usam drogas são também membros de outras populações-chave, é provável que enfrentem estigma e discriminação adicionais por parte da sociedade em geral e das suas comunidades locais, bem como autoestigmatização. Podem também ser estigmatizadas dentro de sua própria comunidade da população-chave, se o consumo de drogas for visto com desaprovação pelos seus pares.

O estigma e a discriminação contra as pessoas que usam drogas estimulantes ocorrem na comunidade em geral, no setor da saúde (incluindo os serviços para tratamento do HIV e da dependência de drogas), nas instituições responsáveis pela aplicação da lei e no sistema judicial. As intervenções para se reduzir o estigma e a discriminação devem ser desenvolvidas de acordo com as especificidades de cada setor. As atividades sugeridas incluem:

- Avaliar a extensão e a natureza do estigma e da discriminação contra as populações-chave que usam drogas estimulantes entre os profissionais de saúde, os serviços sociais, os serviços comunitários e outros serviços de HIV de baixa exigência e entre policiais. Envolver-se com as comunidades de pessoas que usam drogas para compreender e definir suas necessidades de serviços.
- Sensibilizar profissionais de saúde e de assistência social para reduzir o estigma e a discriminação contra as pessoas que usam drogas estimulantes.

- Capacitar profissionais de saúde, incluindo os profissionais de saúde comunitários, para dar resposta às necessidades específicas das pessoas que consomem drogas estimulantes. No âmbito dos serviços destinados às pessoas que usam drogas estimulantes, isso significa criar capacidades para oferecer informações adaptadas às necessidades das diferentes populações-chave. Nas clínicas que atendem homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras e trabalhadores do sexo ou pessoas transgênero, ou em instalações médicas em presídios, isso significa desenvolver a capacidade de oferecer informações e serviços de prevenção do HIV específicos para o contexto do uso de drogas estimulantes. Em ambos os casos, os serviços devem ser de fácil utilização e adaptados ao estilo de vida, gênero e idade da população a que servem (no que diz respeito aos horários de funcionamento, área atendida, clínicas móveis etc.).
- Sensibilizar policiais quanto ao papel crucial que suas atitudes e práticas desempenham na resposta à epidemia do HIV entre as populações-chave e capacitá-la a adotar práticas de apoio.
- Oferecer conceitos jurídicos básicos e assistência jurídica por meio de serviços de baixa exigência, a fim de conscientizar as pessoas que usam drogas sobre seus direitos e acesso à assistência jurídica para lidar com casos de família, emprego, moradia ou direito penal.
- Dar apoio a organizações com base comunitária para que elas desenvolvam e implementem abordagens eficazes para reduzir o estigma e a discriminação dentro das populações-chave, incluindo o autoestigma, e para apoiar os indivíduos a desafiar o estigma e a discriminação.

#### Outros recursos

*Training manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs*

(UNODC, 2014) [139]

Joint United Nations statement on ending discrimination in health-care settings (2017) [140]

## 4.4 Alternativas à detenção e reclusão

As pessoas não devem ser encarceradas por usarem drogas. É ineficaz e dispendioso e afasta as pessoas que usam drogas estimulantes da possibilidade de acessar serviços de saúde de que necessitam. Em vez disso, as pessoas que usam drogas estimulantes devem ser encaminhadas para serviços de promoção da saúde ou de tratamento para a dependência, incluindo serviços de prevenção e tratamento do HIV.

A aplicação da lei, e especialmente a polícia, desempenham um papel fundamental na vida das pessoas que usam drogas estimulantes. A capacitação, o estabelecimento de parcerias e a formação para sensibilização são estratégias-chave para apoiar as instituições responsáveis pela aplicação da lei na adoção de políticas e práticas que facilitem o acesso a serviços de prevenção e tratamento do HIV baseados em evidências e nos direitos humanos.

A formação de parcerias entre a polícia e os serviços de redução de danos do HIV, incluindo os serviços de tratamento da dependência e as comunidades de pessoas que usam drogas e outras populações-chave, pode ser eficaz no estabelecimento de um esquema de prevenção contra a prisão de pessoas que usam drogas. Orientações sobre como implementar esses serviços são apresentadas no *Guia prático para os serviços de prevenção e tratamento do HIV na sociedade civil entre pessoas que usam drogas: aperfeiçoando a cooperação e a articulação com as autoridades policiais* (UNODC, INPUD, LEAHN, 2016) [141].

A prestação de assistência jurídica às pessoas que usam drogas estimulantes que foram presas, por exemplo, por meio da assistência de paralegais, pode também prevenir o encarceramento e facilitar o encaminhamento para medidas alternativas no caso de crimes menos graves e não violentos.

## 4.5 Prevenção e combate à violência

A violência física, sexual ou psicológica, incluindo a violência baseada no gênero, contra grupos populacionais altamente estigmatizados é comum e aumenta a vulnerabilidade ao HIV por parte das populações-chave [142][143]. As mulheres que usam drogas, trabalhadoras e trabalhadores do sexo e mulheres transgênero são particularmente vulneráveis à violência, incluindo a violência doméstica e a violência policial. Leis discriminatórias que proíbem o contato entre pessoas do mesmo sexo alimentam a violência homofóbica, o que também cria barreiras ao acesso e ao uso de serviços.

Nas instalações onde ocorre trabalho sexual, o uso de drogas estimulantes aumenta o risco de violência contra trabalhadores e trabalhadoras do sexo, inclusive forçando-as/os a usar drogas. Sob a influência de drogas, os trabalhadores e trabalhadoras do sexo sofrem uma redução de sua capacidade de avaliar o nível de segurança de determinadas situações e de negociar sexo seguro.

Medidas para prevenir a violência e proteger as pessoas da exposição à violência devem ser adotadas. Entre elas estão sensibilização e treinamento de policiais; medidas ambientais, por exemplo, iluminação pública e a oferta de acesso a abrigos seguros, creches e autodefesa para pessoas vulneráveis à violência. Iniciativas lideradas pela comunidade, como a criação de linhas diretas, são mais eficazes para ajudar as vítimas de violência, principalmente para responder a crises.

As pessoas que foram vítimas de violência devem ter acesso a serviços de saúde, tais como saúde sexual e reprodutiva, serviços de prevenção e tratamento do HIV, incluindo PEP, e também a serviços de proteção social, apoio psicológico lógico e assistência jurídica, quando necessário.

## 4.6 Desativação dos centros de detenção e reabilitação compulsória de dependentes químicos

Os centros compulsórios de detenção e reabilitação de pessoas que usam drogas são utilizados em vários países para prender homens, mulheres e crianças suspeitos de consumir drogas. Outros centros de detenção compulsória destinam-se a prender pessoas que tenham realizado trabalho sexual e crianças que tenham sido vítimas de exploração sexual.

A violação dos direitos humanos no caso de detenção forçada sem revisão judicial é agravada por outras características denunciadas desses centros, tais como condições precárias, trabalho forçado, violência física e sexual e falta de acesso à atenção à saúde, incluindo serviços de prevenção e tratamento do HIV.

As agências da ONU têm defendido, em uma declaração conjunta da ONU, para que os Estados fechem esses centros e disponibilizem serviços sociais e de assistência à saúde voluntários, baseados em evidências e direitos baseados na comunidade, incluindo serviços comunitários de redução de danos causados pelo HIV [144]. Sentenças judiciais para cumprimento de serviços comunitários e medidas não-custodiais devem ser acompanhadas por serviços de saúde que as pessoas necessitam.

### *Outros recursos*

IDUIT, MSMIT, SWIT and TRANSIT

*Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 revision*, Chapter 5: Critical enablers (WHO, 2016) [8]

*Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users* (WHO, UNAIDS, UNODC, 2004) [145] Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centers. United Nations, 2012 [168]

# Capítulo 5

## Requisitos para implantação

As intervenções em matéria de HIV, HCV, HBV, IST e TB para pessoas que usam drogas estimulantes devem ser acessíveis e adaptadas às necessidades e preocupações específicas das populações-chave. Elas podem variar em função das drogas utilizadas, das vias de administração, dos contextos em que ocorre o consumo de droga e de outros riscos e vulnerabilidades concomitantes, bem como da gama de canais de comunicação possíveis.

O consumo de drogas é frequentemente uma atividade coletiva. O consumo de drogas estimulantes está associado a outras atividades sociais, como a participação em clubes, festivais e festas sexuais ou em locais de trabalho sexual. A transmissão do HIV ou de outros vírus transmitidos pelo sangue depende, portanto, em grande parte, de comportamentos comunitários e normas sociais que existem em um ambiente de risco mais amplo. A transmissão sexual do HIV entre pessoas que usam drogas estimulantes pode ser influenciada por regras ou rituais dentro de determinado grupo ou subpopulações.

Os programas para pessoas que usam drogas estimulantes precisam considerar cada subgrupo da população, tanto em termos de intervenções relacionadas ao uso de substâncias e ao risco sexual quanto às abordagens voltadas à oferta de serviços. Portanto, os programas eficazes para as pessoas que consomem drogas estimulantes exigem dados detalhados e desagregados por grupos da população a serem beneficiados para uma avaliação sólida das necessidades. A realização de uma consulta à comunidade com pessoas que usam drogas estimulantes em diferentes áreas geográficas e ambientes (ou em locais virtuais) representa uma oportunidade para melhor compreender, documentar e planejar as respostas às necessidades do grupo.

### 5.1 Integração entre grupos de pessoas que usam drogas estimulantes e os riscos associados

Intervenções efetivas em matéria de HIV para resolver o problema relacionado a esse vírus e ao uso de drogas estimulantes exigem cooperação e integração entre os serviços destinados às pessoas que usam drogas e de outras populações-chave. Exige também o enfrentamento do estigma externo, incluindo a estigmatização cruzada entre grupos.

Os serviços para as populações-chave costumam ser prestados em silos e carecem de recursos para atender às necessidades das pessoas fora de seu grupo específico. Um desafio na oferta de serviços relacionados ao HIV a membros de populações-chave que usam drogas

estimulantes é a oferta de serviços, recursos e informações de forma confidencial e adequada pelos seus pares ou outros serviços que sejam relevantes para todos os vários comportamentos em que se envolvem, por exemplo, o uso de estimulantes e a prática de trabalho sexual ou homens que fazem sexo com homens que usam drogas estimulantes.

A maioria dos serviços para homens que fazem sexo com homens, trabalhadores e trabalhadoras do sexo ou pessoas transgênero não têm o componente específico de prevenção do HIV necessário para pessoas que usam crack, anfetaminas ou metanfetaminas. Por outro lado, os programas de redução dos danos do HIV para as pessoas que usam drogas carecem principalmente de serviços que respondam às necessidades de outras populações-chave. Por exemplo, a maioria dos participantes de um estudo sobre *chemsex* entre gays em Londres relataram que nunca tinham encontrado informações sobre redução de danos relacionadas especificamente a locais que oferecem serviços sexuais em suas instalações [146].

A interseccionalidade entre o uso de drogas (incluindo o uso injetável de drogas) e o sexo indica uma necessidade nítida de integrar intervenções de prevenção do HIV relacionadas ao uso de drogas para homens que fazem sexo com homens que usam drogas com serviços de saúde sexual, e intervenções de saúde sexual direcionadas aos serviços de redução de danos causados pelo HIV, com destaque aos PTSs.

Do mesmo modo, os PTSs devem enfatizar informações sobre os riscos da transmissão sexual do HIV entre as pessoas que injetam drogas, em particular as que injetam drogas estimulantes.

Embora este guia se concentre em drogas estimulantes, é importante ter em mente que o policonsumo de drogas (ou seja, o uso de drogas estimulantes juntamente com outras drogas, como opiáceos) é comum.

Os serviços de prevenção e tratamento do HIV e as autoridades prisionais devem trabalhar em conjunto para assegurar que as pessoas que usam drogas tenham acesso aos mesmos serviços essenciais na prisão que estão disponíveis na comunidade, e assegurar a continuidade dos tratamentos e cuidados entre a comunidade e as prisões. O pacote recomendado de 15 intervenções<sup>7</sup> essenciais sobre o HIV para pessoas em prisões está detalhado no documento do UNODC intitulado *Prevenção, tratamento e cuidados do HIV em prisões e outros contextos de privação de liberdade: um pacote abrangente de intervenções* (2013) [147].

## 5.2 Chemsex e prevenção do HIV

Há uma necessidade de maior disponibilidade e acesso a serviços de redução de danos do HIV e saúde sexual que sejam acolhedores para os homens que fazem sexo com homens, de modo que eles sejam capazes de atender às necessidades psicossociais e físicas relacionadas ao *chemsex*. Isso inclui o recrutamento de membros desta comunidade para realizar serviços de prevenção no próprio local. Lidar com o *chemsex* por meio de abordagens e estratégias de redução de danos do HIV também requer a participação significativa da comunidade de modo a garantir que os materiais desenvolvidos sejam relevantes e adequados. Os tópicos a seguir podem ser adequados com relação aos materiais de IEC:

- Uso mais seguro de drogas e reconhecimento de danos causados pelo HIV

<sup>7</sup> As 15 intervenções são: 1. Informação, educação e comunicação; 2. Programas de preservativos; 3. Prevenção da violência sexual; 4. Tratamento de dependência de drogas, incluindo terapia de substituição de opióides; 5. Programas de agulhas e seringas; 6. Prevenção de transmissão através de serviços médicos ou odontológicos; 7. Prevenção da transmissão através de tatuagens, piercings e outras formas de penetração na pele; 8. Profilaxia pós-exposição; 9. Teste e aconselhamento para HIV; 10. Tratamento, cuidados e apoio ao HIV; 11. Prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose; 12. Prevenção da transmissão vertical do HIV; 13. Prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis; 14. Vacinação, diagnóstico e tratamento de hepatite viral; 15. Proteção da equipe contra riscos ocupacionais.

- Sexo mais seguro
- Consentimento, respeito pelo próximo e redução da exploração sexual
- Transmissão de ISTs, HIV, HCV e HBV
- Satisfação sexual e segurança
- Lidar com situações de emergência relacionadas a drogas
- Estigma relacionado ao HIV e questões associadas à revelação do *status* de HIV e/ou uso de drogas
- Oportunidades de socialização e *networking* que não incluem drogas e sexo

Para facilitar o desenvolvimento e a promoção de estratégias e procedimentos de prevenção do HIV relacionados ao sexo e às drogas, os pares que prestam serviços de saúde devem trabalhar em conjunto com donos/as dos estabelecimentos comerciais que permitem a prática do sexo em suas instalações. O treinamento pode ter como objetivo reconhecer e ajudar as pessoas em situação de risco devido ao uso de drogas.

O consumo injetável de drogas no contexto do *chemsex* (“*slamming*”) é praticado por um pequeno número de pessoas, as quais são difíceis de localizar, pois o consumo injetável de drogas é geralmente considerado um assunto proibido dentro dessas comunidades [148]. É necessário que se desenvolvam estratégias específicas que permitam superar esse desafio, a fim de disponibilizar informações ou insumos adequados de prevenção do HIV.

### 5.3 Trabalho de campo (incluindo ambientes virtuais)

Com o objetivo de alcançar grupos de pessoas que usam drogas estimulantes em ambientes altamente estigmatizados, fato que dificulta o acesso aos serviços regulares, é necessário desenvolver estratégias que não sejam preconceituosas e que sejam culturalmente competentes.

Por meio do trabalho de campo, muitas intervenções podem se tornar acessíveis, incluindo informações, testagem do HIV, aconselhamento, preservativos e lubrificantes, equipamento estéril para injeção, materiais para a prática do sexo seguro, apoio social e encaminhamentos para serviços sociais e de atenção à saúde adequados. Os serviços oferecidos variam em função do contexto (ruas, clubes, festivais, locais de trabalho sexual, prisões, etc.) e dos riscos inerentes às pessoas que utilizam drogas estimulantes nesses contextos.

Os/As redutores/as de danos podem ser profissionais, mas o trabalho de campo é geralmente mais eficaz quando realizada por membros treinados da comunidade que consomem drogas estimulantes ou pela população-chave envolvida. Por exemplo, educadores de pares especializados podem disponibilizar informações ou insumos de prevenção do HIV em um festival.

Espaços seguros e centros de acolhimento podem ser criados em caráter temporário ou fixo, de acordo com o contexto, para oferecer às pessoas que usam drogas estimulantes um lugar para relaxar, descansar e ter acesso a informações, preservativos e lubrificantes, além de insumos para o uso seguro de drogas, bem como orientação e testes rápidos de HIV. Em alguns contextos, como em clubes ou festivais, cabines e instalações móveis temporárias podem ser montadas.

Telefones celulares e aplicativos da Internet também podem ser usados, quando necessário e quando o sigilo puder ser assegurado, com o objetivo de alcançar um número maior de pessoas que usam drogas estimulantes, incluindo aquelas que fazem parte de populações-chave, por meio de contatos individuais ou em grupo.

#### *Outros recursos*

*Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users* (WHO, 2004) [149]

*Training guide for HIV prevention outreach to injecting drug users* (WHO, 2004) [150]

## 5.4 Intervenções de base comunitária

O envolvimento significativo das pessoas que usam drogas estimulantes, tanto na elaboração como na implementação de uma intervenção, é fundamental para que ela seja eficiente. As comunidades têm conhecimentos únicos sobre a sua situação e necessidades, juntamente com conhecimentos científicos especializados, para ofertar serviços eficazes e acessíveis. O desenvolvimento e o monitoramento da qualidade dos serviços de prevenção, testagem e tratamento do HIV por grupos de pessoas que usam drogas, juntamente com representantes de outras populações-chave relevantes, podem ajudar a garantir a eficácia dos serviços adaptados para satisfazer as necessidades das pessoas que usam drogas estimulantes.

Por exemplo, no Reino Unido, na década de 1990, uma iniciativa de pares chamada *Crack Squad* fez parceria com o *Royal College of General Practitioners* para explorar práticas de consumo de drogas e exposição a riscos, demandas por atenção à saúde e serviços, por meio das experiências de pessoas que usavam crack. Isso ajudou a eliminar a lacuna de conhecimento profissional e permitiu o desenvolvimento de novas diretrizes nacionais, entre elas, as checklists de informação, com o objetivo de aprimorar os serviços voltados às pessoas que usam crack e cocaína [116].

### Oferta de serviços

Grupos de pessoas que usam drogas podem oferecer serviços de prevenção e testes de HIV e HCV, apoio e articulação em relação à TARV e outros serviços de médica. Eles também podem documentar violações dos direitos humanos, atuar em *advocacy*, participar de representações de alto nível e monitorar a qualidade dos serviços. As questões de credibilidade na comunidade e de acesso privilegiado podem ser problemáticas quando se trata de populações-chave que consomem drogas estimulantes. Redutoras/es que não fazem parte dessas comunidades, ou que já não consomem drogas estimulantes, terão uma desvantagem em termos de acesso à rede, percepção, credibilidade e impacto. No entanto, a qualidade e o impacto do trabalho de campo não são determinados apenas pelo tipo de trabalhador, pois a forma como a comunidade se envolve também é fundamental. As abordagens podem ser amplamente divididas entre estratégias serviço-usuário/a, modelagem depois de atividades extra-muro tradicionais, e podem ser desenvolvidas a partir de modelos baseados em redes.

- *Abordagem serviço-usuário/a*: Alguns exemplos são: a educação de pares [151], a orientação entre pares [152] e os líderes de pares [153]. Esses três modelos compartilham o fato de que um número relativamente pequeno de participantes com características específicas (por exemplo, idade, sexo, status) é selecionado pela equipe do projeto, recebe treinamento e trabalha dentro da estrutura hierárquica das organizações tradicionais de serviços. É solicitado que eles assumam um compromisso expressivo e duradouro para com um trabalho muitas vezes desgastante, estressante e de baixa remuneração.
- *Modelo baseado em redes (peer-driven)*: Nesta abordagem, pede-se a um número muito maior de membros da comunidade que assumam um compromisso muito menor. Em uma intervenção conduzida por pares, os participantes são instruídos sobre métodos de prevenção do HIV e, posteriormente, recebem pequenos incentivos para instruírem um número específico de pares e encorajá-los a transmitir a mesma informação a pessoas que conhecem. De Usuários/as, eles passam a ser multiplicadores de informação [154].

A distribuição secundária de insumos<sup>8</sup> para a prevenção do HIV talvez seja o melhor exemplo

<sup>8</sup> A distribuição secundária descreve um processo pelo qual um membro da comunidade recebe agulhas e seringas de um programa para distribuir a um grupo de pessoas que injetam drogas.



de aproveitamento do potencial das intervenções baseadas em redes. A distribuição secundária pode ser um modelo eficiente para tornar os PTSs disponíveis fora do horário normal de expediente ou em ambientes específicos, ou ainda em redes comunitárias onde drogas estimulantes são usadas, mas as pessoas normalmente não são beneficiadas pelos PTSs tradicionais. O PTS secundário também disponibiliza um veículo para a distribuição de insumos para consumo injetável de drogas em ambientes comerciais ou comunitários utilizados por pessoas envolvidas em trabalho sexual.

Outros exemplos de abordagens baseadas em redes incluem:

- Na República Checa, o PTS secundário tem sido utilizado para levar equipamento de injeção esterilizado a um grupo de pessoas que injetam metanfetamina, que desconfiam muito dos PTSs tradicionalmente utilizados por pessoas que injetam opioides.
- Para alcançar um grande número de pessoas com informações e insumos de prevenção do HIV e influenciar as normas da comunidade, uma abordagem de intervenção orientada por pares foi usada na Ucrânia com pessoas que usam a versão caseira da metanfetamina, chamada *Vint*.

Iniciativas comunitárias também foram bem sucedidas na abordagem às tendências emergentes em matéria de droga e aos novos comportamentos de risco. O primeiro sistema de distribuição de “cachimbo para crack” foi desenvolvido em Nova Iorque, nos Estados Unidos, por meio de uma iniciativa entre pares em parceria com a Universidade de Yale, tendo sido posteriormente promovido no Canadá e em outros locais, também por iniciativas lideradas por pares. Em outros locais, as pessoas que usam drogas estimulantes criaram cachimbos caseiros que evitam a exposição às toxinas provenientes de plásticos ou tintas, que têm sido associados a alguns danos, como o “pulmão negro”. A identificação, o teste e a promoção dessas inovações entre pares proporcionam oportunidades para a validação de equipamentos usados nas ruas que contribuem para a redução de danos causados pelo HIV, além de incentivarem a adoção de regras e rituais como o não compartilhamento de cachimbos.

Os pares também podem desempenhar um papel fundamental no que diz respeito aos testes realizados na comunidade e aos serviços de TAR para todas as populações-chave, a fim de melhorar a retenção e a adesão à TAR. Os pares podem fornecer informações sobre o tratamento, apoiar a distribuição da TAR, incluindo a entrega na comunidade, o oferecimento de apoio psicossocial e o monitoramento de pessoas que faltaram às consultas, bem como oferecer apoio para enfrentar o estigma, a discriminação e as barreiras legais e sociais [155].

Modelos semelhantes de organização comunitária poderiam ser adaptados a diferentes comunidades de pessoas que usam drogas estimulantes, tais como trabalhadores e trabalhadoras do sexo, pessoas transgênero e homens que fazem sexo com homens, incluindo aqueles que se envolvem em *chemsex*. Para se alcançar essas populações, é preciso alcançar os membros da comunidade, empoderá-los e recompensá-los por sua participação e mobilização. O uso de drogas por parte desses indivíduos pode afastá-los das principais organizações que representam os direitos de sua população. A mobilização e a organização da comunidade tornam-se prioridades para atender às necessidades de representação desses grupos.

### Outros recursos

Mais informações sobre o alcance de populações-chave específicas lideradas pela comunidade podem ser encontradas em IDUIT, MSMIT, SWIT e TRANSIT.

*Differentiated service delivery for HIV: A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations* (IAS, 2018) [167]

International AIDS Society (IAS) special website on Differentiated Service Delivery <https://www.iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery>

## 5.5 Serviços voltados para questões de gênero

Ao considerar questões de implementação, é fundamental que os serviços sejam adequados às necessidades das mulheres, homens e pessoas trans, tendo em conta temas baseados no gênero, tais como:

- Padrões de consumo e tipos de drogas estimulantes utilizadas
- Locais onde as drogas estimulantes são usadas
- Os efeitos das redes de relacionamento no consumo de drogas estimulantes
- Acesso individualizado a drogas
- Troca de sexo por drogas
- Percepção das disparidades de classes educacionais e econômicas
- De que forma o consumo de droga estimulante afeta o estilo de vida e o comportamento em relação aos familiares e amigos, incluindo quando são sujeitos à violência física e psicológica
- Acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo cuidados pré e pós-natais, e transmissão vertical para mulheres grávidas e lactantes

Os serviços de redução de danos do HIV para mulheres que usam drogas devem ser adaptados para atender às suas necessidades específicas, inclusive para atenção à saúde sexual e reprodutiva, cuidados infantis e apoio às mulheres que foram vítimas de violência, incluindo violência sexual [156].

Para mais informações sobre os serviços que atendem às necessidades das mulheres, consulte: *Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services* (UNODC, 2016) [156].

## 5.6 Jovens que usam drogas estimulantes

Alcançar os jovens (entre 10 e 24 anos de idade) [157] que usam drogas estimulantes e estão vulneráveis ao HIV, às ISTs e à hepatite requer o desenvolvimento de estratégias específicas para cada idade. Muitas vezes, os jovens que usam drogas estimulantes têm menos informações sobre as drogas e os riscos envolvidos. Eles enfrentam maior estigma e discriminação, incluindo barreiras legais específicas relacionadas à idade de consentimento, e menor acesso a serviços que, na maioria das vezes, não são adaptados às suas necessidades. Para proteger a saúde das populações-chave de jovens que usam drogas estimulantes, é crucial que os serviços sejam adaptados às suas necessidades. Isso inclui:

- Um pacote amplo em matéria de saúde, incluindo estratégias integrais para redução de danos do HIV, cuidados de saúde sexual e reprodutiva e cuidados de saúde mental, em formato que atraia sua faixa etária e gênero
- Serviços amigáveis para os jovens, comunitários, baseados em pares e descentralizados localizados onde os jovens que usam drogas estimulantes vivem ou podem facilmente frequentar, tais como ambientes recreativos ou centros comunitários para jovens
- Apoio e informações fornecidos pelos pares, pela Internet e pelas redes sociais

### Box 10. Estratégias inovadoras para intervenções sobre o HIV entre a população jovem que usa drogas estimulantes no Vietnã

O Vietnã está passando por uma epidemia de HIV e por um aumento no uso de metanfetaminas que está afetando diferentes grupos de populações-chave. Os jovens representam o grupo populacional mais afetado pelos riscos do HIV relacionados ao uso de drogas.

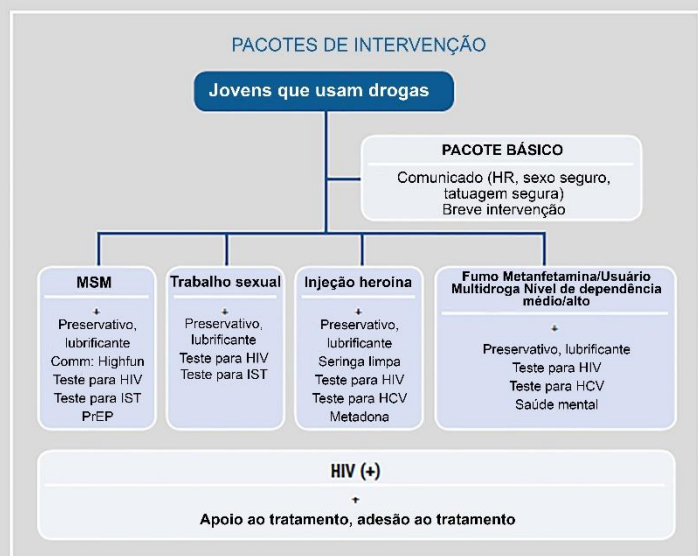
Em resposta à constatação de que as abordagens tradicionais ao HIV e ao uso injetável de drogas não eram eficazes entre os jovens que usam drogas, o Vietnã lançou, em 2017, uma nova estratégia, "Salvando o Futuro", para beneficiar 8.000 jovens (entre 16 e 24 anos de idade) que usam drogas (incluindo homens jovens que fazem sexo com homens, trabalhadores e trabalhadoras do sexo e pessoas transgênero) em várias cidades. O principal objetivo do projeto é melhorar a qualidade das intervenções contra o HIV entre esses jovens.

O projeto começou com uma avaliação básica da situação do HIV, do HCV e do uso de drogas entre a população jovem, para melhor compreender os fatores associados à transição para o consumo injetável de drogas e à infecção pelo HIV/HCV. A metanfetamina foi a droga mais consumida pelos participantes (71%); o consumo de heroína foi relatado por 18% deles, em sua maioria participantes mais velhos, que a usaram para minimizar os efeitos da metanfetamina. Todos os jovens que usaram metanfetamina relataram ter compartilhado cachimbos. As pessoas relataram ser mais propensas a praticar sexo em grupo e sexo desprotegido sob a influência de metanfetamina; entre 35% e 60% sofreram de depressão ou dependência. A maioria delas relatou usar drogas em grupos e passar de três a cinco horas por dia nas redes sociais da Internet. No entanto, os laços sociais que criaram foram muito superficiais.

Com base nesses resultados, um novo pacote de intervenções está sendo criado. O projeto tem como objetivo capacitar as organizações das populações-chave para que elas se interessem pelos jovens e implementem intervenções inovadoras. Outro objetivo é o aumento do envolvimento e liderança dos jovens que usam drogas. Diferentes abordagens estão sendo criadas para atender a subgrupos específicos. Uma diretriz de aconselhamento foi adaptada especificamente para os jovens que usam drogas estimulantes, como parte do pacote básico de intervenções. O projeto teve início em 2017 e será avaliado em 2019. Entre julho

e novembro de 2017, 2.750 jovens que usam drogas foram atendidos, dos quais 2.270 fizeram teste de HIV, 397 foram encaminhados para clínicas de IST e 120 foram submetidos ao exame de hepatite. Os participantes relataram um baixo nível de conscientização sobre HIV e HCV e outros riscos relacionados a drogas, e comportamentos de risco recorrentes, incluindo baixo uso ou uso incorreto de preservativos e sexo em grupos, incluindo *chemsex* desprotegido ("high-fun"). Os jovens que usam drogas estimulantes são difíceis de serem encontrados e acompanhados. Eles preferem o contato por telefone ou mídia social ao contato presencial.

Fonte: Centro de Apoio às Iniciativas de Desenvolvimento Comunitário (SCDI), Vietnã



#### Outros recursos

*HIV and young people who inject drugs: technical brief* (WHO, Interagency Working Group on Key Populations, 2015) [158]

*HIV and young men who have sex with men: technical brief* (WHO, Interagency Working Group on Key Populations, 2015) [159]

*HIV and young people who sell sex: technical brief* (WHO, Interagency Working Group on Key Populations, 2015) [160]

*HIV and young transgender people: technical brief* (WHO, Interagency Working Group on Key Populations, 2015) [161]



# Anexo

## Checklists para a redução de danos do HIV para pessoas que usam drogas estimulantes

### 1. Checklist para legisladores/as e diretoras/es

- ↘ Os programas de distribuição de agulhas e seringas (PTSs) devem possibilitar o acesso a quantidades adequadas de equipamento de injeção que respondam aos padrões curtos, repetidos e coletivos de injeção associados ao uso de drogas estimulantes.
- ↘ Os PTSs devem evitar a troca um por um, limitar o fornecimento de equipamento de injeção a clientes individuais ou outros protocolos que restrinjam o acesso ao equipamento de injeção a pessoas que injetam drogas estimulantes.
- ↘ Os PTSs devem analisar as estratégias tais como máquinas de venda automática de agulhas, PTSs secundários, trabalhos de campo nas comunidades, distribuição de pacotes de seringas em clubes, festas livres ou festas sexuais, a fim de facilitar o acesso a equipamento de injeção fora do horário comercial tradicional e em locais onde as pessoas compram e tomam drogas estimulantes.
- ↘ Os serviços devem promover de forma proativa o acesso a preservativos masculinos e femininos, lubrificantes à base de água, aconselhamento sobre sexo mais seguro e acesso a testes de HIV e IST e, se necessário, PEP e PrEP.
- ↘ Os serviços devem oferecer acesso a insumos de redução de danos, tais como cachimbos de crack ou metanfetamina, folha de alumínio, kits de inalação mais seguros ou cápsulas de gel, para incentivar vias de administração não injetáveis como alternativa à injeção de drogas estimulantes. Essas são também estratégias eficazes de envolvimento com pessoas que usam drogas estimulantes.
- ↘ Os serviços devem oferecer treinamento de autocontrole para incentivar padrões mais seguros de uso de drogas e sexo mais seguro.

## 2. Informações para pessoas que usam drogas estimulantes (sem uso de seringas)

- ↳ Evite compartilhar canudos ou cachimbos, devido ao risco de transmissão da hepatite C.
- ↳ Se você for sexualmente ativo, sempre carregue consigo e use preservativos e lubrificantes.
- ↳ Mantenha-se hidratado e cuide dos seus lábios durante uma sessão. A desidratação e o calor transferidos do cachimbo podem fazer com que os seus lábios rachem e sangrem, o que cria uma rota para a transmissão do HCV.
- ↳ Certifique-se de que o seu cachimbo não tenha lascas ou quebras, uma vez que elas podem aumentar o risco de danos nos lábios e de transmissão da hepatite C.
- ↳ Bocais para cachimbos de crack, que podem ser tão simples como tubos de borracha cortados a 2cm de comprimento, elásticos sobrepostos ou caixas de velas de borracha (de motores de veículos), podem ajudar a reduzir os riscos, se precisar compartilhar o seu cachimbo com outra pessoa.
- ↳ Se usar um isqueiro ou fósforo para fumar metanfetamina ou crack, pode queimar os dedos, nariz ou rosto, e é fácil não perceber essas queimaduras no início devido às propriedades anestésicas da cocaína ou intoxicação geral.
- ↳ A inalação de drogas estimulantes pode danificar o interior do nariz. A higienização nasal - lavagem com solução salina ou água nas narinas e soprar para fora - ajuda a remover o resíduo da droga após uma sessão.
- ↳ Canudos ou "tooters" para inalar drogas estimulantes não devem ser compartilhados, devido ao risco de transmissão da hepatite C.
- ↳ Fumar flocos de crack em um cigarro misturado com maconha pode suavizar a sensação do crack e dividir a pedra para várias tragadas.

## 3. Checklist de informações para pessoas que injetam drogas estimulantes

- ↳ Evite compartilhar agulhas, seringas e outros equipamentos de injeção. Procure fontes adequadas de equipamento de injeção estéril antes de uma sessão de uso. Avalie as suas próprias necessidades e as necessidades das pessoas com quem se vai injetar, e abasteça-se caso a sua sessão seja mais longa do que o inicialmente previsto.
- ↳ Use o tamanho correto de agulha de acordo com o equipamento de injeção para minimizar os danos às suas veias.
- ↳ Lave as mãos e os locais de injeção com água e sabão antes de preparar e administrar uma injeção para reduzir o risco de contaminação bacteriana e de “baque sujo” (sintomas graves de gripe que surgem repentinamente após uma injeção contaminada).
- ↳ Pesquise as drogas que você está tomando para entender o melhor método de prepará-las para injeção. Muitas drogas estimulantes dissolvem-se facilmente na água e não necessitam de aquecimento (hidrocloreto de cocaína, sulfato de

anfetaminas, metanfetamina, mefedrona e metacatinona) ou mistura com um acidificador. Algumas drogas estimulantes, como a ketamina, são facilmente danificadas pelo aquecimento. O crack precisa ser quebrado lenta e meticulosamente com um acidificador antes da injeção.

- ↳ Alterne entre os locais de injeção para dar tempo às veias de se recuperarem e curarem entre uma sessão e outra. Isso é extremamente importante no caso da cocaína, que é um anestésico local e anestesia o ponto de injeção após a primeira aplicação.
- ↳ A utilização de seringas *low-dead space* significa que há menos resíduos de sangue na seringa, o que reduz o risco de transmissão de uma infecção em caso de compartilhamento acidental.
- ↳ Utilize seringas com êmbolos coloridos para ajudar a evitar o compartilhamento acidental durante sessões longas e contínuas de injeção, sobretudo se a reutilização for uma necessidade.
- ↳ Descarte o equipamento de injeção com segurança para minimizar a possibilidade de ferimentos com seringas, compartilhamento acidental e ferimentos em familiares, amigos, vizinhos e na comunidade em geral.
- ↳ Limpe os locais de injeção com água e sabão após uma sessão de injeção e massageie-os suavemente com óleo de vitamina E, bio-óleo ou óleo de coco para reduzir os danos nas veias e favorecer sua recuperação. O uso de cremes hidratantes irá desinfetar os locais de injeção e ajudar na cicatrização.
- ↳ Considere usar metanfetamina ou crack por meio de um cachimbo, pois isso pode ter efeitos semelhantes aos da injeção e limita os danos nas veias causados pela injeção repetida e/ou pelo uso de acidificantes ao preparar cocaína crack para injeção.
- ↳ Certifique-se de que você tem acesso a insumos que facilitem o consumo de drogas sem injeção, para que você tenha uma alternativa se ficar sem equipamento esterilizado de injeção ou se uma pausa faria bem às suas veias.
- ↳ Caso venha a ter relações sexuais, carregue sempre consigo e use preservativos e lubrificantes.

#### 4. Checklist para autocuidado e uso de drogas estimulantes

- ↳ *Dosagem mais segura* – Antes de tomar um novo lote de drogas estimulantes, é sensato tomar uma dose menor para testar a potência da droga.
- ↳ *Manejo da dose* é uma estratégia fundamental para reduzir as consequências negativas do consumo de doses elevadas mais comumente associadas ao injetar e fumar drogas estimulantes. A redução das doses pode diminuir os riscos de hipertermia, ataques cardíacos e problemas de saúde mental.
- ↳ *Padrões de consumo repetitivo* – Usar por vários dias seguidos aumenta a gravidade do “queda” e pode causar um “colapso”, no qual a exaustão, a privação de serotonina e dopamina, a privação de sono e a maior pressão sobre o corpo levam a um longo e profundo estado de sono. Tenha consciência dos seus limites físicos e programe com antecedência o fim de uma sessão antes de atingir o seu limite.

- ↳ *Hidratação* – Drogas estimulantes aumentam a temperatura corporal e o corpo trabalha para reduzir sua temperatura. É importante permanecer hidratado/a para que os resíduos de drogas passem com segurança pelo corpo. Beber água é uma estratégia-chave para a redução de danos para pessoas que usam drogas estimulantes.
- ↳ *Higiene* – Limpar os dentes, tomar banho ou pelo menos lavar as mãos e o rosto é importante para os cuidados com a pele e uma sensação geral de bem-estar após longas sessões de uso de drogas estimulantes.
- ↳ *Alimentação* – O uso de drogas estimulantes impõe necessidades adicionais ao seu corpo, e é importante estocar carboidratos de absorção lenta antes de uma sessão de uso planejada. Alimentar-se antes de ir dormir depois de uma sessão de uso de drogas estimulantes também ajuda o corpo a se recuperar e se regenerar. Encontrar alimentos como frutas, iogurtes ou barras energéticas que você pode comer durante uma sessão reduz o risco de exaustão, o que pode acontecer depois de longos períodos de uso de drogas estimulantes.
- ↳ *Informe-se* – Há uma gama cada vez mais diversificada de NPS no mercado, e é importante pesquisar as drogas que você está planejando tomar. Você pode procurar a opinião de colegas experientes pessoalmente ou por meio de fóruns online, ou pode pesquisar o seu NPS em sites especializados. Dessa forma, você poderá tomar decisões conscientes sobre a droga de sua escolha, dosagem e eventual combinação de drogas.



## Referências

1. Global AIDS update 2018. Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2018 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/miles-to-go\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf), accessed 15 January 2019).
2. Prevention gap report. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>, accessed 15 January 2019).
3. Systematic literature review. Risk and transmission of HIV, HCV & HBV among stimulant drugs users: a review of the evidence (A). Part 1/5: methodology and summary. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/1\\_Stim\\_HIV\\_Syst\\_Lit\\_rev\\_Part\\_1\\_methodology\\_and\\_summary.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/1_Stim_HIV_Syst_Lit_rev_Part_1_methodology_and_summary.pdf), accessed 15 January 2019).
4. General Assembly Resolution A/RES/70/1 – Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York (NY), United Nations, 2015 ([http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A\\_RES\\_70\\_1\\_E.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf), accessed 15 January 2019).
5. UNAIDS 2016–2021 Strategy: on the Fast-Track to end AIDS. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151027\\_UNAIDS\\_PCB37\\_15\\_18\\_EN\\_rev1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf), accessed 15 January 2019).
6. General Assembly Resolution A/70/L.52 – Political declaration on HIV and AIDS: on the fast track to accelerate the fight against HIV and to ending the AIDS epidemic by 2030. New York (NY), United Nations, 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf), accessed 15 January 2019).
7. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf), accessed 15 January 2019).
8. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva, World Health Organization, 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>, accessed 15 January 2019).
9. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing\\_Comprehensive\\_HIV\\_and\\_HCV\\_Programmes\\_with\\_People\\_Who\\_Inject\\_Drugs\\_PRACTICAL\\_GUIDANCE\\_FOR\\_COLLABORATIVE\\_INTERVENTIONS.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf), accessed 15 January 2019).
10. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva, World Health Organization, 2013 ([https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex\\_worker\\_implementation/en/](https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/), accessed 15 January 2019).
11. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY), United Nations Population Fund, 2015 (<https://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-men-who-have-sex-men>, accessed 15 January 2019).
12. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY), United Nations Development Programme, 2016 (<https://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-transgender-people-practical-guidance>, accessed 15 January 2019).
13. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (A). Part 2/5: ATS and HIV risk and transmission. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/2\\_Stim\\_HIV\\_Syst\\_Lit\\_Rev\\_Part\\_2\\_ATS.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/2_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_2_ATS.pdf), accessed 15 January 2019).
14. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (A). Part 3/5: cocaine use and HIV risk and transmission. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/3\\_Stim\\_HIV\\_Syst\\_Lit\\_Rev\\_Part\\_3\\_Cocaine\\_and\\_Crack-Cocaine.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/3_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_3_Cocaine_and_Crack-Cocaine.pdf), accessed 15 January 2019).

15. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (A). Part 4/5: NPS and HIV risk and transmission. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/4\\_Stim\\_HIV\\_Syst\\_Lit\\_Rev\\_Part\\_4\\_-\\_New\\_Psychoactive\\_Substances.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/4_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_4_-_New_Psychoactive_Substances.pdf), accessed 15 January 2019).
16. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (B). Part 5/5: treatment and prevention of HIV, HCV & HBV among stimulant drugs users. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/5\\_Stim\\_HIV\\_Syst\\_Lit\\_rev\\_Part\\_5\\_Prevention\\_and\\_treatment.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/5_Stim_HIV_Syst_Lit_rev_Part_5_Prevention_and_treatment.pdf), accessed 15 January 2019).
17. Science addressing drugs and HIV: state of the art. 2nd scientific statement: March 2016. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2016 ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/2nd\\_Scientific\\_Statement\\_-\\_March\\_2016.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/2nd_Scientific_Statement_-_March_2016.pdf), accessed 15 January 2019).
18. World Drug Report 2019. Booklet 2: global overview of drug demand and supply. United Nations, 2019 (<https://wdr.unodc.org/wdr2019/en/drug-demand-and-supply.html>, accessed 15 July 2019).
19. World Drug Report 2017. Booklet 4: market analysis of synthetic drugs. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 ([https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet\\_4\\_ATSNPS.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_4_ATSNPS.pdf), accessed 15 January 2019).
20. Karila L, Weinstein A, Aubin H-J, Benyamina A, Reynaud M, Batki SL. Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2010;69(6):578-92 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883750/>, accessed 15 January 2019).
21. The challenge of new psychoactive substances. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 ([https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS\\_2013\\_SMART.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf), accessed 15 January 2019).
22. UNODC Early Warning Advisory on new psychoactive substances [website]. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (<https://www.unodc.org/LSS/Home/NPS>, accessed 15 January 2019).
23. Deimel D, Stöver H, Hösselbarth S, Dichtl A, Graf N, Gebhardt V. Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*. 2016;13:36. (<https://doi.org/10.1186/s12954-016-0125-y>, accessed 15 January 2019).
24. Lee N, Johns L, Jenkinson R, Johnston J, Connolly K, Hall K et al. Clinical treatment guidelines for alcohol and drug clinicians. No 14: methamphetamine dependence and treatment. Fitzroy (Australia), Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc., 2007 ([http://nceta.flinders.edu.au/files/2814/3130/6037/Clinical\\_Treatment\\_Guidelines\\_for\\_Alcohol\\_Drug\\_Clinicians\\_No\\_14.pdf](http://nceta.flinders.edu.au/files/2814/3130/6037/Clinical_Treatment_Guidelines_for_Alcohol_Drug_Clinicians_No_14.pdf), accessed 15 January 2019).
25. Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. *Clinical Microbiology Review*. 2003;16:209-19 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153143/>, accessed 15 January 2019).
26. Johnson PS, Johnson MW. Investigation of “bath salts” use patterns within an online sample of users in the United States. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2014;46(5):369-78. doi:10.1080/02791072.2014.962717.
27. Csák R, Demetrovics Z, Rácz J. Transition to injecting 3,4-methylene-dioxy-pyrovalerone (MDPV) among needle exchange program participants in Hungary. *Journal of Psychopharmacology*. 2013;27(6):559-63. doi:10.1177/0269881113480987.
28. Rácz J, Csák R, Lisznyai S. Transition from “old” injected drugs to mephedrone in an urban micro segregate in Budapest, Hungary: a qualitative analysis. *Journal of Substance Use*. 2015;20(3):178-86. doi:10.3109/14659891.2014.895872.
29. Tarján A, Dudás M, Gyarmathy VA, Rusvai E, Tresó B, Csohán Á. Emerging risks due to new injecting patterns in Hungary during austerity times. *Substance Use & Misuse*. 2015;50(7):848-58 ([https://www.researchgate.net/publication/273637824\\_Emerging\\_Risks\\_Due\\_to\\_New\\_Injecting\\_Patterns\\_in\\_Hungary\\_During\\_Austerity\\_Times](https://www.researchgate.net/publication/273637824_Emerging_Risks_Due_to_New_Injecting_Patterns_in_Hungary_During_Austerity_Times), accessed 15 January 2019).
30. Giese C, Igoe D, Gibbons Z, Hurley C, Stokes S, McNamara S et al. Injection of new psychoactive substance snow blow associated with recently acquired HIV infections among homeless people who inject drugs in Dublin, Ireland, 2015. *Eurosurveillance*. 2015;20(40) (<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.40.30036>, accessed 15 January 2019).
31. Van Hout MC, Bingham T. “A costly turn on”: patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(3):188-97. doi:10.1016/j.drugpo.2012.01.008.
32. Katchman E, Ben-Ami R, Savyon M, Chemtob T, Avidor B, Wasserman A et al. Successful control of a large outbreak of HIV infection associated with injection of cathinone derivatives in Tel Aviv, Israel.

- Clinical Microbiology and Infection*. 2017;23(5):336e5-e8  
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X1630564X>, accessed 15 January 2019).
33. Botescu A, Abagiu A, Mardarescu M, Ursan M. HIV/AIDS among injecting drug users in Romania. Report of a recent outbreak and initial response policies. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012 ([http://b.aids-bg.com/files/downloads/statistics/HIV\\_outbreak\\_Romania\\_2012.pdf](http://b.aids-bg.com/files/downloads/statistics/HIV_outbreak_Romania_2012.pdf), accessed 15 January 2019).
  34. Shooting up: infections among people who injected drugs in the UK, 2015. London, Public Health England, 2016 (<https://web.archive.nationalarchives.gov.uk/20180911151429/https://www.gov.uk/government/publications/shooting-up-infections-among-people-who-inject-drugs-in-the-uk>, accessed 15 January 2019).
  35. Battjes RJ, Pickens RW, Haverkos HW, Sloboda Z. HIV risk factors among injecting drug users in five US cities. *AIDS*. 1994;8(5):681-7.
  36. Chintalova-Dallas R, Case P, Kitsenko N, Lazzarini Z. Boltushka: a homemade amphetamine-type stimulant and HIV risk in Odessa, Ukraine. *International Journal of Drug Policy*. 2009;20(4):347-51  
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823117/>, accessed 15 January 2019).
  37. WHO hepatitis C fact sheet [website]. World Health Organization, 2018  
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>, accessed 15 January 2019).
  38. Fischer B, Powis J, Firestone-Cruz M, Rudzinski K, Rehm J. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2008;20(1):29-32.
  39. Fernandez N, Towers CV, Wolfe L, Hennessy MD, Weitz B, Porter S. Sharing of snorting straws and hepatitis C virus infection in pregnant women. *Obstetrics and Gynecology*. 2016;128(2):234-7. doi:10.1097/AOG.0000000000001507.
  40. Caiaffa WT, Zocchetto KF, Osimani ML, Martinez PL, Radulich G, Latorre L et al. Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge? *Addiction*. 2011;106(1):143-51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03118.x.
  41. Scheinmann, R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, Stern R, Des Jarlais DC, Flom PL et al. Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;89(1):1-12 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892753/>, accessed 15 January 2019).
  42. Vu NTT, Maher L, Zablotska I. Amphetamine-type stimulants and HIV infection among men who have sex with men: implications on HIV research and prevention from a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2015;18(1):19273  
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4302169/>, accessed 15 January 2019).
  43. Gorbach PM, Holmes KK. Transmission of STIs/HIV at the partnership level: beyond individual-level analyses. *Journal of Urban Health*. 2003;80(Suppl.3):iii15-iii25  
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456259/>, accessed 15 January 2019).
  44. Rajasingham R, Mimiaga MJ, White JM, Pinkston MM, Baden RP, Mitty JA. A systematic review of behavioral and treatment outcome studies among HIV-infected men who have sex with men who abuse crystal methamphetamine. *AIDS Patient Care and STDs*. 2012;26(1):36-52  
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248609/>, accessed 15 January 2019).
  45. Parry CD, Plüddeman A, Myers B, Wechsberg WM, Flisher AJ. Methamphetamine use and sexual risk behaviours in Cape Town, South Africa: a review of data from 8 studies conducted between 2004 and 2007. *African Journal of Psychiatry*. 2011;14(5):372-6  
([https://www.researchgate.net/publication/51901762\\_Methamphetamine\\_use\\_and\\_sexual\\_risk\\_behaviour\\_in\\_Cape\\_Town\\_South\\_Africa\\_A\\_review\\_of\\_data\\_from\\_8\\_studies\\_conducted\\_between\\_2004\\_and\\_2007](https://www.researchgate.net/publication/51901762_Methamphetamine_use_and_sexual_risk_behaviour_in_Cape_Town_South_Africa_A_review_of_data_from_8_studies_conducted_between_2004_and_2007), accessed 15 January 2019).
  46. Prestage G, Jin F, Kippax S, Zablotska I, Imrie J, Grulich A. Use of illicit drugs and erectile dysfunction medications and subsequent HIV infection among gay men in Sydney, Australia. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(8):2311-20. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01323.x.
  47. Ackers M-L, Greenberg AE, Lin CY, Bartholow BN, Goodman AH, Longhi M et al. High and persistent HIV seroincidence in men who have sex with men across 47 U.S. cities. *PLoS ONE*. 2012;7(4):e34972 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0034972>, accessed 15 January 2019).
  48. Rawstorne P, Digiusto E, Worth H, Zablotska I. Associations between crystal methamphetamine use and potentially unsafe sexual activity among gay men in Australia. *Archives of Sexual Behavior*. 2007;36(5):646-54. doi:10.1007/s10508-007-9206-z.

49. Fairbairn N, Kerr T, Milloy M-J, Zhang R, Montaner J, Wood E. Crystal methamphetamine injection predicts slower HIV RNA suppression among injection drug users. *Addictive Behaviours*. 2011;36(7):762-3 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081981/>, accessed 15 January 2019).
50. Chan DP, Sun HY, Wong HT, Lee SS, Hung CC. Sexually acquired hepatitis C virus infection: a review. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016;49:47-58 ([https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(16\)31073-6/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(16)31073-6/fulltext), accessed 15 January 2019).
51. Glass R, Hope VD, Tanner C, Desai M. ‘Slamming’ among men who have sex with men accessing general drug services, in response to Schmidt, AJ et al., 2016, Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *International Journal of Drug Policy*. 2017;49:24-5. doi:10.1016/j.drugpo.2017.07.028.
52. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing Journal*. 2013;13(1):6-10 ([https://www.researchgate.net/publication/285738167\\_Sexualised\\_drug\\_use\\_by\\_MSM\\_Background\\_current\\_status\\_and\\_response](https://www.researchgate.net/publication/285738167_Sexualised_drug_use_by_MSM_Background_current_status_and_response), accessed 15 January 2019).
53. Bui H, Zablotska-Manos I, Hammoud M, Jin F, Lea T, Bourne A et al. Prevalence and correlates of recent injecting drug use among gay and bisexual men in Australia: results from the FLUX study. *International Journal of Drug Policy*. 2018;55:222-30. doi:10.1016/j.drugpo.2018.01.018.
54. Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *Lancet World Report*. 2013;381(9861):101-2 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60032-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60032-X/fulltext), accessed 15 January 2019).
55. Fisher DG, Reynolds GL, Ware MR, Napper LE. Methamphetamine and viagra use: relationship to sexual risk behaviours. *Archives of Sexual Behaviour*. 2011;40(2):273-79 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047702/>, accessed 15 January 2018).
56. Tavitian-Exley I, Vickerman P, Bastos FI, Boily MC. Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2015;110(4):572-84. doi:10.1111/add.12846.
57. Fotiou A, Micha K, Paraskevis D, Terzidou M, Malliori M, Hatzakis A et al. HIV outbreak among injecting drug users in Greece. An updated report for the EMCDDA on the recent outbreak of HIV infections among drug injectors in Greece, 31 October 2012. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012 [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_191984\\_EN\\_HIV\\_update\\_Greece\\_2012.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191984_EN_HIV_update_Greece_2012.pdf), accessed 15 January 2019).
58. Niculescu I, Paraschiv S, Paraskevis D, Abagiu A, Batan I, Banica L et al. Recent HIV-1 outbreak among intravenous drug users in Romania: evidence for cocirculation of CRF14\_BG and subtype F1 strains. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 2015;31(5):488-95 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426324/>, accessed 15 January 2019).
59. Lorvick J, Bourgeois P, Wenger LD, Arreola SG, Lutnick A, Wechsberg WM et al. Sexual pleasure and sexual risk among women who use methamphetamine: a mixed methods study. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(5):385-92 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3466046/>, accessed 15 January 2019).
60. Semple SJ, Patterson TL, Grant I. The context of sexual risk behaviour among heterosexual methamphetamine users. *Addictive Behaviours*. 2004;29(4):807-10. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.013.
61. Braine N, Des Jarlais DC, Goldblatt C, Zadoretzky C, Turner C. HIV risk behaviour among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*. 2005;17(6):515-24. doi:10.1521/aeap.2005.17.6.515.
62. Peck JA, Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Reback CJ, Bierman B. HIV-associated medical, behavioural, and psychiatric characteristics of treatment-seeking, methamphetamine-dependent men who have sex with men. *Journal of Addictive Diseases*. 2005;24(3):115-32, ([http://chipts.ucla.edu/wp-content/uploads/downloads/2012/02/Peck\\_MedicalConsequences\\_Oct2005.pdf](http://chipts.ucla.edu/wp-content/uploads/downloads/2012/02/Peck_MedicalConsequences_Oct2005.pdf), accessed 15 January 2019).
63. Duff P, Tyndall M, Buxton J, Zhang R, Kerr T, Shannon K. Sex-for-crack exchanges: associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city. *Harm Reduction Journal*. 2013;10:29 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833173/>, accessed 15 January 2019).
64. Patterson TL, Semple SJ, Fraga M, Bucardo J, De La Torre A, Salazar J et al. Comparison of sexual and drug use behaviours between female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Substance Use & Misuse*. 2006;41(10-12):1535-49 ([https://www.researchgate.net/publication/6791560\\_Comparison\\_of\\_Sexual\\_and\\_Drug\\_Use\\_Behaviors\\_Between\\_Female\\_Sex\\_Workers\\_in\\_Tijuana\\_and\\_Ciudad\\_Juarez\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/6791560_Comparison_of_Sexual_and_Drug_Use_Behaviors_Between_Female_Sex_Workers_in_Tijuana_and_Ciudad_Juarez_Mexico), accessed 15 January 2019).

65. Shannon K, Kerr T, Bright V, Gibson K, Tyndall MW. Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *AIDS Care*. 2008;20(2):228-34. doi:10.1080/09540120701561270.
66. Edwards JM, Halpern CT, Wechsberg WM. Correlates of exchanging sex for drugs or money among women who use crack cocaine. *AIDS Education and Prevention*. 2006;18(5):420-29. doi:10.1521/aeap.2006.18.5.420.
67. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack. Rio de Janeiro (Brazil), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2014 (<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsodeCrack.pdf>, accessed 15 January 2019).
68. Khan M, Berger A, Hemberg J, O'Neill A, Penniman Dyer T, Smyrk K. Non-injection and injection drug use and STI/HIV risk in the United States: the degree to which sexual risk behaviors versus sex with an STI-infected partner account for infection transmission among drug users. *AIDS and Behavior*. 2013;17(3):1185-94 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923515/>, accessed 15 January 2019).
69. Maher L, Phlong P, Mooney-Somers J, Keo S, Stein E, Page K et al. Amphetamine-type stimulant use and HIV/STI risk behaviour among young female sex workers in Phnom Penh, Cambodia. *International Journal of Drug Policy*. 2011;22(3):203-9 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104095/>, accessed 15 January 2019).
70. Santos GM, Rapues J, Wilson EC, Macias O, Packer T, Colfax G et al. Alcohol and substance use among transgender women in San Francisco: prevalence and association with human immunodeficiency virus infection. *Drug and Alcohol Review*. 2014;33(3):287-95. doi:10.1111/dar.12116.
71. Sevelius JM, Reznick OG, Hart SL, Schwarcz S. Informing interventions: the importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviors among transgender women. *AIDS Education and Prevention*. 2009;21(2):113-27 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535696/>, accessed 15 January 2019).
72. Reback CJ, Fletcher JB. HIV prevalence, substance use, and sexual risk behaviors among transgender women recruited through outreach. *AIDS and Behavior*. 2014;18(7):1359-67 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535696/>, accessed 15 January 2019).
73. Cartier JJ, Greenwell L, Prendergast ML. The persistence of HIV risk behaviours among methamphetamine-using offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2008;40(4):437-46 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286359/>, accessed 15 January 2019).
74. Steinberg JK, Grella CE, Boudov MR, Kerndt PR, Kadrnka CM. Methamphetamine use and high-risk sexual behaviours among incarcerated female adolescents with a diagnosed STD. *Journal of Urban Health*. 2011;88(2):352-64 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079043/>, accessed 15 January 2019).
75. Brecht ML, O'Brien A, von Mayrhauser C, Anglin MD. Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addictive Behaviors*. 2004;29(1):89-106.
76. Position statement: condoms and HIV prevention. Geneva, United Nations Population Fund, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004, updated 2009 ([www.who.int/hiv/pub/condoms/20090318\\_position\\_condoms.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/condoms/20090318_position_condoms.pdf), accessed 15 January 2015).
77. Shoptaw S, Stall R, Bordon J, Kao U, Cox C, Li X et al. Cumulative exposure to stimulants and immune function outcomes among HIV-positive and HIV-negative men in the multicenter AIDS cohort study. *International Journal of STD & AIDS*. 2012;23(8):576-80 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576843/>, accessed 15 January 2019).
78. Scott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkins JH et al. Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*. 2007;17(3):275-97. doi:10.1007/s11065-007-9031-0.
79. Cherner M, Letendre S, Heaton RK, Durelle J, Marquie-Beck J, Gragg B et al. Hepatitis C augments cognitive deficits associated with HIV infection and methamphetamine. *Neurology*. 2005;64(8):1343-7. doi:10.1212/01.WNL.0000158328.26897.0D.
80. Carrico AW, Johnson MO, Colfax GN, Moskowitz JT. Affective correlates of stimulant use and adherence to anti-retroviral therapy among HIV-positive methamphetamine users. *AIDS and Behavior*. 2010;14(4):769-77 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2891867/>, accessed 15 January 2019).

81. Cook JA, Burke-Miller JK, Cohen MH, Cook RL, Vlahov D, Wilson TE et al. Crack cocaine, disease progression, and mortality in a multicenter cohort of HIV-1 positive women. *AIDS*. 22(11):1355-63 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645902/>, accessed 15 January 2019).
82. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet HIV*. 2017;4(8):e357-74 ([http://thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30073-5/fulltext](http://thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30073-5/fulltext), accessed 15 January 2019).
83. Bousman CA, Cherner M, Ake C, Letendre S, Atkinson JH, Patterson TL et al. Negative mood and sexual behavior among non-monogamous men who have sex with men in the context of methamphetamine and HIV. *Journal of Affective Disorders*. 2009;119(1-3):84-91 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051049/>, accessed 15 January 2019).
84. Holt M, Lea T, Mao L, Kolstee J, Zablotska I, Dick T et al. Community-level changes in condom use and uptake of HIV pre-exposure prophylaxis by gay and bisexual men in Melbourne and Sydney, Australia: results of repeated behavioural surveillance in 2013–17. *The Lancet HIV*. 2018;5(8):PE448-E456. doi:10.1016/S2352-3018(18)30072-9.
85. Hyska E, Strathdee S, Wood E, Kerr T. Needle exchange and the HIV epidemic in Vancouver: lessons learned from 15 years of research. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(4):61-70 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3392518/>, accessed 15 January 2019).
86. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, World Health Organization, 2007 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/>, accessed 15 January 2019).
87. Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/>, accessed 15 January 2019).
88. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, World Health Organization, 2007 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/>, accessed 15 January 2019).
89. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2015 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, accessed 15 January 2019).
90. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/>, accessed 15 January 2019).
91. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, World Health Organization, 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>, accessed 15 January 2019).
92. HIV basics: PrEP [website]. Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html>, accessed 15 January 2019).
93. Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Geneva, World Health Organization, 2017 (<https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>, accessed 15 January 2019).
94. Zinberg NE. *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven (CT), Yale University Press, 1984.
95. Pérez-Mañá C, Castells X, Torrens M, Capellà D, Farre M. Efficacy of psychostimulant drugs for amphetamine abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;9:CD009695 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009695.pub2/full>, accessed 15 January 2019).
96. Castells X, Cunill R, Pérez-Mañá C, Vidal X, Capellà D. Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;9:CD007380 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007380.pub4/full>, accessed 15 January 2019).
97. Colfax G, Santos GM, Chu P, Vittinghoff E, Pluddemann A, Kumar S et al. Amphetamine-group substances and HIV. *The Lancet*. 2010;376(9739):458-74. doi:10.1016/S0140-6736(10)60753-2.
98. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI et al., 2010. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS and Behavior*. 2010;14(4):731-47 ([https://www.researchgate.net/publication/23485019\\_Adherence\\_to\\_Antiretroviral\\_Therapy\\_Among\\_HIV-Infected\\_Drug\\_Users\\_A\\_Meta-Analysis](https://www.researchgate.net/publication/23485019_Adherence_to_Antiretroviral_Therapy_Among_HIV-Infected_Drug_Users_A_Meta-Analysis), accessed 15 January 2019).
99. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *The Lancet*. 2010;376(9737):285-301 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60742-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60742-8/fulltext), accessed 15 January 2019).

100. Minozzi S, Saule R, De Crescenzo F, Amato L. Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(9):CD011866. doi:10.1002/14651858.CD011866.pub2.
101. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*. 2001;96(12):1725-42 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x>, accessed 15 January 2019).
102. Mbuagbaw L, Ye C, Thabane L. Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;9:CD009748 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009748.pub2/full>, accessed 15 January 2019).
103. Parsons JT, Lelutiu-Weinberger C, Botsko M, Golub SA. A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82(1):9-18 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935799/>, accessed 15 January 2019).
104. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;5:CD008063 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008063.pub2/full>, accessed 15 January 2019).
105. Meader N, Li R, Des Jarlais DC, Pilling S. Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;1:CD007192 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007192.pub2/full>, accessed 15 January 2019).
106. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(2):179-87 (<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>, accessed 15 January 2019).
107. Kiluk BD, Carroll KM. New developments in behavioral treatments for substance use disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2013;15(12) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878068/>, accessed 15 January 2019).
108. Chiesa A, Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*. 2014;49(5):492-512. doi:10.3109/10826084.2013.770027.
109. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Ang A, Chokron Garneau H, Hartwell E, Brecht M-L et al. Mindfulness-based relapse prevention for stimulant dependent adults: a pilot randomized clinical trial. *Mindfulness*. 2017;8(1):126-35 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5300086/>, accessed 15 January 2019).
110. Bayles C. Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: a literature review. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2014;9(2):22-5 ([https://www.researchgate.net/publication/273063462\\_Using\\_Mindfulness\\_in\\_a\\_Harm\\_Reduction\\_Approach\\_to\\_Substance\\_Abuse\\_Treatment\\_A\\_Literature\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/273063462_Using_Mindfulness_in_a_Harm_Reduction_Approach_to_Substance_Abuse_Treatment_A_Literature_Review), accessed 15 January 2019).
111. TreatNet quality standards for drug dependence treatment and care services. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2012 ([https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet\\_quality\\_standards.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf), accessed 15 January 2019).
112. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/), accessed 15 January 2019).
113. Therapeutic interventions for users of amphetamine-type stimulants. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2011 ([http://www.wpro.who.int/hiv/documents/docs/Brief4forweb\\_7DF1.pdf?ua=1&ua=1](http://www.wpro.who.int/hiv/documents/docs/Brief4forweb_7DF1.pdf?ua=1&ua=1), accessed 15 January 2019).
114. Harm reduction and brief interventions for ATS users. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2011 ([http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats\\_brief2.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_brief2.pdf), accessed 15 January 2019).
115. Guidelines for the management of methamphetamine use disorders in Myanmar. Ministry of Health and Sports, Republic of the Union of Myanmar, 2017 (<https://idpc.net/publications/2018/01/guidelines-for-the-management-of-methamphetamine-use-disorders-in-myanmar>, accessed 15 January 2019).
116. Ford C. Guidance for working with cocaine and crack users in primary care. London, Royal College of General Practitioners, 2004 (<http://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/CIRC/Clinical-resources-S/RCGP-Guidance-working-with-cocaine-and-crack-users-in-primary-care-2004xx.ashx?la=en>, accessed 15 January 2019).

117. Principles of drug dependence treatment. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization, 2008 (<https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, accessed 15 January 2019).
118. Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2003 ([https://www.unodc.org/pdf/report\\_2003-07-17\\_1.pdf](https://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf), accessed 15 January 2019).
119. Sexually transmitted and reproductive tract infections [website]. Geneva, World Health Organization (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/en/>, accessed 15 January 2019).
120. Hepatitis C question and answers for the public [website]. Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm>, accessed 15 January 2019).
121. Hepatitis A fact sheet [website]. Geneva, World Health Organization, 2018 (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>, accessed 15 January 2019).
122. Mravčík V, Strada L, Reimer J, Schulte B. Hepatitis C treatment uptake and adherence among injecting drug users in the Czech Republic. *Epidemiology, Microbiology, Immunology*. 2014;63(4):265-9 (<https://www.prolekare.cz/casopisy/epidemiologie/2014-4-9/vstup-do-lecby-a-adherence-k-lecbe-vhc-u-injekcnich-uzivatelu-drog-v-cr-50669?hl=en>, accessed 15 January 2019).
123. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection – updated version, April 2016. Geneva, World Health Organization, 2016 (<https://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en/>, accessed 15 January 2019).
124. Tuberculosis fact sheet [website]. Geneva, World Health Organization, 2018 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>, accessed 15 January 2019).
125. Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Geneva, World Health Organization, 2016 ([http://www.who.int/tb/publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv\\_services\\_for\\_pwid/en/](http://www.who.int/tb/publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv_services_for_pwid/en/), accessed 15 January 2019).
126. Noar SM, Black HG, Pierce LB. Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis. *AIDS*. 2009;23(1):107-15 ([https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2009/01020/Efficacy\\_of\\_computer\\_technology\\_based\\_HIV.15.aspx](https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2009/01020/Efficacy_of_computer_technology_based_HIV.15.aspx), accessed 15 January 2019).
127. Young SD, Swendeman D, Holloway IW, Reback CJ, Kao U. Use of technology to address substance use in the context of HIV: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*. 2015;12(4):462-71 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749410/>, accessed 15 January 2019).
128. Effective use of digital platforms for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union/European Economic Area: an introduction to the ECDC guides. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2017 (<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Effective-use-digital-platforms-HIV-prevention-EU-EEA.pdf>, accessed 15 January 2019).
129. Muth S, Len A, Evans JL, Phou M, Chhit S, Neak Y et al. HIV treatment cascade among female entertainment and sex workers in Cambodia: impact of amphetamine use and an HIV prevention program. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2017;12:20 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5584046/>, accessed 15 January 2019).
130. Lester R, Ritvo P, Mills EJ, Kariri A, Karanja S, Chung M et al. Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial. *The Lancet*. 2019;376(9755):1838-45. doi:10.1016/S0140-6736(10)61997-6.
131. Reback CJ, Ling Grant D, Fletcher JB, Branson CM, Shoptaw S, Rohde Bowers J et al. Text messaging reduces HIV risk behaviors among methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS and Behavior*. 2012;16(7):1993-2002 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878815/>, accessed 15 January 2019).
132. Muthulingam D, Chin J, Hsu L, Scheer S, Schwarcz S. Disparities in engagement in care and viral suppression among persons with HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2013;65(1):112-19 ([https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2013/05010/Disparities\\_in\\_Engagement\\_in\\_Care\\_and\\_Viral.17.aspx](https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2013/05010/Disparities_in_Engagement_in_Care_and_Viral.17.aspx), accessed 15 January 2019).
133. Milloy, M-J, Marshall BDL, Montaner J, Wood E. Housing status and the health of people living with HIV/ AIDS. *Current HIV/AIDS Reports*. 2012;9(4):364-74 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693560/>, accessed 15 January 2019).
134. Robertson MJ, Clark RA, Charlebois ED, Tulsy J, Long HL, Bangsberg DR et al. HIV seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 2004;94(7):1207-17 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448423/>, accessed 15 January 2019).



135. Good practice guide for employing people who use drugs. Hove (UK), International HIV/AIDS Alliance, 2015  
([https://www.aidsalliance.org/assets/000/001/840/Employing\\_FINAL\\_original.pdf?1445009816](https://www.aidsalliance.org/assets/000/001/840/Employing_FINAL_original.pdf?1445009816), accessed 15 January 2019).
136. Outcome document of the United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem: our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. New York (NY), United Nations, 2016  
(<https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>, accessed 15 January 2019).
137. National Drug Control Policy. Ministry of Health, Republic of the Union of Myanmar, 2018  
([https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2018/02/Myanmar\\_Drug\\_Control\\_Policy.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2018/02/Myanmar_Drug_Control_Policy.pdf), accessed 15 January 2019).
138. Potts H. Accountability and the right to the highest standard of health. Colchester (UK), University of Essex Human Rights Centre, 2008  
(<http://repository.essex.ac.uk/9717/1/accountability-right-highest-attainable-standard-health.pdf>, accessed 15 January 2019).
139. Training manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2014  
([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lemanual/LE\\_Manual\\_presentations\\_and\\_annexes.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lemanual/LE_Manual_presentations_and_annexes.pdf), accessed 15 January 2019).
140. Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings [website]. Geneva, World Health Organization, 2017 (<https://www.who.int/news-room/detail/27-06-2017-joint-United-Nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>, accessed 15 January 2019).
141. Practical guide for civil society HIV service providers among people who use drugs: improving cooperation and interaction with law enforcement officials. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2016 ([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Practical\\_Guide\\_for\\_Civil\\_Society\\_HIV\\_Service\\_Providers.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Practical_Guide_for_Civil_Society_HIV_Service_Providers.pdf), accessed 15 January 2019).
142. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002  
([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/), accessed 15 January 2019).
143. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2013  
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, accessed 15 January 2019).
144. Joint statement: compulsory drug detention and rehabilitation centers. United Nations, 2012  
([http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310\\_Joint%20Statement6March12FINAL\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf), accessed 15 January 2019).
145. Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/iduadvocacyguide/en/>, accessed 15 January 2019).
146. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2014  
(<https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/ssh-chemsex-study-final-main-report.pdf>, accessed 15 January 2019).
147. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013  
([https://www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions\\_package/en/](https://www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/), accessed 15 January 2019).
148. Ahmed AK, Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P et al. Social norms related to combining drugs and sex (“chemsex”) among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*. 2016;38:29-35 (<http://researchonline.lshtm.ac.uk/3112628/>, accessed 15 January 2019).
149. Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004  
(<https://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-outreach/en/>, accessed 15 January 2019).
150. Training guide for HIV prevention outreach to injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/hivpubidu/en/>, accessed 15 January 2019).
151. Parkin S, McKeganey N. The rise and rise of peer education approaches. *Drugs: Education Prevention & Policy*. 2000;7(3):293-310. doi:10.1080/09687630050109961.

152. Hilfinger Messias DK, Moneyham HL, Vyavaharkar M, Murdaugh C, Phillips KD. Embodied work: insider perspectives on the work of HIV/AIDS peer counselors. *Health Care for Women International*. 2009;30(7):572-94. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729058/>, accessed 15 January 2019).
153. Latkin CA, Hua W, Davey MA. Factors associated with peer HIV prevention outreach in drug-using communities. *AIDS Education and Prevention*. 2004;16(6):499-508 (<https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.16.6.499.53794>, accessed 15 January 2019).
154. Smyrnov P, Broadhead RS, Datsenko O, Matiyash O. Rejuvenating harm reduction projects for injection drug users: Ukraine's nationwide introduction of peer-driven interventions. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(2),141-7. doi:10.1016/j.drugpo.2012.01.001.
155. Differentiated service delivery for HIV: a decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations. Amsterdam, International AIDS Society, 2018 (<http://www.differentiatedservice-delivery.org/Portals/0/adam/Content/2a0WxWUHfUKtullmKWdmGQ/File/Decision%20Framework%20Key%20Population%20Web.pdf>, accessed 15 January 2019).
156. Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2016 ([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing\\_the\\_specific\\_needs\\_of\\_women\\_who\\_inject\\_drugs\\_Practical\\_guide\\_for\\_service\\_providers\\_on\\_gender-responsive\\_HIV\\_services.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf), accessed 15 January 2019).
157. Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, U.S. Agency for International Development, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park (NC), FHI, 2010 ([http://data.unaids.org/pub/basedocument/2010/2010\\_ypmar\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/basedocument/2010/2010_ypmar_en.pdf), accessed 15 January 2019).
158. HIV and young people who inject drugs: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179865/WHO\\_HIV\\_2015.10\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179865/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf?sequence=1), accessed 15 January 2019).
159. HIV and young men who have sex with men: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179867/WHO\\_HIV\\_2015.8\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179867/WHO_HIV_2015.8_eng.pdf?sequence=1), accessed 15 January 2019).
160. HIV and young people who sell sex: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179868/WHO\\_HIV\\_2015.7\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179868/WHO_HIV_2015.7_eng.pdf?sequence=1), accessed 15 January 2019).
161. HIV and young transgender people: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179866/WHO\\_HIV\\_2015.9\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179866/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf?sequence=1), accessed 15 January 2019).
162. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Second edition (WHO, 2016) ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684\\_eng.pdf;jsessionid=7A8D2949C0412903C86295A3B6BCE893?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf;jsessionid=7A8D2949C0412903C86295A3B6BCE893?sequence=1))
163. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, World Health Organization, 2009 (<https://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/>, accessed 15 July 2019).
164. Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives. Discussion paper, Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2019 ([https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment\\_of\\_PSUD\\_for\\_website\\_24.05.19.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf), accessed 15 July 2019).
165. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Geneva, World Health Organization, 2018 (<https://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2018/en/>, accessed 15 July 2019).
166. Community management of opioid overdose. Geneva, World Health Organization, 2014 ([https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/management\\_opioid\\_overdose/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/), accessed 15 July 2019).
167. Differentiated Service Delivery for HIV: A Decision Framework For Differentiated Antiretroviral Therapy Delivery For Key Populations. The last mile to universal access. Amsterdam, International AIDS Society, 2018 (<http://www.differentiatedservicedelivery.org/Portals/0/adam/Content/2a0WxWUHfUKtullmKWdmGQ/File/Decision%20Framework%20Key%20Population%20Web.pdf>, accessed 15 July 2019).
168. Joint statement on Compulsory drug detention and rehabilitation centres. United Nations, 2012 ([http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310\\_Joint%20Statement6March12FINAL\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf), accessed 15 July 2019).





# UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime