

ABIA

boletim

JANEIRO/MARÇO 1995 — Nº 27

ABIA
C. DOCUMENTAÇÃO

Este é o primeiro número do Boletim ABIA em 1995 e apresenta pequenas modificações. A primeira é uma nova programação visual (que inclui o logotipo); a segunda é a periodicidade — a partir deste número o Boletim ABIA será trimestral. No que diz respeito às matérias, na medida do possível a ABIA buscará focar, de uma forma simples e objetiva, questões relevantes para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Por tal motivo o primeiro Boletim do ano aborda o crescimento da infecção pelo vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis.

Atualmente já é reconhecido que o Brasil está vivendo várias subepidemias de AIDS. Diferentes regiões do país apresentam perfis diversos tanto de formas de contaminação quanto das pessoas que estão se infectando. E tal realidade já era esperada em um país com dimensões continentais como o Brasil.

A diversidade racial, social e econômica unida à cultura sexual brasileira faz prever que estamos longe de controlar o percurso de um vírus que, dia-a-dia, se adapta às condições locais de cada sociedade onde o vírus HIV já foi identificado. E esta adaptação tem relação não somente com as formas

de transmissão do vírus presentes e predominantes em cada país mas também com o tipo de respostas governamentais e da sociedade civil.

Especificamente no que diz respeito a estratégias de prevenção para evitar novas infecções entre usuários de drogas injetáveis que compartilham seringas, assim como também na implementação de formas de apoio aos já infectados, as respostas brasileiras ainda são tímidas tanto na área governamental quanto não governamental. Após quase uma década afirmando que “a AIDS é um problema de todos” estamos percebendo que os impactos desencadeados por uma sorologia positiva são diferenciados assim como também as formas de prevenção, tratamento e apoio necessárias. Neste sentido o crescimento da

infecção do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis aí está para mostrar que não é uma questão simples a elaboração e implementação de políticas preventivas específicas, assim como também de tratamento e apoio eficazes.

É para estimular este debate que a ABIA dedica este número do Boletim à temática da infecção do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis. ■



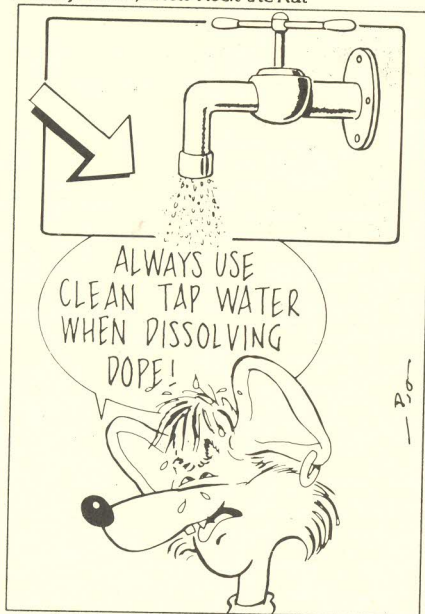
PREVENÇÃO DA AIDS ENTRE OS USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO.

SAMUEL R. FRIEDMAN & DON DES JARLAIS

Estima-se que existam cinco milhões de usuários de drogas injetáveis (UDIs) em todo o mundo (Mann et al., 1992) em mais de cem países diferentes. Em sessenta desses países, aí incluídas nações da África, América do Norte e do Sul, Europa, Ásia e Oceania, há relatos de infecção pelo HIV entre UDIs (Des Jarlais et al., 1992; Stison, 1993). O HIV vem disseminando-se rapidamente entre os UDIs em países em desenvolvimento como Mianmá, onde foram encontrados, recentemente, níveis de soroprevalência superiores a 75%. Além disso, informações de surveys realizados em outros países revelam que cerca de dois terços dos UDIs estão igualmente infectados com outros agentes potencialmente letais, transmissíveis pelo sangue, como o vírus das hepatites B e C (Carvalho et al., 1994; Waller & Holmes, 1993). A tuberculose, aí incluídas suas apresentações mais graves e resistentes a múltiplos esquemas terapêuticos, disseminou-se entre os UDIs imunodeprimidos em função da infecção pelo HIV, e vem espalhando-se a partir destes para os outros UDIs, seus parentes e amigos mais próximos, além de outras pessoas com as quais estes UDIs mantêm contato mais prolongado em ambientes de ventilação precária, categoria onde estão incluídos os funcionários do sistema penitenciário e os profissionais de saúde. (Curtis et al., 1994; Friedman et al., no prelo).

Há duas grandes linhas de ação com relação à redução dos danos causados pelo consumo de drogas, incluídas as injetáveis. Uma delas é a

Ilustrações do folheto *Rock the Rat*



proposta de redução de danos, objeto deste livro, que é discutida a seguir. A outra alternativa busca prevenir este dano por meio da prevenção do próprio uso de drogas, lançando mão de ações nas esferas policial e militar. Nas suas formas extremas, essas ações podem resultar na execução de traficantes, no gasto de bilhões de dólares na Guerra às Drogas movida pelos EUA, ou na proibição de programas de troca de seringas e a criminalização de sua posse em diversos estados dos EUA e, ao menos parcialmente, no Brasil. O enfoque policial com relação à questão das drogas é dominante em nível internacional e na maior parte das nações. Sem dúvida, essa estratégia mostrou-se falha no sentido de evitar que novas áreas passassem a produzir heroína como o Equador, o

Quênia, a Nova Zelândia, o Peru e a Venezuela; assim como não foi capaz de impedir o início e a disseminação do uso de drogas e das doenças infecciosas a ele associadas em países como o Brasil, a Tailândia, a China e Mianmá — ou, no âmbito dos países desenvolvidos, nos EUA, na França, Itália e Espanha. Números da ordem de milhares de usuários hoje infectados em cidades como Bangkok e Nova York são algumas das vítimas dessas políticas, assim como milhares de maridos e esposas e outras pessoas afetivamente ligadas a estes UDIs — tanto os diretamente contaminados como os que não estão contaminados mas são testemunhas do sofrimento e morte de seus entes queridos.

A disseminação do uso de drogas injetáveis e das infecções de transmissão sanguínea a ele associadas não são apenas decorrentes uma política orientada para a ação policial, são igualmente fruto do atual estágio do desenvolvimento capitalista em todo o mundo. Nessa última geração, a industrialização se difundiu em larga escala em países em que era muito rara. Isto conduziu a novos padrões de emprego e de migração e urbanização. Novos grupos de pessoas que passaram a se utilizar de drogas vivem em circunstâncias sociais diversas das anteriores, enfraquecendo as tradições culturais que limitavam esse uso a formas relativamente menos prejudiciais de uso, como o uso do ópio através do fumo e a mascagem das folhas de coca. Além disso, em diversos ramos industriais, a produção de bens acabados ou semi-acaba-

bados tem lugar hoje em países em desenvolvimento, onde há disponibilidade de matéria-primas, através do cultivo ou extração, e mão-de-obra barata. Este padrão de produção vem implantando-se, de forma muito perigosa, na manufatura da heroína de uso injetável, e da cocaína em países da Ásia e América do Sul. Há aí uma interação entre os "padrões capitalistas habituais de desenvolvimento" e os efeitos de uma política de supressão da produção e do comércio desses produtos. Em primeiro lugar, esses esforços vêm fracassando, em parte porque os lucros advindos dessas atividades são tão vultosos que frações das forças militares e policiais e lideranças políticas constatarem ser mais lucrativo colaborar com a indústria e o comércio da droga do que reprimi-los. Igualmente, a despeito de apreensões e confiscos desses produtos ocorrerem nos mais diversos estágios da sua produção e do comércio, essas medidas não têm determinado um real impacto sobre o incremento da produção global. A tecnologia de esconder e traficar drogas faz, no entanto, com que as apresentações destinadas ao uso injetável, de alta concentração e grande valor por unidade sejam beneficiadas, por serem as de transporte mais fácil e seguro. Se comparados aos produtos in natura como as folhas de coca e mesmo o ópio, a heroína e a cocaína são não só mais fáceis de transportar como têm maiores possibilidades de serem ocultadas.

Com isso, as drogas injetáveis são transportadas através dos diversos países da América Latina, Ásia, e crescentemente na África, a caminho dos mercados mais ricos dos Estados Unidos, Canadá, Europa e Austrália. Algumas dessas drogas são utilizadas nesses próprios países, tanto em fun-

ção da curiosidade dessas pessoas envolvidas no transportes em experimentar essas substâncias, como também por causa do fato de esses transportadores serem parcialmente pagos com quantidades das próprias drogas transportadas (cabendo-lhes a decisão de consumi-las ou constituir uma clientela local a quem vender o produto). À proporção que as pressões do policiamento tentam bloquear as rotas tradicionais, criam-se rotas al-

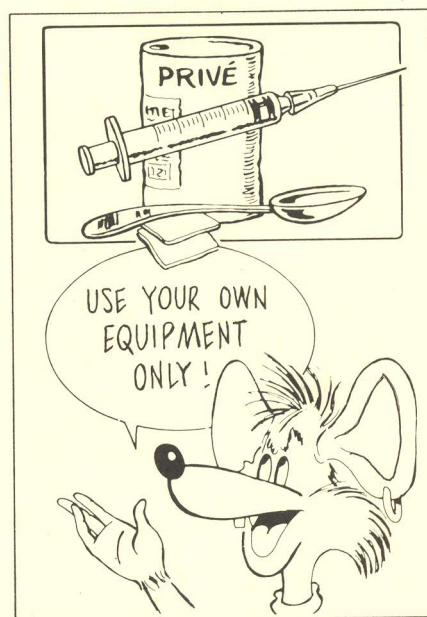
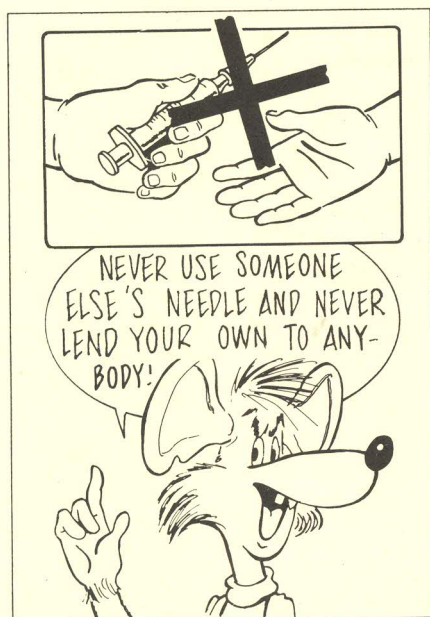
infecção. É necessário frisar que o conceito de redução de danos é ainda um conceito muito recente. Há diversas leituras do seu significado e é necessária muita criatividade no desenvolvimento de novos programas. Mas a idéia central de redução de danos é simples. Se o uso de drogas, e mais especificamente o seu uso injetável, provoca danos para os usuários e seu entorno, e uma vez que as tentativas de impedir o uso de drogas

vêm mostrando-se muito falhas, nada mais lógico do que desenvolver programas que tenham como objetivo reduzir os danos causados por essas substâncias.

Um aspecto importante do conceito de redução de dano é a sua ênfase na pesquisa e na avaliação da eficácia das intervenções. Em parte, tal maneira de proceder é fruto do clima de opinião dominante, que enfatiza a punição do uso de drogas em detri-

mento do auxílio aos usuários. As evidências de que os programas de redução de danos produzem resultados positivos vêm funcionando, em parte, como um instrumento de defesa dessas propostas e também como um meio para garantir-lhes o suporte financeiro. Mais profundamente, no entanto, a maioria dos que compartilham dessas idéias, aí incluídos os próprios usuários de drogas, têm um desejo sincero de saber se seus esforços estão sendo recompensados, e um desejo semelhante (talvez ainda mais intenso) de encontrar meios eficazes de atingir seu objetivo de reduzir os danos.

Nas suas propostas mais bem-sucedidas, as estratégias de redução de danos têm tornado possível o trabalho conjunto de instituições do campo da saúde pública e usuários para evitar mortes e outros graves problemas. Na



ternativas que nunca redistribuem integralmente as mercadorias. Acima de tudo, é sempre possível obter lucro por meio do fornecimento para os mercados locais em expansão.

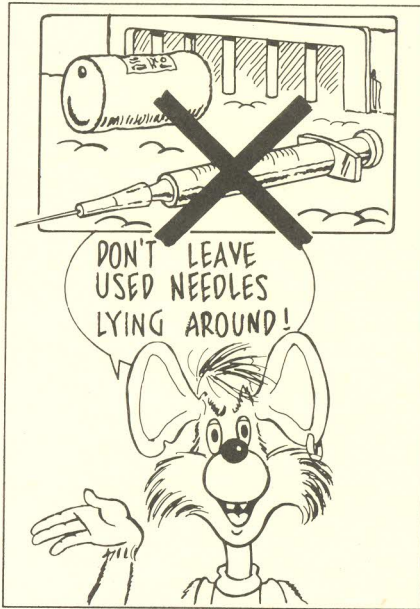
Deste modo, o HIV, os vírus da hepatite B e C e outras doenças infecciosas se disseminam como resultado da combinação de uma política repressiva e da lógica econômica da produção e distribuição das drogas injetáveis. O que pode ser feito para reduzir essas conseqüências negativas, ou melhor, como salvar as vidas desses milhares de pessoas?

As estratégias de redução de danos são uma possível solução para esses problemas. Como mostram os capítulos subseqüentes desse livro, as estratégias de redução de danos tais como a troca de seringas e os programas de metadona reduzem comportamentos de risco e parecem reduzir as taxas de

Austrália e em diversos países da Europa, os usuários de drogas constituíram associações que têm como objetivo o trabalho conjunto de redução de disseminação do HIV, de auxílio a usuários com AIDS, endocardite ou vítimas de overdose; pressionar por políticas de drogas mais humanas e enviar todos os esforços para que os serviços médicos tratem os usuários como verdadeiros seres humanos. Na Austrália e vários países europeus, agências governamentais têm apoiado essas organizações com recursos públicos. Mesmo nos EUA e no Brasil, os usuários podem vir a constituir organizações semelhantes, a despeito da repressão e a despeito da falta de apoio governamental.

Em suma, o conceito de redução de danos lida com a idéia de solidariedade contra a disseminação do HIV e do vírus da hepatite C, solidariedade contra as pressões que fazem com que os usuários cometam atos anti-sociais contra os seus familiares e outras pessoas próximas, solidariedade mesmo contra a repressão policial, que mais agrava do que minora os danos decorrentes do uso. Redução de danos é algo que diz respeito à dignidade humana, ao estímulo à decência e ao sentimento de companheirismo que é inerente à maioria dos seres humanos, a despeito das pressões decorrentes de desejar uma dose sem dispor de recursos para tal. A despeito das pressões de trabalhar em instituições públicas, às voltas com deficiência de pessoal e ser criticado pelas autoridades sanitárias quando os índices de soroprevalência para o HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis continuam a crescer. A despeito dos males cotidianos que nos são impostos pela sociedade em que vivemos.

O presente livro apresenta algumas das diversas estratégias de redução de danos e algumas evidências de que essas estratégias de fato funcionam. Finalmente, este livro pergunta o que poderia fazer você, leitor, você e seu círculo de amigos e colegas, no sentido de juntar seus esforços às idéias e às ações dirigidas a reduzir os danos decorrentes do consumo de drogas. ■



Reproduzido com autorização dos autores em Fábio Mesquita e Francisco Inácio Bastos (Orgs.) *Originalmente publicado*

em: *Drogas e AIDS: Estratégias de redução de danos*. São Paulo, Hucitec, 1994.

Referências

- CARVALHO, H.B; BUENO, R; PAESG. et al. *HIV and Infections with Related Transmission in an IDU Community of Santos, Brazil*. Poster apresentado na X Conf. Int. sobre AIDS, Yokohama, 1994.
- CURTIS, R; FRIEDMAN, S.R; NEAIGUS, A. et al. *Implications of directly observed therapy in tuberculosis control measures among IDUs*. *Public Health Reports* 109: 319-327, 1994.
- DES JARLAIS, D.C.; FRIEDMAN, S.R.; CHOOPAYA, K. et al. *International Epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users*. *AIDS* 6: 1053-1068, 1992.
- FRIEDMAN, S.R.; CURTIS, R.; WARD, T.P. et al. *The emerging tuberculosis epidemic: a new challenge to harm reduction*. In: GÖLZ, J. (ed.) *Harm reduction: harm reduction treatment of drug addicts*. Munique/Baltimore, Urban und Schwarzenberg, no prelo.
- MANN, J. et al. (eds.) *AIDS in the World*. Cambridge, Harvard University Press, 1992. (versão brasileira, *AIDS no Mundo*, editada pela ABIA-IMS/UERJ-Ed. Relume-Dumará).
- STIMSON, G.U. *The global diffusion of injecting drug use: implications for HIV infection*. *Bull on Narcotics*, 45:3-17, 1993.
- WALLER, T. & HOLMES, R. *Hepatitis C: time to wake up*. *Druglink*, maio/junho: 7-9, 1993.

O QUE HÁ PARA LER...

Depois de um longo silêncio, aqui e ali interrompido por notícias sensacionalistas, o campo do estudo dos usos e abusos dos psicoativos — drogas, álcool, psicofármacos... tem sido objeto, nos últimos anos no Brasil, de uma produção acadêmica que cresce tanto em quantidade como em qualidade.

Mais recentemente, começam a aparecer livros que tematizam a relação entre o uso compartilhado de drogas injetáveis e a disseminação do HIV e AIDS, e passam, igualmente, a circular idéias mais modernas e arejadas de como lidar com esses fenômeno de um modo diferente da tradicional abordagem repressiva e policial.

Sem nenhuma pretensão à exaustividade, citáramos três dos últimos lançamentos nesse campo, que trazem para o leitor brasileiro tanto a produção acadêmica nacional como parcela representativa da produção internacional contemporânea. Sob os mais diversos pontos de vista, que vão da psicanálise à saúde pública, passando pelas ciências sociais contemporâneas, a questão do uso e abuso dos psicoativos e seus vínculos com a epidemia de AIDS tem sido trazida ao debate:

A vocação do êxtase. Ed. Imago e UERJ, 1994. Organizado por Lígia Bittencourt.

Drogas & cidadania. Ed. Brasileira, 1994. Organizado por Alba Zaluar.

Drogas & AIDS: estratégias de redução de danos. Ed. Hucitec e IEPAS, 1994. Organizado por Fábio Mesquita e Francisco Inácio Bastos.

A GEO-POLÍTICA DA AIDS ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS NO BRASIL

FRANCISCO INÁCIO BASTOS

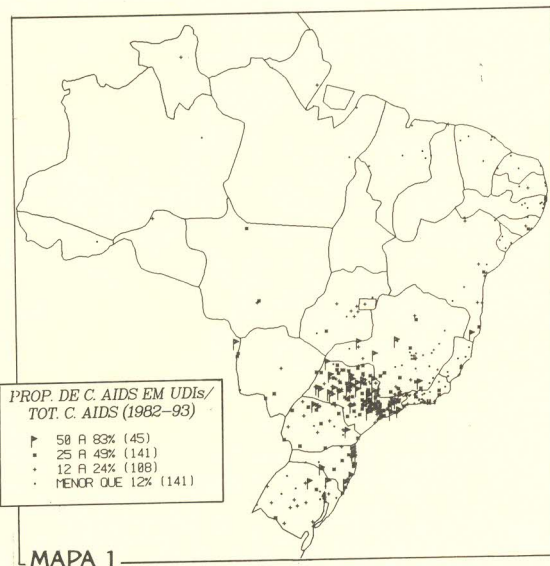
Departamento de Informações para a Saúde/FIOCRUZ & Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas/UERJ

CHRISTOVAM BARCELLOS

Departamento de Informações para a Saúde/FIOCRUZ

PAULO ROBERTO TELLES

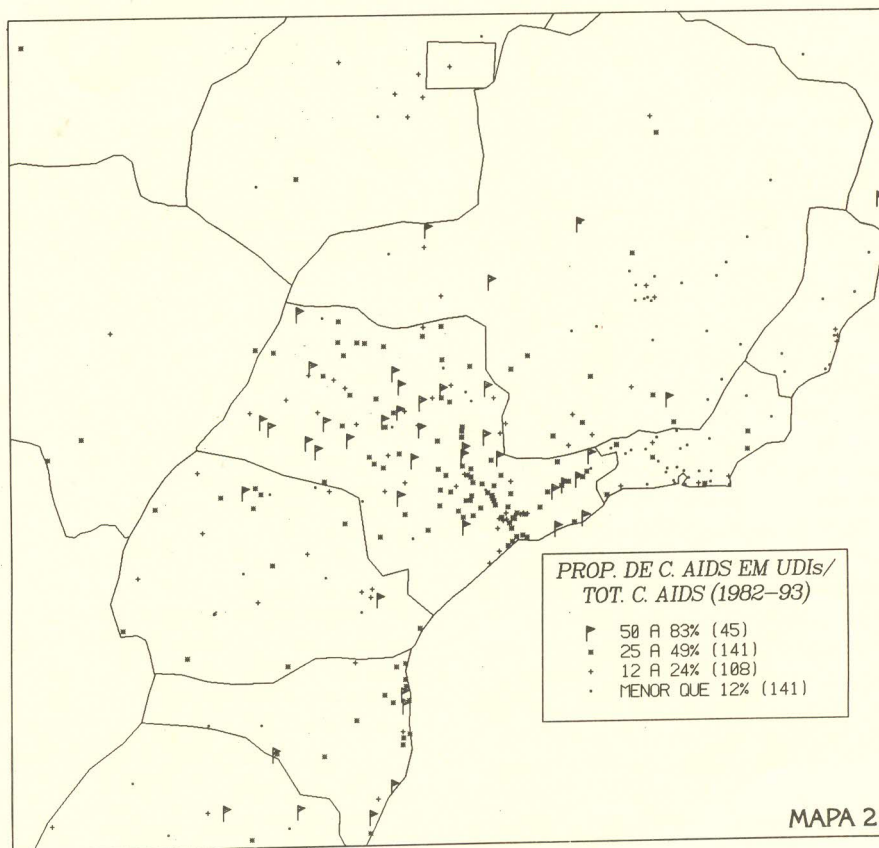
Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas



O presente artigo dá prosseguimento ao nosso trabalho em andamento sobre "Geografia da AIDS no Brasil" (Boletim ABIA 25:6-8). Mais uma vez, procuramos tornar mais acessível ao leitor não especializado resultados obtidos mediante a utilização de metodologias que interessam mais de perto a epidemiologistas e geógrafos. O leitor interessado pode ter uma idéia mais abrangente da questão através da leitura do capítulo "A Epidemia de AIDS no Brasil" dos autores (em parceria com E. Castilho) do livro Saúde e população na década de 80: os muitos brasis (HUCITEC, 1995).

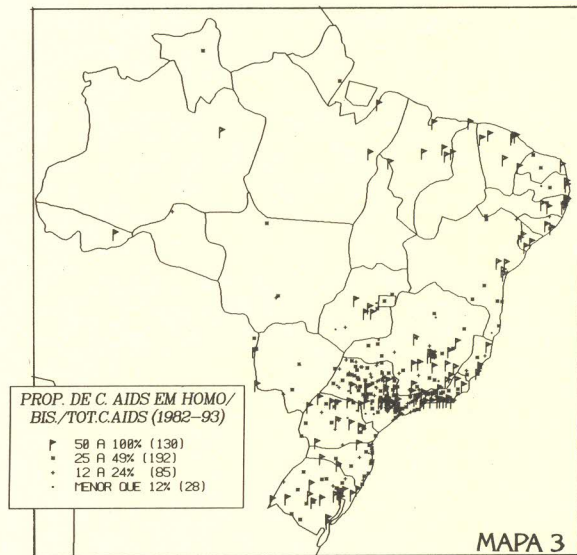
A idéia de correlação entre as rotas de tráfico da cocaína e a concentração de casos de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis (UDIs) foi inicialmente aventada entre nós por Fábio Mesquita, que assim batizou seu livro (AIDS na rota da cocaína, Ed. Anita Garibaldi, 1992). O fenômeno seria tributário da inserção do Brasil na rota internacional do tráfico, a partir do fechamento de vias mais tradicionais de escoamento, que interligam os países produtores de coca/cocaína e os países da Europa e os EUA.

Existiria aí um fenômeno, de comprovação dificultada pela ilicitude dos dados relativos às mutáveis rotas do tráfico, de retro-alimentação entre mercado de consumo e tráfico, consumo de cocaína pela via injetável. Quando este consumo envolve o compartilhamento de agulhas e seringas temos novas infecções e casos de AIDS entre UDIs e seus/suas parceiros(a)s.



Os mapas 1 & 2 indicam que a distribuição de casos de AIDS entre UDIs segue um padrão específico do ponto de vista geo-político, que pode ser contraposto à dispersão geográfica que se observa, por exemplo, nos casos registrados de AIDS entre homo ou bissexuais masculinos (mapas 3 & 4).

Embora em ambas as situações exista uma concentração maior de casos nas principais regiões metropolitanas e áreas vizinhas, e outras cidades de maior relevância sócio-econômica, esta concentração não segue um padrão específico quanto aos casos notificados entre homens que fazem sexo com homens, ao contrário do que



determinados hábitos e comportamentos, além do fluxo permanente de pessoas para/por essas localidades devido, entre outros motivos, a rotas comerciais, de transportes ou migrações.

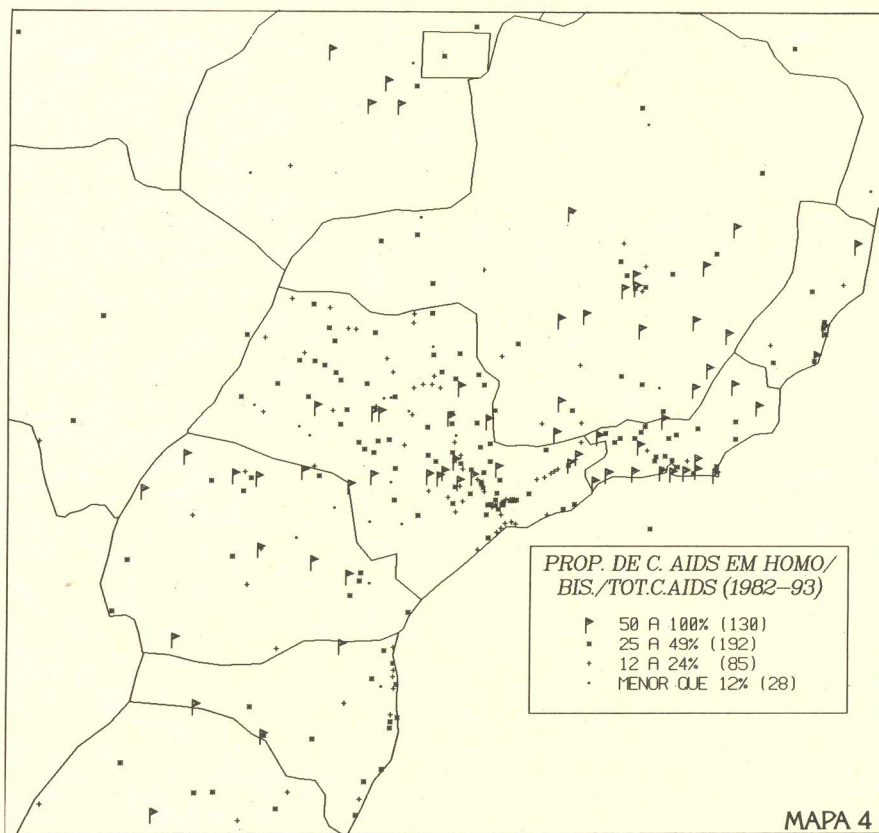
No caso do uso de drogas sobressaem razões macropolíticas e econômicas, pois existe uma dependência imediata deste uso da existência dos mercados fornecedores e suas rotas, além de um vínculo direto com a aplicação da legislação e das conseqüências da ação policial.

xuais, ou a disponibilidade de recursos para a aquisição de preservativos, a força destas variáveis é, sem dúvida, maior em se tratando das práticas de injeção compartilhada de drogas — interações de natureza ilícita e dependentes da disponibilidade, preço e qualidade de produtos que constituem um dos mais lucrativos mercados do mundo.

Há uma clara concentração de casos de AIDS entre UDIs no estado de São Paulo, numa faixa que “conecta” o interior paulista (na fronteira com Mato Grosso) ao litoral, havendo igualmente uma concentração em áreas litorâneas vizinhas com atividade portuária mais relevante (ver mapas 1 & 2). Constata-se a coincidência entre estes casos e as rotas rodoviárias que unem o Centro-Oeste — região em que a droga chegaria por via aérea proveniente dos países produtores — e os corredores de exportação do Sudeste/Sul do país (portos e aeroportos).

A escolha desse trajeto como rota privilegiada beneficiar-se-ia de vantagens decorrentes da extensa malha viária da região, no sentido de facilitar o escoamento do produto, mas também da possibilidade, fundamental para mercados sujeitos à contínua pressão sobre esse escoamento, de “compensar” eventuais bloqueios de carga ou via através do consumo de parte da mercadoria ao longo da própria rota de transporte (esse raciocínio é desenvolvido em artigo de Friedman & Des Jarlais, do qual reproduzimos um trecho neste Boletim ABIA). Nesse sentido, a existência de um conjunto de cidades de médio porte, com renda e atividade econômica significativamente elevada frente à média brasileira, permitiria estabelecer uma rede não só de consumo, como também de possível intermediação financeira.

Esse raciocínio permite referendar uma idéia aparentemente óbvia: os interesses envolvidos na questão são imensamente poderosos e transcendem em muito os recursos e a abrangência das ações tradicionais de saúde pública e, portanto, demandam para seu adequado enfrentamento uma visão macropolítica e sócio-econômica do problema. ■



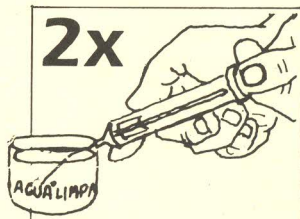
ocorre entre os casos notificados entre UDIs.

A concentração de casos em cidades de maior população e relevância sócio-econômica pode ser explicada tanto em função do tamanho e densidade das suas populações de um modo geral como, mais particularmente, pela facilidade à interação seletiva de pessoas com

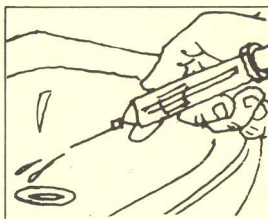
Embora não se possa deixar de lado, quanto à transmissão sexual do HIV, de pensar em determinantes macro-sociais como, por exemplo, a existências ou não de estabelecimentos comerciais que facilitam as interações, o papel dos movimentos de organização e expressão de grupos autodefinidos segundo entidades se-

BOLETIM ABIA PERGUNTA À DRA. LAIR:

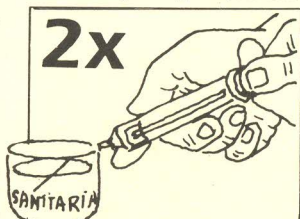
Ilustração do folheto "Previnha-se do vírus. Não das pessoas" / Ministério da Saúde



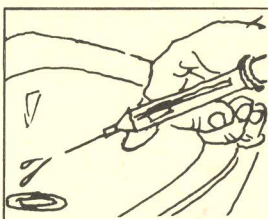
Enche a seringa com água limpa 2 vezes



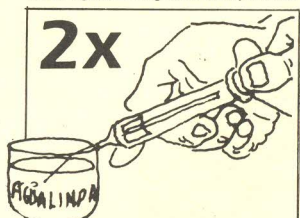
Esvazie a cada vez na pia ou no ralo



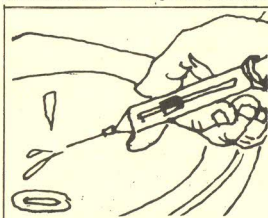
Enche agora com água sanitária, 2 vezes



Deixe na sanitária 30 segundos, esvazie



Enche agora com água limpa, 2 vezes



Esvazie a cada vez na pia ou no ralo

Quais as propostas e iniciativas já tomadas pelo PN DST/AIDS com relação à prevenção da AIDS entre os usuários de drogas injetáveis?

O PN DST/AIDS está cada vez mais preocupado com esse problema. Nos últimos anos tem crescido consideravelmente a contaminação pelo HIV através do uso intravenoso de drogas no país. Para se ter uma idéia, hoje ela já ocupa o 3º lugar entre as causas de contaminação pelo HIV no Brasil, sendo responsável por 22,9% dos casos.

Para enfrentar esta questão, estamos desenvolvendo o projeto **Prevenção ao Abuso de Drogas** com ênfase especial na prevenção do HIV entre usuários de drogas intravenosas no Brasil, que tem como objetivos: 1) prevenir o abuso de drogas e a transmissão do HIV entre a população em geral, com ênfase nos grupos sob maior risco, e 2) reduzir ou estabilizar a transmissão do HIV e outras DSTs entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), enfatizando ações comunitárias.

Até o momento, o projeto já começou a preparar três Centros de Referência para o tratamento, prevenção e pesquisa (NEPAD-BA, CETAD-RJ E PROAD-SP) e três Centros de Treinamento, os quais formarão agentes multiplicadores em prevenção ao abuso de drogas, DSTs e AIDS (Escola é Vida-SP, PRODEQUI-UnB-DF e Cruz Vermelha Brasileira-RS).

Dentre inúmeras ações previstas, já estão em fase de implantação projetos de prevenção ao abuso de drogas, DSTs e AIDS em mil escolas públicas e comunitárias em dez estados do Brasil (Ceará, Bahia, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Como resultado espera-se formar cinco mil professores como agentes multiplicadores.

Com a mesma finalidade, já está em fase de implementação o treinamento de 250 professores e 4 mil alunos, em 325 escolas de magistério.

Ainda este ano o projeto produzirá materiais como: uma cartilha sobre sexo seguro e um manual sobre drogas x AIDS, contendo textos de diversos especialistas nacionais sobre as mais variadas facetas do tema, e treinará profissionais de saúde e educadores de rua em prevenção ao abuso de drogas, DSTs e AIDS.

O projeto tem a duração de três anos e é uma iniciativa do Ministério da Saúde, PN DST/AIDS com o PNUCD (Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas no Brasil).

Além disso, o PN DST/AIDS tem procurado inserir o tema Drogas x AIDS em praticamente todas as suas campanhas de informação e educação preventiva de nível nacional, visando alertar a população em geral e essencialmente os UDIs sobre a perigosa ligação "drogas injetáveis x AIDS".

O TRABALHO ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS EM SANTOS

REGINA C. BUENO & FÁBIO MESQUITA
Instituto de Estudos e Pesquisa em AIDS de Santos - IEPAS

Em 1984, quando foram registrados os quatro primeiros casos de AIDS na cidade de Santos, um deles tinha como via de contaminação o uso de drogas injetáveis.

Em 1987, quando se iniciou o primeiro serviço ambulatorial da cidade, o uso compartilhado de drogas injetáveis tornou-se causa principal de contaminação — quadro que se mantém até o presente momento.

No final de 1989, fim do primeiro ano de gestão do Governo Democrático Popular, durante o primeiro Seminário Santista sobre a AIDS, foi anunciada a implantação de proposta, pela Secretaria de Higiene e Saúde, como forma de controlar a epidemia — trocar seringas. A experiência que vinha funcionando bem em países do chamado Primeiro Mundo é tentada em Santos. Esta proposta não era uma simples forma de “importar” idéias e/ou modelos de países do Primeiro Mundo, ao contrário, tinha por escopo tentar reduzir e prevenir uma das principais formas de contaminação entre um segmento específico — os usuários de drogas injetáveis (UDIs).

Para o Poder Público Municipal, dois princípios moviam a tentativa: o direito e o dever do Estado quanto à saúde, e a solidariedade às vítimas da AIDS. Na época, o Secretário de Higiene e Saúde (Dr. David Capistrano, hoje Prefeito da Cidade) e o Coordenador do Programa Municipal de Controle de DST/AIDS (Fábio Mesquita) foram processados criminalmente com base na Lei 6.388 de 1976. Com base na mesma Lei, a Prefeitura Mu-

nicipal passou a um responder um processo cível, e foi ameaçado de pagamento de uma multa diária se a proposta fosse mantida. Embora os processos tenham sido arquivados por falta de provas, esta tentativa gerou um imenso debate nacional sobre a necessidade de prevenir o HIV/AIDS entre UDIs.

Em 1991, a Administração Municipal lançou a campanha Pintou Limpeza. Esta campanha ensinava aos UDIs como desinfetar as seringas já utilizadas com hipoclorito de sódio. Composta de dois cartazes e um folder, a campanha tratava do uso limpo e do sexo seguro, e pecou apenas por não avançar na forma de distribuir o material.

Ainda naquele mesmo ano, iniciamos o trabalho de pesquisa de campo, que consolidou nossa ligação com os UDIs e que passou a integrar o Estudo Multicêntrico de Comportamento e Soroprevalência entre UDIs, coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e desenvolvido em treze diferentes cidades do mundo. Este estudo nos colocou em contato direto com 220 UDIs de nossa cidade e estendeu-se até o final de 1992.

A discrição com que tratamos as pessoas envolvidas, a garantia do sigilo e a abertura de “portas” concretas no sistema formal de saúde, selaram nossa ligação com os UDIs. Além disso, uma boa parcela deles acompanhou a nossa luta pela mudança da Lei de Drogas junto ao Congresso Nacional e nossa defesa dos direitos de cidadania dos UDIs.

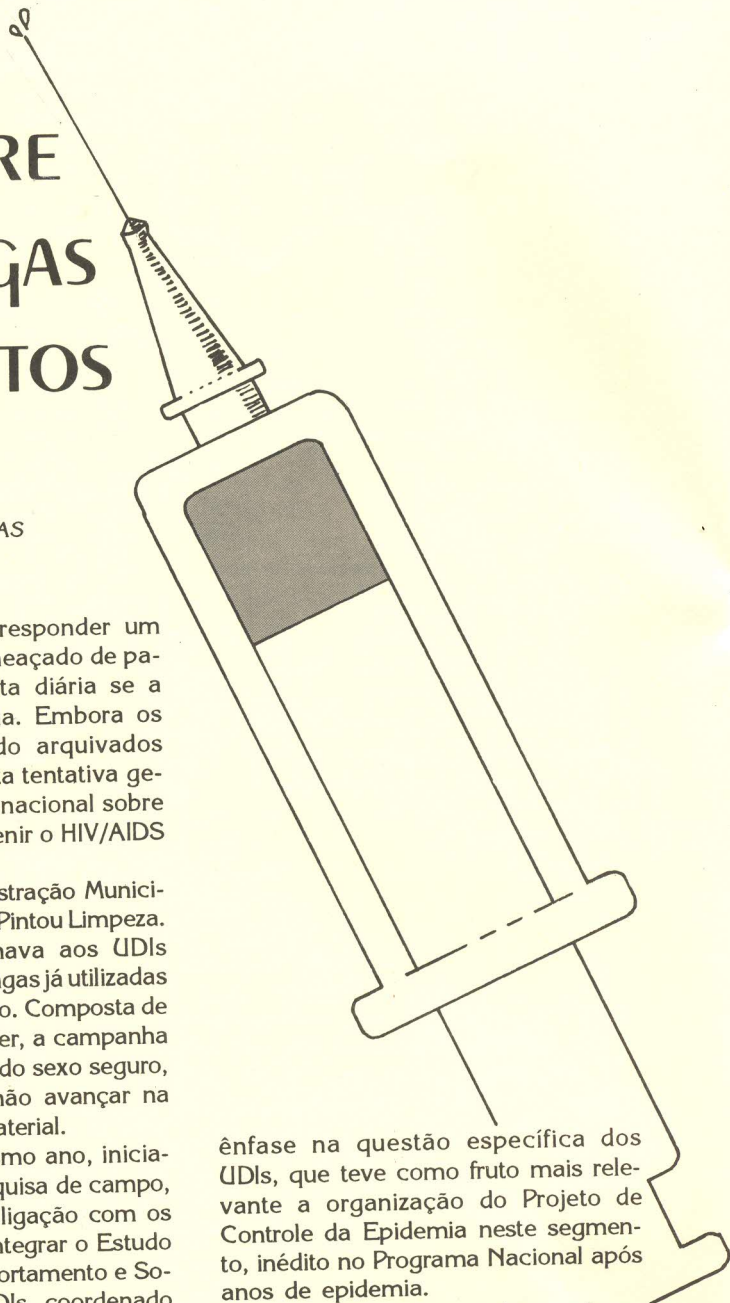
A passagem de um de nós pelo Ministério da Saúde deixou a marca da

ênfase na questão específica dos UDIs, que teve como fruto mais relevante a organização do Projeto de Controle da Epidemia neste segmento, inédito no Programa Nacional após anos de epidemia.

Atualmente estamos desenvolvendo dois projetos específicos no Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos (IEPAS), ONG que se estruturou em 1991, e na qual atuamos desde então.

O primeiro deles é o estudo Multicêntrico de Comportamentos e Soroprevalência do HIV (além dos agentes das hepatites B e C, HTLV-1 e treponema da sífilis) entre usuários, coordenado pelo IEPAS e realizado nas cidades de Santos, Rio de Janeiro, Salvador, Campo Grande e Itajaí, o qual chamamos de “Projeto Brasil”.

Tem sido uma experiência muito interessante compartilhar o desenvolvimento da pesquisa com outros Cen-



tros no país. Já havíamos tido uma amostra dessa experiência ao trabalharmos junto a pesquisadores do Rio de Janeiro em 1991/92. Agora podemos ter acesso à realidade de quatro das regiões geográficas do Brasil. Mais que isto, poderemos ter uma visão mais ampla da epidemia entre os UDIs em nosso meio, hoje. Como informação complementar estamos, em conjunto com outros pesquisadores, estudando qual ou quais o(s) subtipo(s) de vírus preferencialmente circulante(s) entre UDIs, valiosa informação para futuras vacinas. Mas, sem dúvida, a informação mais importante é analisar, minuciosamente, os comportamentos que expõem os UDIs ao risco de contaminação. Estas informações tornarão possível a implementação de estratégias mais eficazes de prevenção.

Um subproduto do Projeto Brasil, que vinha sendo desenhado desde 1993, foi a publicação do livro *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*, que reuniu vários colaboradores brasileiros e estrangeiros. O livro contou com o apoio e patrocínio do IEPAS.

O segundo Projeto desenvolvido atualmente pelo IEPAS é o de *outreach work* (trabalho de campo), que visa buscar os usuários de drogas injetáveis em seu meio social. Com o desenvolvimento de nossos vínculos de trabalho de pesquisa, não foi difícil recrutar usuários, ex-usuários e até pessoas que nunca haviam usado drogas, mas que mantêm uma excelente relação com os UDIs.

Antes mesmo de iniciar o treinamento, comparecemos a algumas "sessões de pico", onde pudemos presenciar o uso compartilhado de seringas e agulhas.

Nosso objetivo era o de entender melhor se seria ou não possível incluir a limpeza de seringas no momento do uso e, caso afirmativo, qual a melhor forma de fazê-lo. Tínhamos conhecimento que, nos EUA e no Canadá, em áreas de uso prioritário de cocaína, esta estratégia preventiva tinha sido estabelecida, mas não sabíamos como ela funcionaria na realidade nacional. Funcionou, acima do esperado.

A partir de então conseguimos o hipoclorito em concentração adequada (5,25%, conforme o preconizado

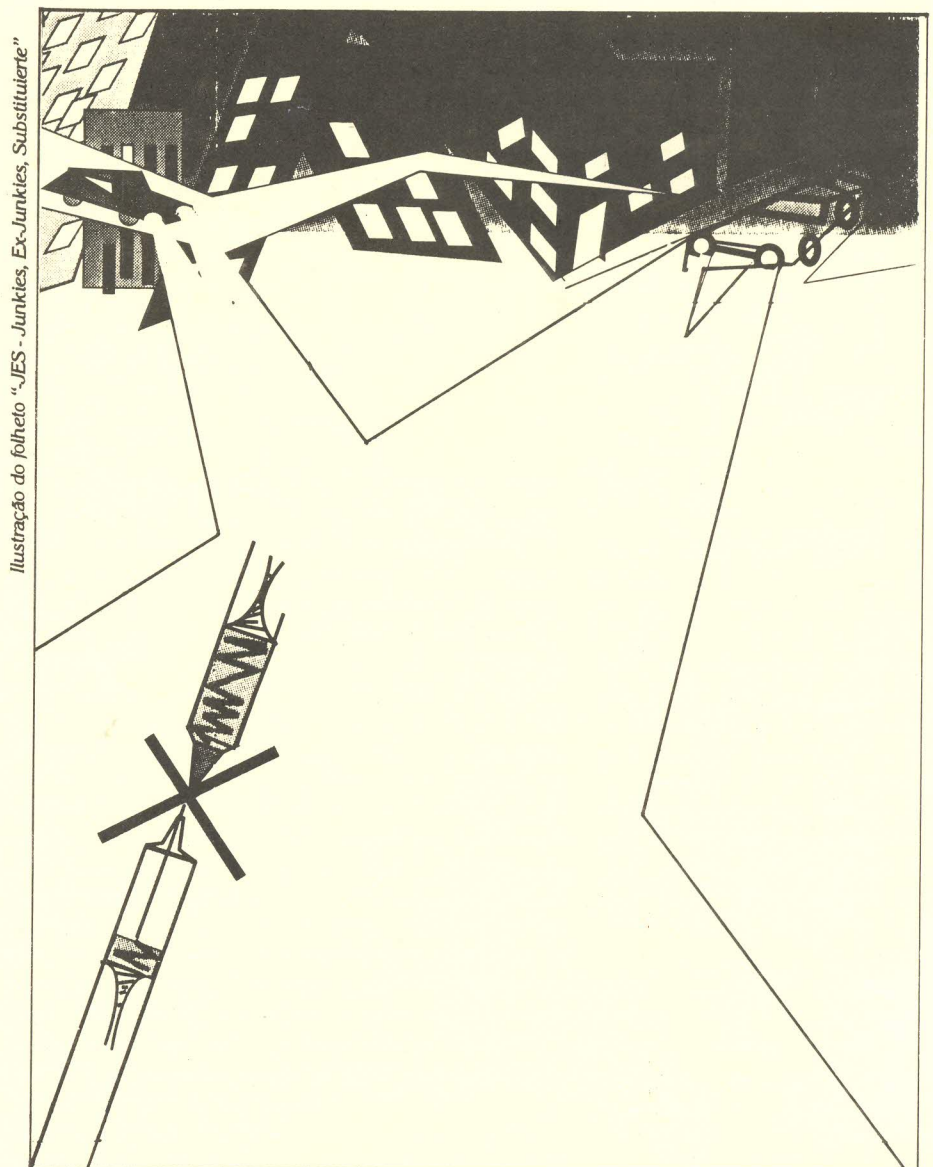


Ilustração do folheto "JES - Junkies, Substituinte"

pelos Centers of Disease Control — Centro de Controle de Doenças dos EUA — e OMS), que vem sendo doado por uma empresa privada do Parque Industrial de Cubatão. Além do hipoclorito de sódio, os agentes de saúde distribuem camisinhas e folhetos educativos.

O Projeto tem aumentado muito a nossa penetração entre os UDIs e este talvez seja o principal ganho. Acreditamos estar criando condições para dar o passo seguinte, que é o da distribuição (troca) de seringas. Ainda no ano de 1994, estamos comprando um Microônibus que será adaptado e circulará nas ruas de Santos, na área de maior consumo de drogas. A idéia inicial é de um "Centro de Convivência" ambulante que seja acolhedor e

abra caminho para intensificar o trabalho. A resposta que estamos obtendo vem referendando a idéia de que mesmo um segmento de difícil acesso pode e deve ser trabalhado. Diversos trabalhos em outros países têm demonstrado que é mais fácil a alteração do comportamento quanto ao uso de drogas (uso seguro), do que quanto ao sexo (sexo seguro). Mesmo sabendo que as respostas imediatas não existem na epidemia de HIV/AIDS, estamos otimistas quanto à demonstração prática de que é possível implementar estratégias de prevenir a disseminação da epidemia, mesmo em países como o Brasil, mesmo entre UDIs, que muitos pensam ser impermeáveis à mudança. ■

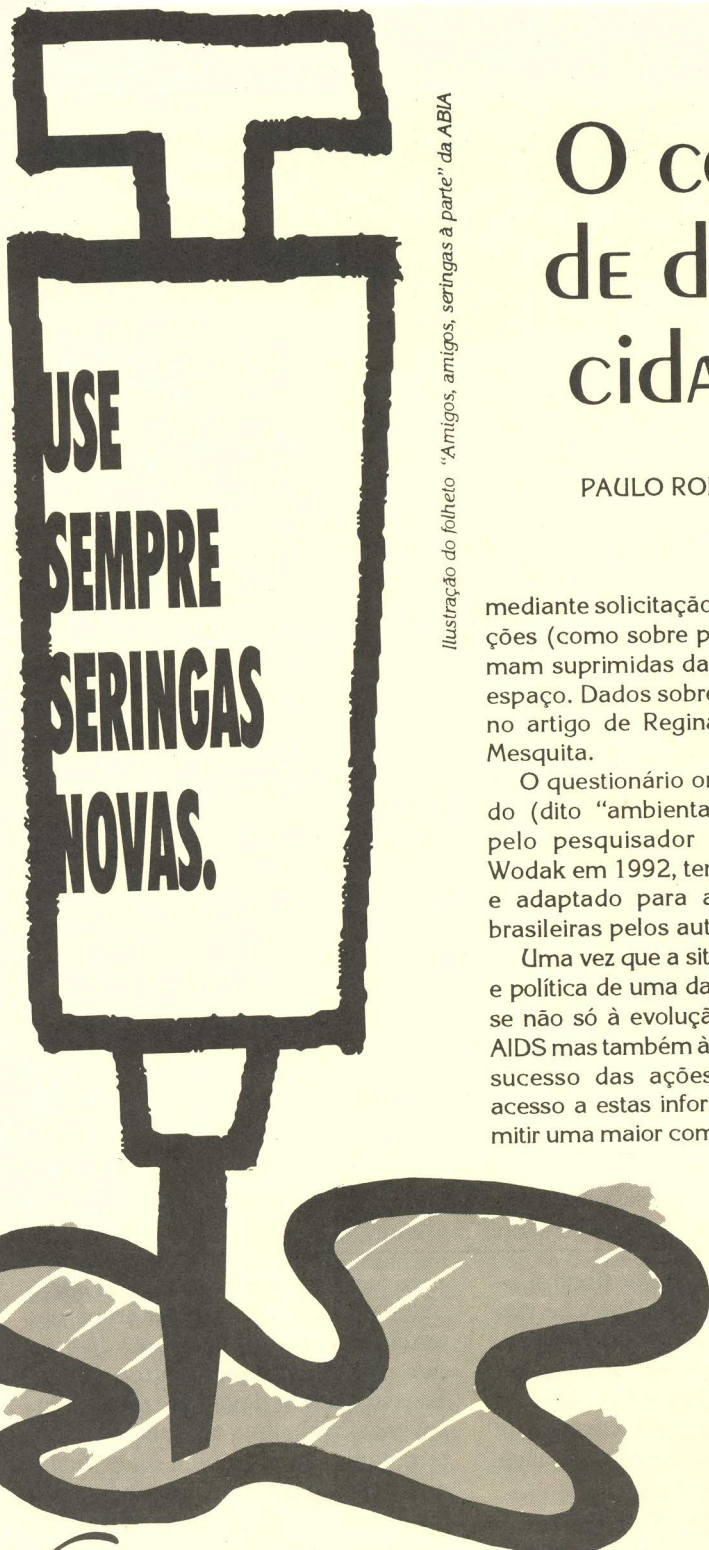


Ilustração do folheto "Amigos, amigos, seringas à parte" da ABIA

O CONTEXTO DO USO DE DROGAS EM CINCO CIDADES BRASILEIRAS

PAULO ROBERTO TELLES & FRANCISCO INÁCIO BASTOS

mediante solicitação. Outras informações (como sobre preservativos) foram suprimidas dada a limitação de espaço. Dados sobre Santos constam no artigo de Regina Bueno e Fábio Mesquita.

O questionário original deste estudo (dito "ambiental") foi elaborado pelo pesquisador australiano Alex Wodak em 1992, tendo sido traduzido e adaptado para as especificações brasileiras pelos autores em 1994.

Uma vez que a situação legal, social e política de uma dada região vincula-se não só à evolução da epidemia de AIDS mas também às possibilidades de sucesso das ações preventivas, ter acesso a estas informações pode permitir uma maior compreensão da dinâmica da infecção

de acordo com o ambiente onde ela ocorre, assim como planejar, com maior eficácia, estas estratégias.

O presente sumário compreende as cidades de Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ), Itajaí

(SC), Campo Grande (MS) e Salvador (BA).

Entre todos os municípios brasileiros, Santos é o de maior incidência de casos de AIDS, com uma taxa de 338,5 casos por 100.000 habitantes em 1994. Maior cidade portuária do Brasil, Santos faz parte de rotas marítimas nacionais e internacionais, aí incluídas as rotas de tráfico de drogas.

O Rio de Janeiro é o segundo estado da federação com o maior número de casos acumulados da doença, concentrando-se a quase totalidade destes na cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana circunvizinha.

Na Bahia haviam sido notificados, até o momento de redação deste texto, 1.093 (835 em Salvador) casos acumulados de AIDS. A participação dos usuários de drogas injetáveis (UDIs) enquanto fator de risco passou de zero a quase um terço do total de casos nos últimos seis anos — este aumento da participação proporcional dos UDIs correlaciona-se ao uso da cocaína injetável naquela cidade e estado.

O uso de drogas na cidade de Campo Grande é facilitado pela proximidade das cidades de Corumbá e Ponta Porã, que fazem fronteira, respectivamente, com a Bolívia e o Paraguai, e constituem importantes rotas de tráfico de drogas. Dentre as cidades do Centro-Oeste do país, Campo Grande tem uma das maiores incidências de casos de AIDS entre UDIs. As drogas mais utilizadas são a pasta de coca, a cocaína e a maconha, sendo comum o uso combinado destas substâncias.

O município de Itajaí é um dos mais importantes da região turística litorânea do sul do país, tendo grande movimentação portuária. Itajaí apresentou nos últimos seis anos um aumento significativo de casos de AIDS, apresentando a terceira maior taxa de incidência do país no período de 1980 e 1994 e a primeira no período 1993/94. Destes, cerca de três quar-

Este texto representa um breve sumário do trabalho coordenado pelo primeiro autor na âmbito do Projeto Brasil que, junto com a análise geográfica, também apresentada neste Boletim, permitirá uma visão comparativa dos contextos de uso de drogas nas cidades que integram o Projeto. Maiores detalhes e referências podem ser obtidos dos autores

tos se contaminaram em decorrência do uso compartilhado de drogas injetáveis.

Alguns dados do "questionário ambiental"

a) Com exceção do Rio de Janeiro e Salvador, onde a vinda de UDIs de outras regiões não parece ser muito relevante, é significativo o afluxo de UDIs de outras regiões para os demais locais estudados. A cidade de Itajaí registra um importante movimento de UDIs vindos de cidade vizinhas e de embarcações (que atracam no porto pesqueiro), durante todo ano. O movimento se intensifica nos períodos de férias de verão, com a presença de UDIs provenientes de regiões mais distantes.

Em Santos (outra cidade turística/portuária), há um importante aumento de pessoas de um modo geral (dentre as quais algumas que se utilizam de drogas) nos fins de semana e feriados. No período de férias escolares, a população da cidade chega a triplicar.

Também em Campo Grande é comum a vinda de UDIs de cidades vizinhas e, com menor freqüência, de outras cidades do interior.

Com exceção de Itajaí e Salvador, as outras localidades foram consideradas de grande relevância para a distribuição de drogas para a regiões próximas e/ou para o país como um todo. Com relação ao tráfico para outros países, Santos e Rio foram consideradas cidades de grande importância, enquanto Itajaí, Salvador e Campo Grande foram consideradas de razoável e pequena importância, respectivamente.

b) Em todas as cidades não foram encontradas dificuldades de ordem jurídica para a compra/posse de agulhas e seringas (em geral, no Brasil, as agulhas e seringas não são usadas como evidência de infração da lei).

As autoridades das cidades pesquisadas não tomaram qualquer medida (como campanhas ou programas) no sentido de estimular os usuários a utilizarem equipamento de injeção novo (estétil). Não existem pontos de distribuição (legais ou ilegais) de seringas e agulhas novas, nem qualquer campanha que encoraje os UDIs a descartarem o material já usado de forma responsável. Nas ci-

dades de Santos e Salvador já estão funcionando, por iniciativa isolada, alguns programas que empreendem a troca dos equipamentos de injeção. Uma possível explicação para a ausência de campanhas dirigidas aos

UDIs, no sentido de usarem equipamentos novos, é que até pouco tempo a implementação da troca de agulhas e de seringas encontrava grande resistência por parte de algumas autoridades, tendo sido os responsáveis por progra-

DEPOIMENTO DO LÍDER DA ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS DO PARLAMENTO ALEMÃO

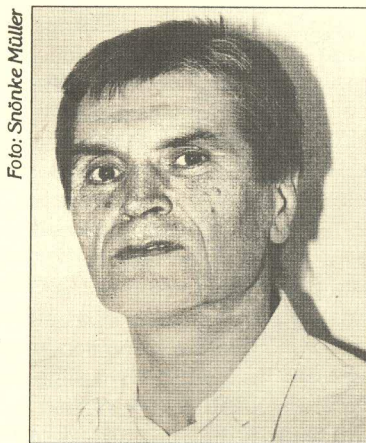


Foto: Snönke Müller

Um elemento essencial no desenvolvimento das estratégias de prevenção na Europa e Austrália tem sido a atuação permanente das Associações de Usuários de Drogas. Abaixo transcrevemos as palavras de Werner Hermann (um dos principais líderes da grande Associação Alemã JES) no Parlamento Alemão. Pela primeira vez na história da Alemanha — 1991 —, um usuário em tratamento de substituição (por metadona) e líder de uma Associação de Junkies, Ex-usuários e usuários em Substituição (JES), teve a oportunidade de apresentar suas próprias vivências e estratégias de enfrentamento da questão. "Para lhes dar uma idéia dos programas de metadona, lhes contarei um pouco da minha história pes-

soal. Penso que ela é, em alguma medida, representativa, porque no meu trabalho diário no JES (...) tenho contato permanente com pessoas que ainda estão ativas na "Cena". (...) há quatro anos atrás havia uma recompensa oferecida pela polícia pela minha captura, eu tinha muitos abscessos nas pernas e nenhum lugar para morar. Foi quando procurei a Deutsche AIDS-Hilfe (...). Não pensem que eu estava nas margens da "Cena", eu estava no meio dela... eu roubei e trafiquei (...). Antes que eu morra de AIDS, e eu já tenho a infecção há cerca de dez anos (9), encontrei algo — este grupo de mútua-ajuda a pessoas que experimentaram e experimentam destino idêntico ao meu — que deu sentido à minha vida. (...). Nesta Europa de tantas mudanças políticas, um lugar tem de haver para pessoas diferentes das tradicionais (...). Os Direitos Humanos também dizem respeito a nós. O problema central é que deles estamos destituídos, pela lei, quando somos encarcerados ou tomados incapazes no âmbito das instituições psiquiátricas. (...) Acreditem-me quando eu digo que não é possível encontrar uma solução para todos esses problemas sem envolver aqueles por eles mais diretamente afetados."

mas-piloto com este objetivo processados por contravenção às leis relativas ao uso/tráfego de drogas (como descrito no artigo sobre Santos).

Outro problema com relação à compra de seringas e agulhas diz respeito à pequena quantidade de estabelecimentos onde é possível adquiri-las, fora dos horários comerciais e nos fins de semana, justamente momentos em que o uso é mais freqüente.

Embora o custo do equipamento para injeção não seja considerado caro, diversos usuários entrevistados afirmaram que por diversas vezes deixaram de comprar agulhas e seringas novas para poder comprar uma maior quantidade de drogas.

c) Todos os locais estudados dispunham de locais para o tratamento de usuários de drogas, embora com capacidade de atender apenas a uma pequena parte da demanda. O principal obstáculo para a disponibilidade de serviços adequados de tratamento para os UDIs no Brasil é a falta de verbas públicas destinadas para este fim. Em todas as cidades estudadas, no início da epidemia de AIDS (1986/88), alguns programas de tratamento privados e filantrópicos recusavam-se a dar atendimento, mais ou menos explicitamente, aos usuários de drogas HIV-positivos. Devido a pressões tanto de familiares dos pacientes como de novas leis contra a discriminação, estas instituições começaram a aceitar estes usuários, mas sem que a maioria dispusesse de assistência especializada ou propostas preventivas. Poucos leitos novos foram criados em resposta a esta nova demanda.

d) O preço da cocaína (droga mais comumente injetada nas cidades estudadas) é variável, mesmo dentro de cada cidade, situando-se, de uma maneira geral, entre R\$5,00 a R\$12,00 a dose (deve-se levar também em conta as diferentes dosagens injetadas). Cabe ressaltar a posição especial da cidade de Campo Grande em relação às demais, tanto com relação ao preço da droga — substancialmente mais baixo (chegando a custar R\$2,00 a dose) —, quanto ao grau de pureza da mesma — esta foi a única cidade em que a qualidade da droga foi considerada “boa” pelos consumidores (pequena quantidade de outras substâncias misturadas).

e) Em todas as cidades pouca ênfase tem sido dada à proposta de “redução do risco/dano” (em oposição ao tradicional combate às drogas), com programas que priorizem a prevenção e a educação ao invés das soluções penais. Em geral, a política de drogas nestas cidades enfatizam unicamente a busca da abstinência como seu objetivo.

As estratégias de prevenção à AIDS entre UDIs têm sido muito criticadas como “fomentadoras do uso de drogas” (facilitando, ainda que indiretamente, o uso) na cidade de Santos. Essas críticas também se fazem notar nas demais cidades, embora, talvez dada a menor intensidade e visibilidade das intervenções, de forma mais moderada.

f) Acredita-se que os UDIs nas cidades de Campo Grande e Salvador tiveram conhecimento do HIV/AIDS quando a taxa de infectados pelo HIV neste segmento se encontrava entre 6 a 10%. Já nas cidades do Rio, Itajaí e Santos a maior disseminação de informações ocorreu, provavelmente, depois da epidemia estar amplamente disseminada nesta população (acima de 20% infectados). Portanto, avalia-se a epidemia em Campo Grande como sendo mais recente e com perspectivas algo mais favoráveis quanto à prevenção.

g) Outro problema de difícil enfrentamento é o da disseminação do HIV no âmbito do sistema carcerário, entre UDIs e seus parceiros sexuais ou via uso compartilhado de drogas injetáveis. Com exceção de Campo Grande e, em certa medida, Salvador, praticamente não existem programas específicos de educação sobre HIV/AIDS para a população carcerária, nem para as pessoas que trabalham nas prisões. No Rio de Janeiro existe o Projeto Teresa, ora em curso. Da mesma forma, não existe para os prisioneiros disponibilidade de hipoclorito de sódio (visando desinfetar equipamentos de injeção), e raramente há disponibilidade de preservativos ou programas de tratamento para o uso de drogas, tanto de forma oficial como não oficial. Mesmo em Campo Grande, o hipoclorito e os programas de tratamento não estão disponíveis, existindo, no entanto, programas oficiais de distribuição gratuita de preservativos. ■

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Utilidade Pública Federal
Rua Sete de Setembro, 48/12º andar
20050-000 — Rio de Janeiro — RJ
Tel.: (021) 224 16 54
Fax: (021) 224 34 14
E-mail: abia @ ax.apc.org

A ABIA é uma organização não-governamental, cuja finalidade é promover a educação e a informação para a prevenção da epidemia de HIV/AIDS. Todas as nossas ações são baseadas nos princípios da solidariedade.

Expediente:

Boletim ABIA n° 27
Janeiro/Março de 1995
Publicação trimestral
Tiragem: 20.000 exemplares
Distribuição interna

Presidente: Herbert de Souza
Jornalista responsável: Mônica Teixeira MT 15309
Conselho editorial: Bia Salgueiro, Fernando Sá, Francisco Inácio Bastos, Jane Galvão, Renato Quermel, Richard Parker, Veriano Terto Jr.

Programação visual e produção gráfica: A 4 mãos Ltda.
Editoração eletrônica: Tanara de Souza Vieira/A 4 Mãos Ltda.
Revisão: Anamaria Monteiro
Fotolitos: Copifoto
Impressão: MCR Gráfica

Este boletim foi financiado com recursos de EZE/Evangelische Zentralstelle Entwicklungshilfe e. V.

A ABIA vai lançar no dia 02 de maio, às 20h, no Centro Cultural Banco do Brasil no Rio de Janeiro, o vídeo E POR FALAR DE VIDA. O vídeo foi realizado pelo IBASE Vídeo, com direção de Alfredo Alves. E POR FALAR EM VIDA é um documentário sobre viver e conviver com AIDS e foi baseado em histórias de vida.