

EDITORIAL

DIREITO À VIDA

Há dois anos atrás morria Herbert Daniel. Para nós que militamos no campo da AIDS no Brasil, Herbert Daniel é uma presença e referência constante. Através das duas entidades que ajudou a fundar e dirigiu - a ABIA e o Pela VIDDA - mudou a maneira de atuação para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Ele trouxe para o cenário da AIDS a sua experiência em ações que visavam o resgate da cidadania - sobretudo expressa na sua militância política durante os anos de ditadura e na defesa dos direitos dos homossexuais - pois Daniel sempre entendeu que a epidemia de HIV/AIDS tocava, de maneira contundente, na questão dos direitos humanos. Àqueles que trabalham com o pânico e o preconceito respondeu com a solidariedade; aos que tratam as pessoas com HIV/AIDS como "pacientes" que devem comportar-se como mortos em vida respondeu com um grito pela vida, não aceitando a morte civil que os burocratas de plantão tentam impor.

As idéias de Daniel ainda ressoam entre nós, principalmente as que já apontavam, em meados da década de 80, para a pauperização e massificação da epidemia e reivindicam um tratamento digno para todos aqueles infectados pelo vírus HIV e doentes de AIDS, homens, mulheres, crianças, independente de opção sexual, via de contaminação, classe social. A sua luta pela existência de um programa nacional de AIDS, pelo crescimento não da epidemia mas da solidariedade e contra a decretação da morte civil das pessoas com HIV/AIDS é ainda, em 1994, atual.

Nesse sentido a luta iniciada por Herbert Daniel continua sendo a nossa luta. Por tudo isso, e pelo difícil momento que ainda estamos vivendo no que diz respeito às políticas públicas de saúde relacionadas a AIDS no país, trazemos à nossa memória o seu nome e a ele dedicamos esse Boletim, pois Daniel nos ensinou a exercitar uma militância sem trégua, pela vida.

AIDS E POBREZA

Herbert de Souza *

A AIDS, quando começou, parecia ser uma doença de Primeiro Mundo e de gente rica. Talvez graças a isso tenha despertado tanto investimento em pesquisa (apesar de insuficiente) e tanto interesse na mídia.

Com o tempo se verificou que a AIDS era uma epidemia mundial, que se deslocava do Primeiro para o Terceiro Mundo, constituindo-se numa verdadeira tragédia em vários países da África, e que em cada região apresentava a cara social de seu país. Ficou mundial e principalmente pobre.

Mas o tratamento da AIDS em qualquer país exige muita atenção médica, e é caro. É caro tomar AZT, são caros os remédios para prevenir ou combater as infecções, é caro internar um doente com AIDS. Enfim, AIDS é muito cara, e não prevenir a doença é mais caro ainda.

No Brasil não é diferente. A maioria das pessoas infectadas com o vírus, ou doentes, são pobres e não conseguem recursos públicos ou particulares para ter o atendimento de que necessitam, nem para a prevenção nem para o tratamento. Diria, mesmo, que a maioria dos pobres com AIDS morrem sem saber do que morrem.

Em algumas poucas clínicas particulares estão os doentes ricos, pagando um custo que desafia qualquer patrimônio familiar. Em alguns hospitais públicos estão os pobres que, além do atendimento médico solidário e humano, carecem de meios para comprar o que a ciência moderna já colocou à disposição de todos em termos de diagnósticos sofisticados e remédios eficientes.

Em relação à AIDS, como em relação a várias outras coisas, o *apartheid* social se manifesta. Quem é rico se trata e vive com uma qualidade de vida muito melhor. Quem é pobre sofre e morre sem condições mínimas de atendimento.

Esta diferença se manifesta concretamente em qualidade e tempo de vida. Quando a AIDS começou, nos anos 80, pouco se sabia sobre as diferenças entre contaminado e doente e as pessoas morriam em muito pouco tempo. Era uma questão de um ano entre a notícia e a morte. Com o surgimento das primeiras drogas que controlavam o desenvolvimento do vírus e o acúmulo do conhecimento clínico que acelerava o diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas, o tempo de vida foi aumentando de forma muito importante.

Hoje se sabe que uma pessoa pode ficar contaminada sem manifestar a doença por muito tempo, entre 10 e 15 anos, e que alguns podem viver sem que a doença se manifeste. Estar com o vírus não é mais sinônimo de ficar doente. Hoje se sabe que uma pessoa doente que recebe todos os tratamentos e cuidados necessários pode sobreviver com a doença por muitos ou vários anos, três a quatro vezes mais do que vivia antes.

Tudo isso significa que viver ou morrer, em grande medida, depende do tratamento que já existe. Quem tem, sobrevive. Quem não tem, morre. A vida cobra a conta. A morte iguala. Quem tem recursos pode apostar na cura que virá. Pode ter a alegria de viver a cura de uma epidemia que assustou e ainda assusta o mundo. Quem não tem recursos vai saber que seu tempo é do tamanho de sua conta bancária e que, no Brasil, viver ou morrer é, em grande medida, uma questão social, já que, no caso da AIDS, ser rico ou pobre significa viver ou morrer muito mais cedo.

Para uma pessoa doente e pobre, estar com AIDS é um drama duplo: o de ser pobre e o de sofrer as conseqüências de uma epidemia que ainda está em processo de controle e a caminho da cura, e, principalmente, o de saber que seu tempo de vida vai ser tão roubado quanto seu salário, suas esperanças, sua qualidade de vida, sua cidadania.

E é nesse quadro que é triste ver como o poder público, em nível federal, estadual e municipal, em geral e com apenas raras exceções, está totalmente indiferente a essa tragédia. De costas para a epidemia, ignora o imenso sofrimento dos pobres e espera que a morte ocupe o lugar da vida, negando as possibilidades de tratamento que só existem para uns poucos.

É triste saber que até em relação à AIDS o *apartheid* social existe e que aqui, entre nós, existe uma Beláfrica.

Originalmente publicado no jornal O Estado de São Paulo em 05/01/93. Faz parte do livro de Herbert de Souza, "A cura da AIDS" (título provisório) a ser lançado em 1994.

***Presidente da ABIA, Coordenador Geral do IBASE, Articulador Nacional da Ação da Cidadania
Contra a Miséria e Pela Vida.**

ESTUDO SOBRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS

Em 1989 a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um estudo comparativo, em diversos países, de comportamentos, atitudes e hábitos de usuários de drogas injetáveis (UDIs) e seus respectivos índices de soroprevalência (infecção) pelo HIV. Os usuários foram entrevistados utilizando-se um questionário elaborado por um grupo de trabalho internacional e foram solicitados a fornecer uma amostra de sangue e/ou saliva para testarem voluntária para o HIV. Foram obtidos e analisados dados de treze centros: Atenas (Grécia), Bangkok (Tailândia), Berlim (Alemanha), Glasgow e Londres (Reino Unido), Madri (Espanha), Nápoles e Roma (Itália), Nova Iorque (EUA), Rio de Janeiro e Santos (Brasil), Sidney (Austrália) e Toronto (Canadá).

Paulo Roberto Telles*
Francisco Inácio Bastos**

A partir do início dos anos 80, ficou claro o papel do compartilhamento de equipamentos de injeção como um meio eficiente de transmitir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), por inoculação direta na corrente sanguínea de uma carga viral porventura presente nestes equipamentos (seringas, agulhas, copos para diluição do produto, etc.).

Alguns estudos inicialmente realizados na Europa e nos EUA demonstraram uma alta taxa de prevalência do HIV no grupo de UDIs em diversas cidades como Nova Iorque e Milão (Moss, 1988).

A importância destes achados foi reconhecida pela OMS, que procurou aumentar a compreensão dos comportamentos de risco associados à infecção pelo HIV para, a partir destes conhecimentos, iniciar, com balizamento científico, intervenções preventivas no sentido de reduzir a transmissão do HIV entre UDIs.

O grupo de especialistas da OMS, identificou dois objetivos principais:

- 1) Avaliar e quantificar comportamentos vinculados ao uso e compartilhamento dos equipamentos de injeção, e os hábitos sexuais de risco, e além disso, avaliar as mudanças destes comportamentos ao longo do tempo.
- 2) Determinar a prevalência do HIV nesta população, correlacionando-a com as práticas de risco.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DOS CENTROS

A primeira fase da coleta de dados de análise compreendeu o período de outubro de 1989 a março de 1992, sendo que o período de coleta de dados variou para cada centro (de 3 a 19 meses) e, em decorrência disto, o número de entrevistas realizadas por centro foi bastante diferente.

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Os usuários entrevistados foram divididos em dois grupos: 1) UDIs recrutados em centro de tratamento, e 2) UDIs recrutados nas ruas. A participação proporcional do subgrupo recrutado em centros de tratamento, com relação ao subconjunto de UDIs recrutados na rua, foi quase sempre menor que 50%.

A idade média em que se deu a primeira injeção foi bastante semelhante para todos os centros e variou de 17,7 anos em Glasgow até 21,7 anos em Bangkok.

O tempo de uso das drogas injetáveis também foi semelhante para diversos locais (com exceção de Nova Iorque), variando de 6,8 anos em Glasgow até 9,6 anos em Bangkok e Rio de Janeiro.

O tempo de uso médio, de 17 anos em Nova Iorque, poderia ser devido a um viés de amostragem, mas também poderia ser explicado pela elevada prevalência do uso de drogas injetáveis naquela cidade, e pela existência de uma larga população de antigos usuários ainda em atividade.

Em todos os centros, os usuários eram em sua maioria do sexo masculino, embora mais de 30% dos entrevistados em Londres, Berlim e Santos fossem mulheres. Já em Bangkok, apenas 5% da amostra não era do sexo masculino.

PADRÕES DE USO

Em todos os centros, mais de 80% dos entrevistados faziam uso diário de drogas injetáveis, considerando os seis meses anteriores à entrevista.

A droga mais usada foi a heroína, exceto nas duas cidades brasileiras em que a droga mais freqüentemente usada foi a cocaína, e em Glasgow em que a droga mais usada era temgesic (medicamento que contém bupremorfina, um opiáceo).

COMPARTILHAMENTO DE AGULHAS E SERINGAS

Com relação à transmissão do HIV, uma das variáveis mais importantes é o compartilhamento de seringas e agulhas.

Em todos os centros, pelo menos 45% dos entrevistados referiram que nunca haviam compartilhado apetrechos de injeção. Pelo menos 70% dos entrevistados em todo mundo nunca haviam compartilhado com uma frequência superior a uma vez ao mês.

Por outro lado, existe uma fração de usuários, que corresponde, proporcionalmente, a cerca de 15% do conjunto de usuários (com importante variação regional), que continua a compartilhar seringas e agulhas ou outros apetrechos em uma base diária ou semanal.

A disseminação do HIV entre usuários de drogas, a partir do início dos anos 80, deu origem a especulações de que os UDIs que adotassem comportamento de risco em outras regiões que não a da sua cidade poderiam disseminar o HIV em redes de interação anteriormente pouco ou não envolvidas na dinâmica da epidemia.

Neste estudo, 60% dos entrevistados referiram o uso de drogas injetáveis fora das localidades em que moravam (considerando-se o período dos dois anos anteriores à data da entrevista). Cerca de 20% deste total compartilharam, nas localidades que não a sua de origem, os equipamentos de injeção.

A maioria dos UDIs que compartilham seringas e agulhas prefere limpar o equipamento previamente usado. Entretanto, frequentemente, os métodos de limpeza utilizados são ineficazes, não garantindo a adequada desinfecção dos apetrechos.

A lavagem com água quente e particularmente água fria é o método predominantemente empregado nos diversos centros. Mais de 60% de UDIs que compartilham os equipamentos em Bangkok, Madri, Rio de Janeiro e Santos lavaram suas agulhas e seringas apenas com água fria.

COMPORTAMENTO SEXUAL

Tradicionalmente, acredita-se que os usuários de substâncias depressoras do sistema nervoso central (ex. opiáceos e tranquilizantes) seriam menos ativos sexualmente, a partir de uma certa frequência de uso continuado destas drogas (Winick, 1992). Os UDIs entrevistados neste estudo revelaram-se, entretanto, via de regra, tão ativos sexualmente quanto grupos comparáveis da população em geral, exceção feita a usuários de quantidades muito elevadas destes produtos (Johnson, 1992 & ACSF investigators, 1992).

Em relação à transmissão do HIV, a atividade de risco, neste caso, é a relação sexual não protegida. Dentre aqueles UDIs que relataram relações sexuais com parceiros sexuais regulares, a grande maioria referiu nunca ter usado preservativos.

Estima-se que o risco do HIV ser transmitido sexualmente de um UDI para um parceiro(a) sexual (UDI ou não) é elevado, particularmente nas localidades onde há um grande número de usuários com uma taxa de soroprevalência elevada.

Para a subamostra de usuários que referiu relações sexuais vaginais com parceiros ocasionais, o uso, ainda que não sistemático, de preservativos foi mais frequente. Em Nova

Iorque, mais da metade dos entrevistados referiu o uso de preservativos, enquanto que em Atenas, Glasgow, Rio de Janeiro e Santos, menos de 30% dos usuários recortados segundo esta estratificação praticou o sexo com preservativo.

Em média, dentre todos os centros participantes dos estudos, 10% dos entrevistados do sexo masculino referiram ter relações sexuais com outro homem (ao longo dos últimos cinco anos). Em Glasgow, não houve relatos deste tipo de relação. Nas cidades brasileiras (Rio de Janeiro e Santos), este tipo de relação foi relativamente mais freqüente (mais de 20% dos entrevistados de ambos os centros).

TESTAGEM E PREVALÊNCIA PARA O HIV

Em quase todos os centros, a participação dos entrevistados na testagem foi alta. No Rio de Janeiro e em Roma, houve muitos casos de recusa. Taxas de 5% de soropositividade foram encontradas em Atenas, Glasglow, Sidney e Toronto. Taxas entre 10% e 20% foram encontradas em Berlim, Londres, Nápoles e Roma. Taxas entre 30% e 50% foram encontradas em Bangkok, Rio de Janeiro e Nova Iorque, e finalmente taxas em torno de 60% foram encontradas em Madri e Santos.

BREVE DISCUSSÃO

Existem claras diferenças sócio-culturais entre as amostras estudadas nos diversos centros integrantes do presente estudo e, certamente, incorreríamos em erros importantes se muitas especulações fossem feitas exclusivamente a partir dos dados obtidos, particularmente no que diz respeito à associação entre a prevalência do HIV e os comportamentos de risco.

No atual estágio da pesquisa, a análise ficou restrita a comparações de freqüências entre diversos centros, com o objetivo de avaliar a existência de padrões similares de comportamento, que dariam subsídios a intervenções integradas, destinadas a limitar a disseminação da infecção pelo HIV entre os UDIs e seus parceiro(a)s sexuais.

Os resultados preliminares indicam que existem semelhanças em diversos aspectos do comportamento dos UDIs nos diversos centros. Os baixos índices de compartilhamento de agulhas e seringas, quando comparados com níveis de meados dos anos 80 (dados disponíveis em diversos centros participantes do presente estudo), são de particular importância.

Embora ainda haja o compartilhamento dos equipamentos de injeção, estes são quase sempre limpos pelos UDIs, embora, é verdade, freqüentemente através de métodos ineficientes.

Os baixos índices de uso de preservativos, associados à atividade sexual entre os UDIs e seus(uas) parceiro(a)s, indicam que a transmissão do HIV por esta via pode se tornar de importância crescente na disseminação do vírus para a assim chamada população geral.

A maioria dos programas preventivos atuais levam em conta tanto os comportamentos de risco presentes nas relações sexuais como os relativos ao uso de drogas injetáveis, levantando questões como a importância do sexo seguro e a disponibilidade de equipamento esterilizado (ou adequadamente desinfecionado) para a injeção.

Cabe observar que apenas uma pequena parte dos dados objetivos no estudo da OMS foram apresentados neste trabalho, com o objetivo de assinalar as diferenças e semelhanças entre os UDIs entrevistados nos diversos centros, visando fornecer dados comparativos básicos. A metodologia da presente análise, embora útil para atingir estas metas limitadas, é bastante restrita, uma vez que outras análises comparativas não puderam ser implementadas. Isto só será possível depois que todos os dados colhidos forem armazenados e analisados em um único arquivo, que quando completo representará um banco de dados de grande importância para aqueles que desejam explorar as dimensões complexas do comportamento dos UDIs, e as necessárias estratégias preventivas culturalmente sensíveis e apropriadas.

A complementação destas investigações quantitativas por abordagens de natureza qualitativa também será essencial ao enriquecimento das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSF investigators. AIDS and sexual behavior in France. *Nature*, n. 360, p. 407-409, 1992.

Johnson, AM. et al. Sexual lifestyles and HIV risk. *Nature*, n. 360, p. 410-412, 1992.

Moss, AR. Epidemiology of AIDS in developed countries. *British Medical Bulletin*, n. 44, p.56-67, 1988.

WHO collaborative study group. An international comparative study of HIV prevalence and risk behavior among drug injectors in 13 cities. *Bull. Narc.*, v. 45, n. 1, p. 19-46, 1993.

Winick, C. Substances of use and abuse and sexual behavior. In: Lowinson, J. et al. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1992.

O presente texto é uma versão ampliada e revisada do texto apresentado por Paulo Roberto Telles no Seminário Nacional de AIDS e Drogas (Florianópolis, julho de 1993).

***Pesquisador do NEPAD-Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisador Visitante da Universidade da Califórnia, São Francisco.**

****Coordenador do Estudo Multicêntrico da Organização Mundial de Saúde no Rio de Janeiro. Pesquisador do NEPAD.**

REDUÇÃO DE DANOS: UMA NOVA PERSPECTIVA NA PREVENÇÃO À DISSEMINAÇÃO DO HIV ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS

O conceito de redução de danos, difundido hoje em quase todos os países desenvolvidos, ainda é muito pouco conhecido entre nós. O presente texto tem como objetivo introduzi-lo ao leitor não especializado. Ao final do texto apresentamos sugestões de leitura que permitirão aos interessados inteirar-se melhor da questão.

Francisco Inácio Bastos*

O conceito de redução de danos (*harm reduction*) ganha força no campo das abordagens terapêuticas e preventivas relativas ao consumo de substâncias psicoativas no início da presente década. Denomina-se psicoativa qualquer substância que tenha ação sobre o sistema nervoso central, e que altere estados de consciência, sono/vigília ou humor. Na verdade, coisas outras que não as substâncias têm propriedades psicoativas - basta que você pense nas variações de seu estado de ânimo e vigília, quando está na expectativa de receber o resultado de uma nova proposta de emprego, ou numa festa com música para dançar.

As soluções penais e policiais propostas por governantes e legisladores têm-se revelado um fracasso

Poderíamos dividir as substâncias psicoativas em drogas, psicofármacos (remédios) e substâncias recreativas, embora essas classificações sejam transitórias - dependentes dos conceitos e pré-conceitos de cada época. É que, nesse campo, as definições não são guiadas pelas propriedades farmacológicas (ações intrínsecas) das substâncias, mas antes pelos hábitos e costumes dos povos, e também pelos regulamentos jurídicos dos diferentes países.

Um dos pressupostos básicos da proposta de redução de danos é diminuir os males causados pelos diversos psicoativos sem, no entanto, procurar eliminar, a qualquer preço e a curto prazo, seu uso. Você já pensou numa sociedade em que fosse terminantemente proibido tomar cafezinho (já que o café contém cafeína, que tem propriedades psicoativas)?

As soluções penais e policiais muitas vezes são propostas pelos governantes e legisladores como uma forma de tentar resolver a questão. O que guia tal raciocínio é pensar que bastaria proibir a produção e o consumo de uma substância, para ela deixar de ser usada. A proposta, apesar de muitas vezes bem intencionada, tem-se revelado um fracasso em diversos momentos históricos.

Você provavelmente já deve ter assistido a filmes policiais referentes aos anos 30 nos EUA. Diversos deles mostram a luta entre policiais e a máfia do tráfico de bebidas alcoólicas. A

proibição do uso do álcool, nos EUA, durou cerca de uma década, e embora não tenha conseguido acabar com o problema do álcool, alimentou uma vasta rede de corrupção e criminalidade. As soluções não são fáceis. Levantam dilemas, morais e éticos, e demandarão talvez décadas de debates.

E, afinal, o que a disseminação do HIV e da AIDS tem a ver com tudo isso? Tem e muito. Em todo o mundo desenvolvido, e também em países em desenvolvimento como o Brasil e a Tailândia, diversas pessoas estão se infectando com o HIV em função da utilização de agulhas e seringas contaminadas. É possível que isso aconteça em função do uso de remédios ou vacinas, aplicados por via injetável com agulhas e seringas não descartáveis e/ou não esterilizadas, como nos recentes surtos epidêmicos entre crianças romenas e africanas.

Mas o mais comum é que isso se dê em função do uso compartilhado de seringas e agulhas, ou mesmo da simples divisão e diluição, numa mesma seringa, de substâncias utilizadas com finalidades não terapêuticas. Hoje, cerca de um quarto dos novos casos de AIDS notificados em todo o Brasil tem essa forma de exposição como a determinante única. O uso (reutilização, compartilhamento...) de seringas contaminadas, coloca o vírus em contato com a corrente sanguínea e, por isso, tem um grau muito elevado de infectividade.

O fato é que a utilização de substâncias sem finalidades terapêuticas, pelo seu caráter ilícito e estigmatizado, é feita, quase sempre, sem os cuidados que cercam (ou deveriam cercar) a utilização pela via injetável de quaisquer produtos de uso terapêutico (incluído aí, é óbvio, o sangue e derivados)

Antes do aparecimento da epidemia de HIV/AIDS, muitos profissionais já procuravam oferecer a usuários de drogas injetáveis alternativas mais flexíveis de tratamento e prevenção, já que estas pessoas sempre estiveram sujeitas a uma série de problemas, tais como infecções como a hepatite B e as endocardites, e também efeitos, por vezes fatais, de uma dose excessiva (overdose). Mas esses profissionais, principalmente ao longo da década de 80, vinham perdendo terreno para as respostas exclusivamente legais e policiais, no que foi denominado de "Guerra às Drogas". Muitos profissionais de saúde pública haviam deixado para o segundo plano os parâmetros técnicos (e também éticos), que deveriam nortear a busca de uma melhor saúde das populações por intermédio de soluções democráticas, e apoiavam iniciativas coercitivas, como por exemplo restringir, por todos os meios possíveis, a venda de seringas, considerando o seu porte como crime - indício de uso de substâncias proibidas. O raciocínio era que eliminando a disponibilidade de seringas seria impossível injetar drogas, o que desembocou no efeito inverso - a criação de um mercado ilícito de seringas e agulhas, não sujeito a qualquer forma de controle, além de lugares específicos para esse fim, onde dezenas de pessoas, por vezes, utilizam uma mesma seringa.

A saúde pública tem uma longa tradição de intervenções sobre os regulamentos acerca dos comportamentos das populações. A retrospectiva dessas ações tem mostrado que o efeito de medidas de força tem resultado, não só na violação das normas do estado democrático e das liberdades individuais, como em fracassos do ponto de vista epidemiológico. É, e tem sido

o caso, principalmente, de todas as doenças cuja disseminação está vinculada a comportamentos fundamentais para todos os seres humanos como os comportamentos sexuais.

No campo da epidemia pelo HIV/AIDS, essa questão tem sido demonstrada através de todos os esforços bem-sucedidos no âmbito da transmissão sexual da doença. Foi a mobilização e a ação enérgica das próprias comunidades atingidas que tanto tomou possível difundir mensagens preventivas aceitas pelas próprias comunidades, como cobrar posições das autoridades de saúde e outras autoridades governamentais, além de fiscalizar a ética e a adequação das pesquisas desenvolvidas em laboratórios farmacêuticos.

No entanto, o vento dos direitos do cidadão e da ação das próprias comunidades atingidas ainda não soprou, em nosso meio, a favor dos usuários de drogas. Situação bem diferente é a existente em diversos países do assim chamado primeiro mundo. Em lugares como a Holanda, desde meados dos anos 80, os usuários vêm-se organizando no sentido de proteger-se de problemas como a disseminação do vírus da hepatite B ou o HIV, ou defender seus direitos de cidadãos, e as autoridades públicas vêm dando apoio a essas iniciativas.

Mas a questão não se coloca apenas no tocante às ações de saúde pública. Também os terapeutas clínicos (psiquiatras, psicólogos, etc.) têm, em todo mundo, se mostrado mais permeáveis e flexíveis e apenas uma ínfima minoria de usuários de drogas está em tratamento. Estimativas, em países que contam com mais recursos, demonstram que não mais de 20% dos usuários em atividade estão engajados, num dado período, em alguma forma de tratamento. Antes da crise deflagrada pela epidemia do HIV/AIDS, muitos terapeutas, equivocadamente, confrontavam o paciente com o seguinte dilema: a abstinência total ou nada feito. Qualquer um que já tenha enfrentado problemas de dependência de qualquer natureza sabe como é difícil resolver essas questões de maneira rápida e duradoura. São freqüentes as recaídas entre usuários de todos os tipos de substâncias, inclusive as de uso inicialmente terapêutico - como os comprimidos para dormir.

Distribuição de seringa freia infecção por Aids

CHICAGO - Dois estudos realizados em São Francisco e Nova Iorque revelaram que os programas de distribuição de seringas e agulhas descartáveis, criados nas duas cidades, mantiveram estável a disseminação do vírus da Aids sem aumentar o consumo de drogas.

Segundo as pesquisas publicadas na revista da Associação Médica Americana, a distribuição estabilizou, e até diminuiu, o número de contaminados pelo vírus HIV entre grupos de toxicômanos. Um dos estudos demonstrou ainda que o consumo de drogas injetáveis foi reduzido entre aqueles que participaram dos programas.

Segundo os médicos, os viciados são em grande parte responsáveis pela propagação do vírus da Aids. As seringas e agulhas descartáveis distribuídas pelo governo, que chegaram a inflamar discussões entre aqueles que as acusavam de incentivar o uso de drogas, conseguiram auxiliar na contenção do vírus da Aids.

O programa realizado em São Francisco, apesar de ilegal, forneceu seringas e agulhas para mais de 5.644 viciados no período de 1986 a 1992, com a permissão das autoridades municipais. Em 1992, viciados em drogas da cidade reconheceram terem diminuído o uso de tóxico durante o programa.

Jornal do Brasil 13/01/94

O fato de uma pessoa não conseguir se manter abstinente, ou mesmo achar que isso não é possível, a curto prazo, não deve afastá-la de cuidados gerais de saúde e de recursos educativos e preventivos, sejam eles relativos à AIDS ou a tantas doenças e danos de outras naturezas - familiares, profissionais ou legais. Além disso, alguns terapeutas entenderam que é necessário engajar-se em programas de âmbito comunitário.

Dentre as iniciativas de redução de danos implementadas no mundo desenvolvido, estão: o trabalho de campo feito por educadores de rua junto aos usuários, a distribuição de frascos com água sanitária para permitir a desinfecção de agulhas e seringas e a utilização de unidades móveis de prestação de cuidados de saúde.

**A iniciativa mais polêmica é a de permitir
que o usuário troque a sua seringa usada
por outra nova**

Algumas medidas podem chocar os leitores brasileiros não familiarizados, como contar com o conhecimento dos próprios usuários na implementação de programas preventivos, e permitir-lhes a livre expressão das suas idéias, sem recorrer à coerção, como aconteceu na Alemanha, em que o presidente da associação de usuários e ex-usuários pôde expor seus pontos de vista sobre a prevenção da epidemia de HIV/AIDS no parlamento.

Destas iniciativas, a mais polêmica é a idéia de permitir que o usuário troque a sua seringa usada por outra nova. Tal medida foi duramente combatida pelo governo americano na década de 80, sob a alegação de que contribuiria para o aumento do número de usuários e representaria uma capitulação diante de objetivos como a tolerância zero ao consumo de psicoativos. Mas pesquisas mostram justamente o contrário. A última revisão científica de que temos notícia, publicada pela Universidade da Califórnia no final de 1993, aponta que as conseqüências catastróficas desses programas não aconteceram, e que hoje há diversos deles funcionando, nos Estados Unidos, Europa e Austrália.

E O BRASIL?

O Brasil precisa acertar o seu relógio com as reformulações implementadas em todo o mundo. Não basta copiar as soluções dadas por esses países e culturas, mas é preciso avaliar criticamente essas iniciativas, reformulá-las ou encontrar soluções mais apropriadas aos nossos hábitos e modos de vida.

***Coordenador do Estudo Multicêntrico da Organização Mundial de Saúde no Rio de Janeiro. Pesquisador do NEPAD-Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas/Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

SUGESTÕES DE LEITURA

Poucos livros em português tematizam esta questão. Duas dicas são:

AIDS na rota da cocaína. de Fábio Mesquita (Ed. Anita Garibaldi, Santos, 1992). Conta a experiência do autor, em Santos, de forma semificcional. ***Drogas é legal?*** Organizado por Francisco Bastos e Odair Gonçalves (Ed. Imago & Instituto Goethe, Rio de Janeiro, 1993). Resultado de um debate sobre a questão por profissionais de formação e experiências diversas.

O melhor e mais atual livro sobre o assunto só está disponível, até o momento, em inglês - ***Psychoactive drugs & harm reduction***, editado por Nick Heather e outros (Ed. Whurr, Londres). Este livro, lançado no final de 1993, mereceu de Jonathan Mann (Coordenador da Coalizão Global de Políticas Contra a AIDS e um dos editores do livro ***AIDS no mundo***, recentemente publicado em português pela ABIA, IMS/UERJ e Editora Relume Dumará) comentário entusiástico: “(...) este é um dos raros livros que tem o poder de mudar o curso da história (...)”.

Diversas ONGs em todo o mundo que lidam com a AIDS têm desenvolvido trabalhos e pesquisas junto a usuários. Uma ONG diferente, que trabalha basicamente com a questão das drogas de uma maneira alternativa é a Drug Policy Foundation. Esta fundação edita coletâneas sobre o tema, defende usuários de sanções penais e promove debates com políticos e pesquisadores que discordam de suas propostas. Sua última publicação apresenta o debate entre o presidente da fundação (A. Trebach) e um crítico das suas propostas (J. Inciardi) e se chama ***Legalize it? Debating American drug policy.***

O endereço da Drug Policy Foundation é: 445 Connecticut Ave., N.W., Suite B-500. Washington. D.C. 20008-2302. USA.

PRODUTO VACINAL CONTRA HIV SERÁ TESTADO NO BRASIL

Jorge Beloqui*

Em 16.12.1993, o Comitê Nacional de Vacinas aprovou a testagem de um produto pré-vacinal apresentado pela UBI (United Biomedical) para fase I em Belo Horizonte e no Rio de Janeiro. Em São Paulo, como o Consórcio ainda não está suficientemente estruturado, essa testagem não poderá começar. O produto vem sendo testado nos EUA desde fevereiro de 1993 e também foi aceito para testagem na China e na Austrália. Como ocorrerá a testagem? Estão previstas três etapas:

Etapa A: Um produto passará pelos testes de fases I e II, mas não passará pela fase III, que é a que mede a eficácia. Isto é, não se espera que este produto, sozinho, seja eficaz. Se o produto passar as duas fases, passaremos para a

Etapa B: Uma segunda substância será testada também em fases I e II, sem fase III. Se esta segunda substância também for aprovada em ambas as fases, passaremos para a

Etapa C: Uma terceira substância relacionada às duas anteriores – será experimentada em fases I, II e III. Esta, sim, é candidata à vacina, pois pode ser eficaz, o que será medido na fase III.

O processo que se inicia no Brasil corresponde à fase I da etapa A.

A aprovação baseou-se na documentação apresentada pela UBI sobre os resultados nas pessoas às quais está sendo aplicado este produto nos EUA. A OMS também achou que o produto é adequado para testagem nos países em desenvolvimento. O produto é um peptídeo sintético, ou seja, não é elaborado a partir de um vírus HIV, vivo ou morto. Portanto, não há chances de se infectar pelo HIV a partir do contato com este produto.

O produto, segundo resultados obtidos nos EUA, estimula a produção de anticorpos, isto é, a imunidade humoral. Por outro lado, devemos lembrar que os pesquisadores têm dado importância crescente à imunidade celular para controle do HIV. Assim, um alto nível de imunidade celular numa pessoa sem HIV estaria associado à possibilidade de esta pessoa entrar em contato com o vírus e não se infectar. Do fato de que ambas as imunidades não podem estar com níveis altos simultaneamente, segue que o uso de um produto que estimule a imunidade humoral provocará uma diminuição no nível de imunidade celular. Deste modo, a pessoa que tomar um produto que estimule a imunidade humoral estaria mais vulnerável a uma infecção, caso ela entrasse em contato com o vírus HIV. Estes argumentos aconselhariam a procurar pessoas que estivessem em pouco ou nenhum risco de entrar em contato com o HIV para a experiência inicial da fase I, isto é, ligada fundamentalmente à observação de efeitos colaterais da droga, desvinculada de sua eficácia, para experimentar um produto que, de início, não se pretende eficaz por si só.

Portanto, a pesquisa de fases I e II não deveria ser efetuada em pessoas com comportamento de risco. Certamente isto é um tópico que constará da pauta do Comitê e dos Consórcios, e das discussões com a UBI. Está prevista uma visita do representante da UBI ao Brasil em março de 1994.

Uma pergunta importante é se os voluntários do teste poderão tomar outras vacinas que venham a ser produzidas. É necessário encarar com otimismo prudente este processo que iniciamos: pode demorar vários anos até que uma vacina adequada às nossas necessidades esteja disponível. Isto ainda no caso de ser possível produzir uma vacina com os meios científicos e tecnológicos ora existentes.

Sobre o Consórcio de São Paulo, informamos que alguns projetos da área laboratorial estão em andamento e que a equipe da área comportamental e epidemiológica vem-se reunindo semanalmente e pretende começar em breve um estudo-piloto. Em 25.02.1994 fomos informados que o Secretário de Saúde formalizará o Consórcio, o que não tinha acontecido até agora. Acrescentamos que as ONGs/AIDS de São Paulo, e grupos feministas e homossexuais solicitaram em 08.09.1993 o afastamento do Dr. Davi Uip, pesquisador clínico principal do Consórcio de São Paulo, devido às suas declarações à Revista Veja (novembro 1992, agosto 1993) e Manchete (agosto 1993). Elas estimularam o comportamento sexual irresponsável e carecem de base científica, produzindo um prejuízo à saúde pública. Achamos, portanto, que nenhum teste clínico de vacina pode começar em São Paulo enquanto não tivermos um novo pesquisador.

***Vice-presidente do Grupo Pela VIDDA/SP e membro do Comitê Nacional de Vacinas. Observador do Consórcio de Vacinas de São Paulo.**

Glossário:

Imunidade celular: parte do sistema imunitário que responde à infecção estimulando células imunitárias que eliminam as células infectadas e o agente de infecção.

Imunidade humoral: parte do sistema imunitário que responde à infecção produzindo anti-corpos.

Imunogenicidade: capacidade de despertar reações imunológicas.

Vacina fase I: a primeira introdução de uma vacina candidata numa população humana para determinação inicial dos efeitos de segurança e imunogenicidade. A fase pode incluir estudos de dose e forma de administração, e usualmente envolve menos de 100 voluntários.

Vacina fase II: o foco desta fase é a imunogenicidade. São as experiências iniciais que examinam eficácia em um número limitado de voluntários /usualmente entre 200 e 500).

Vacina fase III: são experiências desenvolvidas para uma análise mais completa de segurança e eficácia na prevenção da doença, envolvendo um número maior de voluntários em um estudo multicêntrico adequadamente controlado.

NÓS POR EXEMPLO: UM JORNAL QUE OUSA DIZER O NOME

Sylvio de Oliveira *

Um dos projetos do Núcleo de Orientação em Saúde Social (NOSS), o jornal **NÓS POR EXEMPLO** passou a circular em dezembro de 1992. Dirigido à comunidade gay e lésbica, procura partir do princípio básico de que seremos tanto mais saudáveis quanto mais pudermos exercer nossa cidadania. Isto, certamente, passa por uma discussão sobre os mais diversos aspectos da homossexualidade. A publicação procura trazer também uma constante atualização das informações sobre HIV/AIDS. Coincidentemente, nos dez primeiros anos da epidemia não contamos, no Brasil, com nenhum veículo de informação específico para o público homossexual.

Desde seu início, **NÓS POR EXEMPLO** foi vendido nos mais diversos locais frequentados por gays & lésbicas, como bares, boates, praias. A idéia era manter a continuidade das edições através das vendas e anúncios, o que não ocorreu. Os custos são bastantes elevados e há ainda resistência, mesmo dos "guetos", em anunciar no periódico. Atualmente em seu terceiro ano, **NOS POR EXEMPLO** terá suas edições bimensais distribuídas gratuitamente nos bares, boates e saunas que veiculam anúncios, além de praias e eventos de interesse da comunidade homossexual. Sua tiragem de 5.000 exemplares é também distribuída a grupos gays e lésbicos de todo o país.

Com alguma freqüência o jornal organiza eventos, como shows e festas. Já foram organizadas duas passeatas e, mais recentemente, realizada a entrega do troféu **NOS POR EXEMPLO** às pessoas de destaque eleitas pela comunidade gay & lésbica.

Para os que têm interesse em receber a publicação em casa, é mantido o sistema de assinaturas, atualmente no valor de U\$15 por ano, equivalendo a seis exemplares. O jornal está aberto a colaboradores que desejem publicar artigos.

***Editor do Jornal Nós por Exemplo.**

NÓS POR EXEMPLO
A/C Sylvio de Oliveira
Rua Visconde de Pirajá. 127/201
22410-001 -Ipanema
Rio de Janeiro - RJ - BRASIL
Tel/Fax: (021) 227-5944

AIDS E FAVELAS: O PROGRAMA REGIONALIZADO DE CONTROLE DA AIDS

João Cláudio Lara Fernandes*

A dificuldade de acesso à informação adequada, à assistência e aos meios de prevenção toma as populações urbanas de baixa renda particularmente vulneráveis ao HIV. Para enfrentar esta situação, a ABIA, em parceria com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, iniciou o Programa Regionalizado de Controle da AIDS (PRCA), com financiamento do Ministério da Saúde.

O PRCA se baseia na experiência desenvolvida na favela da Rocinha, onde foi implantado, em 1990, um programa comunitário visando o controle desta infecção e que tem, como pontos centrais de sua formulação, a proposta de integração entre assistência clínica e a prevenção e o incentivo à auto-responsabilização pessoal e comunitária no combate à epidemia. Considerando isto, o PRCA está estruturado em quatro componentes: assistência clínica, educação, avaliação e reprodução. Este último aspecto pretende assegurar condições para difusão do projeto a outras comunidades carentes.

Após um levantamento realizado em diversas localidades, foram escolhidas para implantação do programas as comunidades do Parque Vila Isabel, no bairro do mesmo nome, e de Cerro-Corá, no Flamengo. O suporte clínico será fornecido pelos Centros Municipais de Saúde das respectivas áreas.

Uma das atividades iniciais do projeto foi a realização de um inquérito para avaliação dos conhecimentos e atitudes dessas populações em relação ao HIV. Foram investigadas, também, as comunidades da Mangueira e do Chapéu Mangueira, que servirão como controle posterior para avaliação dos resultados do programa. Foram entrevistadas, em cada uma destas quatro comunidades, 300 pessoas, perfazendo uma amostra total de 1.200 moradores.

Observou-se, entre os resultados, um bom conhecimento das formas de transmissão do HIV, mas o mesmo não ocorreu em relação às formas de não transmissão: quase metade dos entrevistados disse que a doação de sangue poderia transmitir o HIV, enquanto quase 20% referiram o mesmo para o beijo na boca e cerca de 30%, para a picada de mosquito. Pouco mais de 25% da amostra afirmaram usar camisinha, e apenas 10%, relataram utilizar de forma regular.

Um dado que chamou nossa atenção foi o fato de que as mulheres mostraram um interesse significativamente menor sobre o preservativo, em relação aos homens. Isto foi observado nas perguntas sobre mudança de comportamento, sobre o hábito de usar camisinha, e a intenção de usá-la, caso esta fosse fornecida gratuitamente. Estes dados apontam a necessidade de um melhor entendimento do universo feminino em relação ao HIV, ao menos neste segmento populacional, o que é extremamente importante, principalmente quando vemos aumentar a incidência da infecção entre as mulheres.

***Coordenador do Programa Regionalizado de Controle da AIDS.**

LANÇAMENTO

HOMENS

Veriano Terto Jr. *

A ABIA lançou no dia 22 de março, no Rio de Janeiro (Centro Cultural Banco do Brasil), o seu mais recente vídeo, *Homens*. O vídeo foi financiado pela Fundação MacArthur e realizado pelo IBASE VIDEO. Este vídeo faz parte do conjunto de materiais gráficos e audiovisuais do projeto *A prevenção à AIDS para homens que fazem sexo com homens*, coordenado pela ABIA e pelos Grupos Pela VIDDA do Rio de Janeiro e de São Paulo, e financiado pela AIDSCAP e pelo Programa Nacional de Controle de DST/AIDS/ Ministério da Saúde/ Banco Mundial.

Durante 24 minutos, três homens relatam suas vidas, percepções e experiências relacionadas à homossexualidade masculina. Apesar de fazer parte de um projeto de prevenção, o programa não tem objetivos diretamente didáticos, como fornecer informações sobre sexo seguro, ou sobre a homossexualidade. O vídeo tem o intuito de sensibilizar não só aqueles que se identificam como homossexuais, mas a população como um todo para uma discussão ampla e sem preconceitos sobre a homossexualidade.

Devido ainda à alta incidência de casos de HIV/AIDS relacionados à transmissão homo e bissexual masculina e pelos preconceitos e mitos que relacionam AIDS e homossexualidade, o vídeo é de suma importância para um enfrentamento global da epidemia e um tratamento digno e aberto sobre as questões que permeiam o desejo homossexual.

***Coordenador de Projetos da ABIA.**

EM VITÓRIA O VI ENCONTRO NACIONAL DE ONGS/ AIDS

Nelson Solano Vianna*

O VI Encontro Nacional de ONGs/AIDS, que acontecerá entre os dias 20 e 24 de abril em Vitória, está sendo esperado com muita expectativa por parte das 83 entidades e pelas quase 130 pessoas que lá estarão presentes. Este Encontro é o primeiro após o início do Projeto do Banco Mundial e de um maior empenho das ONGs/AIDS para trabalhos em parceria com outros setores da sociedade civil.

A programação consta de seis mesas redondas em plenária e 21 painéis contendo 40 trabalhos distintos. Trinta e cinco trabalhos apresentados pelas próprias ONGs/AIDS e cinco estão sendo preparados pela Comissão Organizadora com convidados brasileiros e internacionais.

No dia 21.4 acontecerão as mesas redondas de Planejamento Institucional de ONGs e de Avaliação de Intervenções em Educação e Assistência e mais cinco painéis especiais sobre Vacinas, Sus, Orçamento da União em Saúde, Gerenciamento Financeiro dos Projetos do Banco Mundial e sobre a Rede Internacional de Terapias Alternativas.

No dia 22.4 serão apresentadas as mesas redondas sobre Políticas Públicas/AIDS e Representatividade e Parcerias e os cinco primeiros painéis na área de prevenção, com temas vários nas áreas de crianças/adolescentes, comunidades carentes, sexualidade, drogas e sexo seguro.

Todo o dia 23.4 está reservado para as duas últimas mesas redondas do Encontro: O Projeto do Banco Mundial e a Questão das Vacinas.

O dia 24.4 terá, além da plenária de encerramento com as deliberações pelo coletivo das ONGs participantes: cinco painéis na área de Assistência, abordando aspectos psicológicos, o atendimento domiciliar e casa de apoio, os grupos de auto-ajuda; direitos humanos e a convivência com as pessoas vivendo com HIV/AIDS; além de painéis na área de Prevenção, abordando a questão da AIDS no local de trabalho, educação em AIDS para grupos específicos (caminhoneiros, trabalhadores da construção civil, gays e crianças/adolescentes).

Esperamos que o Encontro de Vitória traga não só para as ONGs/ AIDS mas também para outros setores da sociedade, inclusive o governamental, os avanços que a luta contra a epidemia de AIDS tanto exige.

A Comissão Organização do VI Encontro de Vitória, eleita no último Encontro em Fortaleza, e composta pela ABIA, GAPA-SP, GAPA-MG e pelo Grupo Pela VIDDA-Vitória. O evento está sendo financiado pelo Projeto do Banco Mundial.

***Coordenador de Projetos da ABIA.**

**Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS -
ABIA**

Utilidade Pública Federal
Rua Sete de Setembro, 48/12º andar
20050-000 - Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (021) 224 1654
Fax: (021) 224 31 14

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

Expediente:

Boletim ABIA nº 23
março/abril de 1994
Publicação bimestral
Tiragem: 20.000 exemplares
Distribuição interna

Presidente: Herbert de Souza
Jornalista responsável: Mônica Teixeira MT 15309
Conselho editorial: Jane Galvão, João Guerra,
Nelson Solano Vianna, Richard Parker, Salet
Novellino, Simone Monterio, Veriano Terto Jr.

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

Este boletim foi financiado com recursos liberados
por: EZE/Evangelische Zentralstelle
Entwicklungshilfe e. V. Apoio: Jornal Balcão
(fotolitos) pelo programa “A Solidariedade é uma
Grande Empresa”.

**Em setembro o IV Encontro Nacional de
Pessoas Vivendo com AIDS**