

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

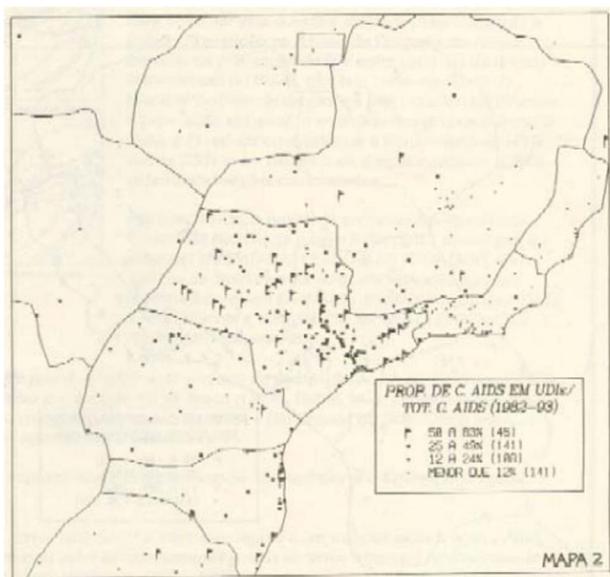
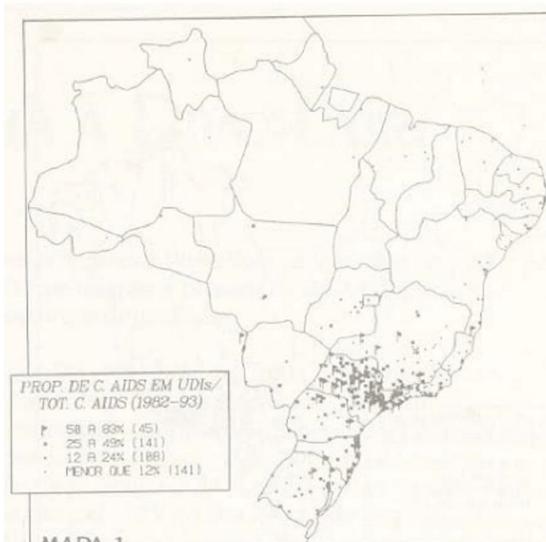
Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas

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 ser 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 parceiro(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).

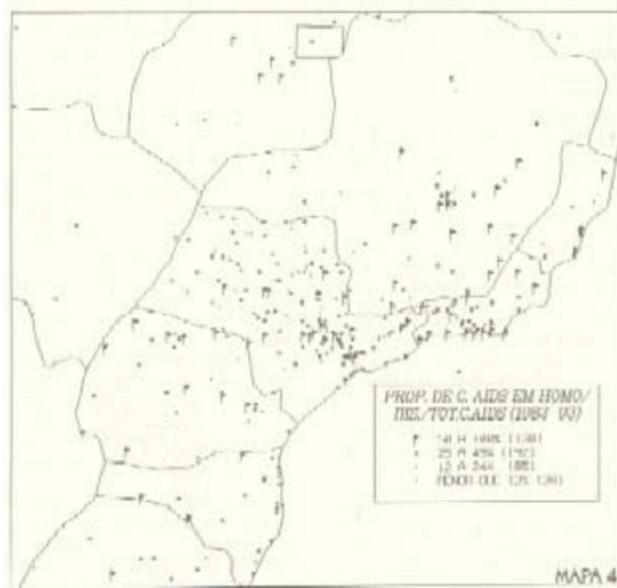
Embora em ambas as situações exista uma concentração maior de casos nas principais regiões metropolitanas e áreas vizinhas, e outras cidades de maior relevância sócio-econômica, esta concentração não segue um padrão específico quanto aos casos notificados entre homens que fazem sexo com

homens, ao contrário do que ocorre entre os casos notificados entre UDIs.

A concentração de casos em cidades de maior população e relevância sócioeconômica pode ser explicada tanto em função do tamanho e densidade das suas populações de um modo geral como, mais particularmente, pela facilitação à interação seletiva de pessoas com 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 consequências da ação policial.

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 sexuais, 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 econômicas 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.