

A dinâmica do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis: desafios e sucessos na terceira década da epidemia*

The dynamics of HIV/AIDS in injectable drug users: challenges and main achievements in the third decade of the epidemic

Mariana de Andréa Vilas Boas Hacker¹
Francisco Inácio Bastos²

¹ Mestranda em Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), assistente de pesquisa do Departamento de Informações em Saúde (DIS), Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Av. Brasil, 4.365 - sala 227 CEP 21045-900 - Rio de Janeiro - RJ e-mail: mavbhacker@yahoo.com.br

² Doutor em Saúde Pública, pesquisador adjunto do Departamento de Informações em Saúde (DIS) do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Av. Brasil, 4.365 - sala 227 CEP 21045-900 - Rio de Janeiro - RJ e-mail: bastos@cict.fiocruz.br

RESUMO

Nas décadas de 1980/90, epidemias de HIV/AIDS de grande magnitude e difusão acelerada ocorreram em todo o mundo entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Recentemente, em diversos contextos, vem sendo observado o declínio da epidemia e a estabilização das taxas de prevalência em níveis substancialmente mais baixos do que os observados anteriormente. Os UDI têm particular importância na epidemia do HIV, funcionando como uma 'ponte' para a disseminação do HIV em outras populações. São considerados um grupo difícil em relação à perspectiva de mudança de comportamento. No entanto, há evidências de que as políticas preventivas podem promover e/ou reforçar a mudança espontânea na direção de comportamentos mais saudáveis nessa população, revertendo, parcialmente, epidemias extensas.

DESCRITORES: *Aids; Usuários de Drogas Injetáveis (UDI); Prevenção e Controle.*

ABSTRACT

In the 1980s/90s, HIV/AIDS epidemics in injectable drug users (IDUs) occurred all over the world, many times affecting a large number of people in a very short time period. Recently, in different settings, declining epidemics have been observed, with stabilization of prevalence rates at levels substantially lower than before. IDUs have a key role in the dynamics of HIV/AIDS, functioning as a 'bridge' for the dissemination of HIV in other populations. This is considered a difficult group in terms of behavior change. Nevertheless there are evidences that preventive policies may promote and/or reinforce spontaneous behavior changes toward healthier behaviors amongst this population, partially reverting extensive epidemics.

DESCRIPTORS: *Aids; Injection Drug Users (IDUs); Prevention & Control.*

* Este estudo contou com financiamento da Organização Mundial de Saúde (OMS).

INTRODUÇÃO

Estima-se que cinco milhões de pessoas tenham sido infectadas pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) em 2001, em todo o mundo, sendo 800 mil delas crianças (UNAIDS, 2002). Desde o início da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas já se infectaram com o HIV e mais de 20 milhões de pessoas morreram de AIDS.

A África subsaariana é a região mais afetada pela epidemia. Em 2001, estima-se terem ocorrido na África subsaariana 3,5 milhões de novas infecções, totalizando 28,5 milhões o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS nesta região. Ao contrário da relevância que tem, para a epidemia africana, o uso não higiênico de remédios e vacinas por via injetável (GISSELQUIST *et al.*, 2002), na África subsaariana o consumo de substâncias ilícitas pela via injetável é pouco relevante, com algumas exceções, como determinadas localidades da Nigéria e do Quênia (PARRY *et al.*, 2002).

Na região da Ásia e do Pacífico, a epidemia de HIV/AIDS segue expandindo-se aceleradamente. Estima-se, que ao final do ano de 2001, 6,6 milhões de pessoas estariam vivendo com HIV/AIDS nestas regiões, extremamente populosas (UNAIDS, 2002). O uso compartilhado de equipamentos de injeção para a auto-administração de drogas ilícitas desempenha um papel relevante na dinâmica da epidemia local (STIMSON, 1994).

Na Europa Oriental e na Ásia Central a epidemia vem se expandindo de forma muito acelerada. No ano de 2001, 250 mil novas infecções teriam ocorrido. Nestas regiões, o uso compartilhado de equipamentos de injeção de drogas ilícitas desempenha um papel central, como veremos a seguir.

Estima-se que 2,8 milhões de pessoas vivam hoje com AIDS nas Américas, incluindo as 235 mil pes-

O PRESENTE ARTIGO REVISAR BREVEMENTE O PAPEL DO USO COMPARTILHADO DE DROGAS INJETÁVEIS NA DINÂMICA DA EPIDEMIA DE AIDS EM TODO O MUNDO

soas infectadas no último ano. Na América Latina, estima-se que 1,4 milhão de pessoas vivam com HIV/AIDS, 420 mil no Caribe e 940 mil nos Estados Unidos e Canadá (UNAIDS, 2002). O aumento relativo do número de novas infecções teria sido maior no Caribe (16%), seguido pela América Latina (10%), enquanto na América do Norte este aumento seria de 5% (PAHO, 2002). Assim como no Brasil, na Argentina o uso compartilhado de drogas injetáveis re-

presenta um papel importante na transmissão do HIV (PAHO, 2002)

O presente artigo revisa brevemente o papel do uso compartilhado de drogas injetáveis na dinâmica da epidemia de AIDS em todo o mundo. Não nos orientou qualquer preocupação de exaustividade, mas sim contrastar tendências das subepidemias regionais e locais de AIDS na população de usuários de drogas injetáveis (UDI): o declínio de epidemias de grande magnitude em certas localidades e a expansão acelerada da epidemia nesta população em outras localidades. O Brasil é focalizado a partir das dinâmicas opostas da epidemia de AIDS entre UDI em seu território.

Antes de focalizarmos as epidemias de AIDS na população de UDI, revisaremos brevemente a dinâmica recente da epidemia brasileira no seu conjunto.

A EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL

No início dos anos 1980, os segmentos populacionais mais afetados foram os homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados. Em meados da década de 1980, outro segmento populacional destacou-se entre os novos casos de AIDS: os UDI (LOWNDES *et al.*, 2000).

A epidemia da AIDS no Brasil passou – de regional e restrita a determinados segmentos populacionais –

a ser nacional, atingindo hoje quase 60% dos mais de 5.500 municípios brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O Brasil tem hoje, aproximadamente, 600 mil portadores de HIV entre 15 e 49 anos, incluindo as pessoas que já desenvolveram Aids (SZWARCOWALD; CARVALHO, 2001). Segundo previsão do Banco Mundial, na década de 1980 o Brasil teria 1,2 milhão de brasileiros infectados no ano 2000. Essa diferença entre a estimativa prévia do Banco Mundial e a estimativa corrente pode ser atribuída ao conjunto de programas de prevenção implementados em nosso meio (BASTOS *et al.*, 2001a).

De 1980 a março de 2002, foram notificados pela Coordenação Nacional de DST/Aids 237.588 casos de Aids. Em 2000, observou-se declínio

do número de casos notificados anualmente, com o registro de 15 mil novos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O primeiro semestre de 2001 confirmou a queda, embora os números só possam ser considerados definitivos após três anos de notificação (BARBOSA; STRUCHINER, 2002).

A transmissão heterossexual representa hoje 59,4% dos casos notificados, o sexo desprotegido entre homens que fazem sexo com homens responde por 10,8% dos casos notificados e o uso compartilhado de drogas injetáveis é responsável por 8,0% dos casos registrados no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O gráfico 1 apresenta o percentual dos casos de Aids registrados no Brasil em indivíduos com 13 anos de idade ou mais entre 1982 e 1999.

A epidemia de Aids não se distribuiu de forma homogênea no país, observando-se maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul. Apesar de apresentar as maiores taxas de incidência, a Região Sudeste é a que apresenta atualmente o menor ritmo de crescimento e maior tendência à estabilidade (SZWARCOWALD *et al.*, 2000).

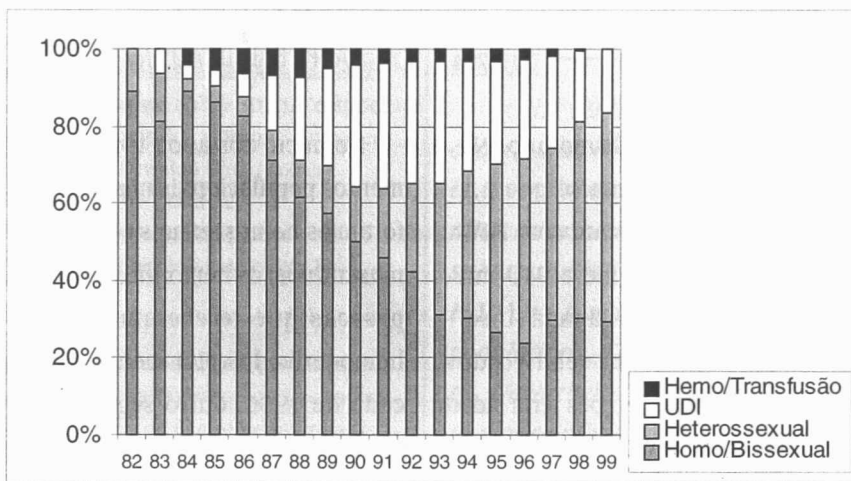
A EPIDEMIA DE AIDS ENTRE UDI NO MUNDO

A epidemia de Aids não progride de maneira uniforme entre as populações, estando sujeita a variações de hábitos, atitudes e comportamentos da população em diferentes ambientes sociais, culturais, econômicos, legais e políticos.

A população de UDI é aquela em que o HIV se dissemina mais rapidamente.¹ Além da via de exposição parenteral ser extremamente eficiente do ponto de vista da transmissibilidade, existe uma forte rede de interação entre os UDI, onde o compartilhamento de equipamentos de injeção, assim como o uso de drogas pré-preparadas, é incentivado pelos seus próprios hábitos e costumes (ATLANI *et al.*, 2000).

A reutilização de recipientes, colheres, algodões, água para enxágue, utilizados por diferentes UDI,

Gráfico 1: Percentual dos casos de Aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo ano de diagnóstico e subcategoria de exposição.* Brasil, 1982-1999



* Excluídos casos com categoria de exposição ignorada.
Fonte: Ministério da Saúde, 2002b.

¹ Exceção feita aos indivíduos que receberam hemoderivados, infectados no início da década de 1980, embora atualmente, devido ao controle do sangue e hemoderivados, a epidemia nessa população esteja controlada.

também representa um potencial risco de transmissão de sangue contaminado (GRUND *et al.*, 1996). O compartilhamento de equipamentos de injeção não estéreis (usados) entre os usuários de drogas constitui um meio eficiente de transmissão do HIV. Pequenas quantidades de sangue contaminado são suficientes para transmitir o HIV, que permanece viável e infectante nas seringas à temperatura ambiente mesmo depois de 24 horas (ABDALA *et al.*, 1999).

O HIV disseminou-se de maneira muito rápida entre UDI em diversos países. Ao longo da década de 1980 e início dos anos 1990, diversas epidemias de grande magnitude e difusão muito acelerada ocorreram em todo o mundo. A título de exemplo, cabe destacar as epidemias observadas em algumas cidades escocesas no início dos anos 1980 e a extensa epidemia tailandesa no início dos anos 1990. Em prol da consciência, não nos deteremos nestes exemplos, estudados pela literatura internacional (STIMSON, 1994; RHODES *et al.*, 1999; HU *et al.*, 2002). Revisamos, a seguir, exemplos bastante recentes de epidemias extensas e de rápida difusão na população de UDI.

Rápida disseminação ocorreu de forma expressiva em determinadas regiões da Ucrânia, como Odessa e Nikolayev. Em Odessa, as taxas de prevalência para a infecção pelo HIV entre UDI aumentaram de 1,4%, em janeiro de 1995, para 13,0%, em agosto do mesmo ano, e para 31,0%,

em janeiro de 1996. Em Nikolayev, de 0,3%, em 1994, as taxas de prevalência aumentaram para 17,0%, no início de 1995, e para 57,0%, em janeiro de 1996. Na Rússia, até o ano de 1994, nenhum caso de HIV entre UDI havia sido registrado. Desde então, dois novos casos entre UDI foram registrados em 1994, cinco em 1995, 1.018 em 1996, e 2.220 no ano de 1997 (RHODES *et al.*, 1999). Na cidade de Togliatti, na Federação Russa, estudo recente evidenciou

MAIS DO QUE O CONHECIMENTO DOS DETERMINANTES DE RISCO INDIVIDUAIS, DEVE-SE CONSIDERAR TAMBÉM AS PRÉ-CONDIÇÕES DA EPIDEMIA EM CADA REGIÃO, E COMO OS FATORES SOCIAIS E MATERIAIS EM CADA REGIÃO PODEM PROMOVER A RÁPIDA DISSEMINAÇÃO DO HIV

alta taxa de prevalência para a infecção pelo HIV entre UDI, elevada frequência de compartilhamento de equipamentos de injeção e de sexo desprotegido associados à oferta reduzida de seringas estéreis e pequena disponibilidade de testes anti-HIV (RHODES *et al.*, 2002).

Para entender como e por que a epidemia de HIV se dissemina tão rapidamente entre UDI é necessário mais do que o conhecimento dos determinantes de risco individuais, deve-se considerar também as pré-

condições da epidemia em cada região, e como os fatores sociais e materiais em cada região podem promover a rápida disseminação do HIV (RHODES *et al.*, 1999). Entre os fatores sociais e materiais de cada região que contribuem para a compreensão da dinâmica da população de UDI e de como o HIV se dissemina nessa população, incluem-se o padrão do uso de drogas (a transição das vias de consumo, as rotas do tráfico, os métodos de produção das drogas), a disponibilização dos equipamentos de injeção (por exemplo, o fato de a tentativa de controlar a circulação e disponibilidade desses equipamentos no mercado poder aumentar o hábito de compartilhamento dos mesmos), a interação social entre a população de UDI e não-UDI, e a situação social e política (influenciando no surgimento e manutenção do tráfico, e ampliação do consumo de drogas) (RHODES *et al.*, 1999).

A interação entre os níveis de prevalência de fundo (*background prevalence*) e as frequências de comportamentos de risco podem explicar a rápida difusão do HIV entre os UDI. A infecção pelo HIV se dissemina mais rapidamente quando existe alta prevalência de fundo e quando comportamentos de maior risco (por exemplo, o uso compartilhado de drogas em 'rodas de pico') são encontrados com frequência e numa parcela expressiva desta população (STIMSON, 1995).

Um fator que aumenta o risco de infecção pelo HIV entre UDI na América Latina é o fato de a droga injetável mais usada ser a cocaína. Os usuários de cocaína, tipicamente, injetam com maior frequência, fazendo uso da droga em sucessivas injeções em curtos intervalos de tempo, aumentando, portanto, a curto prazo, o risco de infecção, caso haja compartilhamento dos equipamentos de injeção. Estudo realizado em Baltimore, EUA (ANTHONY *et al.*, 1991), encontrou uma soroprevalência para a infecção pelo HIV substancialmente maior para os injetadores de cocaína que iniciaram o hábito de injetar há pouco tempo do que para os 'novos' injetadores das demais drogas (26,4% e 10,6%, respectivamente).

Em algumas regiões da América Latina e Caribe, há evidências de que o HIV já se disseminou muitíssimo entre usuários de drogas. Em Porto Rico, têm sido registradas prevalências entre 30% e 45% em UDI. Na Argentina, 40% dos casos de Aids registrados até 2001 ocorreram em UDI, enquanto que no Uruguai esta percentagem é de 26% (PAHO, 2001).

Os usuários de drogas injetáveis têm particular importância na epidemia do HIV, sendo vistos como uma 'ponte' para a disseminação do HIV em outras populações. Também são considerados como um grupo difícil em relação à perspectiva de mudança de comportamento. No entanto, existem evidências de que

as políticas preventivas podem promover e/ou reforçar a mudança espontânea na direção de comportamentos mais saudáveis entre os UDI. Um artigo que analisou as políticas e práticas sociais em relação ao uso de drogas e à infecção pelo HIV no Reino Unido concluiu que os usuários de drogas injetáveis podem mudar seu comportamento e reduzir seu risco de infecção pelo HIV e que os UDI alteraram mais profundamente o seu comportamento fren-

EXISTEM EVIDÊNCIAS DE QUE AS POLÍTICAS
PREVENTIVAS PODEM PROMOVER E/OU
REFORÇAR A MUDANÇA ESPONTÂNEA NA
DIREÇÃO DE COMPORTAMENTOS MAIS
SAUDÁVEIS ENTRE OS UDI

te à Aids do que muitos indivíduos da população geral (STIMSON, 1995).

Em contextos em que a transmissão por via parenteral se faz relevante, a epidemia apresenta um fator adicional que se refere à interação entre essa via de transmissão e a exposição pelo contato sexual desprotegido que, dependendo de como essas duas populações sob particular risco (usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais não usuários de drogas injetáveis com

quem os UDI fazem sexo desprotegido) interagem entre si, pode fazer com que a epidemia apresente dimensões ainda maiores.

A frequência do uso de preservativos na população de UDI é de um modo geral baixa. Um estudo realizado na Ucrânia indicou que mais de 50% dos UDI praticavam sexo desprotegido com múltiplos parceiros, a maioria deles não usuários de drogas injetáveis (ATLANI *et al.*, 2000). Entre os usuários de drogas participantes de um estudo em Buenos Aires, 42% disseram nunca usar preservativos (PAHO, 2001).

Essa interação se reflete numa rápida disseminação do vírus, uma vez que uma grande parcela da população de usuários de drogas injetáveis apresenta-se vulnerável à infecção pelo HIV e outros patógenos, por duas vias (parenteral e sexual), concomitantemente.

Como grande parte dos estudos tem sugerido que a maioria das infecções por HIV entre UDI é devida à transmissão parenteral, o risco de transmissão sexual tem sido colocado em segundo plano nesta população. No entanto, alguns estudos vêm evidenciando a importância do papel da transmissão sexual entre UDI. Um estudo recente, realizado em Baltimore, EUA, evidenciou a exposição ao HIV por via sexual como um fator importante entre UDI, com importante diferencial por gênero. Entre os homens, os fatores mais fortemente associados à infec-

ção pelo HIV pertenciam à esfera do uso compartilhado de drogas injetáveis, com um papel adicional das relações homossexuais desprotegidas, enquanto entre as mulheres sobressaía a transmissão sexual (heterossexual) (STRATHDEE *et al.*, 2001).

A EPIDEMIA DE AIDS ENTRE UDI NO BRASIL

O Brasil ocupa hoje uma posição intermediária entre países com epidemias em franca expansão – em que os exemplos mais dramáticos, com relação à epidemia entre UDI, são as ex-repúblicas da União Soviética – e aqueles países onde a epidemia está praticamente sob controle, de uma forma geral e entre os UDI, como a Austrália (BASTOS *et al.*, 2001b).

A epidemia do HIV/AIDS entre UDI no Brasil seguia, em seu início, as principais rotas de tráfico da cocaína, da fronteira oeste aos principais portos localizados na costa da região Sudeste (BARCELLOS; BASTOS, 1996). Recentemente, o tráfico e o consumo de cocaína e a disseminação do HIV e outras infecções de transmissão sangüínea vêm se mostrando especialmente relevantes no litoral sul do Brasil, com epidemias extensas e de propagação acelerada do HIV entre UDI, especialmente em alguns municípios localizados no litoral de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BASTOS, 2000; BASTOS *et al.*, 2002a). Em alguns municípios do

litoral sul do Brasil, mais de 50% de todos os casos de AIDS têm sido registrados entre UDI. Por exemplo, Itajaí e Balneário de Camboriú (SC), estão entre as cidades do Brasil com maiores taxas de incidência proporcional de AIDS, com uma expressiva maioria dos casos notificados de AIDS entre os UDI (e seus parceiros sexuais) (BASTOS, 2000; BASTOS *et al.*, 2002a).

A EPIDEMIA DO HIV/AIDS ENTRE UDI NO BRASIL SEGUIA, EM SEU INÍCIO, AS PRINCIPAIS ROTAS DE TRÁFICO DA COCAÍNA, DA FRONTEIRA OESTE AOS PRINCIPAIS PORTOS LOCALIZADOS NA COSTA DA REGIÃO SUDESTE

O RECENTE DECLÍNIO DA EPIDEMIA DE AIDS ENTRE UDI EM ALGUMAS REGIÕES DO MUNDO

O declínio de uma epidemia é caracterizado pelo declínio progressivo das prevalências seriadas (ou seja, mensuradas a partir de uma seqüência de estudos seccionais) e pelas baixas taxas de incidência, mantidas ao longo do tempo. O declínio das taxas de prevalência para a infecção pelo HIV não deve ser vis-

to como uma evidência suficiente de declínio efetivo de uma epidemia em um determinado local, pois esse declínio pode ocorrer simplesmente pela perda de indivíduos infectados pelo HIV por morte, migração, interrupção do consumo de drogas (em geral, ou ao menos de drogas injetáveis), ou outras causas. Para que se evidencie um declínio efetivo de uma epidemia local, também é necessário que haja uma redução consistente da incidência (DESJARLAIS *et al.*, 2000).

A análise de cinco estudos sobre usuários de drogas injetáveis desenvolvidos na cidade de Nova York indica um declínio das taxas de soroprevalência para a infecção pelo HIV entre os anos de 1991 e 1996. Em todos os cinco estudos, as taxas de prevalência declinaram substancialmente ao longo dos anos analisados. O declínio das taxas de soroprevalência para a infecção pelo HIV ocorreu em ambos os sexos, em todos os grandes grupos raciais e em todos os grupos etários. Esta redução indica uma nova fase da epidemia do HIV entre UDI naquela cidade (DESJARLAIS *et al.*, 1998).

Entre 1992 e 1997, outro estudo na cidade de Nova York estimou a incidência para a infecção pelo HIV entre UDI, evidenciando igualmente o declínio da epidemia, caracterizada pela baixa incidência e declínio das taxas de prevalência. Foi desenvolvida uma meta-análise envolvendo dez estudos empíricos, eviden-

ciando uma taxa de incidência bastante baixa, quando comparada com as de períodos anteriores e também com as taxas de incidência entre UDI de outras regiões, como a Tailândia e Amsterdã, Holanda (DES JARLAIS *et al.*, 2000).

Em Baltimore, um estudo de corte conduzido entre 1988 e 1998 evidenciou declínio progressivo das taxas de incidência para a infecção pelo HIV entre UDI. A incidência declinou de 4,45 (por 100 pessoas-ano), em 1988-1990, para 3,35, em 1991-1994, e para 1,84, em 1995-1998 (NELSON *et al.*, 2002).

Além do declínio da epidemia propriamente dito, em diversos contextos foi observada uma estabilização das taxas de prevalência em níveis substancialmente mais baixos do que os observados na década de 1980 e início da de 1990. Em meados dos anos 1990, um artigo elaborado por Stimson (1995) concluiu que os dados do Reino Unido indicavam que as taxas de prevalência para a infecção pelo HIV entre UDI poderiam estar se estabilizando. Desde essa época, a estabilização também foi observada em outras cidades, incluindo Nova York, Bangcoc e Amsterdã. Em Roma, a soroprevalência para a infecção pelo HIV permaneceu estável e a incidência declinou de 9%, entre 1985 e 1987, para 5%, entre 1987 e 1988, e em Milão de 7,3% em 1987, para 4,5% em 1989. Em São Francisco, a estabilização da epidemia local entre

UDI ocorreu com uma taxa de prevalência em torno de 10% e uma taxa de incidência anual em torno de 2% (STIMSON, 1995).

A despeito de dificuldades metodológicas em lidar com populações com hábitos ocultos e que são alvo de preconceito e criminalização, as hipóteses fundamentais para explicar tais declínios devem-se à saturação das populações sob alto risco (desde que estas não sejam por demais extensas) e a interação insufi-

ALÉM DO DECLÍNIO DA EPIDEMIA
PROPRIAMENTE DITO, EM DIVERSOS
CONTEXTOS FOI OBSERVADA UMA
ESTABILIZAÇÃO DAS TAXAS DE PREVALÊNCIA
EM NÍVEIS SUBSTANCIALMENTE MAIS BAIXOS
DO QUE OS OBSERVADOS NA DÉCADA DE
1980 E INÍCIO DA DE 1990

ciente entre estes e os demais segmentos populacionais, além da mudança comportamental, tanto espontânea como estimulada e reforçada pelas iniciativas preventivas. De fato, os comportamentos de risco entre os UDI em diferentes contextos e culturas têm se alterado continuamente, desde quando elevadas frequências de compartilhamento de equipamentos de injeção foram registradas por volta dos anos 1980. A redução da frequência de

comportamentos de risco foi registrada por vários pesquisadores, utilizando diferentes métodos, em diferentes regiões (STIMSON, 1995).

Estudo envolvendo UDI de Nova York e Bangcoc mostrou que ocorreu redução nos comportamentos de risco em ambas as cidades, a partir da segunda metade da década de 1980. Na cidade de Nova York, 59% dos UDI recrutados em 1984 afirmaram ter alterado o seu comportamento no sentido de comportamentos mais seguros para se proteger contra o HIV/AIDS. Para os UDI recrutados nesta mesma cidade, esta proporção foi de 78% (no ano de 1990), e na cidade de Bangcoc (no ano de 1989). Cinquenta e quatro por cento da amostra de Nova York em 1984, 57% em 1990, e 78% dos entrevistados na cidade de Bangcoc no ano de 1989 relataram ter iniciado práticas de injeção 'mais seguras' (DES JARLAIS *et al.*, 1992).

O DECLÍNIO DA EPIDEMIA DE AIDS ENTRE
UDI NO BRASIL

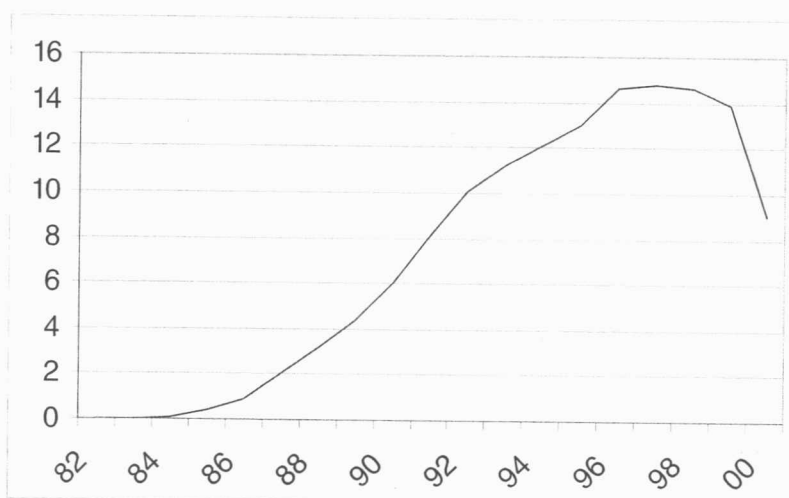
Recentemente, tem sido observado um declínio da epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, tanto com relação ao número de casos de AIDS notificados (refletindo um quadro de infecções ocorrido há anos atrás), quanto a um declínio das taxas de infecção pelo HIV observadas em estudos empíricos, em diferentes cidades brasileiras (BASTOS *et al.*,

2001b). No Brasil, o declínio em diversas localidades da epidemia de Aids entre UDI se insere num contexto de declínio geral das taxas de incidência de Aids em todas as categorias de exposição. As ta-

xas de incidência de Aids vinham experimentando um crescimento contínuo até o ano de 1997, quando a taxa de incidência era de 14,8 por 100.000 habitantes. Nos últimos anos, observa-se uma tendên-

cia de estabilização do número de novos casos notificados e até mesmo um declínio. Em 2001, a taxa de incidência de Aids foi de 9,0 (por 100.000) (Gráfico 2) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Gráfico 2: Taxa de incidência de Aids (100.000 habitantes) segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1982-2000



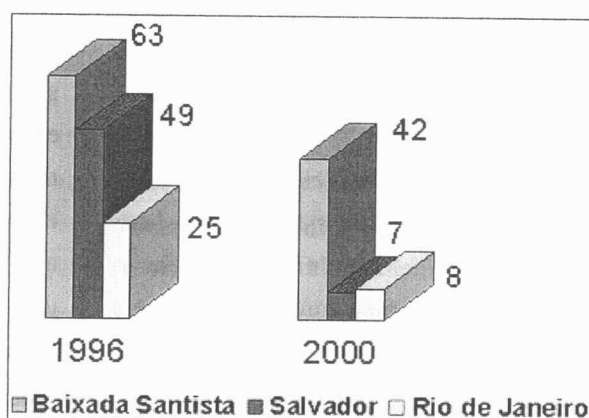
Fonte: Ministério da Saúde, 2002b.

A prevalência para a infecção pelo HIV entre UDI foi mensurada por dois estudos multicêntricos no Brasil em 1994-1996 e em 1999-

2001 nas cidades do Rio de Janeiro, Salvador e Baixada Santista (BASTOS *et al.*, 2002b), onde, apesar da cautela necessária na in-

terpretação de estudos de prevalência seriada, pode-se observar um declínio expressivo, como mostrado no Gráfico 3.

Gráfico 3: Prevalência de HIV em amostras de UDIs no Rio de Janeiro, Baixada Santista e Salvador, 1996-2000



Fonte: Bastos *et al.*, 2002

Em relação aos UDI, existe forte contraste da dinâmica recente da epidemia entre as diferentes regiões brasileiras. Em contraste com o recente aumento da incidência de Aids nas cidades (especialmente litorâneas) do sul do Brasil, nas quais o papel dos UDI na epidemia regional é absolutamente central, e municípios como Santos (SP), após experimentarem uma grande difusão do HIV/Aids no começo da epidemia (anos 1980), têm registrado nos últimos anos uma 'desaceleração' do processo de difusão da epidemia de Aids (expressa pelo registro de novos casos de Aids), de um modo geral, e especificamente entre os UDI, quando também se observa expressivo declínio das taxas de prevalência (BASTOS *et al.*, 2001b; BASTOS *et al.*, 2002a).

Estudo desenvolvido na Baixada Santista evidenciou redução nas taxas de soroprevalência para a infecção pelo HIV entre os UDI. Foram conduzidos três estudos seccionais: o primeiro (1991-1992), em que foi observada uma taxa de prevalência de 63%; o segundo (1994-1996), com uma prevalência de 65%; e o terceiro (1999), em que a taxa de prevalência foi de 42%, demonstrando que as taxas de prevalência para a infecção pelo HIV declinaram significativamente a partir da segunda metade dos anos 1990 entre os UDI da Baixada Santista (MESQUITA *et al.*, 2001).

Ao longo dos anos 1990, os casos de Aids atribuídos aos UDI têm

compreendido não mais do que 7% do total de casos de Aids registrados no Rio de Janeiro, e atualmente estaria ocorrendo um novo decréscimo da participação proporcional dos casos registrados nesta população no estado do Rio de Janeiro, correspondendo a 2% dos casos de Aids registrados em 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro vinham registrando, até recentemente, taxas de prevalência

O BRASIL, ATRAVÉS DE DIVERSAS DAS SUAS
CIDADES, GRAVEMENTE AFETADAS PELA
EPIDEMIA VEM OFERECENDO AO MUNDO A
LIÇÃO PRÁTICA DE QUE A REVERSÃO DE
EPIDEMIAS ENTRE UDI É VIÁVEL EM UM
PAÍS EM DESENVOLVIMENTO

para a infecção pelo HIV na população de UDI em torno de 25-30% (TELLES *et al.*, 1997; GUIMARÃES *et al.*, 2001). Em estudo desenvolvido no Rio de Janeiro (GUIMARÃES *et al.*, 2001), no qual foi utilizado o algoritmo de testagem sensível/menos sensível para o HIV (*detuned assays* – JANSSEN *et al.*, 1998), não foi evidenciada uma única infecção nova pelo HIV no conjunto de amostras referentes ao projeto desenvolvido em 1994-6, junto à população de UDI.

Em estudo desenvolvido em centros de tratamento para o abuso de drogas do Rio de Janeiro (BASTOS *et al.*, 2000), foram encontradas prevalências relativamente baixas para os diferentes patógenos de transmissão sexual e sanguínea avaliados, inclusive o HIV (0,9%), tanto nos usuários de drogas em geral, como na fração de UDI/ex-UDI em tratamento naquela ocasião.

CONCLUSÃO

Os exemplos revisados brevemente no presente texto demonstram que a dinâmica do HIV/Aids entre UDI está longe da homogeneidade frequentemente suposta pelo senso comum. Embora epidemias de grande gravidade, extensão e extrema rapidez de difusão venham sendo observadas em diferentes regiões do mundo, especialmente naquelas vulnerabilizadas por rupturas da coesão social e das normas culturais, importantes reversões de epidemias de grande magnitude, como a nova-iorquina, também vêm sendo registradas.

A sinergia entre a mudança espontânea do comportamento dos UDI e a mudança fomentada pelas diferentes ações preventivas se mostra essencial neste sentido. O Brasil, através de diversas das suas cidades, gravemente afetadas pela epidemia ao longo das décadas de 1980 e 1990, vem oferecendo ao mundo a lição prática de que a reversão de

epidemias entre UDI é viável em um país em desenvolvimento. Esses resultados constituem um estímulo inequívoco para que continuemos a investir em prevenção e tratamento, acreditando que, a despeito das dificuldades, é possível enfrentar a pandemia de AIDS, aliviar o sofrimento e evitar a morte de milhões de pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDALA, Nadia *et al.* Survival of HIV-1 in syringes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, New York, v. 20, 1999. p.73-80.
- ANTHONY, James C. *et al.* New evidence on intravenous cocaine use and the risk of infection with human immunodeficiency virus type 1. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v. 134, 1991. p. 1175-1189.
- ATLANI, Laetitia. *et al.* Social change and HIV in the former USSR: the making of a new epidemic. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 50, 2000. p. 1547-1556.
- BARBOSA, Maria Tereza; STRUCHINER, Claudio J. The estimated magnitude of AIDS in Brazil: a delay correction applied to cases with lost dates. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, 2002. p. 279-285.
- BARCELLOS, CHRISTOVÃO; BASTOS, FRANCISCO Inácio. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 121, 1996. p. 11-24.
- BASTOS, FRANCISCO Inácio. Drugs and AIDS: A case study from Brazil. *Urban Health and Development Bulletin*, Durban, v. 3, 2000. p. 30-38.
- BASTOS, FRANCISCO Inácio; TELLES, Paulo Roberto; HACKER, Mariana. Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis & HIV/AIDS no Rio de Janeiro. Parte I: "Rumo a uma epidemia sob controle?". *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/AIDS entre UDIs no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. p. 49-78.
- BASTOS, FRANCISCO Inácio; PINA, Maria de Fátima; SZWARCOWALD, Célia L. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *The International Journal of Drug Policy*, Londres, v. 13, 2002a. p. 137-144.
- BASTOS, FRANCISCO Inácio *et al.* Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of STD & AIDS*, Londres, v. 11, 2000. p. 383-392.
- BASTOS, FRANCISCO Inácio *et al.* Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research. *AIDS-science - Science knowledge environment* <www.aids-science.com>, Washington, v. 1, n. 15, 2001a.
- BASTOS, FRANCISCO Inácio *et al.* Declining HIV/AIDS epidemics among IDUs from 3 Brazilian main metropolitan areas. In: Conferência Internacional de Redução de Danos, 13., 2002b. *Apresentação de trabalhos...* Ljubljana, Eslovênia, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dados e Pesquisas em DST e AIDS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 2002.
- DES JARLAIS, Don C. *et al.* Risk reduction and stabilization of HIV seroprevalence among drug injectors in New York City and Bangkok, Thailand. *Science Challenging AIDS*, Basel: Karger, 1992. p. 207-213.
- DES JARLAIS, Don C. *et al.* Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1991 to 1996. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 88, 1998. p. 1801-06.
- DES JARLAIS, Don C. *et al.* HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 90, 2000. p. 352-59.
- GISSELQUIST, David *et al.* HIV infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission. *International Journal of STD & AIDS*, Londres, v. 13, 2002. p. 657-66.
- GUIMARÃES, Monick L. *et al.* Retrovirus infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City, Brazil: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-infection with HTLV-I/II. *Journal of Clinical Virology*, Amsterdam, v. 21, 2001. p. 143-51.

- GRUND, Jean-Paul *et al.* Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 42, 1996. p. 691-703.
- HU, Dale J. *et al.* Higher viral loads and other risk factors associated with HIV-1 seroconversion during a period of high incidence among injection drug users in Bangkok. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, New York, v. 30, n. 2, 2002. p. 240-247.
- JANSSEN, Robert S. *et al.* New testing strategy to detect early HIV-1 infection for use in incidence estimates and for clinical and prevention purposes. *JAMA*, Chicago, v. 280, 1998. p. 42-48.
- LOWNDES, Catherine M. Differential trends in mortality from AIDS in men and women in Brazil (1984-1995). *AIDS*, Philadelphia, v. 14, 2000. p. 1269-1273.
- MESQUITA, Fábio *et al.* Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: The impact of changes in patterns of drug use. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, New York, v. 28, 2001. p. 298-302.
- NELSON, Kenrad E. *et al.* Temporal trends in the incidence of Human Immunodeficiency Virus infection and risk behavior among injection drug users in Baltimore, Maryland, 1988-1998. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v. 156, 2002. p. 641-653.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 2001.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). AIDS in the Americas. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/GOV/CSP/csp26-7-e.pdf>>. Acesso em: 2002.
- PARRY, Charles D. The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU): description, findings (1997-99) and policy implications. *Addiction*, Londres, v. 97, 2002. p. 969-976.
- RHODES, Tim *et al.* Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response. *AIDS*, Philadelphia, v. 13, p. 259-269, 1999. Supplement 1.
- RHODES, Tim *et al.* Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS*, Philadelphia, v. 16, p. 25-31, 2002.
- SZWARCWALD, Célia L. *et al.* A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, 2000. p. 7-19. Suplemento 1.
- SZWARCWALD, Célia L.; CARVALHO, Marcelo F. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 2000. *Boletim Epidemiológico*, ano XIV, jan.-mar. 2001.
- STIMSON, Gerry V. Reconstruction of subregional diffusion of HIV infection among injecting drug users in Southeast Asia: implications for early intervention. *AIDS*, Philadelphia, v. 8, 1994. p. 1630-1632.
- STIMSON, Gerry V. AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 41, 1995. p. 699-716.
- STRATHDEE, Steffanie A. *et al.* Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 161, 2001. p. 1281-1288.
- TELLES, Paulo Roberto *et al.* Risk behaviors and HIV seroprevalence among IDUs in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*, v. 11, 1997. p. 35-42.
- UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS Epidemic Update. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 2002.