

A nova agenda internacional e brasileira em política de drogas e prevenção do HIV/AIDS entre usuários de drogas

New international and Brazilian agendas on drug policies and HIV/Aids prevention among drug users.

La nueva agenda internacional y brasileña en política de drogas y prevención del VIH/Sida entre consumidores de drogas.

Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos
Centro de Informações Científicas e
Tecnológicas FIOCRUZ

de enfrentamento do consumo de drogas como problema de saúde pública.

RESUMO

Este texto analisa compartivamente políticas e programas de prevenção e controle de uso e abuso de drogas, em relação à epidemia de HIV/aids e as ações de redução de danos implementadas em alguns países. Focalizam-se recentes mudanças no contexto internacional, especificamente nos Estados Unidos sob novas orientações que levantam o veto sobre o apoio federal às estratégias de redução de danos. Reconhecem-se as limitações dessas estratégias face às inequidades sócio-econômicas e de gênero. Apresenta-se o paradoxo da resposta iraniana que combina estratégias integradas de redução de danos com a negação da prevenção orientada a coletivos vulneráveis invisíveis ao governo, como os homossexuais. À despeito das diferentes experiências, é possível se orientar à construção de uma agenda global

PALAVRAS-CHAVE:

Drogas, HIV/aids, redução de danos.

ABSTRACT

This paper analyzes in a comparative perspective policies and programs to prevent and control the use and abuse of drugs in relation to the HIV / aids epidemic and harm reduction actions implemented in some countries. This article focuses on recent international changes such as the new North-American government which released the prohibition of Federal support to harm reduction programs. Even with these strategies, limitations of harm reduction measures are acknowledged because of structural social, economical and gender inequities. The Iranian response to the HIV crisis can be seen as a paradox because of the implementation of integrated harm reduction measures and the denial of prevention addressed to vulnerable populations as homosexuals.

Despite the different experiences, it is possible to build up a global agenda to cope with drug abuse as a public health problem.

KEY WORDS:

Drugs, HIV/aids, harm reduction.

RESUMEN

Este trabajo analiza las políticas de compartimento y programas para prevenir y controlar el uso y abuso de drogas en relación con la epidemia de VIH/ sida y medidas de reducción de daños implementadas en algunos países. Este artículo focaliza los recientes cambios internacionales, particularmente en los Estados Unidos, bajo nuevas orientaciones que levantan el veto sobre el apoyo federal a las estrategias de reducción de daños. Se reconocen también las limitaciones de dichas estrategias en contextos de inequidad socio-económica y de género. Se presenta la paradoja de la respuesta de Iran a la crisis de HIV, cuando combina medidas integradas de reducción de daños con la sistemática negación de medidas de prevención orientadas a grupos vulnerables invisibles al gobierno, como los homosexuales. A pesar de las diferentes experiencias, es posible delinear la construcción de una agenda global para hacerle frente al abuso de drogas como un problema de salud pública.

PALABRAS CLAVE

Drogas, VIH, reducción de daños.

INTRODUÇÃO

As ações no campo da política de drogas e da prevenção do HIV/aids entre usuários de drogas vêm se mostrando contraditórias e pouco eficientes em termos globais. Apesar de três décadas de epidemia e de inúmeros sucessos no campo da prevenção e de políticas públicas adequadamente formuladas e implementadas (em países como a Austrália, onde as políticas

de redução de danos estão harmoniosamente integradas às políticas públicas em drogas e aids há mais de 25 anos e as taxas de infecção pelo HIV se mantêm consistentemente baixas desde o início da epidemia mundial), em termos globais, as políticas de drogas vêm se mostrando contraproducentes e abusivas (<http://www.icsdp.org/docs/ICSDP-1%20-%20FINAL.pdf>; OSI, 2009) e a prevenção do HIV/aids entre usuários de drogas falha e insuficiente (Mathers et al., 2010).

Nesse contexto, não resta dúvida de que ambas as questões, estreitamente interligadas, estão a reclamar uma nova agenda internacional. Com relação ao Brasil, observa-se uma complexa combinação de desfechos contraditórios, que, se, por um lado, apontam para um inegável sucesso na prevenção do HIV/AIDS entre usuários de drogas (Bastos et al., 2009), por outro, sinalizam para o círculo vicioso do tráfico/consumo/violência estrutural (Bastos et al., 2007).

O presente texto assinala algumas transformações recentes na agenda internacional e revisa algumas iniciativas brasileiras em curso. Embora, não se tenha claro que direção as políticas de drogas e em HIV/AIDS vão tomar em um futuro imediato em termos globais, não resta dúvida de que as transformações vêm sendo bastante profundas, ainda que muitas vezes incoerentes e mesmo contraditórias entre si.

Algumas transformações recentes na cena internacional

A política de drogas norte-americana na era Obama: para onde vamos?

Em um mundo globalizado sob inegável hegemonia norte-americana, seja para que iniciativa ou política nos voltemos, cabe

sempre olhar primeiro para o que ocorre nos Estados Unidos.

As políticas de drogas e HIV/aids nos EUA vêm experimentando uma transição lenta e gradual na era Obama, após um recrudescimento das políticas centradas exclusivamente na redução da oferta no período Bush (2001-2009). Um dos fatos marcantes da era Obama foi a suspensão, em dezembro de 2009, do veto à utilização de verbas federais no financiamento de ações de redução de danos (<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=121511681>), que perdurava por mais de duas décadas, tendo atravessado administrações republicanas e democratas (a despeito de algumas indicações de reformulação no primeiro governo Clinton, jamais concretizadas) sem que qualquer mudança tivesse sido levada a cabo. A administração Obama anunciou recentemente uma nova política de drogas voltada antes para a saúde pública do que para as medidas repressivas, embora não haja clareza em que medida tais formulações se traduzirão ou não em mudanças concretas (<http://www.google.com/hostednews/ap/article/CZpqLVI65utd3SaaCyhkiEE1AD9FKS7EG0>). Uma mostra bastante clara de o quanto tais reformulações são ainda hesitantes e contraditórias é a posição da delegação norte-americana na última Reunião da Comissão sobre Drogas Narcóticas das Nações Unidas (<http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/53.html>), que teve lugar em Viena, em 8-12 de março de 2010. Nesta reunião, pouco conclusiva, onde não foi possível obter consenso quanto a nenhuma mudança substancial na atual política de drogas, a delegação norte-americana não endossou as propostas de integrar as políticas de redução de danos às políticas de drogas. Portanto, não resta dúvida de que as políticas de drogas norte-americanas abandonaram a

retórica beligerante de antes, mas caminham sobre o fio da navalha, sem uma definição clara, por ora, de, em que medida, as intenções de mudança vão ou não se traduzir em mudanças concretas, tais como a ratificação de mudanças nos tratados internacionais que norteiem as políticas mundiais de drogas a partir das deliberações da Comissão sobre Drogas Narcóticas das Nações Unidas, ou, no front doméstico, a realocação de recursos públicos na interface entre repressão, prevenção e tratamento (hoje majoritariamente alocadas na repressão).

De concreto, por ora, cabe assinalar o profundo impacto que a suspensão do veto à utilização de verbas em ações de redução de danos terá sobre a estrutura de financiamento e a logística de programas de redução de danos, como os programas de troca de seringas em todos os EUA, que vinham sendo financiados, até então, por fundos estaduais, municipais e privados, com imensa assimetria nos diferentes pontos do território norte-americano (Tempalski et al., 2008). Embora a estrutura federativa da saúde nos EUA não permita pensar, a curto prazo, em uma política de redução de danos de caráter propriamente nacional, como ocorre no Brasil, a suspensão do veto federal e a reforma do sistema de saúde norte-americano apontam para uma assistência melhor e mais abrangente para segmentos até então excluídos da sociedade norte-americana. Mas, mesmo aqui, cabe assinalar que as contradições estão longe de serem superadas. O debate acerca da inclusão ou não de imigrantes nas ações de saúde segue áspero entre setores do Partido Democrata e o Partido Republicano, e é por hora bastante desfavorável aos imigrantes. A recente reforma da legislação estadual do estado do Arizona referente à imigração, no sentido da aplicação sistemática de uma estrita legislação penal (<http://www.nytimes.com/2010/04/24/>

us/politics/24immig.html), sinaliza que os conflitos entre as diversas instâncias e instituições norte-americanas estão longe, muito longe, de terminar.

Notícias da academia

Neste ano de 2010, de forma bastante simbólica, o movimento internacional de redução de danos deu mostras de sua maturidade, após três décadas de iniciativas continuadas, retornando ao seu berço, a cidade de Liverpool e a região circunvizinha, Mersey, lá realizando seu 21º Congresso Anual, em 25-29 de abril de 2010. O sugestivo título do suplemento dedicado à discussão dos principais tópicos discutidos no referido congresso: “Commentaries on Harm Reduction: Looking back, looking forwards” (publicado no *International Journal of Drug Policy*, 21(2), 2010), transmite claramente a idéia de que se faz necessário refletir sobre o passado, assim como avaliar de forma prospectiva o futuro, de modo a encarar os desafios renovados que se apresentam em todo o mundo. Não por acaso, o referido suplemento se inicia exatamente por um balanço do que foi efetivamente realizado em Mersey, no início dos anos 1980, balanço este a cargo de dois dos seus formuladores originais, John Ashton, à época, consultor em saúde pública da Autoridade Regional de Saúde de Mersey (cargo que corresponderia, no Brasil, a um dos principais assessores de uma secretaria municipal de saúde), e um dos seus mais próximos colaboradores, Howard Seymour (Ashton & Seymour, 2010).

Outro balanço, antes prospectivo do que nostálgico, sobre a origem, os conceitos e os desafios da redução de danos no mundo, havia sido feito, pouco antes, por um dos mais destacados pesquisadores da área, o norte-americano Don des Jarlais, em parceria com seu colaborador, Salaam Semaan, dos Centers

for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA (Des Jarlais & Semaan, 2009). Em que pese o inevitável risco associado à sumarização de um artigo extenso em umas poucas linhas, destacaríamos aqui uma linha central de argumentação deste e de outros artigos que tratam de temática similar (Palmateer et al., 2010): é tempo de abandonar as simplificações maniqueístas no tocante à política de drogas e às ações em redução de danos. Por um lado, programas específicos, como os programas de troca de seringas, não são capazes de transformar, por meio de sua ação isolada, condições de vida freqüentemente adversas de um contingente expressivo (e, em diversos contextos, crescente) de usuários de drogas. Por outro lado, cabe olhar para o impacto das desigualdades de caráter estrutural, que, obviamente, transcendem quaisquer ações em redução de danos, a despeito de quão abrangentes sejam elas. Tal visão, mais realista e científica, se harmoniza com o que é habitualmente observado em todo o campo da saúde pública.

Por exemplo, a utilização sistemática de cintos de segurança pode reduzir, em certa medida, os acidentes de trânsito, mas esses seguem ocorrendo de forma freqüente no Brasil, em função, por exemplo, de uma frota automobilística envelhecida e mal conservada, de estradas malcuidadas e da imprudência dos motoristas (entre outros fatores). Da mesma forma, os programas de redução de danos não foram (e, na, nossa opinião, jamais serão) capazes de reverter (ainda que possam amenizar) desigualdades sociais, de gênero, e aquelas decorrentes das próprias políticas mais abrangentes de drogas. Se políticas públicas focais fossem capazes de reverter por completo desigualdades estruturais, a mortalidade infantil, por exemplo, seria substancialmente mais baixa nos EUA (6,3 por mil), país mais rico do mundo e com maior volume de

gastos em saúde, do que nos países nórdicos, quando ocorre exatamente o oposto. Por outro lado, políticas focais podem e devem ser implementadas nos limites máximos da capacidade de financiamento e operacional de cada país, e, com isso, a mortalidade infantil de um país de renda per capita baixa, como Cuba, se situa em níveis bem mais baixos (6,45 por mil) do que seria de se esperar a partir de uma inferência linear de sua renda, bem menor do que a do Brasil (com uma taxa de mortalidade infantil 5 vezes mais elevada \approx 30,66 por mil), mas não a ponto de transformar Cuba em uma Noruega (3,73 por mil) ou Finlândia (3,59 por mil), países com o melhor padrão de vida em todo o mundo e renda per capita extremamente elevada (dados disponíveis em http://www.nationmaster.com/graph/hea_inf_mor_rat-health-infant-mortality-rate&int=-1 e http://en.wikipedia.org/wiki/Infant_mortality).

Portanto, a perspectiva dos dias de hoje se situa algo distante da década heróica dos anos 1980, embora, de forma alguma, minimize as conquistas até então obtidas. Os programas de troca de seringas constituem, sem sombra de dúvida, um dos pilares da prevenção do HIV/aids (e outras infecções de transmissão sexual e sanguínea) entre usuários de drogas, assim como os programas de substituição pela metadona, a distribuição de preservativos, a vacinação contra a hepatite B, a educação para a saúde, a assistência social e os cuidados básicos em saúde oferecidos aos usuários nas próprias casas de uso, por meio de agentes de saúde e/ou unidades móveis. Tudo isso é essencial, embora incapaz, como, aliás, qualquer iniciativa, em qualquer campo da saúde pública, de reverter por si só profundas desigualdades estruturais de populações e contextos sociais e geográficos, no caso dos usuários de drogas, em parte, geradas pelas próprias políticas de drogas (<http://www.icsdp.org/docs/ICSDP-1%20-%20FINAL.pdf>; OSI,

2009).

Isso nos leva a refletir brevemente sobre a atual situação da política de drogas e ações de redução de drogas no Irã, país que pode nos servir de exemplo de até que ponto políticas inteiramente contraditórias entre si podem conviver, ao menos durante um certo período de tempo, num dado contexto.

A desconcertante trajetória das políticas iranianas sobre drogas

O Irã, como é sabido, é uma república islâmica, ou seja, um estado que combina características de uma democracia representativa (ao menos em tese) com um estado teocrático. Sua estrutura de poder supõe ou articula a ação de um presidente eleito por sufrágio universal e uma liderança religiosa suprema (a quem o próprio presidente deve obediência), exercida por um aiatolá (líder espiritual) e um conselho de Guardiões nomeados por este líder espiritual. Portanto, ao contrário das democracias ocidentais, as inter-relações entre religião e o estado não são incidentais (como, no caso do Brasil, no que se refere ao debate acerca do condom entre governo e Igreja Católica, por exemplo), mas sim intrínsecas e estruturantes, e definidas em lei como tais.

Portanto, como seria de se esperar, a política de drogas nacional está subordinada à constituição, que, por seu turno, está subordinada à legislação sagrada do país (fundamentada nos preceitos do islamismo, denominada “Sharia”). Nesse sentido, substâncias de uso lícito, nos países ocidentais, como o álcool, portanto, não reguladas pelas convenções internacionais sobre drogas entorpecentes das Nações Unidas, são proibidas no Irã, em virtude de serem consideradas substâncias proscritas pela Sharia.

País vizinho das regiões que centralizam a produção mundial de ópio e seus derivados (especialmente a heroína), com destaque, em anos recentes, para o Afeganistão, que concentraria nos dias de hoje mais de 90% da produção de ópio e derivados do mundo inteiro. Obviamente, boa parte desse ópio é escoada para os lucrativos mercados ocidentais, e a rota por excelência desse fluxo é exatamente o Irã (http://en.wikipedia.org/wiki/Opium_production_in_Afghanistan).

Com isso, o Irã, a despeito de uma das legislações penais mais estritas em todo o mundo, se viu “inundado” de drogas opiáceas e, em certa medida, por outras substâncias psicoativas, como o haxixe, igualmente produzido em larga escala no Afeganistão (op. cit., verbete da wikipedia).

Em pouco tempo, o Irã se deparou com a tradicional conexão drogas injetáveis/aids e implementou, para surpresa dos observadores ocidentais, um dos mais abrangentes e ousados conjuntos de iniciativas de redução de danos em todo mundo (Razzaghi et al., 2006). Dois aspectos dessa política vêm surpreendendo os estudiosos ocidentais. Pela primeira vez no mundo, duas políticas com objetivos aparentemente opostos: a forte pressão sobre a oferta à base de uma legislação penal extremamente rigorosa e diferentes ações de redução de danos (geralmente inseridas conceitualmente e, de forma prática, em diversos países, como Austrália e Holanda, numa política de drogas de cunho liberal). A segunda surpresa, absolutamente inédita até então, é a completa desconexão entre a mobilização anti-AIDS voltada para usuários de drogas e a prevenção dirigida a outros segmentos, especialmente, os homossexuais, não apenas explicitamente discriminados, como nem ao menos “existentes”, em termos

formais, nas estatísticas de saúde iranianas (Mokri & Shottenfeld, 2008).

Portanto, de forma inédita, políticas de drogas, a princípio, opostas, de cunho mais e menos abrangente, convivem em um mesmo contexto, e, também pela primeira vez na história, a prevenção da aids em relação à transmissão parenteral (e sexual) entre usuários de drogas injetáveis é completamente dissociada da prevenção entre homens que fazem sexo com homens. Este segmento, no Irã, é praticamente desconhecido e não tem representação formal (no sentido do caráter legal e/ou explícito) alguma, seja ao nível do governo, seja ao nível da sociedade civil (não resta dúvida de que há dissidentes políticos, inclusive com relação à esfera dos direitos sexuais e reprodutivos, mas estes não dispõem de qualquer canal formal de representação ou expressão).

A justificativa que as próprias lideranças islâmicas oferecem para políticas de drogas e aids tão curiosas aos olhos de profissionais de saúde e ativistas ocidentais é de que a Sharia privilegiaria, acima de tudo, a defesa da vida, ainda que em contraposição a comportamentos, que, por si só, seriam contrários, e mesmo ofensivos, aos mandamentos religiosos (Kamarulzaman & Saifuddeen, 2010). O que não fica claro, ao menos para a maioria dos experts ocidentais não versados na hermenêutica da Sharia, é porque raciocínio idêntico de privilégio da defesa da vida, acima e além de quaisquer outras considerações, não é aplicado à prevenção da aids entre homens que fazem sexo com homens. A resposta habitual, que provém das estatísticas oficiais, é que tais ações não seriam possíveis, uma vez que tal segmento não existiria. Portanto, nos vemos às voltas aqui com uma situação sui generis: a inexistência formal de uma categoria faz com que as políticas públicas voltadas para

tal categoria também inexistentem, num círculo vicioso de reinterpretação da realidade que faria inveja às formulações de George Orwell, no seu célebre romance “1984”.

Cabe observar, no entanto, que a coexistência de políticas até então vistas como inteiramente contraditórias, torna o Irã uma espécie de “experimento social”, onde ações e conceitos opostos serão forçados a conviver, embora não se tenha clareza ainda de como (trata-se de ações relativamente recentes). Seja lá como for, a presente situação tem muito a nos ensinar, pois assim, como o gigantesco experimento social posto em marcha pela Lei Seca nos EUA, com todos os seus desdobramentos, que a literatura, o cinema e a ensaística exploram há décadas, as políticas em curso no Irã, pelo seu caráter inédito e surpreendente nos ajudarão a compreender, ainda que como um exemplo a ser evitado, assim como, em boa medida, aconteceu com relação à Lei Seca, como políticas públicas, aparentemente inconciliáveis, convivem ou tentam conviver.

REFERÊNCIAS

- Ashton JR, Seymour H (2010). Public Health and the origins of the Mersey Model of Harm Reduction. *Int J Drug Policy* 21(2):94-6.
- Bastos FI, Caiaffa W, Rossi D, Vila M, Malta M (2007). The children of mama coca: coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America. *Int J Drug Policy*; 18(2):99-106.
- Bastos FI, Nunn A, Hacker MA, Malta M & Szwarcwald CL (2008), AIDS in Brazil: The Challenge and the Response. In: Celentano C & Beyrer C (eds.). *Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries: Epidemiology, Prevention and Care*. Nova York: Springer.
- Des Jarlais DC, Semaan S (2009). HIV prevention and psychoactive drug use: a research agenda. *J Epidemiol Community Health* 63(3):191-6.
- Kamarulzaman A, Saifuddeen SM (2010). Islam and harm reduction. *Int J Drug Policy* 21(2):115-8.
- Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, Myers B, Ambekar A, Strathdee SA; 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use (2010). HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 375(9719):1014-28.
- Mokri A & Schottenfeld R (2008). Drug abuse and HIV transmission in Iran ☒ Responding to the public health challenges. In: Celentano C & Beyrer C (eds.). *Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries: Epidemiology, Prevention and Care*. Nova York: Springer.
- OSI (Open Society Institute) (2009). At what cost? HIV and human rights consequences of the global “war on drugs”. Nova York: OSI.
- Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D (2010). Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction* 105(5):844-59.
- Razzaghi E, Nassirimanesh B, Afshar P, Ohiri K, Claeson M, Power R (2006). HIV/AIDS harm reduction in Iran. *Lancet* 368(9534):434-5.

Tempalski B, Cooper HL, Friedman SR, Des Jarlais DC, Brady J, Gostnell K (2008). Correlates of syringe coverage for heroin injection in 35 large metropolitan areas in the US in which heroin is the dominant injected drug. **Int J Drug Policy 19 Suppl 1:S47-58.**