

Comportamento sobre o uso de drogas no Brasil e no estado de São Paulo

As bases de dados que compõem este tópico advêm de três principais fontes: 1) pesquisa realizada no ano de 1999 pela Coordenação Nacional DST/AIDS, de caráter nacional sob a forma de inquérito domiciliar; 2) inquérito domiciliar realizado pelo Centro Brasileiro de Investigação sobre Drogas (CEBRID-UNIFESP), ofereceu-nos outras referências, também no ano de 1999; 3) dados da Vigilância Epidemiológica do CVE-SP.

Em todas as faixas etárias o percentual de pessoas que afirmaram já ter consumido drogas (a exceção de álcool e tabaco) uma vez na vida foi de 12,5%, no estudo de Berquó e 11,6% no do CEBRID. Restringindo-se aos últimos doze meses, 5,5% da população pesquisada afirmou ter consumido algum tipo de drogas, o que corresponderia a aproximadamente 3 milhões de pessoas, sendo que os homens parecem consumir mais drogas do que as mulheres, 8,5 e 2,7% respectivamente. Estes números se elevam quando tratamos de adolescentes (12,7%) e quando do sexo masculino.

A região Sul X, na qual se encontra o estado de São Paulo, destaca-se com o maior percentual de usuários de drogas nos últimos 12 meses, ou seja, 6,7% dos indivíduos residentes nesta região.

Quanto as drogas mais consumidas, a maconha foi a mais utilizada nos últimos 12 meses à pesquisa (41% dos usaram alguma droga no período citado), seguida de medicamentos (24,3%), cocaína (21,4%), solventes (13,8%). O crack apresentou prevalência de apenas 0,3% entre os tipos de drogas utilizadas, o que projetaria aproximadamente 10 mil usuários. A prevalência do uso de cocaína no estado de São Paulo foi de 2,1% (318.000 pessoas) e a de crack foi de 0,6% (61.000 pessoas) no estudo de Galduróz.

Muito provavelmente, até porque o estudo era domiciliar, há uma subestimação do uso de drogas, principalmente aquelas que carregam uma carga social negativa e/ou mesmo porque seus usuários não se encontram habitualmente em domicílios.

Ainda nos estudos de Berquó, 34,6% dos usuários são jovens com até 24 anos, sendo a grande maioria de homens, mais da metade são solteiros e com parcela expressiva que declararam não ser adepto de nenhuma religião.

Importante agora é pontuarmos a situação de drogas na sua relação com AIDS no estado de São Paulo. Observando série histórica de casos entre UDI no estado de São Paulo¹, observamos (figura 1) uma diminuição em números absolutos de casos entre UDI a partir de 1992 na capital e em

¹ Os dados apresentados neste documento se referem ao número de casos de AIDS notificados e tem como fonte o banco de dados (SINAN) da Vigilância Epidemiológica do P.E. DST/AIDS-SP, até 30 de abril de 2000.

1994 em todo o interior agregado. Esta possível tendência de queda se consolida em todo o estado a partir de 1994. Em termos proporcionais, observa-se a mesma tendência de queda quando da comparação com outras categorias de transmissão.

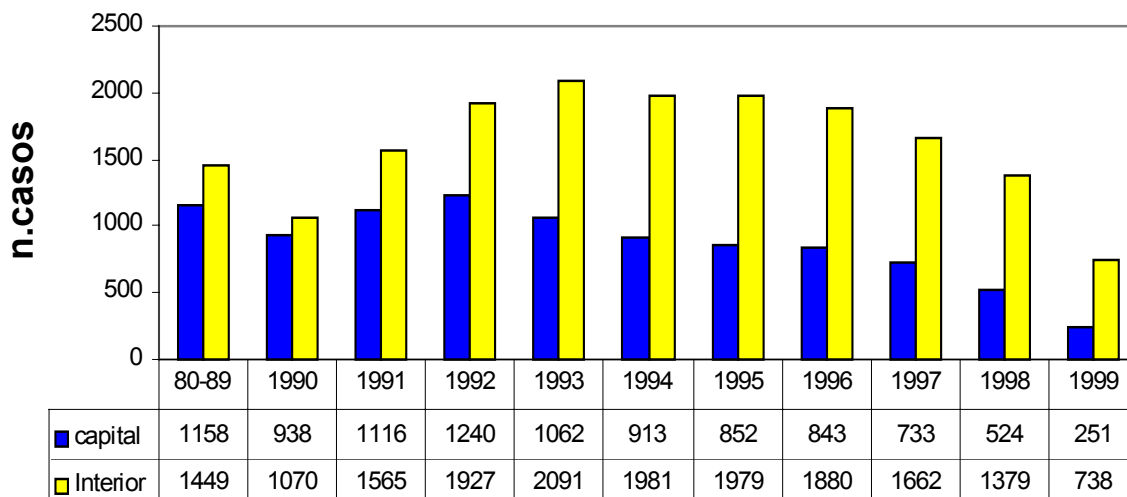


Figura 1. Casos notificados de Aids com categoria de exposição UDI segundo capital x interior e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1980 a 1999. (dados até 30/03/00)

Quando os dados são desagregados por Direção Regional de Saúde, observa-se que esta tendência não se apresenta de forma homogênea no estado, ao menos quando analisamos a fração de casos atribuídos aos usuários de drogas injetáveis. Nas regionais de S.J. Boa Vista e Araçatuba houve discreta redução entre 94 e 96 com novo aumento em 1997. Nos municípios de Piracicaba, Botucatu e Registro, os casos proporcionais entre UDIs têm mantido um certo “platô” até 1997. Interessante observar que das cinco regionais citadas, três destas não possuem municípios conveniados ao acordo de empréstimo e 1 com acordo somente no POA3 do AIDS I (1997/1998). Somente na regional de Piracicaba, há um município considerado como “antigo” no âmbito do acordo com o Banco Mundial. Assim mesmo, deve-se fazer análise mais acurada sobre a participação de outros municípios que não o de Piracicaba (como Rio Claro e outros) nesta manutenção de casos entre UDI em termos proporcionais.

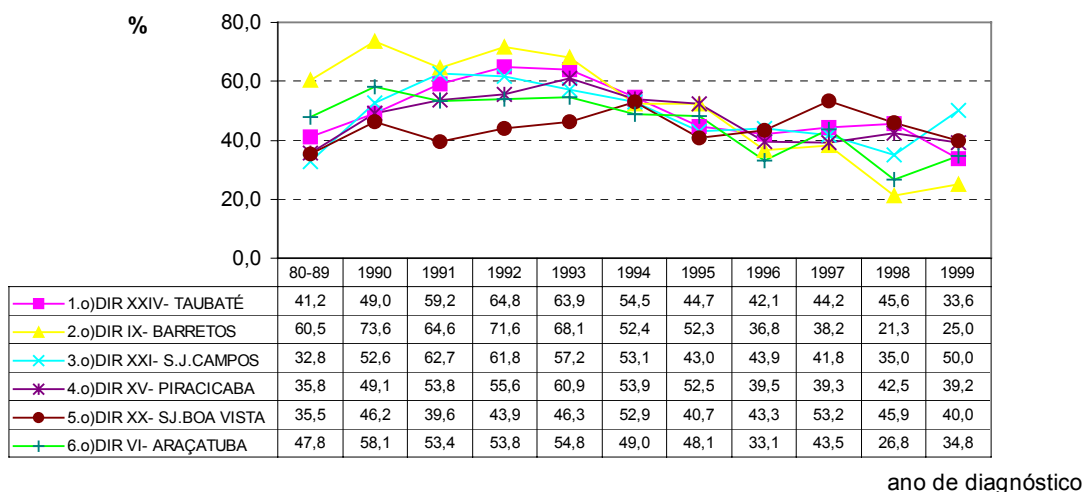


Figura 2. Percentual de UDI entre os casos notificados de Aids segundo DIR e ano de diagnóstico, ESP 1980-1999. (1/4)

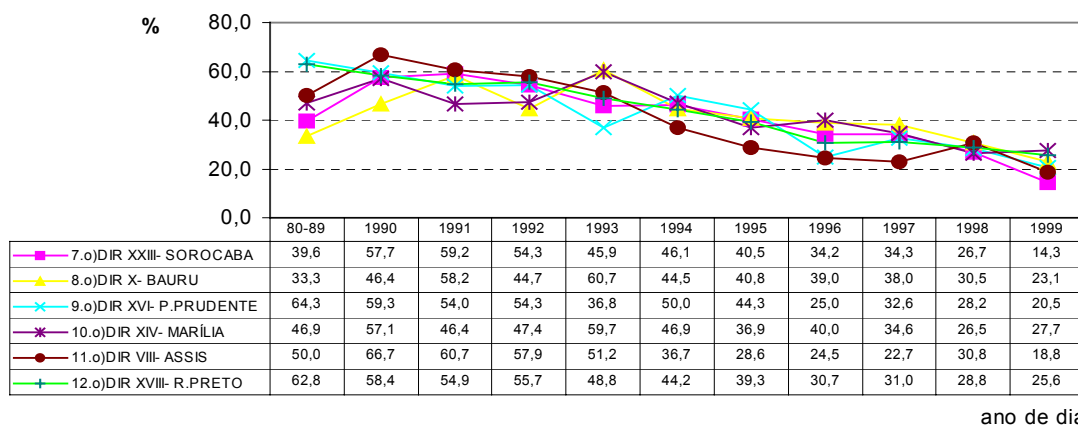


Figura 3. Percentual de UDI entre os casos notificados de Aids segundo DIR e ano de diagnóstico, ESP 1980-1999. (2/4)

Nas outras 18 regionais, há a mesma tendência temporal de queda que a do global do estado. (vide figuras 2, 3, 4 e 5).

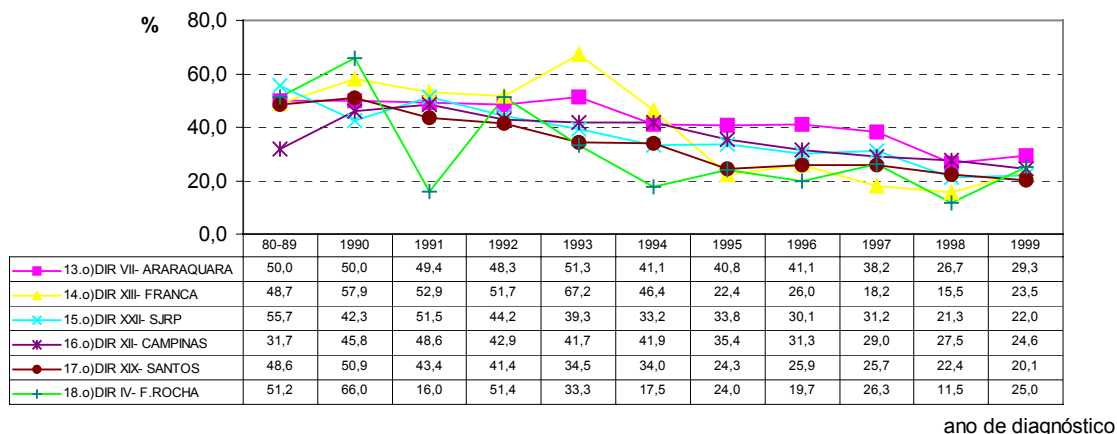


Figura 4. Percentual de UDI entre os casos notificados de Aids segundo DIR e ano de diagnóstico, ESP 1980-1999. (3/4)

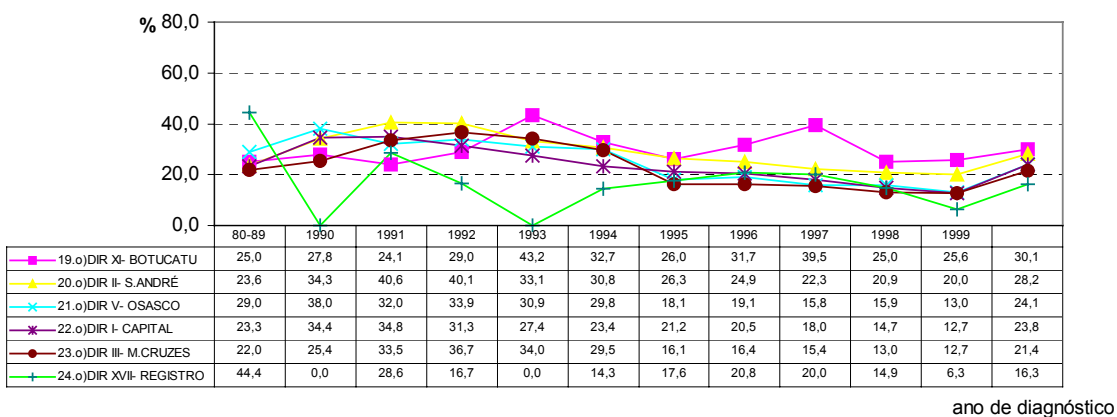


Figura 5. Percentual de UDI entre os casos notificados de Aids segundo DIR e ano de diagnóstico, ESP 1980-1999. (4/4)

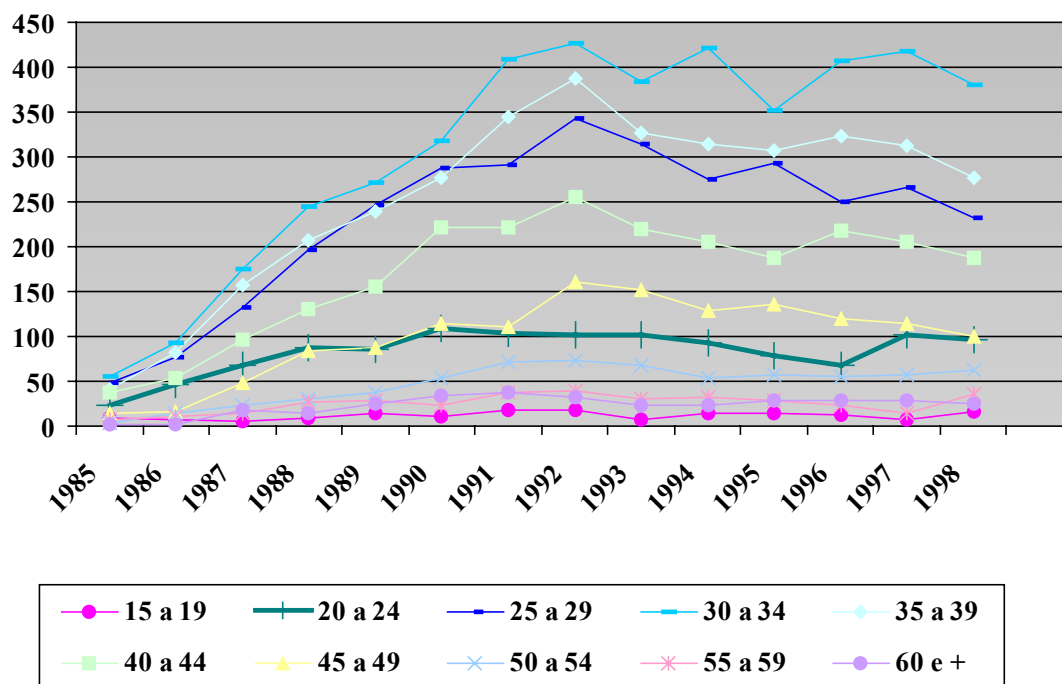
Quanto às subcategorias de infecção pelo HIV entre UDI, observa-se importante participação da categoria heterossexual, o que reforça a idéia da importância das ações de redução de danos implicarem o oferecimento de preservativos à população-alvo. Tal discussão é corroborada pela importância da parceria sexual com UDIs pelas mulheres infectadas pela via heterossexual. Assim sendo, os parâmetros de avaliação de PRD devem incluir indicadores relacionados à prevenção desta via de infecção.

Tabela 1. Distribuição de casos de AIDS entre UDIs, segundo categoria de transmissão. São Paulo, 1980-2000.

CATEGORIA	F	%
Hetero/UDI	12.303	44,92
UDI	10.876	39,71
Bi/UDI	2.009	7,34
Homo/UDI	1.870	6,83
Hetero/Droga/Transf	146	0,53
UDI/Transf	108	0,39
Hetero/Droga/Hemof	29	0,11
UDI/Hemof	22	0,08
Homo/UDI/transf	10	0,04
Bi/UDI/transf	10	0,04
Homo/UDI/Hemof	3	0,01
Bi/UDI/hemof	2	0,01
Total	27.388	100,00

O gráfico abaixo (figura 6) talvez aponte mais claramente a tendência de casos entre UDI, se as hipóteses levantadas estão adequadas e não haja alteração no perfil de consumo. Todos os casos de AIDS entre UDI por faixa etária apresentaram uma tendência semelhante de pico entre os anos de 90 e 93, com posterior diminuição progressiva no número de casos dentro de cada faixa etária. Entretanto, nas faixas dos 15 aos 19 anos e 20 a 24 anos, o pico ocorreu entre 90 e 91, sendo que faixas etárias maiores foram tendo seu momento de pico mais recentemente, chegando até 1996 (dos 30 aos 34 anos). Tendo em vista o longo e heterogêneo período de incubação, os casos foram se distribuindo ao longo do tempo. Entretanto, o “repositório” de novos casos, que se daria nas faixas etárias menores que entrariam na drogadição por via injetável de modo à “substituir” aqueles que iriam desenvolver a doença, apresentou a curva de declínio mais contundente. Muito provavelmente, estes jovens optaram por outra via de escolha (provavelmente o crack, que tem sua massificação justamente entre 90 e 92) que não a injetável. Ou então, hipótese discutível, estes usuários estão usando equipamentos descartáveis e de uso individual.

Figura 8. Casos notificados de Aids em homossexuais, segundo ano de diagnóstico e faixa.

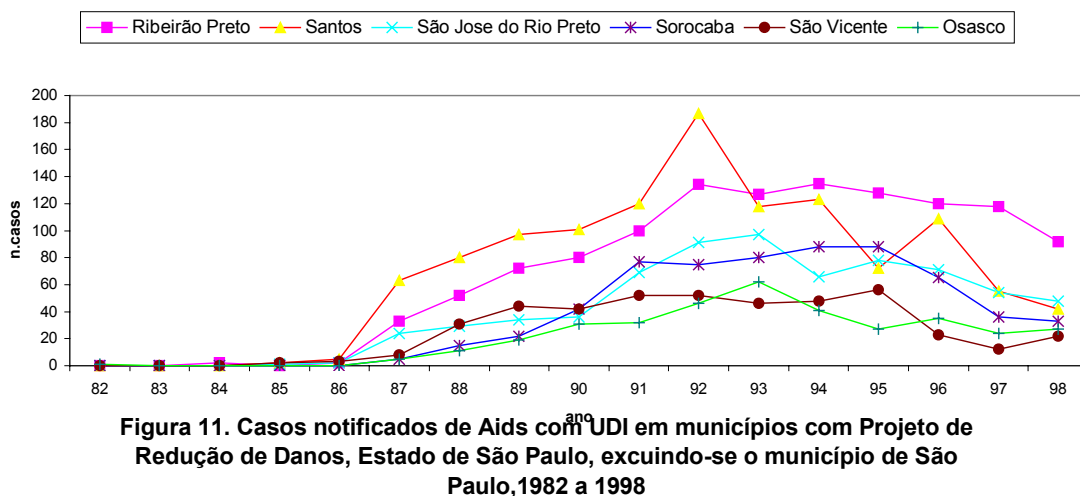
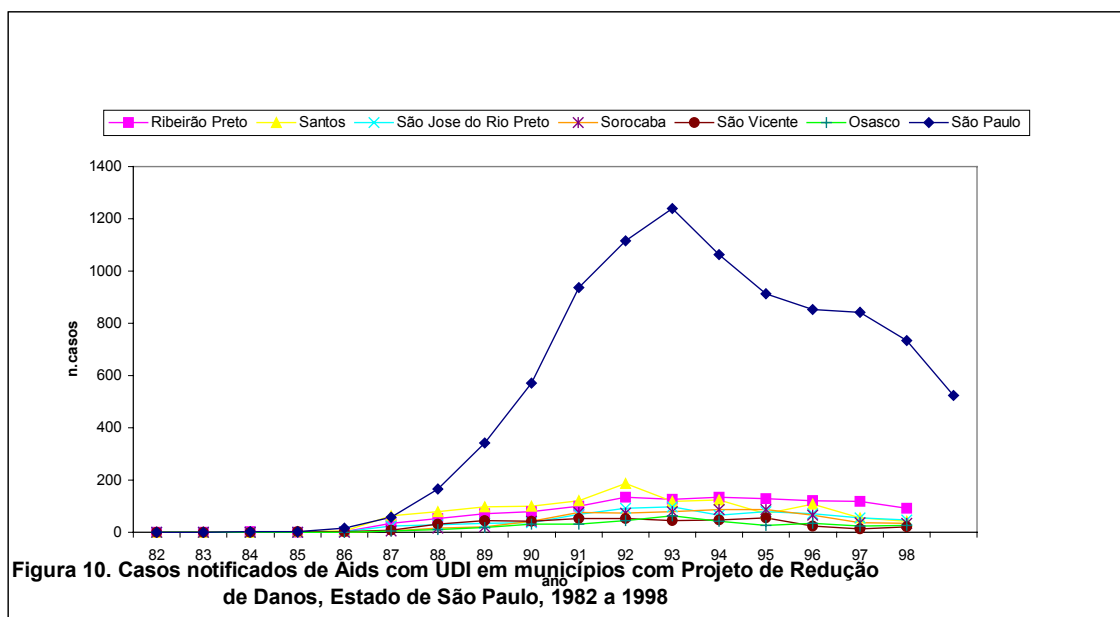


Como podemos observar, o padrão de crescimento dos casos nas faixas etárias de 15 a 25 anos entre os casos associados à prática sexual é bastante diverso do observado entre os UDI (vide figuras 6, 7 e 8). Isto reforça a hipótese aventada acima acerca da mudança no padrão de consumo de drogas entre as faixas etárias mais jovens no Estado de São Paulo.

O estado de São Paulo sancionou lei estadual autorizando a troca de agulhas e seringas aos UDI em março de 1998. Antes disto, porém com a conseqüente insegurança de atuação num contexto legal desfavorável, já havia PRDs desenvolvendo estas ações desde 1995. Atualmente, contamos com 16 instituições credenciadas e 11 em atividade constante. Estes se dão nos municípios de São Paulo (2), Osasco (2), Sorocaba, Ribeirão Preto, S.J.Rio Preto (2), Santos (2) e São Vicente (1).

Os municípios de São Paulo, Santos e Osasco apresentaram a mesma tendência do consolidado estadual e da maioria das regionais, com pico entre 92 e 93 e posterior decréscimo constante em número de casos de Aids entre UDIs. O município de S.J.Rio Preto apresentou a mesma característica no que se refere ao pico da epidemia, entretanto a diminuição ocorrida nos anos seguintes foi menor com tendência a um platô entre 93 e 97. Os municípios de São Vicente e Sorocaba atingiram o pico mais tarde, em 1995 com posterior queda em número de casos. Já o

município de Ribeirão Preto tem mantido uma curva em platô, sem redução aparentemente significativa de casos entre UDI (ao menos até 1997) – vide figuras 10 e 11



A epidemia de drogadição segundo serviços de tratamento à dependência no estado de São Paulo.

Ainda que muito preliminar, visto que 80% dos questionários enviados no final de julho/2000 ainda não retornaram, os dados relatados pelos serviços consultados parecem apontar por uma mudança no perfil de uso de drogas e sua via de administração no âmbito do estado de São Paulo nos últimos 5 anos (período questionado aos diretores destes).

Dos 09 serviços que nos responderam até agora, apenas cinco receberam pacientes que relataram ter usado drogas pela via injetável no último ano. Destes, 04 serviços com pacientes que usam a via injetável como de escolha. Estes serviços atenderam conjuntamente 14.275 usuários de drogas no último ano, sendo apenas 29 usuários que tinham a forma injetável como de escolha (0,2%) e 13 (0,09%) com histórico de uso na vida. Quando perguntados se nos últimos 5 anos houve aumento ou diminuição de pacientes e uso de droga pela via injetável, 06 disseram que houve diminuição (por medo da AIDS, entrada do crack), 01 disse que é raro UDI no serviço deste, 1 afirmou que não houve nem aumento, nem diminuição e 01 não soube responder. Quando questionados sobre a droga e via de administração utilizada pelos seus pacientes, 07 disseram que a coca aspirada e o crack são os principais drogas usadas, 02 apontaram a maconha e o álcool e um citou, como a terceira principal, a cocaína injetável.

São evidentes os limites destes dados preliminares, entretanto há a computação dos dados do serviço de Taipas, que atendem 8.000 usuários por ano. Se por outro pode carrear os números para uma determinada tendência, gerando bias, por outro é o maior serviço do estado de São Paulo.

Tabela 2. Número de usuários de drogas, por via de administração, em serviços de tratamento a drogadependência, nos últimos 12 meses. São Paulo, 2000.

Serviço	UD não UDI		UDIs		Uds+UDIs		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
INST								
NGA10	4000	100,00	0	0,00	0	0,00	4000	28,02
PROSAM	1576	99,75	1	0,06	3	0,19	1580	11,07
Vila Mariana	237	98,75	0	0,00	3	1,25	240	1,68
Cuidando da vida com carinho	571	100,00	0	0,00	0	0,00	571	4,00
Amb. Jaçanã	20	100,00	0	0,00	0	0,00	20	0,14
Centro médico Mokiti Okada	148	98,67	0	0,00	2	1,33	150	1,05
Associação Renascer	132	91,67	12	8,33	0	0,00	144	1,01
Taipas	7489	99,85	6	0,08	5	0,07	7500	52,54
SOS recanto vida	80	88,89	10	11,11	0	0,00	90	0,63
Total	14233	99,71	29	0,20	13	0,09	14275	100,00

A lei aprovada em março de 1998 determinava que os PRD só poderiam começar suas atividades oficialmente a partir do treinamento por parte do Programa Estadual, com posterior apresentação de projeto e credenciamento. Durante os meses seguintes, conjuntamente com os projetos mais consolidados, foi iniciada uma série de treinamentos, fóruns e debates pelo estado de São Paulo, objetivando estimular o desenvolvimento de projetos com este intento. Ao mesmo tempo, fôra planejada a planilha de monitoramento dos projetos e a aquisição dos insumos necessários. Este processo findou-se no mês de outubro de 1998. A partir de janeiro de 1999, as planilhas de monitoramento foram incorporadas pela rede de PRD antigos e novos de maneira mais sistemática, ainda que não totalmente isenta de problemas de preenchimento: tanto no atraso de remessa destas, no atraso de remessa dos insumos e na compreensão diferenciada dos diferentes campos que constam da planilha. Os dados abaixo citados devem ser analisados com a devida prudência.

Conforme pode ser observado na figura 9, houve um crescente aumento na distribuição de agulhas e seringas no agregado do estado, atingindo no ano de 2000 uma média de 3.000 a 3.300 seringas distribuídas, tendência semelhante àquelas recolhidas.

Há uma certa constância no número de UDIs atingidos por mês com alterações que necessitam ser investigadas sem, entretanto, podermos apontar numa curva semelhante ou não àquela das seringas distribuídas, até porque não possuímos dados sobre a quantidade dispensada per usuário e se esta se manteve constante ou sofre alteração no tempo. Entretanto, os PRD têm relatado um aumento constante a partir de março de 1999 no número de usuários de drogas não identificados como UDI (vide figura 13).

Figura 12. Distribuição de agulhas e seringas distribuídas e recolhidas do campo nos PRD, São Paulo, 1999-2000

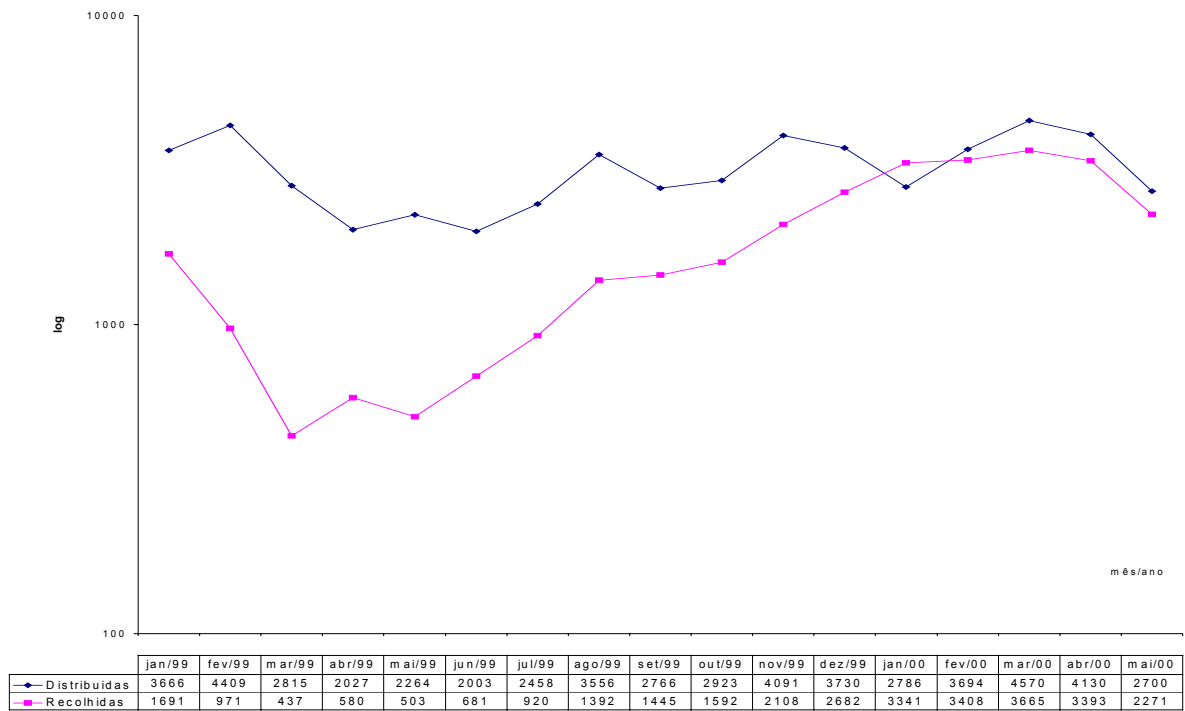
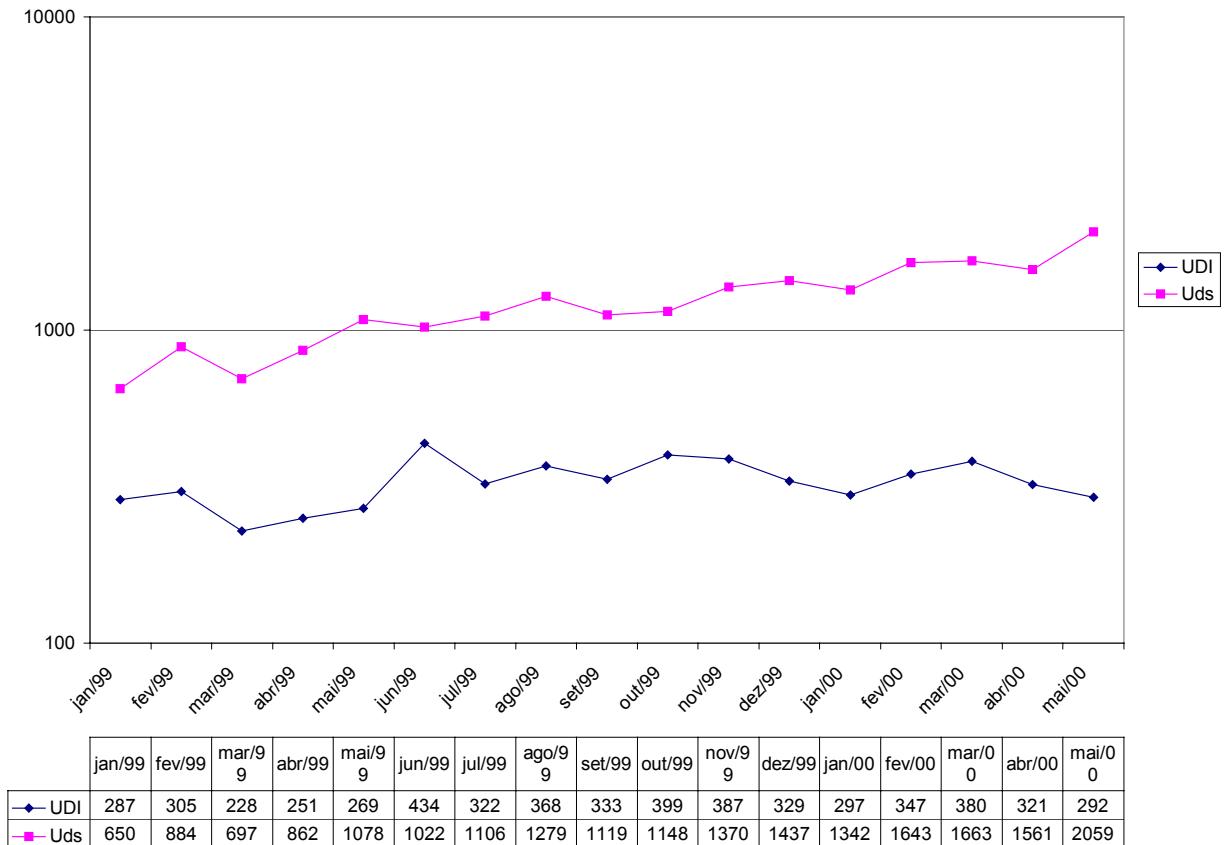


Figura 13 Distribuição de usuários de drogas injetáveis e não-injetáveis acessados pelos PRD. São Paulo, 1999-2000



Propostas, diretrizes e estratégias.

Tendo em vista os dados acima citados, pode-se fazer o seguinte diagnóstico preliminar, ainda que seja necessária a ampliação das fontes de dados, bem como análises mais afinadas:

há tendência de queda, tanto em números absolutos quanto proporcionais, do número de casos entre UDIs no estado de São Paulo. Esta tendência poderia ser explicada por algumas hipóteses que levantamos a seguir: morte dos UDI que tinham a cultura de uso de droga por esta via, em decorrência da AIDS e outras causas; mudança da epidemia de drogas no estado de São Paulo, principalmente pela entrada maciça do crack; os casos que ainda se apresentam se referem a infecções antigas, sendo que a população mais jovem usuária de drogas “optou” por outra via de administração; êxito nas estratégias de prevenção no estado de São Paulo, gerando mudança de via de administração (redução de danos), esta última menos provável.

Há importância significativa da categoria UDI em regiões localizadas no estado, principalmente aquelas que possam ter sofrido um menor impacto das ações de prevenção. Há municípios com bons projetos de RD que ainda mantém constante a incidência de casos entre UDI.

Há distorções importantes no processo de monitoramento e supervisão dos projetos já existentes. Bem como necessidade de aumentar os esforços no sentido da ampliação da cobertura dos PRD.

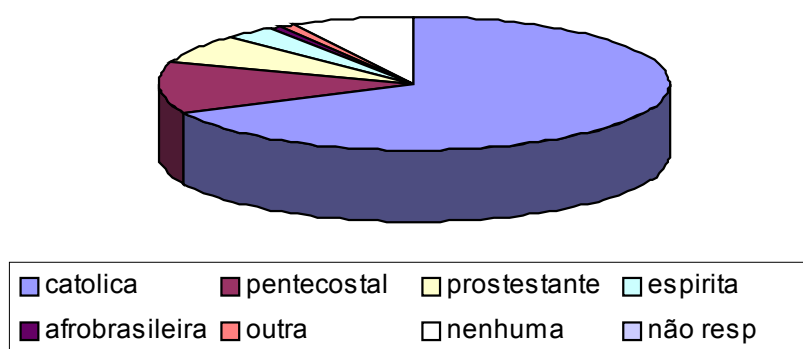
A religião enquanto elemento de interferência

O estudo de Berquó mostra a importância da religião enquanto filiação, já que 91,1% apontaram seguir alguma religião, sendo que 67,4% disseram seguir o catolicismo romano, pentecostais (11,8%), protestantes históricos (5,2%), espírita kardecista (2,9%) e afrobrasileiras (0,5%). Quase 10% da população se diz sem religião ou ateu.

“Ao se distribuir estes dados pelas faixas etárias, constata-se uma maior presença de pessoas mais velhas no catolicismo, no protestantismo histórico, afro-brasileiros e outras; enquanto os mais jovens optam, pela filiação ao segmento pentecostal ou pela não filiação religiosa. Os kardecistas por sua vez, concentram-se entre os de 25 a 55 anos” (Berquó, 1999).

A região Sul X, na qual se encontra o estado de São Paulo, é a que apresenta maior diversidade de filiações religiosas entre a população, com importante participação evangélica e de outras religiões (vide figura 14)

Figura 14. Distribuição de população por filiação religiosa.
Região Sul, São Paulo e Rio de Janeiro, 1999



Talvez o mais importante aqui seja procurar, estrategicamente, determinar quais são os principais alvos de uma ação interventiva face à prevenção das DST/AIDS, seja porque uma dada religião tem o poder de ocupar o espaço de formulador de opinião (como é o caso claro da região católica), seja porque o número de fiéis é alto (caso do catolicismo, pentecostal e protestante), seja porque os fiéis seguem os preceitos daquela religião de maneira mais ascética. Neste último caso, os estudos de Berquó não nos oferecem estes dados diretamente, entretanto é possível detectar tais indicadores a partir do modelo CHAID utilizado (espécie de modelo multivariado de análise logística).

Os dados apresentados por Berquó, sugerem que os indivíduos que agregam a característica de serem jovens, solteiros e sem religião consomem mais droga nos últimos doze meses que os

outros grupos populacionais. As mulheres católicas ou pentecostais apresentam um menor grau de conhecimento sobre DST/AIDS frente às de outras religiões ou sem religião. Nos estratos C e D, a religião faz a diferença, ou seja, pessoas católicas ou sem religião encontram-se menos expostas.