

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Políticas Públicas e Saúde

Políticas de Redução de Danos ao Uso de Drogas:
O contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros

Dissertação apresentada à
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial
para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Elize Massard da Fonseca

Orientador
José Mendes Ribeiro
(ENSP/Fiocruz)

Co-orientador
Francisco Inácio Bastos
(CICT/Fiocruz)

Junho, 2005

*Com amor dedico esse trabalho
a meus pais, que encaram o estudo como a melhor forma de aprender a vida.*

Agradecimentos

A Deus, por ter alcançado a graça desse ideal tão almejado por mim.

A meus pais, Marília e Aivaldo, pela sólida formação, que me proporcionou a continuidade nos estudos até chegar a essa dissertação de mestrado, e pela confiança que me inculcaram ao longo dos meus anos de vida. Agradeço, principalmente, por me ajudarem a não desistir dos meus sonhos e oferecer o melhor de suas vidas. Com todo meu amor e meus eternos agradecimentos.

Ao meu irmão, Henrique, e à Ju, pelo carinho, apoio e por compartilhar todas as minhas ansiedades e preocupações, sempre me motivando.

Meus agradecimentos ao Prof^o Francisco Inácio Bastos vão muito além do incentivo e do apoio durante a elaboração deste trabalho. Agradeço por acompanhar meu desenvolvimento acadêmico desde a graduação, pela disponibilidade irrestrita e pela referência profissional de responsabilidade e disciplina. Seu padrão de excelência e exigência fizeram com que nós – eu e as meninas –, nos tornássemos uma saudável exceção entre nossos colegas.

Ao meu orientador, Prof^o José Mendes Ribeiro pela confiança, amizade, dedicação, competência e excelente orientação durante o período de elaboração dessa dissertação. Agradeço por nos privilegiar com seus ensinamentos e por ser um exemplo de professor e de seriedade.

À nossa equipe de pesquisa – Mônica, Mariana e Neilane –, com quem divido a maior parte do meu dia e que se tornaram minha segunda família. Graças à nossa convivência afinada e harmoniosa alcançamos todos os nossos objetivos. Vocês são indispensáveis.

Ao Coordenador da subárea de Políticas Públicas e Saúde, Prof^o Nilson do Rosário Costa, que acompanhou e colaborou com o andamento desse trabalho, sempre com sugestões importantes, e com quem sempre temos uma porta aberta.

Ao professor Prof^o Carlos Pereira, obrigada por todo o incentivo e por acreditar em mim, desde a seleção do mestrado.

À Prof^a Mônica Campos e à Prof^a Nair Telles por terem contribuído para minha formação durante o curso de pós-graduação.

Aos meus tios (Mariza e César, Julia e Adevair, Déia e Luiz, Lucia e Domingos) e primos (Pablo, Pablicio, Patrick, Luciana e Bruno, Adriana, Ana Paula, Bernardo) e avós (João, *in memoriam*, e Antonieta, *in memoriam*, e Thereza e Aldeny) que, mesmo distantes, fizeram chegar seus incentivos e afeto. Agradeço especialmente a meus

primos Rodrigo, por dividir e comemorar comigo cada passo e cada vitória desde a pré-escola, e Bruno, pelos momentos de diversão e descontração... essenciais!

À amiga Cotinha, que em muitos momentos orou e torceu junto comigo de forma sincera e despretensiosa, sempre que a procurei.

À minha querida terapeuta Denise, minha âncora em mares tão agitados e difíceis de navegar. Você sempre me ajuda a seguir em frente e consegue me fazer manter a calma, sempre com uma palavra sensata.

Aos meus colegas de turma (Grazi, Rafa, Bethania, Andréa, Suzana, Jairo, Rivaldo, Roger, Heitor) não tenho palavras para definir a nossa integração, harmonia e cooperação constante. Agradeço pelos momentos de descontração e pela amizade. De maneira especial, agradeço ao Heitor, por toda ajuda, incentivo e motivação durante o nosso curso.

Aos colegas do Departamento de Informação em Saúde do Centro de Pesquisa Científica e Tecnológica (DIS/CICT), em especial a Marizete, Paulo, Heglaucio, Gisele, Priscila, Jurema, Maria Ângela, Renata, Rui pelo carinho que me receberam e por tornarem alegre, rico e divertido o nosso convívio diário.

Às Prof^{as} Eliana Freire e Tereza Creusa, do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, que representam uma influência definitiva em minha formação acadêmica e atitude profissional.

À Prof^a Gilberta Acselrad, do Laboratório de Políticas Públicas da UERJ, agradeço pela confiança e estímulo.

Ao Prof^o Marcelo Cruz, do IPUB/UFRJ, pelos comentários e sugestões na banca de defesa que enriqueceram o trabalho.

André, uma pessoa tão querida que sempre fará parte de minha história. Sua amizade e companheirismo nos últimos anos foram muito importantes para mim. Amo você.

À Amy Nunn, pesquisadora-visitante da Harvard School of Public Health, a quem, apesar da curta convivência, sou agradecida por despertar em mim um senso crítico e uma nova forma de encarar as políticas públicas.

À Associação Brasileira de Redutores de Danos, em especial Cristiane e Domiciano, agradeço pela disponibilidade e parceria na realização desse estudo.

Aos 45 Programas de Redução de Danos que colaboraram com o estudo, obrigada pela confiança.

Aos dois informante-chave que aceitaram compartilhar comigo suas experiências em Redução de Danos. Suas idéias e críticas foram fundamentais para a conclusão desse estudo.

Aos funcionários da SECA pela paciência diante de tantas solicitações que fiz, pela atenção e simpatia com que resolveram todos os problemas administrativos.

Ao Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) pelo ambiente propício ao desenvolvimento do trabalho, pelos muitos professores capacitados e competentes funcionários de que dispõe. Agradeço especialmente ao Jefferson, Moacir e Érica, funcionários do DCS, que com grande eficiência deram suporte às minhas necessidades burocráticas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro

*Não tenho palavras para agradecer a essas
pessoas tanta doação, peço a Deus que os
proteja, redistribuindo-lhes em dobro tudo
o que fizeram por mim.*

"Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que fez tua rosa tão importante."

As pessoas têm estrelas que não são as mesmas. Para uns, que viajam, as estrelas são guias. Para outros, elas não passam de pequenas luzes. Para outros, os sábios, são problemas. Para o meu negociante, eram ouro. Mas todas essas estrelas se calam. Tu porém, terás estrelas como ninguém... Quero dizer: quando olhares o céu de noite, (porque habitarei uma delas e estarei rindo), então será como se todas as estrelas te rissem! E tu terás estrelas que sabem sorrir! Assim, tu te sentirás contente por me teres conhecido. Tu serás sempre meu amigo (basta olhar para o céu e estarei lá). Terás vontade de rir comigo. E abrirá, às vezes, a janela à toa, por gosto... e teus amigos ficarão espantados de ouvir-te rir olhando o céu. Sim, as estrelas, elas sempre me fazem rir!"

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O consumo de drogas pode ocasionar diferentes danos aos usuários de drogas, sua rede de interação social e a sociedade em geral. As estratégias de “redução de danos” têm sido desenvolvidas com vista a reduzir esses danos, como, por exemplo, *overdoses* e a disseminação de vírus como os do HIV e das hepatites B e C. Os programas de redução de danos (RD) estão direcionados a usuários que continuam usando drogas e àqueles que não querem ou não podem, em um determinado momento, interromper os hábitos de consumo de drogas.

Atualmente, no Brasil, existem mais de 100 programas de troca de seringas, uma das iniciativas-chave de RD no mundo. Esses programas têm sido financiados publicamente e implementados por universidades, secretarias municipais de saúde e organizações não-governamentais (ONGs). Os programas de troca de seringas disponibilizam seringas e agulhas novas (estéreis) em troca de seringas e agulhas usadas em comunidades com alta prevalência de uso de droga injetável, com o objetivo de conter a epidemia de HIV/AIDS e a disseminação de infecções sanguíneas similares. Diversas políticas são implementadas sob o leque de RD, por exemplo, educação em saúde e referência para tratamento de drogas, visando compensar (em parte) a marginalização e estigmatização dos usuários de drogas.

Para que esses programas se mostrem efetivos é importante realizar ações de monitoramento/avaliação. Ações de monitoramento e avaliação consistentes ajudam a identificar os avanços e desafios à implementação dessas políticas. Além do mais, esse tipo de avaliação ajuda a identificar o impacto sobre a saúde dos usuários de drogas e possibilitam a adaptação das políticas públicas às necessidades locais.

Esta dissertação, em um primeiro momento, revisa as políticas internacionais que têm por objetivo a redução de danos e, em seguida, procede a uma avaliação da implementação atual dessas políticas no Brasil. A dissertação discute as políticas e programas de RD em diferentes contextos globais, enfatizando os aspectos comuns e os contrastes das políticas implementadas nos EUA, Reino Unido e Brasil. Essas diferentes políticas parecem estar associadas ao sucesso e às limitações dos programas desenvolvidos em cada local.

Como descrito em manuscrito submetido a uma revista indexada, os dados coletados em 134 PTS foram catalogados, a partir da compilação de informações das redes que atuam na área. Uma breve avaliação foi realizada em 45 programas, buscando avaliar: a cobertura dos programas, o seu financiamento, o controle de insumos, a sua capacidade organizacional e o contexto político.

Os maiores desafios enfrentados pelas políticas de RD no Brasil não estão, de forma alguma, restritas ao cotidiano dos programas específicos. Essas políticas mantêm relações complexas com a sociedade civil, formadores de opinião e legisladores. Uma agenda abrangente neste campo deve compreender: o enfrentamento das resistências políticas à implantação e plena operação de políticas e programas de RD; um melhor diálogo e integração com instâncias/instituições que trabalham com o uso de drogas e educação, muitas vezes a partir de filosofias distintas, quando não contrapostas; e uma ampliação das interfaces com outras populações vulneráveis (presidiários, profissionais do sexo, garimpeiros).

Palavras chave: HIV/AIDS; Usuários de Drogas Injetáveis; Monitoramento & Avaliação de Programas; Políticas Públicas

ABSTRACT

Drug consumption may impose different harms on drug users, their social networks and society at large, and “harm reduction strategies” have been developed in attempt to mitigate those harms, such as overdoses and the dissemination of deadly viruses such as HIV and the hepatitis B and C viruses. Harm reduction (HR) programs target drug users that continue drug use and who do not desire or can, in a given moment, discontinue their harmful drug consuming habits.

Brazil currently has more than 100 needle exchange programs, one of the key initiatives in the field of HR, worldwide. These publicly financed programs have been implemented by universities, municipal health secretariats, and non-governmental organizations (NGOs). Needle exchange programs deliver new (sterile) syringes and needles in exchange of used syringes & needles in communities with high prevalence of injecting drug use in order to curb the spread of HIV/AIDS and other blood-borne infections. The diverse set of policies implemented under the HR umbrella, e.g. health education and referral to drug treatment aim to compensate (in part) the marginalization and stigmatization of drug users.

In order to gauge the efficacy of these programs, it is important to carry out comprehensive monitoring/evaluation. Consistent monitoring and evaluation helps highlight both program progress and challenges to policy implementation. Moreover, this type of evaluation helps mitigate the health impact of drug use and also helps tailor public policies to local needs.

This dissertation first reviews international policies aiming to reduce drug-related harm and then assesses the actual implementation of such policies in Brazil. The dissertation discusses HR policies and programs in different global contexts, highlighting the common and contrasting aspects of policies implemented in the USA, UK, and Brazil. Such different policies seem to be associated with the successes and limitations of specific programs in each setting.

As described in a manuscript submitted to publication in a peer-reviewed journal, basic data on 134 SEPs were entered into a catalogue, gathering disperse information provided by local networks. A brief assessment of 45 programs was carried out, exploring: programs’ coverage, their financial and managerial structure, their strategies to monitor essential supplies, and the local political scenes. Programs assessed by the study fall short of comprehensive monitoring and evaluation, and such deficiencies impact negatively the continuity of their actions and in some cases jeopardize the very flow of basic supplies.

The main challenges faced by HR policies in Brazil are in no way restricted to the daily operation of specific programs. Such policies maintain complex relationships with the civil society, opinion-makers, and people in charge of law reform and enforcement. A comprehensive agenda, guided by HR principles, should include the issues as follows: the need to face political pressures constraining programs’ full operation; the need to improve the dialogue and collaborative work with institutions promoting drug use treatment and health education (many times oriented by different if not opposed philosophies), and a better integration with other vulnerable population such as prisoners, commercial sex workers, miners, etc.

Key words: HIV/AIDS; Injecting Drug Users; Harm Reduction; Program Monitoring & Evaluation; Public Policies

SUMÁRIO

RESUMO, 07

ABSTRACT, 08

LISTA DE SIGLAS, 11

INTRODUÇÃO, 12

CAPÍTULO I – Objetivos, 16

1.1 Objetivo geral, 16

1.2 Objetivos Específicos, 16

CAPÍTULO II – Conceitos em redução de danos, 17

2.1 O consumo de drogas e a sua representação na sociedade, 17

2.2 Redução de danos, 20

2.2.1 Redução de danos: uma política de saúde pública, 21

2.2.2 Compreendendo os danos associados ao consumo de drogas, 23

2.2.2.1 Danos sociais, 23

2.2.2.2 Danos ao organismo, 24

2.2.3 Redução de danos: uma questão de direito e de cidadania, 27

CAPÍTULO III – A história da redução de danos relacionados ao consumo de drogas, 29

3.1 As primeiras iniciativas em redução de danos, 29

3.2 Modelo Holandês, 31

3.3 Modelo Britânico, nos anos 1980-1990 (Merseyside), 36

3.4 Movimento internacional de redução de danos, 40

3.5 A redução de danos no Brasil, 42

CAPÍTULO IV – Estratégias de redução de danos, 48

4.1 Programa de Troca de Seringas, 48

4.2 Manutenção por metadona, 51

4.3 Estratégias controversas, 53

4.3.1 Prescrição de drogas, 53

4.3.2 Salas de uso seguro, 54

4.3.3 Redução de danos em presídios, 56

CAPÍTULO V - Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira (artigo do livro *Avessos do Pazer*), 58

**CAPÍTULO VI - Os Programas de Redução de Danos ao Uso de Drogas no Brasil:
Caracterização preliminar de uma amostra de 45 programas (artigo submetido ao
Cadernos de Saúde Pública), 83**

NOTAS FINAIS, 100

BIBLIOGRAFIA, 103

ANEXOS, 110

LISTA DE SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ACRD	Associação Carioca de Redução de Danos
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CN DST/AIDS	Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HBC	Vírus da hepatite C
HBV	Vírus da hepatite B
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-governamental
PRD	Programa de Redução de Danos
PTS	Programa de Troca de Seringas
RD	Redução de Danos
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNDCP	United Nations International Drug control Programme

INTRODUÇÃO

O uso de drogas injetáveis, praticado de forma insegura, pode resultar em sérios danos ao usuário, à comunidade em que ele está inserido e à sociedade de uma forma geral. Esses danos envolvem risco de *overdose*; de transmissão do HIV e dos vírus das hepatites através do compartilhamento de agulhas e seringas potencialmente contaminadas; danos causados pelo descarte inapropriado de seringas usadas em locais públicos e crimes relacionados ao tráfico e à aquisição de drogas ilícitas. Existe ainda, a possibilidade desse uso evoluir para padrões mais graves de comportamento, como o risco do estabelecimento da dependência química.

A redução de danos (RD) representa um marco da ação em saúde pública e um conjunto de estratégias de saúde pública que têm por objetivo reduzir ou prevenir as conseqüências negativas associadas ao uso de drogas. Esta abordagem é direcionada para aqueles usuários que não querem ou não conseguem, em um determinado momento, parar de usar drogas. A RD pode ser entendida, *grosso modo*, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência do uso de drogas.

Partindo do princípio de que as drogas sempre estarão presentes na sociedade, torna-se necessário adotar uma conduta equilibrada e uma resposta pragmática para esse fenômeno. É melhor reduzir os danos, ao invés de tentar eliminá-los totalmente, o que é possível para cada indivíduo singular, mas não é viável do ponto de vista coletivo. A ênfase neste caso não deve recair no julgamento moral se um (ou um conjunto de) comportamento é bom ou ruim, certo ou errado, e sim se ele é seguro ou inseguro, e está mais ou menos associado a riscos e danos.

A discussão sobre o significado de uma política de drogas voltada para a redução de danos envolve valores sociais e políticos sobre as relações entre indivíduos, sua liberdade individual e o direito de dispor do seu próprio corpo. O usuário de drogas é um ser humano e cidadão, com os mesmos direitos de uma pessoa que não utiliza drogas. Deve, portanto, estar incluído nos programas sociais e de saúde, respeitados seus direitos enquanto cidadão.

Uma estratégia com este propósito e compromisso ético foi formulada na Inglaterra, em 1926, com a divulgação do “Relatório Rolleston”, que previa a prescrição de opiáceos

(inclusive a própria heroína) para dependentes de heroína que não se beneficiavam de outras alternativas. Mas foi no final da década de 80, à medida que eram observadas elevadas taxas de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI), que o movimento internacional de RD ganhou força. Os Programas de Troca de Seringas (PTS), que têm por objetivo fornecer seringas novas/estéreis mediante a troca por seringas usadas recolhidas da comunidade, têm sido amplamente divulgados e implementados, inicialmente, em países da Europa e na Austrália.

Desde então, a RD vem passando por transformações, acompanhando as mudanças socioculturais dos padrões de consumo de drogas nos diferentes contextos, procurando sempre encontrar saídas renovadas e criativas para reduzir os danos decorrentes desse uso, sejam eles biológicos, sociais ou econômicos.

Atualmente, diversas estratégias, além do PTS, vêm sendo implementadas em todo o mundo. Os Programas de Manutenção por Metadona, por exemplo, utilizam a metadona para minorar os sintomas da “fissura” por nova dose e o mal-estar associado à abstinência da heroína. Isso permite aos usuários prosseguir com as suas atividades cotidianas e reintegrá-los à sociedade.

A opção por esse objeto de estudo se deu a partir de minha inserção em um Programa de Redução de Danos, como estagiária de graduação, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (PRD/NEPAD/UERJ), no ano de 2001. Financiado pelo Programa das Nações Unidas para o Controle de Drogas – UNDCP, Ministério da Saúde e Banco Mundial, este programa tem por objetivo reduzir os danos causados à saúde de pessoas usuárias de drogas injetáveis e atender à rede de interação social destes usuários. Nesse período realizei também alguns trabalhos em parceria com as ONG: Associação Nacional de Redutores de Danos (ABORDA) e Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD).

A partir dessa experiência, apresentei como trabalho de final de curso da graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio) a monografia: “Promoção da Saúde dos Usuários de Drogas Injetáveis: Uma perspectiva de Redução de Danos”. Em 2003, ingressei no curso de Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, onde apresentei a monografia:

“Redução de Danos relacionados ao consumo de drogas: considerações a respeito da teoria e a experiência brasileira”, com objetivo de discutir a construção do conceito de redução de danos (suas origens e definições) e analisar essas estratégias no âmbito do uso de drogas injetáveis.

Atualmente, como assistente de pesquisa do DIS/CICT/FIOCRUZ, participo de dois estudos que enfocam comportamentos vinculados ao uso de drogas e à prevenção da AIDS e hepatites entre usuários de drogas.

O presente estudo buscou dar continuidade aos meus estudos nessa área, onde foram abordadas as seguintes questões: Qual a situação e a rotina operacional dos programas de redução de danos no Brasil? Quais os principais desafios para a implementação dessas estratégias?

Revisão internacional, ainda inédita, com objetivo de avaliar as estratégias de troca de seringas, utilizou os critérios “Bradford Hill” e cinco critérios de avaliação adicionais. Foram encontradas evidências de efetividade; segurança e custo-efetividade destes programas; e consistência com as 7 revisões anteriores, realizadas ou apoiadas por agências governamentais norte-americanas. (Wodak & Cooney, 2005).

No Brasil foram feitas algumas tentativas de avaliação dos PRD (CLAVES, 1998; Banco Mundial, 2004). Um relatório elaborado pelo Banco Mundial (Banco Mundial, 2004) dos Projetos AIDS I (empréstimo do BIRD equivalente a US\$ 160 milhões) e AIDS II (empréstimo de US\$ 165 milhões)¹ identificou como inadequados os sistemas de vigilância relacionados ao HIV e padrões de comportamento (ênfatisando-se os comportamentos de maior risco), bem como programas de monitoramento e avaliação das ações implementadas. O relatório afirma que “é difícil confirmar o que foi efetivamente alcançado pelo programa brasileiro de HIV/AIDS e definir a contribuição do Banco Mundial para a questão.” (pag i).

Os achados e recomendações da pesquisa poderão ser utilizados pelos formuladores de políticas públicas no campo da prevenção à AIDS entre usuários de drogas.

A partir da leitura das referências bibliográficas foi traçado uma contextualização das políticas de redução de danos voltadas para os usuários de drogas. No primeiro capítulo

¹ Projetos aprovados em 1993 e 1998, respectivamente, com objetivo de reduzir a incidência e transmissão da infecção de HIV e DST e fortalecer a capacidade do programa nas áreas de prevenção, tratamento e gestão.

foi descrito os conceitos que definem a política de RD: como o uso de drogas é encarado pelos pesquisadores, formuladores de política e ativistas que defendem essa estratégia; a necessidade de formulação de novas estratégias para lidar com a epidemia de HIV/Aids; os danos e riscos associados ao uso de drogas e a RD enquanto uma questão de direito e de cidadania.

O segundo capítulo conta com uma descrição histórica do movimento de RD e suas origens na Inglaterra a partir do Relatório Rolleston; a descrição dos principais “modelos” de RD (Holandês e Britânico) e um breve relato do movimento em países como: Alemanha, Suíça, Austrália, Canadá. Nesse capítulo foi descrito, também, a trajetória da RD no Brasil, o apoio do Ministério da Saúde e o financiamento do Banco Mundial que permitiram a implementação dos primeiros PRD no ano de 1996 e bem como os entraves jurídicos e políticos que dificultaram esse processo.

O capítulo seguinte apresentou um exame das práticas e estratégias “clássicas” de redução de danos, que são os Programas de Troca de Seringas e Programas de Manutenção por Metadona. Nesse sentido foi apresentado também, as novas iniciativas e experiências que caracterizam as “estratégias controversas” de RD (prescrição de drogas, sala de uso seguro, RD em presídios).

Como parte integrante da dissertação será apresentado o manuscrito: “Políticas de Redução de Danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira” (publicado no livro: *Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos*, pela Editora FIOCRUZ, em abril 2005), que resenha brevemente o contexto em que as políticas e programas de redução de danos têm sido implementados e os fatores que fizeram com que EUA, Reino Unido e Brasil adotassem caminhos tão diferentes, contribuindo para o sucesso ou fracasso dessas intervenções. Será apresentado também um manuscrito versando sobre a pesquisa empírica realizada no mestrado, ora submetido aos *Cadernos de Saúde Pública*. Esse estudo buscou avaliar a efetiva implementação das políticas de redução de danos (RD) relacionadas ao uso de drogas pelas organizações não-governamentais e agências governamentais brasileiras e a operação cotidiana desses programas.

CAPÍTULO I

Objeto e Objetivos

1.1 Objetivo Geral

Estudar as políticas de redução de danos internacionais e avaliar a efetiva implementação e operação das políticas de redução de danos relacionadas ao uso de drogas pelas organizações não governamentais e agências governamentais do Brasil.

1.2 Objetivos Específicos

- Proceder a uma revisão sistemática das políticas e Programas de Redução de Danos tem sido implementados nos Estados Unidos, Brasil e Reino Unido
- Montar um cadastro das organizações que desenvolvem Programas de Redução de Danos no Brasil
- Avaliar mecanismos de financiamento dos programas de redução de danos.
- Avaliar a cobertura desses programas.
- Avaliar aspectos estruturais das ONG e agências governamentais que implementam redução de danos.
- Compilar e avaliar os principais resultados dos programas implementados;
- Analisar os principais obstáculos para a difusão desses programas.

CAPÍTULO II

Conceitos em Redução de Danos

2.1. O consumo de drogas e a sua representação na sociedade

Muitas são as questões envolvidas na experiência do consumo de drogas. Pensar esse fenômeno como um emaranhado de fatores sociais e individuais possibilita articular novas formas coletivas de lidar com essa questão. É também importante reconhecer que os danos decorrentes desse uso não se limitam à saúde individual, mas se estendem à saúde pública de forma mais abrangente, em termos de bem-estar coletivo. De acordo com Olivenstein (1984):

“O problema da droga não existe em si, mas seria resultado do encontro de um produto, uma personalidade e um modelo sócio-cultural. Isto quer dizer que qualquer pessoa, a qualquer momento pode encontrar um produto tóxico legal ou ilegal, em seu caminho. Toda política sobre drogas deve levar em conta esses pressupostos. Entretanto, a maioria das pessoas que experimentam drogas uma ou algumas vezes, não se tornará doente, o que significa que diante da droga não existe um destino igual para todos”

O consumo de drogas como fenômeno humano pode ser compreendido de diversas formas sem jamais esgotar sua plenitude, pois a existência humana está sempre “por se fazer”. Exatamente por possuir esse aspecto multicausal, permite integrar diversos ramos das ciências, sendo que nenhum, isoladamente, poderá lograr uma resposta totalizadora por si só. Sendo a drogadição um fenômeno cultural, não há sociedade sem drogas, e estas podem ser utilizadas de diferentes maneiras, de acordo com o momento e as circunstâncias em que o seu consumo está inserido.

Nowlis (1975) descreve quatro modelos de construção do discurso sobre drogas: jurídico-moral, médico, psicossocial e sociocultural; baseado nas variáveis: droga, indivíduo e ambiente.

O Modelo *jurídico-moral*, compreende o usuário de droga como criminoso e procura resolver o “problema” através da repressão ao tráfico e controle do uso. Têm sido dispendidos volumosos recursos em políticas de repressão da oferta, com resultados limitados e mesmo duvidosos. Trata-se de um modelo defendido por uma parcela conservadora da sociedade.

O Modelo *médico* compreende o usuário como doente. O indivíduo, vulnerável, adoece quando é atacado por um agente nocivo (a droga), podendo “transmiti-lo” a outras pessoas. O doente deve ser isolado e tratado. Em ambos os modelos apresentados o foco da ação é a substância e não o sujeito ou suas circunstâncias sócio-culturais.

No Modelo *psicossocial* a escolha pelo uso ou não de drogas é encarado como um comportamento humano complexo, ligado a fatores sociais e culturais. O foco está na dialética indivíduo-meio, buscando compreender as motivações singulares do uso de drogas.

Para o Modelo *sócio-cultural*, o meio é visto como o móvel primeiro do consumo da dependência, com especificidades definidas segundo o recorte social e cultural.

Esses modelos não devem ser adotados isoladamente, pois cada um deles não é suficiente, por si só, para compreender e enfrentar os fenômenos envolvidos no consumo de substâncias (Cruz, 2000).

A redução de danos encara como aceitável, até certo nível, o consumo de drogas, buscando reduzir as conseqüências adversas desse uso e procurando enfatizar os direitos e responsabilidades frente a essa escolha (Wodak, 1998).

A droga é, portanto, um objeto inanimado, sem vida. É necessário que o indivíduo dê vida a esse objeto para que ele produza seus efeitos (Zago, 1994; 1998).

Por serem muitos os fatores envolvidos na qualidade e intensidade das alterações psíquicas (quantidade e natureza da substância utilizada, características do indivíduo, expectativa do indivíduo na interação com o seu contexto, entre outros), torna-se imprescindível compreender qual o significado que a droga assume na vida de cada pessoa, que aspectos seus efeitos vão preenchendo e que ausências estão suprindo. Isso explica por que nem todos os que experimentam drogas se tornam dependentes. Ao contrário, os que se

tornam dependentes correspondem a uma fração pequena dos que as experimentam e mesmo as utilizam com alguma frequência.

Não há como pressupor comportamentos e atitudes homogêneos no âmbito do que se costuma denominar “mundo das drogas”. Os diferentes grupos, classes sociais e indivíduos consomem drogas de modos distintos e atribuem múltiplos significados à sua utilização (Velho, 1994).

Não se pode pressupor que todos os usuários de drogas sejam iguais ou até que professem valores similares ou mesmo comparáveis. Há diferentes graus de envolvimento ou relação com a droga, com a cena de uso e com a sociedade no seu conjunto: as drogas podem ser consumidas em horas de lazer ou diversão, de forma descontínua, ou, de modo completamente distinto, podem definir estilos de vida alternativos, compartilhados com outros do grupo, e mesmo definir o eixo central da identidade de um indivíduo que se apropria e é apropriado, compulsivamente, pelo produto (Zaluar, 1994)

Os conceitos mais atuais sobre toxicomanias propõem que as drogas e seus usos interajam de forma particular com as sociedades contemporâneas (Cruz & Ferreira, 2001). Os seus usos e funções são, em grande medida, diversos, e mesmos contrastantes com o que ocorria anteriormente, nas décadas de 60 e 70, com o movimento da contra-cultura. É comum ouvir relatos de usuários que se identificam como diferentes, pobres, favelados, “mau exemplo”, “sem moral”. A droga também é frequentemente vista, pelos próprios consumidores e pela mídia, como inimigo externo, do qual o indivíduo teria de ser desintoxicado e libertado.

A proposta de redução de danos compreende uma postura transparente, uma atitude acolhedora, livre de julgamentos, apostando na capacidade de saber escutar ativamente e dialogar, possibilitando clarificar a comunicação. É também necessário não perder de vista o comportamento “dependente” de uma fração dos usuários de drogas (Erwig & Bastos, 2000). Deve-se ter consciência de que o “desejo de parar”, de que “a sensação de que se está mal” pode representar uma vontade, explícita ou não, de mudança, que pode, eventualmente, se deparar como uma série de barreiras ou dificuldades de obter ajuda, superando ou não os desafios daí decorrentes.

2.2. Redução de Danos

A discussão sobre uma política de drogas voltada para a redução de danos aborda valores sociais e políticos sobre as relações entre indivíduos, sua liberdade individual e o direito de dispor do seu próprio corpo, envolvendo uma perspectiva de saúde pública, ao afirmar os direitos e deveres dos usuários de drogas enquanto cidadãos.

A redução de danos, na sua acepção contemporânea (há versões bastante anteriores de utilização de conceitos e práticas similares, o que veremos mais adiante) representa uma estratégia de saúde pública originária da Europa e Austrália, que se inicia por volta da década de 80. Wodak (1998) a definiu como uma tentativa de minimizar as conseqüências adversas do consumo de drogas, do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos, sem necessariamente reduzir esse consumo.

A Organização Mundial de Saúde (2003) entende redução de danos em saúde pública como:

“Redução de danos em saúde pública é um conceito usado para descrever ações que tem como objetivo reduzir ou prevenir conseqüências negativas à saúde associadas a determinados comportamentos. Com relação ao uso de drogas injetáveis, a redução de danos tem por objetivo reduzir a transmissão do HIV através do compartilhamento de seringas não-estéreis e equipamentos para preparação da droga..” (pag 1)

Para o Ministério da Saúde (MS, 2001):

“As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas para minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que orienta [a RD] é o respeito à lei e a liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatite minimizados.” (pag 12)

As citações acima apresentam três conceitos importantes para compreender melhor a estratégia de RD. Primeiro, enquanto política de saúde que tem como meta encontrar

soluções inovadoras para promover e proteger a saúde pública. O segundo ponto importante é definir quais os danos que se está querendo minimizar, sejam eles de natureza biológica, social ou econômica. Por fim, sublinham o respeito pelo cidadão, no seu direito de, em um determinado momento, não querer ou não conseguir parar de usar droga.

2.2.1. Redução de Danos: uma política de Saúde Pública

A redução de danos, segundo Marlatt (1999), não é algo novo na medicina, constituindo na verdade uma antiga prática de saúde pública, através da implementação de estratégias que vão desde a limpeza de suprimentos de água até o rastreamento (*screening*) de doenças infecciosas.

Com o aparecimento da AIDS no início dos anos 80 e o risco de transmissão do vírus HIV, as políticas de redução de danos ganham força na Europa. Segundo Mesquita et al. (2001) o problema central da dependência às drogas cedeu lugar a uma nova questão médica: a infecção pelo HIV e outros vírus de transmissão sangüínea através do uso compartilhado de seringas.

A redução de danos tornou-se uma alternativa para as abordagens que visam à abstinência. Esta é uma estratégia que parte do princípio de que as drogas sempre estarão presentes na sociedade e adota uma postura pragmática: é melhor reduzir os danos, ao invés de tentar eliminá-los totalmente, o que é possível do ponto de vista de cada indivíduo singular, mas inviável ao considerarmos a dimensão coletiva (Riley, 1994).

A redução de danos está habitualmente associada a uma perspectiva de saúde pública, compartilhando de conceitos e práticas comuns. Esta associação é particularmente evidente no âmbito da promoção da saúde, onde integra uma ampla estratégia de promover a saúde e evitar a doença. Essas estratégias convergem no sentido de enfatizar a importância de compreender os amplos aspectos determinantes de saúde para o bem-estar de toda população. Pode-se entender o abuso de drogas como um sintoma de um mal-estar social e individual e não uma causa, a partir de uma constelação de outras questões pessoais e sociais (como pobreza, desemprego, desestruturação familiar, discriminação). (Cuellar et al., 2003; Galea et al., 2003)

Em 1985, a Holanda revisou a política de drogas do país, “normalizando” o problema das drogas, problematizando o rótulo estigmatizador e buscando alternativas para essa questão (Marlatt, 1999). No Reino Unido, esse assunto passou a ser aceito como política pública de saúde em 1988, com a elaboração do Relatório “AIDS and Drug Abuse”, elaborado pelo Comitê Assessor para Abuso de Drogas (Stimson, 1998).

Algumas características da estratégia de redução de danos, segundo o relatório do Canadian Centre for Substance Abuse – CSSA (1996) podem ser assim sumarizadas:

- *Pragmatismo*, o uso de algumas substâncias que alteram a consciência é comum na experiência humana. Para entender o comportamento de uso é preciso reconhecer, que, ao mesmo tempo, em que este envolve riscos também proporciona prazer. Numa perspectiva comunitária, controlar e melhorar os danos decorrentes do consumo de drogas pode constituir uma opção mais pragmática ou factível do que os esforços para eliminar totalmente as drogas e seu uso;
- *Valores humanos*, a decisão de usar drogas é aceita como um fato, o que não significa aprovar o uso. Não se procede a nenhum julgamento moral, que vise condenar ou apoiar o uso de drogas. A dignidade e o direito dos usuários de drogas são respeitados;
- *Foco nos danos decorrentes do uso*, os danos à saúde, sociedade, economia afetam o indivíduo, a comunidade e a sociedade como um todo. Assim, a prioridade é reduzir as conseqüências negativas para o usuário e demais membros da sociedade. Em alguns casos reduzir o nível de consumo ou o modo (mais arriscado) de uso pode ser uma forma efetiva de reduzir danos;
- *Prioridade em metas alcançáveis*, alguns programas de redução de danos estabelecem uma hierarquia de metas. Alcançar metas realistas pode ser visto como um primeiro passo para um uso mais seguro ou, caso apropriado e factível, rumo à abstinência.

2.2.2. Compreendendo os Danos associados ao Consumo de Drogas que podem ser prevenidos pelo PRD

Compreender os danos causados pelo uso de drogas se afigura como uma questão complexa. A literatura descreve uma série de danos à saúde causados pelo consumo de drogas. Muitos são atribuídos à própria substância utilizada e aos comportamentos relativos ao uso. Outros danos podem ser decorrentes dos esforços para deter esse uso em redes de causalidade, por vezes, paradoxais. Por isso na prática pode ser muito difícil responder a questões como: “Quais são os danos?” “Quem é prejudicado por ele?” “Quais os danos que deveriam ser priorizados?” (CCSA, 1996)

2.2.2.1. Danos sociais

Os danos sociais estão ligados ao estigma pelos rótulos: “Viciado, drogado, maconheiro”. Estes rótulos podem levar à exclusão do convívio com a família, comunidade, escola, trabalho, e podem se refletir na vida do usuário, de forma circular, realimentando o preconceito. A violência parece ser o maior dano social, tanto individual como coletivo (Staub, 1999).

Questões legais relacionadas à criminalização do usuário de drogas vêm sendo discutidas. Alguns países, como a Holanda, possuem leis que descriminalizam o uso de drogas, porém muitos usuários, em todo o mundo ainda são tratados como “delinquentes”, com todos as conseqüências que isso pode trazer.

Segundo Zaluar (1994), o preconceito contra os usuários de drogas é ainda maior entre os jovens de populações pobres. Segundo ela, os jovens de classe média não chegam a ser estigmatizados como anti-sociais ou violentos, e sim como pessoas “em busca de diversão”, que, ao exceder o limite, podem recorrer a médicos e clínicas particulares, respondendo relativamente bem a propostas de tratamento, como a dos Narcóticos Anônimos. Mas os jovens pobres não são encarados com a mesma generosidade e compreensão, podendo ser presos como traficantes por carregarem dois ou três gramas de droga, contribuindo para aumentar ainda mais a população carcerária.

A população pobre é, geralmente, a mais afetada, segundo a autora, devido às deficiências da escola e as dificuldades do mercado de trabalho, que não lhes possibilita uma expectativa positiva quanto à sua qualidade de vida. Isso não significa que a pobreza explique o ato desviante, mas que a pobreza, aliada às falhas do Estado e da cultura hedonista, funcionaria como um facilitador da adesão a subculturas de uso de drogas ilícitas.

Karam (2003) refere que não são as drogas que geram a criminalidade e violência, mas o caráter ilegal do seu uso, alimentando empresas criminalizadas, tendo como subproduto das suas atividades a violência, com conseqüências mais graves do que os eventuais danos causados pela droga ilícita em si. A autora cita como exemplo de fomento à criminalidade e violência a proibição do álcool nos Estados Unidos, chamada “Lei Seca”, que propiciou a expansão das máfias norte-americanas.

A marginalização do usuário de drogas agrava, portanto, a violência e, conseqüentemente, deteriora as interações no âmbito da saúde pública. O medo de procurar auxílio torna os usuários de drogas ainda mais vulneráveis. A redução de danos procura resgatar a cidadania desses usuários, adotando uma educação para a autonomia e hábitos saudáveis, desligando-se da identidade construída pela sociedade de marginalidade e criminalidade, exercendo sua liberdade de escolher entre o uso ou não de drogas de maneira responsável.

2.2.2.2. Danos ao organismo

Os danos físicos à saúde do usuário de drogas podem gerar problemas respiratórios, cardíacos, neurológicos e *overdose*, dependendo da frequência e quantidade de uso (Dolan et al., 2004). Em relação à via de administração, os maiores riscos são decorrentes do uso injetável. Malta et al. (2001) relatam que a maioria dos estudos relacionam a transmissão do HIV aos padrões de consumo de usuários de heroína injetável, porém há outros padrões de consumo como o que se observa no Brasil, onde predominam as anfetaminas e a cocaína.

Com relação à cocaína, por exemplo, a absorção é rápida, produzindo efeitos euforizantes, diminuição do apetite e do cansaço, excitação sexual, aumento da autoconfiança e ansiedade (Leite, 1999). Além do grande potencial de abuso, o uso

injetável da cocaína pode acarretar problemas adicionais decorrentes da injeção de substâncias não-estéreis e transmissão de diferentes infecções.

Dados sistematizados pelo CEBRID (2004) indicam que os primeiros efeitos após a injeção de cocaína ocorrem três a cinco minutos depois da injeção. A cocaína possui uma meia-vida curta, exigindo readministrações freqüentes para que se mantenha o efeito. Ao contrário do que ocorre com as anfetaminas, a cocaína praticamente não induz tolerância, não exigindo o aumento progressivo das doses utilizadas, o que não deve ser confundido com o seu uso compulsivo (necessidade de sentir muitas vezes o mesmo efeito). Também não há relatos de uma síndrome de abstinência, ao parar abruptamente de usar cocaína, o indivíduo não sente dores no corpo, cólicas, náuseas. O que ocorre é uma grande “fissura”, um desejo de usar a cocaína novamente, visando obter os efeitos agradáveis e não para diminuir ou abolir o sofrimento físico, como no caso dos opiáceos. O uso crônico da cocaína pode dar lugar a sintomas depressivos, sonolência, paranóia e irritabilidade (Leite et al., 1999). Podem também ocorrer ataques de pânico, psicose tóxica e desejo de repetir as sensações prazerosas (“fissura”).

Leite et al. (1999) afirmam que muitas complicações são causadas, não pelos efeitos próprios da cocaína, mas pelos elementos que são adicionados a ela e devido aos equipamentos utilizados para o seu consumo, principalmente, agulhas e seringas. As injeções não higiênicas de diferentes substâncias, especialmente aquelas com baixo grau de pureza, acarretam diferentes doenças e outros agravos. Os autores descrevem algumas dessas complicações, como:

Infecções de pele, infecções ao redor dos pontos de injeção são mais freqüentes, podendo ocorrer tanto pela transmissão de bactérias a partir de outros usuários em consumo compartilhado, quanto no uso individual, devido ao reaproveitamento de seringas usadas que inoculam bactérias da superfície da pele em camadas profundas ou no interior de vasos sanguíneos. As manifestações são rubor local, edema, calor e dor. Caso se faça acompanhar de febre e calafrios, pode indicar que as bactérias atingiram o sangue, podendo a infecção se disseminar para outros órgãos.

Endocardite Bacteriana, infecção que atinge as válvulas cardíacas. As bactérias chegam ao coração e se depositam nessas estruturas, lá proliferando. Podem retornar à corrente

sangüínea e atingir outros órgãos (pulmão, por exemplo, causando entupimento de vasos pequenos e abscessos, e, no cérebro, provocando convulsões e gerando abscessos). No usuário de cocaína injetável, geralmente a endocardite bacteriana é aguda e de rápida evolução. A endocardite é fatal se não for tratada a tempo. Caso as válvulas cardíacas estejam definitivamente lesadas, necessita-se de cirurgia de substituição.

As *Hepatites* são comuns entre UDI, com um quadro comum de inflamação no fígado. Podem ser de diversas naturezas:

Hepatites virais podem dar origem a quadros graves, e mesmo fatais. Causadas basicamente pelos vírus tipos B (HBV) e C (HCV), as demais hepatites virais não serão abordadas aqui. São transmitidas pelo sangue e contato sexual (pouco relevante quanto ao HCV, mas importante na transmissão do HBV). Após a transmissão do vírus, a doença aguda ocorre em prazo de duas a três semanas, conhecido como período de incubação. Os sintomas iniciais são náusea, vômito, cefaléia, tosse, diminuição do apetite, cansaço e dores articulares. A urina pode se tornar escura e as fezes clareiam. O fígado aumenta de tamanho, sendo facilmente palpável. Ocorre também icterícia da pele (pele amarelada) e da esclerótica (parte branca dos olhos). A recuperação costuma levar de duas a doze semanas e o cansaço persiste por meses.

A vacinação contra hepatite B, em três doses consecutivas, determina excelente proteção. Infelizmente, não existe vacina disponível no momento para a hepatite C. Ambas podem se tornar crônicas, evoluindo em alguns casos para quadros graves, como a cirrose hepática e o hepatocarcinoma;

Hepatite tóxica é mais rara que a viral e decorre da ação de adulterantes adicionados à cocaína. Pode ocorrer também por toxicidade direta da cocaína sobre células hepáticas ou combinada ao efeito do álcool sobre este órgão;

AIDS, uma das principais formas de transmissão é a via sangüínea. O uso de cocaína é um fator de risco para a transmissão parenteral do HIV devido a algumas peculiaridades do consumo desta droga. A meia-vida curta gera uma necessidade de uso freqüente e uma maior chance de se expor a práticas de risco (Anthony et al., 1991)

A síndrome clínica se caracteriza por um distúrbio na imunidade celular, resultando em uma maior suscetibilidade às infecções oportunistas e neoplasias. O vírus tem a capacidade de infectar os linfócitos através do receptor de superfície celular CD4.

Segundo Bastos (2003), as políticas de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis têm tido maior visibilidade em função da epidemia de AIDS, devido ao risco da exposição parenteral ser muito eficiente na difusão do HIV e demais vírus de transmissão sanguínea, como HBV e HCV. O autor relata ainda a possibilidade, ainda não comprovada, da transmissão das hepatites virais através de canudos compartilhados para aspirar a cocaína em pó, caso haja sangramento nasal.

O uso de drogas e álcool desempenham igualmente um papel indireto na transmissão do HIV. Estudo realizado por Flom et al. (2001) aponta que os usuários de drogas têm mais chance, do que os não usuários, de fazerem sexo comercial e/ou sexo desprotegido de uma maneira geral. Isto é especialmente relevante entre as mulheres usuárias de *crack* e drogas injetáveis.

Com relação às drogas lícitas, o uso excessivo de álcool (Bellis et al., 2005) pode ter como consequência doenças hepáticas, pancreatite, complicações neurológicas, entre outros. Pode ainda estar indiretamente associado à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, ao comprometer a capacidade do indivíduo de utilizar preservativos de forma consistente (Thompson & Thomas, 2005)

Fortenberry et al; (1997) referem que o consumo de álcool e drogas pode, por outro lado, servir de justificativa ou reforço para uma decisão anterior de praticar sexo inseguro, bem como caracterizar um estilo de vida, não havendo, de fato, relação de causalidade entre drogas e práticas de risco e sim uma opção de vida, que valoriza “correr riscos”

Portanto o foco das ações de saúde deve ser o usuário de drogas e não uma determinada substância, pois as doenças não são transmitidas devido ao consumo de uma determinada droga, mas sim resultado da interação de pessoas, com comportamentos, princípios e hábitos singulares, em um determinado momento (Bastos, 2003).

2.2.3. Redução de danos: Uma questão de direito e de cidadania

O usuário de drogas é um ser humano e cidadão, e, dessa forma, portador dos mesmos direitos de um cidadão que não usa drogas. Uma vez reconhecido como tal, a sociedade deverá incluí-lo no conjunto de respostas sociais e de saúde que tenham por objetivo reduzir o consumo e os danos sociais e de saúde decorrentes dos diferentes usos das diversas drogas (M.S., 2001)

Wodak (1998) apresenta nesse sentido um importante aspecto da redução de danos, que é a ênfase nos direitos e responsabilidades humanas. Relata ele que, na Holanda, os UDI são referidos em documentos oficiais como: "cidadãos holandeses que consomem drogas", conferindo-lhes mais respeito e exigindo mais deles em relação à sociedade.

Os usuários de drogas são sujeitos de direitos e deveres, e devem ser percebidos sem discriminação ou glamurização. Acselrad (2000) refere ser necessária uma educação para a autonomia, em que as drogas não sejam percebidas como demônios ou mágicas. Descreve também que em alguns países da Europa há uma tentativa de respeitar essa condição. Aprovada, em 1992, a Carta de Lisboa constituiu um documento que define o usuário de drogas como cidadão de direitos e deveres, e a toxicomania como fonte de sofrimento, que leva a muitas dificuldades físicas, psíquicas e sociais. As pessoas nessa situação devem ter pleno acesso a tratamentos que respeitem sua dignidade e lhes permitam a reinserção social.

Consumir drogas, em momentos e circunstâncias que não ofereçam riscos para outras pessoas, deve ser, segundo Karam (2003), compreendido e avaliado como uma conduta privada, situada na esfera individual. O indivíduo é livre para optar por comportamentos que para uns podem parecer errados, imorais ou danosos. O papel do Estado nessas circunstâncias deve ser o de prevenir, pois, supostamente, este comportamento poderá ser prejudicial, porém, não pode obrigar seus cidadãos a mudar seus comportamentos.

CAPÍTULO III

A história da Redução de Danos relacionados ao consumo de drogas

Neste capítulo serão discutidas as origens da estratégia de redução de danos ao uso de drogas no cenário internacional e no Brasil. A RD é uma estratégia que teve início em meados da década de 20, na Inglaterra, quando o país adotou o uso legal, por prescrição, da heroína no tratamento de alguns dependentes dessa substância, que não se beneficiavam de quaisquer outras alternativas – desde a tentativa de se manter abstinente até a terapia de substituição com outros fármacos –, e interagem de forma extremamente prejudicial (a eles próprios e à sociedade) com a cena de uso, sofrendo ou perpetrando violência, roubando, traficando, se prostituindo, etc. Tal política foi referendada por um relatório das autoridades de saúde inglesa, denominado Relatório Rolleston, publicado em 1926, e até hoje considerado um marco no campo do tratamento e prevenção do uso de drogas.

Desde então, a RD vem passando por transformações, acompanhando as mudanças socioculturais no uso de drogas nos diferentes contextos, e procurando encontrar novas saídas criativas para reduzir os danos decorrentes desse uso, sejam eles biológicos, sociais ou econômicos.

A questão do uso de drogas vem deixando de ser tratada como um problema jurídico-moral para ser encarada como uma questão de saúde pública e como uma opção de vida individual. Como consequência, houve modificações nas políticas de drogas em diversos países. Um dos objetivos do conjunto de propostas enfileiradas sob a égide da RD é que o usuário deixe de ser estigmatizado como “criminoso” e passe a ser cidadão e potencial beneficiário de políticas sociais e de saúde.

3.1. As primeiras Iniciativas em Redução de Danos

A estratégia de reduzir os danos causados pelo uso de drogas teve origem na Inglaterra e se consolidou, em 1926, com a publicação do supracitado Relatório Rolleston.

Este documento estabelecia, entre diversos outros preceitos, a prescrição de opiáceos para alguns dependentes dessa drogas (Mello & Andrade, 2001). Segundo o relatório da Comissão liderada por Rolleston (1926), citado por REDUC (2004):

“A administração indefinida de morfina ou heroína deveria ser permitida para aqueles a quem uma completa retirada da droga produziu sérios sintomas que não pudessem ser tratados satisfatoriamente sob condições das práticas conhecidas, assim como para aqueles que são capazes de conduzir uma vida normal e útil para a sociedade, desde que usassem uma certa quantidade, geralmente pequena, de sua droga de dependência”. (pag 1)

Um dos fatores que influenciaram a rápida resposta para a questão do HIV/Aids no Reino Unido (Stimson, 1998) foi o fato da estratégia de reduzir os danos secundários ao uso de drogas ser uma política habitual no país. As recomendações do Relatório Rolleston permitiram aos médicos “prescrever para os adictos, segundo uma decisão endossada por sucessivos relatórios”.

Com o surgimento da Aids, o movimento de redução de danos, que até então estava fragilizado e impotente diante das políticas anti-drogas americanas, passa, progressivamente, a ter maior visibilidade no cenário mundial. As estratégias de RD evoluem ao longo dos anos, incorporando os programas de troca de seringas (PTS)² como uma de suas ações principais.

A seguir, descrevemos como os programas de RD foram implementados. Inicialmente, o “modelo holandês” – que teve início a partir de iniciativa dos próprios UDI, em resposta à epidemia de hepatite B –, será discutido. Em seguida, o “modelo britânico”, que incorporou as práticas de saúde pública e assistência ao usuário de drogas como forma de combater a disseminação do HIV entre os UDI. A seguir, faz-se um breve relato histórico do movimento de RD em alguns países europeus, no Canadá e na Austrália.

² O Programa ou Projeto de Troca de Seringas (PTS) é uma estratégia de redução de danos que tem por objetivo “fornecer seringas estéreis e descartáveis aos UDI, mediante a entrega, por eles, de seringas usadas.” Essas atividades podem ser executadas através de postos de troca, trabalho de campo nos locais de uso de drogas, de máquinas de troca e da venda livre em farmácias, às vezes, com preço reduzido ou subsidiado. A escolha da melhor forma depende das condições locais, do planejamento com base na realidade dos UDI e da disponibilidade de recursos financeiros e humanos do programa. (MS, 2001).

Por fim, descreve-se a implementação das estratégias de RD no Brasil: suas implicações sobre a política e a sociedade.

3.2. O Modelo Holandês

Na Holanda, a política de drogas é de responsabilidade do Ministério da Saúde, bem como as políticas de prevenção e assistência. Cabe ao Ministro da Casa Civil a responsabilidade pela gerência das ações preventivas e ao Ministro da Justiça o controle da aplicação da legislação antidrogas, baseada no *Opium Act* (Verster, 1998).

Segundo Ogborne et al. (2001), a política de drogas holandesa experimentou uma mudança radical na década de 70. Nesta época foi aprovado *The Opium Act* (Lei do Ópio), que distinguia as drogas “pesadas” (heroína, cocaína, anfetamina e LSD) e “leves” (como maconha e haxixe). A posse, tráfico e produção de qualquer uma destas últimas substâncias, que não para uso próprio, foi definida como ilegal, sendo, no entanto, permitida a posse de até 5 gramas de maconha.

Em 1980, foi fundada, em Roterdã, a *Junkiebonden* (liga de usuários e ex-usuários de drogas). Buscavam eles fomentar uma abordagem mais humana e pragmática aos usuários e dependentes químicos e zelar pelos interesses e melhorar as condições de vida dessas pessoas (Wijngaart, 1991 *apud* Marlatt, 1999).

Segundo Vester (1998), os *Junkiebonders* estabeleceram o primeiro Programa de Trocas de Seringas (PTS), em todo o mundo, motivados pelo fato de uma farmácia no centro da cidade recusar-se a vender equipamento de injeção para os usuários de drogas injetáveis. Nesta época, os usuários temiam uma epidemia de proporções ainda maiores de hepatite B (já havia, então, um número expressivo de usuários de drogas infectados e/ou doentes). O serviço municipal de saúde se dispôs a colaborar, caso a troca de seringas (novas/estéreis por usadas) seguisse a regra de “um-para-um” (ou seja, as seringas novas/estéreis seriam invariavelmente trocadas e não distribuídas). Para cada seringa nova oferecida, outra, usada, teria de ser devolvida.

Posteriormente, a iniciativa foi estendida a outras agências envolvidas com a questão das drogas, ampliando, progressivamente, o escopo e a abrangência desses programas.

No início, os programas forneciam exclusivamente seringas estéreis e preservativos. Posteriormente, os programas holandeses e de todo o mundo passam a dispor de uma variedade maior de equipamentos para injeção como: seringas e agulhas de diferentes tamanhos, *swabs* de algodão, água e bicarbonato de sódio. A partir de abril de 1992, segundo a autora, além da troca realizada nos PTS e na cena de uso (nas saídas a campo), o sistema de troca de seringas passou a ser complementado por duas máquinas de venda de seringas estéreis.

Segundo Bastos (1998, 2003), esses programas foram criados pelos próprios usuários ao perceberem que havia um aumento das taxas de infecção pelo vírus da hepatite B. Portanto, trata-se de iniciativas dos próprios usuários em resposta ao aumento dos casos de hepatite e não em função do HIV. A ameaça da Aids entre UDI, segundo o autor, ainda não era claramente percebida por eles, apesar de já haver, à época, pessoas vivendo com HIV/AIDS, ainda assintomáticas.

Os primeiros casos de Aids entre UDI foram detectados em 1981, nas cidades de Nova Iorque, São Francisco e Los Angeles. A princípio, tal ocorrência, não foi considerada como um grave problema de saúde pública. Isso, por ocorrerem, a princípio, em áreas geográficas específicas, em uma população estigmatizada e sem voz política. Com o desenvolvimento dos testes para detectar o HIV, a situação se revelou bastante mais grave: cerca de metade dos UDI de Nova Iorque estavam infectados pelo vírus da AIDS. Na Europa, os índices de infecção chegavam a 30%, entre os usuários de Amsterdã e Edimburgo (Telles, 2004).

À medida que começam a ser observadas taxas elevadas de infecção pelo HIV entre os UDI, a estratégia de redução de danos ganha força. Tornou-se evidente que a troca de seringas e as práticas de redução de danos constituíam uma importante ferramenta para o controle da infecção nos países da Europa e Austrália. O foco principal dos profissionais da área deixou de ser a dependência às drogas e passou a ser a prevenção das doenças infecciosas associadas ao hábito de utilizá-las. As leis (que, invariavelmente,

criminalizavam o consumo e penalizavam o consumidor) e modelos de tratamento dominantes estavam orientados até então para a prevenção e tratamento (visando à abstinência) do uso de drogas (IMESC, 2004)

Esses acontecimentos levaram o governo holandês a revisar sua política de drogas, em 1985, enfatizando a “normalização” da questão das drogas no país. Adotaram, então, uma postura pragmática frente ao problema. Assumiram que é melhor flexibilizar a aplicação da legislação repressiva e reduzir o estigma desses usuários. Para isso, procuraram atender as necessidades e reduzir os danos produzidos pelas próprias tentativas de coibir o uso, distintos daqueles decorrentes do uso de drogas em si (Engelsman, 1989 *apud* Marlatt, 1999).

Atualmente, os PTS constituem parte fundamental da política de drogas de Amsterdã e da oferta de serviços para usuários de drogas em todo o mundo. No início do programa holandês, os recursos eram provenientes do orçamento do Serviço Municipal de Saúde (Departamento de Drogas e Departamento de Saúde Pública). A partir de 1988, estes programas passaram a ser financiados tanto pelo governo federal holandês, quanto pela prefeitura. Os custos com materiais (seringa, destruição do equipamento utilizado) são de responsabilidade do Estado e os custos com pessoal de responsabilidade do próprio serviço (Vester, 1998).

O sistema de tratamento holandês se expandiu e diversificou. Passou de um modelo exclusivamente orientado para a abstinência para uma estratégia composta por múltiplas abordagens, que variam de Programas de Baixos Limiares de Exigência (*Low-Threshold*) (como os PTS e a terapia de substituição com metadona) a Programas de Altos Limiares de Exigência (*High-Threshold*) (por exemplo, as comunidades terapêuticas). Os programas de redução de danos passam a incluir o trabalho de campo com usuários nas ruas, em hospitais e prisões; lugares protegidos para a circulação de profissionais do sexo e PTS. A abstinência e o exame para detecção de drogas deixam de constituir, respectivamente, a meta única e uma exigência incontornável dos programas de tratamento em geral e dos programas de substituição, em particular (Marlatt, 1999).

Para entender a política de drogas de um país é necessário compreender suas características e cultura. A Holanda é um país de grande densidade populacional. São 15,5

milhões de habitantes em uma área que corresponde a um quarto do Estado de Nova Iorque. O comércio e o transporte têm sido tradicionalmente os setores mais importantes na economia do país. Roterdã é um dos portos com maior fluxo de contêineres do mundo. Os Países Baixos são vistos como uma porta de entrada para a Europa (Barnard, 1998).

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma ênfase na reurbanização, na educação e nos serviços sociais. Nos anos 60, a sociedade holandesa passou de conservadora e tradicional para uma das mais liberais em todo o mundo (Drugtext Foundation, 1995).

O governo evita interferir em questões morais e religiosas. Porém, tem-se observado um extremo senso de responsabilidade com relação ao bem-estar das comunidades. A Holanda possui um amplo e eficiente sistema de seguridade social, e saúde e educação são acessíveis a todos os cidadãos (Barnard, 1998).

O uso de drogas, visto como um problema social pelos holandeses, não deveria ser apenas reprimido. As estratégias devem focar prioritariamente a redução dos danos decorrentes do uso de drogas. A política de drogas no país tem sido influenciada por uma série de fatores que incluem: a percepção do uso de drogas como um problema social “normal”, a concepção de não lidar com os problemas sociais através da criminalização, a ênfase na liberdade individual (na medida em que não prejudique os demais) e uma forte tradição de atuação em saúde pública (Boekhout Van Solinge, 1999).

Duncan & Nicholson (1997) identificam seis princípios, que têm guiado a prevenção e a assistência na política holandesa de drogas, desde 1977:

- a) A criação de uma rede multifuncional de serviços médicos e sociais, ao nível local e regional, de modo a prestar assistência adequada ao problema das drogas;
- b) Acesso aos serviços;
- c) Promoção da reabilitação social dos dependentes de drogas e ex-dependentes;
- d) Serviços não especializados, como médicos engajados em atenção primária e centros de atendimento social à juventude;
- e) Coordenação das instituições de apoio;

- f) Integração da educação sobre drogas no âmbito de uma campanha ampla de educação em saúde.

Um problema enfrentado pelo país tem sido o crescente número de “turistas das drogas” de países vizinhos. São pessoas que vão à Holanda comprar drogas para consumo próprio, e algumas vezes causam problemas para os cidadãos holandeses. O governo tem tentado impedir esses problemas através da limitação de grandes compras de derivados da maconha (Marlatt, 1999). Em 1995, ficou definido, através do relatório “*Drugs policy in the Netherlands: Continuity and change*”, que a quantidade máxima permitida para venda passaria de 300 gramas para 5 gramas, sendo permitido cultivo de até 10 pés de maconha para uso pessoal, aumentando-se 300 gramas a 500 gramas o estoque de maconha nos *coffee shops* (Ogborne et al., 2001)

Os resultados dessa política de drogas nos últimos 20 anos foram descritos por Barnard (1998):

- A política de redução de danos tem tido sucesso em comparação com outros países, em decorrência de um elevado padrão de assistência e prevenção; incluindo a manutenção por metadona, assistência médica e social aos usuários de drogas e troca de seringa em larga escala;
- O número de dependentes na Holanda é relativamente baixo em comparação com outros países, indicando que as políticas de redução de danos não aumentam, por si mesmas, o número de usuários de drogas;
- A população de usuários dependentes da Holanda está estável e envelhecendo rapidamente, sugerindo que há poucos novos usuários. A heroína não representa uma droga atrativa para os jovens;
- A mortalidade entre usuários de drogas vem declinando desde a implementação dos programas de manutenção por metadona, que proporcionam proteção (parcial) contra *overdose*;

- Os danos à saúde causados pelo uso de drogas pesadas têm sido limitados, devido às baixas taxas de infecção pelo HIV entre UDI. A prevalência da infecção pelo na população de UDI vem declinando desde 1986;
- O número de pessoas que relataram ter usado maconha em algum momento da vida ou no ultimo mês aumentou recentemente. Mas este é um dado igualmente relatado por outros países na Europa e América do Norte. Mesmo assim, as taxas de consumo de maconha na Holanda são ainda mais baixas do que nos EUA.

Segundo Grund (1994), a política de drogas holandesa acompanhou a política social do país em relação às demais questões morais ou sociais, como, por exemplo, as políticas relativas à homossexualidade e o aborto. Diferente de outros países da Europa, o princípio que vem regendo a política holandesa é o de “circunscrever (o problema), adaptar e integrar (os usuários ou outras minorias)”.

3.3. Modelo Britânico, nos Anos 1980-90 (Merseyside)

A proposta de reduzir os danos decorrentes do uso de drogas começou a ser discutida no Reino Unido a partir das recomendações do Relatório Rolleston, em 1926.

No início dos anos 80, estimava-se que haveria 20.000 usuários de opiáceos na região de Merseyside, Inglaterra. A inalação do vapor de heroína era a via mais comum de uso, porém o uso injetável estava em crescimento. A maior preocupação, naquele momento, era prevenir a epidemia de HIV e outros riscos associados ao uso de drogas, bem como oferecer assistência integral à saúde desses usuários (Seymour & Eaton, 1997).

A assistência aos usuários de drogas, com algumas exceções, estava voltada para a “cura”, com foco na abstinência. Apenas alguns usuários tinham acesso aos serviços. Enquanto isso, a maioria dos usuários de drogas, que não podia ou não gostaria de parar de usar drogas, em um dado momento, não tinham onde buscar ajuda. (Seymour & Eaton, 1997)

Em 1986, “The Mersey Regional Health Authority” desenvolveu uma estratégia “humanitária” em redução de danos. (Drugs & HIV Monitoring Unit, MRHA, 1989). Os

usuários de drogas passaram a ter acesso a uma variedade de serviços como: troca de seringas e *outreach education*³; prescrição de drogas como a heroína e a cocaína; serviços de aconselhamento, auxílio à reinserção profissional e procura de moradia (Riley, 1994).

De acordo com Reale (1997), para compreender as propostas desse modelo é necessário descrever algumas características do consumo de drogas nos anos 80 e 90, as taxas de infecção pelo HIV, além de características da atenção à saúde aos usuários de drogas na província de Merseyside:

- Houve um aumento no consumo de heroína durante os anos 80. Mersey apresentava então a maior taxa de dependentes notificados na Inglaterra, sendo 50% deles usuários de drogas injetáveis;
- Mersey possuía, até 1997, a segunda menor taxa de infecção pelo HIV entre UDI de toda a Inglaterra, 0.6%;
- Em 1990, Merseyside foi a única região inglesa que conseguiu reduzir as taxas de crimes relacionados ao uso de drogas;
- Em 1986, teve início o programa de troca de seringas
- A cooperação da polícia local facilitou a implantação do modelo de Mersey.

O modelo desenvolvido na província de Merseyside tinha como meta fundamental reduzir os danos à saúde decorrentes do consumo de drogas. Existia a preocupação com o risco da Aids nessa população, mas havia também a preocupação em relação à saúde global dessa população, que até então tinha acesso restrito aos serviços de saúde (Seymour & Eaton, 1997).

O programa vem oferecendo, desde então, uma abordagem multidisciplinar de tratamento, cuidado, controle e educação relacionados ao uso de drogas. O programa envolve uma cooperação entre profissionais de saúde, polícia, centros de tratamento e prevenção, bem como outros serviços para usuários de drogas. O princípio fundamental que tem orientado essas ações é a tentativa de oferecer um serviço mais acessível ou *user*

³ Ações de educação na comunidade.

*friendly*⁴. Esta relação aberta, desburocratizada e amigável tem tornado mais fácil o acesso e a mudança dos comportamentos no sentido de hábitos mais saudáveis e de menor risco (Stimson, 1995).

Segundo Ogborne et al. (2001), oferecer ações de redução de danos, a partir de uma abordagem livre de julgamentos e sem muitas exigências, seria uma forma de atrair os usuários de drogas e conhecer suas necessidades. As estratégias de *outreach* foram desenvolvidas com o objetivo de entrar em contato com os usuários. Dessa forma é possível oferecer a eles intervenções de atenção primária como: informação, conselhos, além de disponibilizar equipamento esterilizado de injeção e preservativos.

Em 1988, os PTS adotaram um novo tipo de serviço de atenção primária para os usuários: informações de como se injetar de forma mais segura; tratamento para abscessos e outros problemas de saúde associados ao uso injetável; e testes para o HIV (vacinas contra hepatite B foram oferecidas posteriormente) (Ogborne et al., 2001).

Uma grande variedade de serviços e agências envolvidas com a assistência aos usuários de drogas integraram suas ações, a fim de buscar soluções adequadas. Um exemplo disso foram as farmácias, que passaram a desempenhar um importante papel no sistema de acesso ampliado a seringas e agulhas estéreis e drogas sob prescrição de Merseyside. Os farmacêuticos aviavam receitas para drogas fumadas, como os cigarros contendo drogas diversas. Passaram a aviar, também, drogas, sob prescrição, sob a forma de ampolas ou em aerossol (Riley, 1994).

Outro apoio importante para o funcionamento do sistema foi a atuação serena e cooperativa da polícia local. O fato de não adotarem uma postura rígida nas ações repressivas facilitou o “caráter acessível e amigável dos serviços”. Essa cooperação possibilitou a participação dos policiais no Conselho Consultivo de Drogas, decidindo eles “não exercer vigilância sobre os centros de assistência” e “encaminhar os UDI a esses centros” (O`Hare, 1994).

O primeiro relatório governamental sobre a infecção do HIV entre usuários de drogas injetáveis foi elaborado pelo *Scottish Home and Health Department*, publicado em

⁴ Serviços “amigáveis”. Características do serviço como: livre de julgamentos morais, com uma ambiente informal, horário adaptado às necessidades dos usuários e localizados na comunidade.

1986. Foi o primeiro documento do Reino Unido a expressar uma preocupação com o uso de drogas de forma mais segura (Stimson, 1998).

Em 1987, o *Advisory Council on the Misuse of Drugs*⁵, preocupado com a rápida disseminação do HIV entre usuários de drogas, formou um grupo de trabalho para avaliar essa questão (Stimson, 1998). Foi elaborado então o “documento-chave” da política de drogas e Aids do país. Segundo o autor, esse relatório estabelecia quatro princípios fundamentais, voltados para prevenção da disseminação do HIV:

O *primeiro* princípio indicou uma necessidade de priorizar o desenvolvimento de estratégias de combate ao HIV e à Aids, “ainda que em detrimento da questão específica das drogas”. Essa é uma questão que já havia sido apontada no relatório do *Scottish Home and Health Department*.

Um *segundo* ponto citado pelo relatório se refere à importância de auxiliar os usuários de drogas a reduzirem os riscos de serem infectados ou de transmitir o vírus a outras pessoas. Essa afirmação legitimou novos objetivos do tratamento e prevenção, além do tradicional modelo da abstinência ao consumo de drogas.

O *terceiro* princípio dizia respeito à necessidade de que os profissionais de saúde e a população adotassem uma nova postura frente à questão do uso de drogas. Tinha por objetivo facilitar o acesso dos usuários de drogas aos serviços. Aos poucos, essas recomendações foram sendo aceitas pelas equipes que trabalhavam com a questão das drogas, porém, “alguns terapeutas continuavam a priorizar o tratamento da adição frente à prevenção da disseminação do HIV”.

O *quarto* princípio se referia à importância da prevenção do abuso de drogas como forma de conter a epidemia do HIV.

A redução de danos – em harmonia com esses princípios –, buscava estimular e apoiar uma mudança no comportamento dos usuários de drogas, na direção de comportamentos mais seguros. Diferentes objetivos, de natureza independente (não

⁵ O ACMD é um comitê assessor ministerial, os membros são designados pela Casa Civil (*Home secretary*). Os relatórios publicados pelos grupos de trabalho influenciam profundamente na política de drogas na Inglaterra (Stimson, 1998).

necessariamente hierarquizados) foram propostos para todos os serviços de assistência à saúde dos usuários de drogas (Seymour & Eaton, 1997):

- Reduzir o compartilhamento de equipamentos de injeção;
- Reduzir o uso injetável;
- Reduzir o uso de “drogas de rua”;
- Reduzir o uso de drogas de um modo geral;
- Alcançar a abstinência.

As políticas e estratégias de redução de danos vêm obtendo aceitação em vários níveis da sociedade britânica. Não houve grandes obstáculos legais ou políticos. Ao contrário do que ocorreu em muitos países, não houve casos de prisão de ativistas engajados na troca de seringas e programas similares. Isso não significa que não houve resistências ao nível local e nacional. Estas aconteceram de fato, mas jamais foram tão problemáticas como em outros países (Stimson, 1998). Um conjunto de fatores teria favorecido a redução de danos no Reino Unido, segundo o autor. Entre eles destacam-se: uma política de AIDS e drogas baseada numa abordagem de saúde pública; um discurso que enfatiza reduzir os danos decorrentes do uso de drogas e uma rápida resposta, antes da epidemia ser instalada.

3.4. O Movimento Internacional de Redução de Danos

A primeira Conferência Internacional de Redução de Danos foi realizada em 1990, em Liverpool, Inglaterra. O local parecia ser o mais apropriado para a realização deste primeiro encontro, pois as estratégias desenvolvidas na atenção à saúde do usuário de drogas estavam se tornando mundialmente conhecidas (Drug Text, 2004). Este primeiro encontro pode ser descrito como um momento politicamente relevante e central. A preocupação fundamental era divulgar as idéias do movimento e conquistar apoios (Fromberg, 1995).

Não houve ou há uma concordância entre os diferentes países europeus com relação às questões de redução de danos e política de drogas (Marlatt, 1999). As políticas têm variado de um pólo (proibicionista) a outro oposto, que defende a legalização das drogas. Entre esses pólos, existe uma série de idéias e práticas como a despenalização/descriminalização, hoje adotado por diversos países (Böllinger, 2004). A redução de danos apresenta características singulares em diferentes países, devido aos fatores sociais e históricos próprios de cada local (Berridge, 1992).

O programa de RD em Frankfurt, Alemanha, por exemplo, teve início em 1990 (Fischer, 1995) e tornou-se um modelo para as grandes cidades européias. Os serviços oferecidos incluíam: unidades móveis para aconselhamento e troca de seringas, troca de equipamentos de injeção usados em farmácias, fornecimento de metadona, abrigos para pernoite de usuários, quatro centros de urgência para tratamento médico e três “salas de assistência à saúde” (ambientes “seguros” para o consumo de drogas, com higiene e assistência médica e psicológica) (Marlatt, 1999).

A princípio houve resistência do governo federal em adotar as iniciativas de redução de danos implementadas nas cidades de Bremen, Frankfurt, Hamburgo e outras. Em 1990, as administrações de Amsterdã, Hamburgo, Zurique e Frankfurt criaram uma aliança transgovernamental denominada: “The European Cities on Drug Policy (ECDP)”. Nesta ocasião foi elaborado um documento intitulado “Frankfurt Resolution” (Resolução de Frankfurt), o qual enfatizou a importância de uma fase de transição para as políticas de redução de danos, frente aos problemas apresentados pela crescente epidemia de HIV entre UDI. Em 1993, foram incluídas nesta aliança as cidades de Arnhem, Basel, Hannover, Lucerna, Roterdã, Zagreb, entre outras. Essa reunião contou com a representação de 58 cidades, em 14 países (Nadelmann et al., 1994).

Em 1988, o governo da Suíça apresentou uma política inovadora com relação às estratégias de redução de danos. Foi criada uma zona de tolerância, no parque *Platzpitz*, onde era possível comprar e usar drogas sem ser molestado. Neste local eram oferecidas várias ações de redução de danos (Reale, 1997). O parque foi fechado pelas autoridades em 1992, que adotaram uma abordagem alternativa. Houve uma descentralização dos serviços e disponibilização de heroína e outras drogas injetáveis por prescrição médica. O programa

foi levado a oito cidades, com acesso a heroína, morfina e metadona, serviços de alojamento e auxílio na busca de emprego (Marlatt, 1999).

Outros países fora do continente europeu acompanharam os avanços históricos em relação à política de drogas (Reale, 1997). A Austrália, por exemplo, adotou oficialmente a redução de danos como política pública em 1985 (Wodak, 1998). Foi o primeiro país a introduzir formalmente essa estratégia em sua política nacional de drogas (Marlatt, 1999). Em 1992, Sidney sediou a III Conferência Internacional de Redução de Danos, intitulada “From faith to science” (Da fé à ciência). Foi um momento importante para o movimento internacional, pois havia uma “necessidade do reconhecimento científico das práticas e saberes envolvidos na estratégia de redução de danos” (Reale, 1997). O Ministério dos Serviços de Saúde australiano se posicionou pela redução dos efeitos prejudiciais associados ao uso de drogas. Na época, o governo afirmou não considerar uma sociedade livre de drogas uma meta possível de ser alcançada (Mieli, 2003).

No Canadá, a redução de danos foi construída sobre uma abordagem científica da saúde pública e passou a integrar a estratégia nacional de drogas do país em 1987. As ações têm-se voltado para o uso de drogas injetáveis, prevenção de problemas decorrentes dos consumo abusivo de álcool e educação em saúde. A educação, segundo Riley (1994), deve ser isenta de julgamentos, respeitando a liberdade dos usuários de drogas tomarem suas próprias decisões. O uso em si não pode ser eliminado, mas os danos a ele associados podem ser reduzidos.

3.5. A Redução de Danos no Brasil

A partir da década de 80, como consequência da política americana de “Guerra as Drogas”, os produtores de cocaína dos países andinos buscaram rotas alternativas para o tráfico de drogas (Mesquita & Bastos, 1994). O Brasil passou a ser um “corredor” do tráfico que se originava na Colômbia, Peru e Bolívia (países produtores de 98% do suprimento mundial de cocaína) e seguia para Europa e América do Norte. A saída da droga tem sido feita por via marítima ou aérea, sendo os principais portos o de Santos e o do Rio de Janeiro (Magalhães, 2000).

Uma das graves conseqüências dessas novas rotas de tráfico foi o aumento da prevalência de vários agravos à saúde. No início, a epidemia de HIV/aids entre os UDI seguia as principais rotas de tráfico da cocaína, desde a fronteira oeste, onde são produzidas as drogas, até os principais portos da costa sudoeste (Barcellos & Bastos, 1996).

Estudos demonstram que o número de UDI vêm aumentando em todo mundo. (Mann, 1992). As prováveis razões para o crescimento dessa população e do hábito de injetar drogas ilícitas podem estar relacionadas com o custo elevado de determinadas drogas, pois tanto a heroína como a cocaína, uma vez utilizadas por via injetável, requerem menor quantidade para produzir o mesmo efeito, ou produzem efeitos mais intensos (Carvalho & Bueno, 2000).

O primeiro caso de infecção pelo HIV entre UDI, no Brasil, foi registrado no Estado de São Paulo, em 1982. Na cidade de Santos, em 1989, mais de 50% dos casos de Aids tinham como forma de transmissão o compartilhamento de seringas pelos UDI. (Mesquita, 1998). Uma série de iniciativas foram formuladas na tentativa de melhorar a assistência e a prevenção da epidemia nessa população. Uma das alternativas seria a implantação de programas de redução de danos, que vinham ganhando destaque no cenário internacional.

A primeira tentativa de implantar as estratégias de redução de danos no Brasil ocorreu na cidade de Santos, São Paulo, em 1989. Porém, na época, o Ministério Público de São Paulo entrou com ações cíveis e criminais contra os formuladores do programa e da prefeitura de Santos. O argumento legal se baseou na Lei 6368/76. Os promotores interpretaram as iniciativas de troca de seringas como uma forma de “estimular o consumo de drogas” (Mesquita, 1998). A redução de danos passou a ser combatida por grupos que não a reconheciam como uma “ferramenta” eficaz de intervenção em saúde pública para diminuir os danos causados pelo uso de drogas de forma arriscada (Marques & Doneda, 1998).

O ano de 1990 assinala o início de uma série de pesquisas que buscavam avaliar a situação da epidemia de Aids entre os UDI no Brasil. Neste ano, se iniciou a primeira fase do Estudo Multicêntrico da Organização Mundial de Saúde, envolvendo treze cidades no mundo. Entre elas estavam o Rio de Janeiro e Santos. Essa pesquisa permitiu obter dados sobre o perfil do UDI e do HIV/AIDS nestas duas cidades. Os dados coletados foram

importantes para a formulação das estratégias locais e nacionais de redução de danos (Bueno & Mesquita, 2000)

Com o final do estudo OMS – Fase I, percebeu-se a necessidade de realizar um Estudo Multicêntrico nacional. Em 1994, o Programa Nacional de DST/Aids financiou a pesquisa que ficou conhecida como “Projeto Brasil”. Esta pesquisa foi realizada em cinco cidades: Santos, Rio de Janeiro, Salvador, Itajaí e um *pool* de cidades da região Centro-Oeste (Bueno & Mesquita, 2000). Esse estudo teve por objetivo “estimar a prevalência da infecção pelo vírus HIV e seus determinantes em UDI nas diferentes cidades, assim como diferenças de comportamento entre as amostras” (Carvalho & Bueno, 2000).

O primeiro programa brasileiro de troca de seringas foi efetivamente implantado na Bahia, em 1995. O programa teve início com uma série de ações preventivas voltadas para os UDI, mais tarde consolidadas no primeiro programa brasileiro de Redução de Danos. O Programa foi fundado por profissionais do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), um serviço de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, com o apoio do governo estadual e da prefeitura de Salvador. Desde então, o Programa vem ampliando suas ações para usuários de *crack* e de cocaína cheirada, usuários de anabolizantes injetáveis, entre outras populações em risco (Andrade et al., 2001).

Nesta mesma época, o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, tomando consciência da gravidade da situação da epidemia de Aids entre os UDI, planejou implementar um novo conjunto de ações de prevenção. No dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a Aids, seriam inaugurados PTS em 5 cidades de São Paulo. Para que o movimento tivesse maior credibilidade na mídia foi planejada uma entrevista coletiva, neste dia, com integrantes do governo estadual e municipal, ONG, o presidente do Conselho Estadual de Entorpecente e convidados adeptos da proposta. Porém, novamente, o Ministério Público se posicionou contra, interrompendo o processo de implantação do Programa (Bueno, 1998).

Os programas passaram a funcionar na clandestinidade, assim como outros programas, em várias cidades brasileiras, sofrendo com isso diversas conseqüências negativas, como, por exemplo, a apreensão de material usado para prevenção e retaliação

por parte dos policiais (Bueno, 1998). Mudanças no âmbito da Coordenação Nacional de DST/Aids, no ano de 1996, impulsionaram o movimento de redução de danos no país. O primeiro empréstimo do Banco Mundial, destinado ao combate da epidemia, foi assinado em 1993. A esses recursos, cabe acrescentar 10 milhões de dólares (doados a fundo perdido), do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional das Drogas (UNDCP), com objetivo específico de prevenir a epidemia de Aids entre os UDI. Esses financiamentos serviram para apoiar as iniciativas de redução de danos em todo o país.

Um momento importante para o desenvolvimento da RD no Brasil foi sediar a “IX Conferência Internacional de Redução de Danos”. Esse evento ocorreu em São Paulo, no ano de 1998, e trouxe muitos frutos positivos, como, por exemplo, a construção de uma aliança entre as instituições envolvidas na organização do evento. Participaram desse momento órgãos governamentais, universidades, instituições de pesquisa e a sociedade civil (Mesquita, 1998).

Durante a organização da conferência, em 1997, iniciou-se um processo de articulação nacional de profissionais que trabalhavam com redução de danos. Nessas reuniões foram criadas duas associações de redutores de danos⁶: uma no estado de São Paulo, a Associação Paulista de Redutores de Danos – APRENDA, e outra nacional, Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA. Constituídas por redutores de danos, usuários de drogas ou não, técnicos de diversas áreas e pessoas comprometidas com as questões de drogas-HIV-cidadania. Nesta mesma época estava sendo formulada a proposta de formar uma Associação Latino-Americana de RD, congregando as ONG de todo o Continente (Bueno, 1998).

A importância dessas associações no combate a epidemia de Aids foi descrita por Marques (1999):

“As organizações das pessoas em torno de suas reivindicações tem demonstrado ser a forma mais efetiva, tanto de alcançá-las, quanto de garanti-las nos momentos em que conquistas são ameaçadas. (...) No desenvolvimento da epidemia de Aids em nosso país, a mobilização de pessoas e de grupos mais vulneráveis tiveram um papel fundamental para o

⁶ Membros da comunidade que fazem a ligação entre a equipe técnica e os usuários de drogas. Podendo ser ou não usuários de droga.

reconhecimento da necessidade de ações coletivas e solidárias. Foi assim, por exemplo, com movimentos organizados de homossexuais e profissionais do sexo. (...) A ABORDA é uma preciosa aliada e um indicador da preocupação ativa do UD em controlar os danos que essas substâncias possam causar a saúde e sociabilidade, bem como afetar negativamente a vida de familiares e amigos.” (Pag 4)

Essas associações e redes foram, portanto, relevantes, pois garantiram a manutenção e ampliação do movimento, com propostas estratégicas diferenciadas (REDUC, 2004).

Em março desse mesmo ano foi aprovada a primeira Lei Estadual de Redução de Danos, em São Paulo (Lei Estadual nº 9.758/97), de autoria do Deputado Paulo Teixeira. Desde então, outros estados e municípios aprovaram leis semelhantes (MS, 2001a). Foi uma medida importante para regular as ações de RD, e integrá-las à política de proteção e defesa da saúde (Karam, 2003).

Esses foram os marcos iniciais do movimento de redução de danos no Brasil. A partir daí foram criados outros programas em diversos estados brasileiros. Desde então, o país vem desenvolvendo pesquisas nacionais, como, por exemplo, o “Projeto AJUDE BRASIL” (Caiaffa, 2001), desenvolvido em 1998, que tinha por objetivo conhecer o perfil dos UDI participantes de 5 programas de redução de danos apoiados pela Coordenação Nacional de DST/Aids, e internacionais como, por exemplo, o Estudo Multicêntrico da Organização Mundial de Saúde – fase II (MS, 2001), em 1999 realizado em 3 cidades brasileiras (Rio de Janeiro, Salvador e Baixada Santista), que tinha por objetivo reavaliar as características dos usuários de drogas nestas três cidades, e as respectivas taxas de infecção pelo HIV e os vírus das hepatites B e C.

As estratégias de redução de danos vêm sendo implantadas no Brasil através dos Programas ou Projetos de Redução de Danos (PRD). Esses PRD contemplam um conjunto de ações desenvolvidas em campo por redutores de danos, e incluem a distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação (IEC), aconselhamento, encaminhamento, vacinação contra hepatite B e outras ações preventivas. Os componentes dos PRD variam de um estado para outro, de acordo com a realidade epidemiológica, o padrão de consumo e a natureza das drogas mais utilizadas em cada lugar, e em função

da composição de cada equipe e da capacidade e recursos da instituição que sedia o programa (MS, 2001).

CAPÍTULO IV

Estratégias de Redução de Danos

As ações que fazem parte de um programa de redução de danos podem variar de um país e sociedade para outro, de acordo com uma série de fatores: características epidemiológicas, os valores e culturas singulares de cada local, padrões de consumo e tipos de drogas utilizadas, recursos financeiros disponíveis e efetivamente mobilizados, entre outros. (MS, 2001). As estratégias de redução de danos compreendem: as medidas implementadas com objetivo de minimizar os danos à saúde relacionadas com o uso de drogas.

Alguns programas de RD são ainda polêmicos, como as ações de RD junto à população carcerária, as salas de injeção mais segura ou a prescrição de drogas como heroína.

Serão abordadas neste capítulo algumas estratégias habituais em redução de danos como a manutenção (de usuários dependentes de opiáceos) por metadona e os programas de troca de seringas, e, por fim, algumas estratégias controversas, mas que vêm tendo resultados positivos.

4.1. Programa de Troca de Seringas (PTS)

Os PTS têm por objetivo reduzir a transmissão do HIV, hepatite C e outras doenças de transmissão parenteral entre usuários de drogas injetáveis (UNAIDS, 1999; Emmanuelli, 2004; Tashkin, 2004).

O conceito-chave que norteia esses programas é o fato de que muitos usuários de drogas injetáveis não querem ou não conseguem interromper o uso de drogas, em um determinado momento. Essa estratégia de intervenção representa uma alternativa para a redução dos riscos de uma possível infecção pelo HIV ou pelo vírus da hepatite C, e, por outro lado, busca evitar que indivíduos já infectados transmitam diferentes vírus (Riley & O'Hare, 2000).

Os PTS estão baseados em uma abordagem que procura modificar os comportamentos de risco. São fornecidas aos usuários informações necessárias de como proceder e “porquê”, bem como os meios necessários (as seringas e outros equipamentos de injeção e substâncias usadas como desinfetantes) favorecendo que os UDI ponham em prática essas mudanças de comportamento (Drucker et al., 1998).

A troca de equipamentos de injeção, usados por novos/estéreis, permite aos profissionais de saúde entrar em contato com os UDI. Dessa forma, é possível desenvolver outras atividades de prevenção, aconselhamento, ampliando o acesso aos serviços de saúde (Canadian HIV/Aids Legal Network, 2002a). Estes programas representam também uma ponte fundamental para outras modalidades de tratamento, tanto para diferentes complicações clínicas como para o próprio consumo abusivo de drogas. Disponibilizam, além disso, alternativas de tratamento e suporte na própria sede do programa (Bastos, 2003).

São disponibilizados para os usuários *kits* de uso mais seguro de drogas. Geralmente, esses *kits* são compostos por agulhas e seringas descartáveis, lenços umedecidos para assepsia do local de injeção, água destilada, copinhos de plástico para diluição da droga, garrote, preservativos e folhetos informativos. Os UDI são orientadas sobre os riscos à saúde associados ao uso de drogas e sobre como utilizar o *kit* (UNAIDS, 1999).

Esse trabalho pode ser desenvolvido em campo, ou seja, nas comunidades onde estão os usuários de drogas. Nesse caso o trabalho é realizado pelos redutores de danos, ou seja, agentes de saúde (eles mesmos usuário de drogas ou não) que têm acesso a essa população. Esses redutores estabelecem pontes entre os serviços de saúde e os usuários de drogas. Os redutores recebem treinamento adequado e são responsáveis pela troca de seringas no local (Nery, 2001).

Alguns países, como Holanda, Portugal e Austrália vêm adotando o uso de máquinas automáticas para trocar seringas. Essa estratégia tem por objetivo aumentar a disponibilidade de equipamentos de injeção estéril e descartável em situações, tempos e locais onde as outras estratégias são insuficientes ou impossíveis de serem implantadas (MS, 2001). Outra vantagem é que a troca nas máquinas pode ser feita por pessoas que não

querem ser identificadas como consumidoras de drogas e que não recorreriam a um PTS. Ao introduzir na máquina uma seringa usada é disponibilizada uma nova. Estas máquinas são pouco dispendiosas e estão disponíveis 24 horas por dia. Por outro lado, a falta de diálogo quando da utilização de uma máquina pode ser vista como uma desvantagem, já que não é necessário o contato entre o usuário e os serviços de saúde (Drucker et al., 1996).

Estabelecer parcerias com as farmácias locais representa outra alternativa de aumentar a disponibilidade de equipamento estéril. As farmácias são excelentes pontos de troca pois são locais de referência para a obtenção das seringas usadas pelos UDI. Para isso é necessário sensibilizar os proprietários e os funcionários, fornecendo-lhes treinamento adequado (MS, 2001). A parceria com estabelecimentos comerciais diversos (bares, postos de gasolina) para troca de seringas é uma prática comum de RD em diversos contextos. Porém, é necessário que esses locais tenham um ambiente propício e seguro. As equipes neles atuantes devem ser treinadas e sensibilizadas para a importância dessa proposta (REDUC, 2004a).

Um estudo ecológico (Macdonald et al., 2003), que analisou dados de 99 cidades (63 cidades que não contavam com PTS e 36 cidades que realizavam troca de seringas), com o objetivo de examinar a efetividade dos programas de troca de seringas na prevenção da transmissão do HIV entre UDI, concluiu que as cidades que contavam com PTS registravam uma diminuição progressiva da soroprevalência para a infecção pelo HIV. Já nas cidades sem PTS, a soroprevalência aumentou progressivamente, ao longo do período sob análise. Os PTS constituem um programa relevante, pois aumentam o número de seringas estéreis para injeção em um dado contexto e reduzem a taxa de compartilhamento de seringas (ao retirar seringas usadas de circulação), reduzindo assim um possível contato com o vírus. Em alguns programas também são disponibilizados preservativos, informação sobre como reduzir os riscos e encaminhamentos para centros de tratamento. Os autores afirmam que a rápida disseminação do HIV entre a população de UDI e o aumento das taxas de uso injetável em vários países apontam para a necessidade de implementação de PTS, bem como de outras estratégias de redução de danos

Diversos estudos comprovam a efetividade dos PTS (Gibson et al., 2001; Lurie et al., 1993; Watters et al., 1994; Bluthenthal et al., 2000; Vlahov et al., 1998) e que esses

programas são efetivos na redução da disseminação do HIV; não aumentam (como alguns ainda pensam) o número de UDI e nem diminuem a idade em que o usuário inicia o uso injetável; não aumentam o número de seringas descartadas na comunidade ou alteram os locais onde as seringas são depositadas/descartadas. (UNAIDS, 1999)

4.2. Manutenção por metadona.

Esta é uma estratégia geralmente utilizada em países onde há o consumo de heroína entre os usuários de drogas injetáveis. A heroína pertence à classe dos opiáceos, que inclui a morfina, ópio, a metadona, entre outros. A morfina e heroína são opiáceos com efeitos de curta duração. O opiáceo de uso mais comum é a heroína. Seus efeitos podem ser percebidos logo após a administração (Tapert et al., 1999).

A heroína foi sintetizada em 1879, pelo laboratório Bayer. Pesquisava-se então uma substância que substituísse a morfina quanto ao seu poder analgésico e que não causasse dependência. A morfina havia sido usada no século XIX, provocando grandes problemas de dependência. Na época, a heroína foi utilizada para o tratamento da tuberculose e de dependentes de morfina. Os riscos e efeitos negativos da heroína foram posteriormente evidenciados e ela acabou sendo retirada do mercado como medicamento (Paulino & Carvalho, 2000).

Os sintomas da síndrome de abstinência da heroína são: calafrios, tremor, suores, náusea, vômito, diarreia, aumento da frequência cardíaca, agitação, dor e aumento da sensibilidade física. A intensidade dos efeitos varia de acordo com o grau de tolerância e o estado de saúde da pessoa. Esses sintomas atingem o ponto máximo entre 24 e 72 horas após a última administração da droga (Tapert et al., 1999).

Os Programas de Manutenção com Metadona utilizam um opiáceo sintético, o Cloridrato de Metadona, para substituir alguns efeitos da heroína. Este é um tipo de “tratamento médico assistido” amplamente difundido. O termo “manutenção” indica que o objetivo dessa intervenção terapêutica não é a abstinência, mas sim conservar o paciente no tratamento de manutenção, reduzindo, no entanto os efeitos adversos associados à substância inicialmente consumida (EMCDDA, 2002).

A metadona é um opiáceo sintético que previne os sintomas de “fissura” e de abstinência decorrentes do uso de heroína. É normalmente administrada por via oral e tem uma meia-vida maior do que a heroína. Na maioria das vezes, é necessária uma única dose ao dia, enquanto os dependentes de heroína utilizam-na de 2 a 5 vezes ao dia, fazendo dela o foco de suas atividades diárias. Alguns UDI precisam de doses mais altas de heroína por conta da tolerância desenvolvida (Tapert et al., 1999). A metadona é menos tóxica que a heroína e os usuários sentem menos ou nenhuma euforia e comprometimento mental e físico. Isso permite que os usuários possam prosseguir com suas atividades cotidianas, reintegrando-os à sociedade. (Canadian HIV/Aids Legal Network, 2002).

Os programas de substituição são classificados como de “baixa” ou “alta” exigência. Nos programas de *baixa exigência (Low-Threshold)* são fornecidas a metadona e assistência médica e social básica. Alguns dependentes podem apresentar condições de vida degradadas ou podem estar doentes. O objetivo neste caso é a redução de danos (Perreault et al., 2003). Existem trabalhos desenvolvidos em prisões, hospitais, nas ruas (*outreach work*) para abordar os dependentes em seus próprios contextos. A Suíça, por exemplo, é um país que desenvolve esse tipo de estratégia. (Benninghoff et al., 1999).

Nos programas de *alta exigência (High-Threshold)* as normas são mais rígidas e o não cumprimento pode levar ao desligamento do programa. Existe o controle de urina para detectar o uso de drogas em paralelo à metadona. É também importante a ocupação dos pacientes em termos sociais, pois seus proponentes defendem que este tipo de programa serve de suporte para os pacientes terem um “desempenho social adequado”. A abstinência é encarada como uma meta possível, a médio prazo (Paulino & Carvalho, 2000).

Estudos demonstram uma redução na criminalidade e das taxas de mortalidade, bem como uma melhora na saúde dos usuários de drogas sob manutenção com metadona. Outro benefício importante tem sido a redução da disseminação do HIV, pois a metadona é normalmente administrada por via oral e contribui para a redução ou eliminação do uso injetável de drogas (Han et al., 1997). Os programas de manutenção por metadona são excelentes locais para desenvolver ações de prevenção e educação. Os usuários podem obter informações sobre sexo seguro, doenças sexualmente transmissíveis e riscos relacionados ao compartilhamento de seringas (Drucker et al., 1998). A “chave do sucesso”

desses programas é o fato de trazerem o usuário de volta para sociedade, ao invés de tratá-los como criminosos. Esses programas funcionam melhor se forem acessíveis e flexíveis (CCSA, 1996).

4.3. Estratégias Controversas

4.3.1 Prescrição de drogas

A estratégia de prescrever drogas para dependentes teve início no Reino Unido com o Relatório Rolleston. Atualmente, esses serviços são prestados em algumas clínicas para usuários de drogas, na Suíça, Austrália e Reino Unido. A maioria dos usuários recebe a metadona por via oral, porém alguns recebem metadona injetável, outros usuários de drogas recebem heroína injetável e uma pequena parcela outras drogas, como a cocaína e a anfetamina (Metrebian et al., 1998).

Foi implementado nos Países Baixos um ensaio clínico com a prescrição médica de heroína (Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002). Os pacientes deste ensaio clínico receberam metadona (grupo-controle) ou heroína (grupo-experimental). A avaliação mostrou que os pacientes do grupo experimental não apresentaram prejuízos adicionais à saúde, em comparação com os do grupo-controle, que receberam exclusivamente tratamento com metadona. Os autores concluíram que a prescrição médica supervisionada de heroína pode constituir um suplemento útil ao sistema de tratamento do abuso de drogas, que devem sempre incluir um programa bem desenvolvido e acessível de manutenção por metadona (EMCDDA, 2002).

Entre março de 2002 e fevereiro de 2003, as cidades alemãs de Bonn, Colônia, Frankfurt, Hamburgo, Hannover, Karlsruhe e Munique desenvolveram programas de tratamento através do consumo de heroína assistido, em uma ensaio clínico randomizado, controlado. Foram admitidos 1120 pacientes neste ensaio com a heroína, que será monitorizada e avaliada pelo Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (Centro Interdisciplinar de Investigação sobre a Toxicodependência, Hamburgo), durante dois períodos de estudo, de 12 meses cada (EMCDDA, 2002).

Wodak (2002) aponta entre os potenciais benefícios da prescrição de heroína: trata-se de um tratamento efetivo para tratar usuários de heroína refratários, atrativo para os usuários que rejeitam as outras ações de RD e com resultados substanciais para as comunidades.

Apesar de controversos, esses programas apontam para uma redução do número de crimes associados ao consumo de drogas, bem como para uma redução das taxas de infecção pelo HIV (CCSA, 1996)

4.3.2 Salas de uso seguro

Algumas cidades Européias adotaram, no final dos anos 80, uma abordagem inovadora em redução de danos. Foram disponibilizados espaços que em função das suas características, ficaram conhecidos por "zonas de tolerância", "salas de injeção" ou "quartos para injeção". Nesses locais, os consumidores podem obter material que necessitam para injeção em condições de higiene, preservativos, cuidados médicos e aconselhamento. Estas áreas de tolerância são baseadas nas estratégias de RD, mas também podem ter outros propósitos como, por exemplo, maior controle social das cenas de uso e melhora do ambiente urbano. A maioria dessas zonas ou locais permite que os usuários permaneçam anônimos (Riley & O'Hare, 2000).

Não são disponibilizadas drogas para consumo, sendo elas trazidas pelo próprio usuário. Os profissionais de saúde também não auxiliam na administração de drogas, mas oferecem assistência em geral, evitando *overdoses* ou outros problemas de saúde (como abscessos) que possam ocorrer pelo uso de equipamento contaminado. Alguns locais auxiliam diretamente no tratamento e programas de reabilitação, podendo operar como unidades de cuidado primário. Esses "recursos" têm o objetivo de reduzir as conseqüências negativas causadas pelo uso inseguro de drogas injetáveis (Canadian HIV/Aids Legal Network, 2002b).

Na Suíça, os primeiros espaços protegidos para o uso de drogas foram implementados por organizações privadas em Berna e Basileia, no final dos anos 80. Ao final de 1993 existiam 8 instalações/espços desse tipo. Várias cidades da Suíça de língua germânica disponibilizaram espaços semelhantes em 1994. Após um ano, foi realizada uma avaliação

dessas ações em 3 locais. Concluiu-se que tais espaços/instalações contribuíram efetivamente para a redução da difusão do HIV e do risco de *overdose*. A Alemanha e o Reino Unido também disponibilizam áreas de tolerância, posteriormente (CCSA, 1996).

Foi na Suíça que surgiram as primeiras *open drug scenes* (cenas abertas para uso de drogas), que são zonas abertas em que as atividades relacionadas com drogas são toleradas. As *open drug scenes* tendem a ser instáveis e a ter uma existência breve. A primeira tentativa ficou conhecida por “Parque das seringas” (*Platzspitz*), em Zurique. Após alguns anos, tal experiência foi considerada incontrolável e por isso encerrada em 1992. Mais tarde, houve uma segunda tentativa, que também foi dada como incontrolável, encerrada em março de 1995 (CCSA, 1996).

Um estudo realizado em um “centro de injeção supervisionado”, em Sidney, na Austrália, aponta que foram evitadas 329 *overdoses* em um ano, com uma estimativa de quatro vidas salvas a cada ano. Houve também benefícios para a comunidade local. Os moradores e comerciantes relataram uma diminuição do número de usuários nas ruas e de seringas descartadas em locais públicos. Relataram também a diminuição dos assaltos e furtos na área abrangida pelo programa. Com isso, a aceitação do programa aumentou entre os moradores e comerciantes da região (Wright & Tompkins, 2004).

Essas ações vêm demonstrando ser relevantes para a saúde pública de várias maneiras: prevenindo *overdoses* fatais, prevenindo doenças de transmissão parenteral e outras conseqüências negativas do uso inseguro de drogas injetáveis e agindo como porta de entrada para a educação, tratamento e reabilitação (Canadian HIV/Aids Legal Network, 2002b).

Um estudo realizado por Wood e colaboradores (2001) em uma coorte de UDI em Vancouver, relata que apesar da ampla disponibilidade de PTS, o compartilhamento de seringas continuam uma prática de risco. Foram identificados uma série de comportamentos de risco, por exemplo, dificuldade em adquirir seringas estéreis, compartilhamento e reutilização de seringas, injeção da droga em local público. Esses comportamentos podem ser minimizados através das salas de uso seguro.

A tolerância e a regulamentação das “salas de uso seguro” constituem formas de controle semelhantes as que são usadas para “regular” a prostituição ilegal. Essas formas de

controle são compatíveis com a filosofia das políticas comunitárias. Além disso, os moradores estão principalmente preocupados com a segurança e com a apazibilidade da vizinhança, e não com o consumo de drogas em si. Os profissionais de saúde e sociais verificaram que é mais fácil prestar os seus serviços quando os consumidores de drogas estão facilmente acessíveis (CCSA, 1996).

4.3.3 Redução de Danos em presídios

Desde o surgimento da Aids, tem-se discutido o problema da disseminação do HIV entre a população carcerária. A transmissão do HIV dentro das prisões ocorre, geralmente, por meio de sexo desprotegido e de alto risco, tanto consensual quanto não consensual (estupro, por exemplo), entre prisioneiros homens; compartilhamento de seringas e agulhas potencialmente contaminadas usadas para injeção de drogas e compartilhamento de seringas e agulhas para tatuagens. Outro fator preocupante é a falta de acesso às ações preventivas (por exemplo, seringas estéreis e preservativos) (Peterson et al., 1999). A população de usuários de drogas injetáveis é muito dinâmica, seus movimentos dentro e fora das delegacias, prisões e cárceres representam um risco de transmissão de doenças como Aids e hepatites, no sistema prisional e na comunidade (MS, 2001).

Porém, ainda existem diversos obstáculos à plena implementação das práticas preventivas no contexto prisional. A principal dificuldade enfrentada tem sido o “choque entre o pragmatismo da saúde pública com o objetivo do sistema justiça criminal de eliminar o comportamento ilegal” (Peterson et al., 1999). Essas objeções práticas, legais e políticas à implantação e manutenção das estratégias recomendadas questionam que os PTS representariam um risco para a segurança dos internos e dos agentes penitenciários. Aceitar essas estratégias, segundo seus opositores, faria com que distribuir preservativos fosse uma “aceitação tácita de práticas homossexuais” e disponibilizar soluções desinfetantes fosse o reconhecimento e aceitação do uso de drogas nas prisões (MS, 2001).

Apesar disso, vários países europeus vêm obtendo resultados positivos com a implantação das estratégias de RD em presídios (MS, 2001). Foram introduzidos projetos-piloto em que era oferecido equipamento estéril de injeção aos prisioneiros. O primeiro foi desenvolvido na Suíça (1992), em seguida na Alemanha (1996), a Espanha (1997) e a

República da Moldávia (1999). Foram implantados 46 PTS em prisões europeias. Em 41 delas esses programas continuam funcionando (Stöver & Nelles, 2003).

Essas estratégias foram implementadas de diferentes maneiras, de forma que não existe uma “receita”, que possa ser aplicada a todos os presídios. Existem diferentes formas de alcançá-las: seja buscando aumentar o contato com os usuários desconhecidos ou trabalhando confidencialmente com os usuários conhecidos, bem como através das máquinas de troca de seringas. Cada estratégia apresenta vantagens e desvantagens (Stöver & Nelles, 2003).

Os resultados desses projetos têm sido, segundo os autores, encorajadores. Sugerem eles que os PTS em presídios são factíveis e efetivos. Tais programas não interferem na segurança ou nas demais estratégias de prevenção às drogas. O fornecimento de seringas estéreis não aumentou a frequência de uso de drogas em geral ou de uso de drogas injetáveis. Em 5 prisões foram realizados exames de HIV e hepatite e não foram observadas soroconversões (novos infectados).

A mobilidades dos detentos dentro do sistema prisional (mudança de regime, progressão de penas, constantes transferências) e o freqüente contato com a população externa (penas curtas, visita íntima) ressaltam a importância dessa população na dinâmica mais abrangente da epidemia e a emergência de adotar soluções dirigidas a essa população (MS, 2001).

CAPÍTULO V

Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira⁷

O uso de drogas injetáveis acarreta, com frequência, danos ao próprio usuário de drogas, à comunidade em que ele está inserido e, em dadas circunstâncias, à sociedade de uma forma geral. Esses danos envolvem o risco de *overdose*; de transmissão do HIV (vírus da Aids) e dos vírus das hepatites, no compartilhamento de agulhas e seringas potencialmente contaminadas; danos causados pelo descarte inapropriado de seringas usadas em locais públicos; além de danos e problemas estreitamente vinculados à própria política de criminalização de determinadas substâncias psicoativas, como os crimes relacionados ao tráfico e à aquisição de drogas ilícitas.

As ações enfeixadas sob a denominação ‘redução de danos’ (RD) representam um marco da atuação da saúde pública contemporânea, e correspondem a um conjunto de estratégias de saúde pública que têm por objetivo reduzir e/ou prevenir as conseqüências negativas associadas ao uso de drogas. Essa abordagem está direcionada para aqueles usuários que não querem ou não conseguem, em um determinado momento e circunstância, interromper o seu consumo de drogas, a despeito de danos na esfera pessoal, familiar e/ou social. A RD pode ser entendida, *grosso modo*, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência do uso de drogas.

Partindo do princípio de que as drogas sempre estarão presentes na sociedade, oscilando seu caráter lícito ou ilícito em função das injunções de cada contexto e momento histórico, torna-se necessário adotar uma conduta o mais possível equânime e uma resposta pragmática para essa questão. É melhor reduzir os danos, ao invés de tentar, invariavelmente, eliminá-los por completo, o que é possível quando se trata de cada indivíduo singular, mas não de um ponto de vista coletivo. A ênfase não deve recair sobre juízos morais acerca de comportamentos tidos como negativos e eventualmente condenáveis, priorizando, sim, a avaliação de o quanto tais hábitos são mais ou menos seguros, mais ou menos associados a diferentes riscos e danos.

⁷ Artigo publicado no livro: Acsegrad G. *Avessos dos Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2005.

Os Programas de Troca de Seringas (PTS), uma das estratégias que integram as políticas de RD, e que têm por objetivo fornecer seringas novas/estéreis, mediante a troca por seringas usadas, recolhidas da comunidade, têm sido amplamente divulgados e implementados, a partir de sua avaliação positiva em países da Europa e na Austrália. A despeito de renhida oposição, o sucesso desses programas tem sido inegável e muito tem contribuído para a redução das taxas de infecção pelo HIV e demais agentes infecciosos de transmissão sangüínea em todo o mundo (Bastos & Strathdee, 2000).

Desde então, a proposta e as ações concretas de RD vêm passando por transformações, acompanhando as mudanças socioculturais nos padrões de consumo de drogas nos diferentes contextos, procurando alternativas criativas para reduzir os danos decorrentes desse uso, sejam eles biológicos, psíquicos, sociais ou econômicos.

Diversas estratégias, além dos PTS, vêm sendo implementadas em todo o mundo. Os Programas de Manutenção por Metadona, por exemplo, utilizam a metadona para minorar os sintomas da ‘fissura’ por nova dose e o mal-estar associado à abstinência da heroína (ou outras drogas opiáceas). Isso permite aos usuários prosseguir com as atividades cotidianas, com redução expressiva de sua inserção em circuitos ilícitos de obtenção de drogas e conseqüente redução da criminalidade (Riley, 1994).

Com a emergência das propostas de RD, a questão do uso de drogas passa a ser tratada pelos seus defensores não como um problema jurídico-moral, mas como uma questão de saúde pública. Como conseqüência, estão em curso diversas modificações nas políticas de drogas, em diferentes países. Um dos objetivos do conjunto de propostas enfileiradas sob a égide da RD é que o usuário deixe de ser estigmatizado como ‘criminoso’ e passe a ser um real beneficiário de políticas sociais e de saúde.

Apesar dos estudos e pesquisas na área, que demonstram a efetividade dessas abordagens alternativas para conter a disseminação do HIV/Aids na população de usuários de drogas (especialmente, injetáveis), alguns países, como os EUA, têm-se mostrado refratários, persistindo, até o momento, o veto a que programas de RD sejam financiados com verbas federais norte-americanas. As políticas norte-americanas conservam um caráter marcadamente repressivo, o que se soma aos problemas decorrentes de um sistema de saúde fragmentado, com um acesso, o mais das vezes, restrito aos beneficiários de seguros privados, e uma tradição individualista. As iniciativas de sucesso nos Estados Unidos são,

sem exceção, iniciativas de comunidades e governos locais ou de universidades, neste caso no âmbito de projetos de pesquisa (Segre, 2003).

Por outro lado, o Reino Unido adotou uma postura pragmática e uma resposta ágil aos desafios que então se apresentavam, iniciando diversas ações antes mesmo da epidemia de HIV/Aids se tornar mais expressiva naquele país. Além disso, o sistema de proteção social e saúde britânico segue uma orientação bastante diferente, diríamos mesmo, oposta, ao sistema norte-americano, o que também tem contribuído para o sucesso das ações naquele país (Stimson, 1998a).

O Brasil tem tido uma atuação central no conjunto dos países da América Latina na formulação e implementação das intervenções de redução de danos entre a população de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), e constitui uma grata exceção em meio às importantes deficiências e dificuldades dos programas implementados em países em desenvolvimento. Embora a política de drogas brasileira seja majoritariamente orientada para a redução da oferta, por meio da repressão ao uso e tráfico de drogas, o país tem desenvolvido programas de excelência em RD. Muito tem sido conseguido no Brasil, embora estejamos ainda longe de uma política de drogas ideal e de uma assistência integral à saúde do usuário de drogas.

A presente revisão resenha brevemente o contexto em que essas políticas e programas têm sido implementados e os fatores que fizeram com que EUA, Reino Unido e Brasil adotassem caminhos tão diferentes, contribuindo para o sucesso ou fracasso dessas intervenções.

1. A política de drogas norte-americana

A política de drogas americana tem sido, desde o início do século XX, caracterizada pela proibição da posse, uso e distribuição da maioria das substâncias psicoativas. Durante os anos 1980 as tentativas de repressão intensificaram-se substancialmente. A Lei Federal Antidrogas, de 1988, apontou como meta a ‘criação de uma América livre de drogas’ e fez uma declaração formal de ‘Guerra às Drogas’. Essa lei criou o Office of National Drug Control Policy (Divisão de Política de Controle de Drogas - ONDCP), com a função de estabelecer prioridades e objetivos para o controle de drogas no país, formular anualmente a

estratégia nacional de controle de drogas e implementar esta estratégia (Weingardt & Marlatt, 1999).

Análises publicadas na década de 80 evidenciaram os efeitos contraprodutivos dessas intervenções repressivas. Apesar disso, a elite política americana, incluindo os últimos três presidentes (com exceção, parcial, do presidente Clinton), ao invés de utilizar o corpo de conhecimentos acumulados para subsidiar a formulação de soluções alternativas, segue recorrendo fundamentalmente às políticas repressivas e a medidas jurídicas e policiais. Medidas de reabilitação e redução de danos não têm sido estimuladas, embora tenham logrado bons resultados nos poucos contextos em que foram implementadas.

A postura negativa diante das abordagens de redução de danos se deve ao fato de que elas não são necessariamente antagônicas ao uso continuado de drogas, objeto de medo e estigma. Essa marcada oposição às políticas de RD pode ser entendida como um produto da história social americana de demonização das drogas, que atingiu um dos seus picos de intolerância no período conhecido como Lei Seca (Drucker & Clear, 1998).

1.1. ‘Estranhos em uma terra estranha’: redução de danos x ‘guerra às drogas’

As taxas de infecção pelo HIV entre UDI têm experimentado redução consistente, em anos recentes, em diversas localidades norte-americanas, incluindo Nova York, o norte de Nova Jersey e Los Angeles (Des Jarlais et al., 2000). Esse declínio pode ser atribuído a mudanças no comportamento dos UDI, voltadas para a adoção de práticas mais seguras, incluindo uma utilização consistente de seringas e equipamentos de injeção estéreis, mudança nas vias de uso e/ou abstinência do uso de drogas (CDC, 2000).

Após dez anos de implantação dos Programas de Troca de Seringas nos EUA, o número desses programas chegou a 135. Houve um aumento considerável do número desses programas: de 6 programas, em 1990, para 77 em 1995. Em 1997, um *survey* com dados de 100 PTS norte-americanos apontou para um quantitativo de 17,5 milhões de seringas trocadas, o que representa um aumento de 3,5 milhões seringas trocadas em relação ao ano anterior (Paone et al., 1995).

A resistência da sociedade norte-americana aos programas que propõem uma abordagem mais abrangente do uso de drogas – o fator *not-in-my-backyard* (não-no-meu-

quintal) – representa uma importante limitação das oportunidades de implementar ações desta natureza.

O argumento utilizado é de que esses programas contribuiriam para o aumento do crime, atraindo grupos de pessoas indesejáveis e fomentando uma verdadeira ‘cultura do crime’. Como resultado, esses programas geralmente ficam alocados em áreas industriais ou partes desvalorizadas da cidade, portanto, de difícil acesso, com o objetivo de diminuir a resistência das comunidades à implementação dos programas. Os conselheiros desses programas geralmente monitoram a vizinhança para evitar que os usuários de drogas venham a causar problemas para os vizinhos e contribuam, involuntariamente, para o fechamento dos programas.

Um estudo realizado por Vernick et al. (2003) procurou compreender a influência da opinião pública norte-americana sobre a formatação atual (e futura) das políticas de ampliação do acesso a seringas (estéreis) através de pesquisas de opinião de âmbito nacional. Essas pesquisas de opinião não evidenciaram um apoio consistente aos PTS, de alguma forma existente em âmbito local, mas ausente ou limitado em âmbito nacional. Não por acaso, muitos dos programas hoje em operação nos EUA são privados. Seria, entretanto, fundamental contar com uma opinião pública nacional mais simpática a essas iniciativas, de modo a influenciar os formuladores de políticas públicas para que estes apoiem os PTS, ampliando seu quantitativo e escopo, e a buscando anular a proibição ao financiamento federal desses programas, hoje vigente.

Os resultados do estudo de Vernick e colaboradores sugerem estratégias para se ampliar o apoio público a tais iniciativas. Associar as estratégias de acesso ampliado às seringas estéreis às políticas de drogas *stricto sensu* pode desencorajar o apoio público àquelas iniciativas. A ‘guerra às drogas’ é vista por alguns como uma cruzada moral. Por outro lado, compreender as iniciativas de acesso ampliado às seringas como medidas de saúde pública aumentaria potencialmente esse apoio. Do mesmo modo, um discurso que não seja carregado de termos como ‘dependente de drogas’ ou ‘junkies’ pode contribuir para uma visão mais racional e menos estigmatizada acerca dos UDI.

1.2. Uma guerra cara....

Os custos da chamada ‘guerra às drogas’ totalizaram mais de 20 bilhões de dólares/ano, ao longo da última década. A relevância central conferida pelas autoridades americanas à repressão e, conseqüentemente, à apenação e encarceramento de usuários de drogas, faz com que a parcela dos gastos referentes ao tratamento correspondam a algo em torno de 2 bilhões por ano – portanto, menos de 10% dos recursos alocados no mesmo período para a repressão ao uso e tráfico de drogas (Segre, 2003). A média do custo anual de um Programa de Manutenção por Metadona é de 4.700 dólares por pessoa, ao passo que os custos anuais de manutenção de um preso giram em torno de 18.400 dólares por pessoa (CDC, 2000).

1.3. Resultados adversos das políticas de drogas norte-americanas

A adoção de uma orientação predominantemente repressiva tem gerado efeitos adversos. Isso porque as políticas repressivas não têm como meta problematizar os determinantes sociais do tráfico e uso de drogas, representando, antes, uma tentativa de eliminar seus ‘sintomas’. Os impactos dessas políticas e atitudes pessoais sobre as leis, regulamentações e ações públicas podem ser percebidos de diversas maneiras:

a) Ênfase nas penalidades criminais, ao invés de no tratamento

A penalização do consumo de drogas reforça a visão do público dos usuários de drogas como ‘pessoas más’ e de ser o uso de drogas um problema criminal, e não uma questão de saúde ou psicossocial. Essa orientação repressiva tem determinado um incremento no número de condenações e prisões.

b) Prioridades no âmbito do financiamento

O governo americano gasta muito mais em programas para limitar a entrada de drogas nos EUA do que em programas de prevenção. Esse gasto pouco equilibrado se soma aos efeitos adversos da restrita política de bem-estar social (*welfare*) norte-americana. Os cortes

realizados nos programas sociais no início da década de 1980 contribuíram para o aumento considerável da intensidade e prevalência de situações de pobreza, gerando um círculo vicioso de desigualdades no âmbito da distribuição de renda e do acesso a bens públicos. A ideologia norte-americana é tradicionalmente a favor do individualismo econômico, e contrária à elevação dos tributos e à ajuda pública aos necessitados e à população economicamente inativa.

c) Limitação dos serviços de tratamento

Dos 600.000 dependentes de opiáceos nos EUA, apenas 115.000 (19,2%) estão engajados em programas de manutenção por metadona (CDC, 2000). Em parte, esse problema se deve à falta de financiamento e a regras por demais restritivas de entrada nesses programas. O governo vem limitando o financiamento público a esses programas e, em diversos casos, sancionou regulamentos que fazem com que sejam fornecidas apenas pequenas quantidades (muitas vezes insatisfatórias) de metadona para os dependentes de opiáceos. O fornecimento está geralmente limitado a seis meses, período insuficiente, o mais das vezes, sem acompanhamento médico, psicológico ou suporte social. Além disso, os locais de tratamento para usuários de drogas de um modo geral e, especificamente, os programas de manutenção por metadona são vistos com reserva, o que compromete sua operação. Com isso, a qualidade do tratamento fica prejudicada. Aliado às dosagens insuficientes de metadona, houve aumento no controle sobre esses programas (Drucker & Clear, 1998).

d) Regulamentações e legislações que restringem a prescrição de seringas e equipamentos de injeção

Com a intenção de limitar o uso de drogas, foi aprovada, nos EUA, uma série de leis restringindo a compra e posse de equipamentos usados para preparar e administrar a injeção de drogas. Essas leis abrangem diversas instâncias: leis estaduais proíbem a distribuição e posse de equipamentos que possam ser usados para injeção de drogas (44 estados possuem essas leis); outras leis restringem a compra de seringas à apresentação

de prescrição médica. Além disso, as farmácias possuem regulamentações e protocolos, vigentes em 23 jurisdições, que restringem a venda de seringas estéreis.

O governo americano tem tomado medidas de orientação política, em detrimento da ciência e das propostas de saúde pública. O clima de instabilidade limita a expansão nacional dos programas, fazendo com que um grande número de usuários de drogas esteja à margem de qualquer iniciativa de cuidado e auxílio. O clima de medo alimentado pelo preconceito racial, pela desigualdade econômica e pela insegurança pessoal ajuda a manter o *status quo*. As drogas são vistas como a causa de todos os males e os serviços de saúde, como um privilégio dos que podem pagar por ele.

2. Políticas de Drogas do Reino Unido

A política de RD no Reino Unido data da década de 1920, tendo sido sistematizada pelo Relatório Rolleston, em 1926. No início dos anos 80, após um longo período de clara predominância das políticas repressivas, assiste-se a uma reemergência das políticas de RD no Reino Unido, inicialmente na região de Merseyside, região industrial tradicional que atravessava, à época, forte crise social e econômica. Merseyside e seu cenário de crise social e marcante consumo de álcool e drogas ilícitas foram imortalizados pela música dos Beatles, originários de uma das cidades da região, Liverpool.

A estratégia de drogas no Reino Unido é coordenada por diferentes instâncias, em diferentes níveis. Os governos da Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte formulam políticas específicas para seus problemas, complementares aos objetivos da Estratégia Global do Reino Unido (Home Affairs Committee/Uk, 2002).

Em 1998, o governo elaborou uma ‘estratégia de 10 anos’ para combater o abuso de drogas no Reino Unido, publicada sob a designação de Tackling Drugs to Build a Better Britain. Foi então adotada pela primeira vez uma estratégia para lidar com a questão das drogas de forma integrada. Essa abordagem buscou combinar, de forma mais equilibrada, a coerção e a prevenção. O controle das drogas ilegais continuou sendo uma meta, embora o foco tenha sido direcionado para as drogas mais prejudiciais à saúde dos seus

consumidores, como a heroína e a cocaína. Devido à complexidade do problema das drogas, a abordagem está embasada em uma cooperação entre agências, grupos e governo, de modo a formular e implementar atividades coordenadas em um nível local, e contempla quatro objetivos: políticas direcionadas aos jovens, às comunidades, ao tratamento (incluindo as ações de redução de danos) e à repressão (Lafrenière, 2001).

O terceiro relatório do Home Affairs Committee, publicado em 2002, buscou avaliar as políticas de drogas desenvolvidas pelo país e apontou a necessidade de ampliar algumas estratégias que vinham apresentando bons resultados. Entre essas iniciativas, foi ressaltada a necessidade de uma maior ênfase nos programas de redução de danos, especialmente nas ações visando a reduzir o número de mortes relacionadas ao uso de drogas, e a aumentar a credibilidade das informações sobre os reais efeitos das drogas. Entendiam os autores desse novo relatório que todas as drogas podem, potencialmente, causar danos, e que o governo deveria, portanto, ser responsável por fornecer ao público informações claras sobre os danos que elas podem causar.

2.1. Modelo britânico: a experiência de Merseyside

As ações de redução de danos no país buscaram e buscam estimular e apoiar mudanças no comportamento dos usuários de drogas, voltadas para a adoção de comportamentos mais seguros e menos danosos. Diferentes objetivos, de natureza independente (não necessariamente hierarquizados do ponto de vista da relevância, mas estabelecendo uma seqüência lógica) foram propostos pelos formuladores de políticas públicas do Reino Unido para todos os serviços de assistência à saúde dos usuários de drogas (Seymour & Eaton, 1997):

- Reduzir o compartilhamento de equipamentos de injeção.
- Reduzir o uso injetável.
- Reduzir o uso de ‘drogas de rua’.
- Reduzir o uso de drogas de um modo geral.
- Alcançar a abstinência.

Segundo Ogborne, Carber e Wiebe. (2001), oferecer ações de redução de danos, a partir de uma abordagem o mais possível isenta e sem muitas exigências, é uma forma de atrair os usuários de drogas e conhecer suas reais necessidades. As estratégias de atuação em campo (*outreach*) são desenvolvidas com o objetivo de entrar em contato com os usuários no próprio contexto de uso. Dessa forma, é possível oferecer a eles intervenções de atenção primária tais como informação, conselhos, e disponibilizar equipamento esterilizado de injeção e preservativos. Uma grande variedade de serviços e agências envolvidas com a assistência aos usuários de drogas vem integrando suas propostas e ações, a fim de buscar soluções adequadas e culturalmente apropriadas. Um exemplo disso são as farmácias de Merseyside, que passaram a desempenhar um importante papel no sistema de acesso ampliado a seringas e agulhas estéreis e drogas sob prescrição. Os farmacêuticos aviam receitas para drogas fumadas, como os cigarros contendo drogas diversas. Passaram a aviar, também, drogas, sob prescrição, sob a forma de ampolas ou em aerossol (Riley, 1994).

Os pontos de troca de seringas distribuem mais de 27 milhões de seringas por ano no Reino Unido. Muitos desses locais de distribuição estão localizados em farmácias, e mais de 90% dos serviços de saúde desenvolvem programas de troca de seringas. Não tem sido observado um aumento do descarte de seringas encontradas nas ruas, em parques ou locais públicos. Esse é um problema que está restrito a algumas áreas e é caracterizado por múltiplos fatores, como as elevadas taxas de desemprego, a desorganização social, a degradação dos locais de habitação, as altas taxas de uso de drogas e crime (Ogborne, Carver & Wiebe, 2001).

A manutenção por metadona constitui um tratamento alternativo, prescrito para mais de 98% dos usuários britânicos de heroína que estão em tratamento 'não-abstinente'. Em 1996, o Departamento de Saúde do Reino Unido reconheceu que uma parcela substancial dos usuários de heroína necessitava receber medicações de substituição, como a metadona, encorajando sempre, porém, que os médicos considerassem outras opções. São recomendadas doses de manutenção em torno de 60-120mg/dia, supervisionadas por um especialista (Ogborne, Carver & Wiebe, 2001).

Um dos fatores que favoreceram e favorecem a plena implementação dessas políticas no país é o fato de que questões políticas sobre drogas no Reino Unido estão geralmente embasadas em estudos e pesquisas sobre o tema. Além disso, o Sistema

Nacional de Saúde Britânico e os serviços sociais britânicos, incluindo as políticas públicas de bem-estar, funcionam adequadamente e têm boa cobertura.

As políticas e estratégias de redução de danos vêm obtendo aceitação em vários níveis da sociedade britânica. Não se antepuseram grandes obstáculos legais ou políticos. Ao contrário do que ocorreu em muitos países, não houve casos de prisão de ativistas engajados na troca de seringas e programas similares. Isso não significa que não tenha havido resistências em âmbito local e nacional. Elas aconteceram de fato, mas jamais foram tão problemáticas como em outros países (Stimson, 1998b). Um conjunto de fatores teria favorecido a redução de danos no Reino Unido, segundo o autor. Entre eles, destacam-se: uma política de Aids e drogas baseada numa abordagem de saúde pública; um discurso que objetiva reduzir os danos decorrentes do uso de drogas e uma pronta resposta, antes mesmo de a epidemia de Aids ter se disseminado de forma substancial.

2.2. Custo e financiamento

O Reino Unido gasta aproximadamente US\$ 2,3 bilhões por ano em controle de drogas. Alguns recursos têm sido investidos em novas estratégias, como o programa nacional de vacinação de hepatite B para usuários de drogas injetáveis. Em âmbito local, os fundos para a redução de danos são ‘rubricados’ (por exemplo, para iniciativas para a prevenção do HIV, incluindo troca de seringas) ou negociados no conjunto de recursos transferidos do Department of Health para as autoridades locais de saúde. Esse processo envolve um conjunto de Drug Action Teams (DATs),⁸ distribuídos em nove equipes regionais. Aproximadamente 50% das agências de tratamento são não-governamentais. Já os hospitais e outros serviços essenciais de saúde são custeados pelo Serviço Nacional de Saúde (Ogborne, Carver & Wiebe, 2001).

⁸ Drug Action Teams (DATs) são membros da sociedade (com representantes das autoridades locais de saúde, do serviço penitenciário e voluntários) responsáveis pela Estratégia Nacional de Drogas em âmbito local.

3. Políticas de Drogas no Brasil

A epidemiologia do HIV/Aids no Brasil é bastante heterogênea, variando de acordo com a região geográfica e subpopulações afetadas. Os usuários de drogas injetáveis desempenham um papel relevante no perfil da epidemia em algumas regiões do país (Sudeste, Sul, parte meridional do Nordeste e parte do Centro-Oeste) (Caiaffa et al., 2003).

Recentemente, o tráfico e o consumo de cocaína e a disseminação da Aids e outras infecções de transmissão sangüínea entre UDI têm-se mostrado especialmente relevantes no litoral sul do Brasil. Alguns municípios no litoral de Santa Catarina e Rio Grande do Sul □ entre eles Itajaí e Balneário de Camburiú □ têm registrado mais de 50% de todos os casos de Aids entre UDI (Bastos et al., 2002).

Além da infecção pelo HIV, outras doenças de transmissão sangüínea são bastante prevalentes entre os UDI brasileiros. Esses usuários apresentam taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais, além de infecções particularmente comuns em determinadas regiões brasileiras, como a infecção pelo HTLVII, endêmica na Bahia, além do histórico de surtos de malária transmitida por equipamentos de injeção compartilhados (Bastos et al., 1999).

O atual cenário brasileiro do uso de drogas vem experimentando progressivas alterações, combinando padrões tradicionais de consumo de drogas (como a maconha), drogas psicofarmacológicas vendidas sem controle, substâncias inalantes (como a cola de sapateiro) e drogas ilícitas prevalentes em países ocidentais (como a cocaína e o *crack*). (Bastos et al., 1998). Nos últimos 20 anos, observou-se um aumento significativo do consumo de cocaína em forma de pó (aspirada ou injetada) e de pedras de *crack* (fumado ou, eventualmente, injetado) (Mesquita et al., 2001).

A princípio, os usuários de *crack* não pareciam constituir um alvo importante das ações de RD. Porém, o risco de transmissão sexual do HIV e outras IST nessa população se mostra elevado e preocupante, reclamando a adoção de medidas preventivas urgentes (Mello & Andrade, 2001).

Em suma, a epidemia de Aids entre UDI no Brasil tem lugar em um cenário complexo e em constante transformação, tanto em relação ao tráfico e consumo de drogas, como à disseminação do HIV em populações e localidades específicas. Esse cenário

repercute na dinâmica global da epidemia do HIV/Aids no país, exigindo alternativas preventivas que sejam flexíveis e possam ser desenvolvidas em contextos que variam de regiões com um uso incipiente de drogas injetáveis (como a imensa maioria das cidades nordestinas), ainda que com um consumo intenso de drogas ilícitas pelas demais vias, até regiões onde existam epidemias maduras de HIV/Aids na população local de UDI (com taxas de infecção pelo HIV por vezes superiores a 50%, como Itajaí e Camboriú, em Santa Catarina) (CN-DST/Aids, 2004).

Atualmente, existem mais de cem PRD em funcionamento no Brasil, em diferentes regiões, estados e municípios. Além da troca de seringas e agulhas propriamente dita, são oferecidos outros serviços, como distribuição de preservativos, aconselhamento para redução de risco, encaminhamento para testagem para o HIV e hepatites virais e acesso a serviços de saúde em geral (Caiaffa et al., 2003).

3.1. Redução de Danos: política de saúde pública no Brasil

A política brasileira para questões relacionadas ao uso de drogas (lícitas e ilícitas), conforme estabelece a Lei 10.683/03, é de competência do Gabinete de Segurança Institucional, que coordena e integra as ações do governo nos aspectos relacionados à prevenção do uso indevido de substâncias entorpecentes que causem dependência física ou psíquica, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação e a reinserção social de dependentes. A Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) desempenha as atividades de secretaria executiva do Conselho Nacional Antidrogas, cabendo-lhe a gestão do Fundo Nacional Antidrogas (Funad). São assuntos de competência do Ministério da Justiça as atividades de repressão ao uso indevido, do tráfico ilícito e da produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica. Na competência do Ministério da Saúde estão a vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas e medicamentos.

O Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Coordenação de Saúde Mental (hoje, com estrutura reformulada), vem elaborando diretrizes políticas de tratamento e prevenção do uso indevido de drogas, em consonância com a Diretoria de Prevenção e Tratamento da Senad. O MS adota uma abordagem acolhedora e pedagógica, e não apenas

repressiva ao uso de drogas; desenvolve campanhas e provê material educativo em apoio à iniciativa de várias organizações que tratam desse assunto no país. A Coordenação (hoje Programa) Nacional de DST/Aids é responsável pela interface Aids-Drogas, tendo adotado respostas pragmáticas e estruturado ações com o objetivo de minimizar a disseminação do HIV na população geral, e, mais diretamente, entre os UDI e seus parceiros sexuais. (Marques & Doneda, 1998).

Um dos pressupostos básicos da Política Nacional Antidrogas (PNAD) é “orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos”, considerando os “determinantes de saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde (Senad, 2003, pag 12)

Essas ações estão amparadas no artigo 196 da Constituição Federal, como intervenções preventivas, devendo ser incluídas entre as medidas a serem implementadas, sem prejuízo a outras modalidades de intervenção e estratégias de redução da demanda (Senad, 2002). No capítulo que aborda a redução de danos, no âmbito da PNAD, menciona-se a necessidade de:

Estabelecer estratégias de Saúde Pública voltadas para minimizar as adversas conseqüências do uso indevido de drogas, visando reduzir as situações de risco mais constantes desse uso, que representam potencial prejuízo para o indivíduo, para determinado grupo social ou para a comunidade. (pag 20)

Alguns estados brasileiros aprovaram leis que regulamentam as ações de redução de danos. Nos estados de São Paulo (Lei Estadual nº 9.758/97), Santa Catarina (Lei Estadual nº 11.063/98), Rio Grande do Sul (Lei Estadual nº 11.562/00) e Mato Grosso do Sul (Lei Estadual nº 2.404/01), a RD integra as políticas públicas de proteção e defesa da saúde. Essas leis estaduais são bastante relevantes, pois afastam essas ações do “âmbito de proibição das normas criminalizadoras de comportamentos relacionados às drogas ilícitas e enfatizam a necessidade de uma abordagem de saúde pública” (Karam, 2003). O Projeto de

Lei Federal para a Redução de Danos está tramitando na Câmara Federal desde maio de 2000 (CN-DST/Aids, 2004).

Os principais desafios enfrentados pela política de RD brasileira incluem:

- Resistências políticas à implantação de políticas de RD.
- Segmentos da sociedade civil que atuam no tratamento da dependência ‘química’, contrários à RD, ainda que esse diálogo tenha melhorado nos últimos anos.
- Necessidade de intensificar as discussões com instâncias/instituições que trabalham com o uso de drogas e educação.
- Interface com outras populações (presidiários, profissionais do sexo, garimpeiros).
- Baixa cobertura das ações. Por exemplo, apenas 20 dos 62 municípios com maior número de casos de Aids pertencentes à categoria de exposição ‘UDI’ contam com projetos de RD. (CN-DST/Aids, 2004)

O Brasil vem desempenhando um papel central entre os países da América Latina, por seu conhecimento e experiência no desenvolvimento de estratégias de RD entre os usuários de drogas. O país tem oferecido estágios a profissionais de diferentes países latino-americanos, tem promovido articulações para a mudança das legislações locais e apoiado a obtenção de insumos e a implantação de ações de intervenção nesses países. De um modo geral, é necessário incorporar as estratégias de RD no âmbito dos serviços regulares de assistência, com o objetivo de promover uma humanização desses serviços e a adaptação de sua operação a populações historicamente excluídas, com difícil acesso à rede de saúde (CN-DST/Aids, 2004).

3.2. Custos

A maioria dos PRD no Brasil é financiada, direta ou indiretamente, com recursos federais, disponibilizados por convênios firmados entre as diferentes instituições e o Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde. A principal fonte desses recursos é o acordo de empréstimo do Banco Mundial (no momento, em sua terceira e última reedição) e com prazo-limite para acabar, sendo necessário, portanto, encontrar fontes substitutivas, descentralizadas e sustentáveis (MS, 2001).

Os programas brasileiros têm sido desenvolvidos, basicamente, por universidades, instituições governamentais e organizações não-governamentais. Os programas implementados nos serviços de atenção ao uso de drogas, em sua maioria unidades de instituições universitárias, têm a vantagem de contar com esses serviços como referência para as ações desenvolvidas. A integração dos PRD ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e ao Programa de Saúde na Família (PSF) e o seu credenciamento no SUS representam outras formas de garantir a sustentabilidade dessas ações. Independentemente de estarem ou não ligados ao Pacs/PSF, os PRD podem ser remunerados pelo SUS.

As ações de redução de danos contribuem para a inclusão dos usuários de drogas em um sistema que almeja a equidade, por meio da disponibilização não apenas dos equipamentos necessários à prática de sexo e ao uso de drogas mais seguros, mas da ampliação do acesso a bens e serviços (CN-DST/Aids, 2004).

3.3. A implementação das estratégias brasileiras em Redução de Danos

A maior concentração de PRD ocorre nas regiões Sul e Sudeste. Isso se deve a uma lógica relacionada com a concentração demográfica e econômica do próprio país, bem como referente à dinâmica da epidemia de Aids no Brasil (Bastos, 2003).

A troca de seringas consiste no fornecimento de seringas estéreis e descartáveis aos UDI, mediante a devolução de seringas usadas. Todos os programas no Brasil trabalham com essa perspectiva de troca.

Diversos PRD disponibilizam um *kit* que é composto de seringas, agulhas, frascos de água destilada, recipientes para diluição, *swabs* (lenços umedecidos com álcool), *folder* informativo e preservativos.

Um estudo que teve como objetivo descrever as práticas relacionadas à aquisição e ao descarte de seringas/agulhas usadas por parte dos participantes dos PRD foi realizado entre 2000 e 2001, tendo recrutado 857 UDI de seis PRD, de diferentes regiões no Brasil (Caiaffa et al., 2003). A maioria dos participantes (74,8%) mencionou a cocaína como sua droga de escolha. Foi observado que, na primeira experiência de uso injetável, as seringas foram adquiridas principalmente nas farmácias (52,6%), representando os PRD menos de

1% do total de seringas estéreis obtidos nesse momento. Com relação à aquisição de seringas nos últimos seis meses, 54-86% dos entrevistados (dependendo do local) relataram que estas foram fornecidas por redutores de danos, seguidos, em ordem de maior relevância, pelas farmácias (40-69%). Esses dados demonstram que as farmácias representam uma importante fonte para a aquisição de seringas e agulhas estéreis, mesmo em locais com fácil acesso aos PRD, e desempenham um papel relevante na prevenção da disseminação do HIV na população de UDI e seus parceiros sexuais.

Os PRD representam uma estratégia essencial à aproximação de usuários de drogas reticentes a buscar ajuda nos serviços de saúde (em função, por exemplo, de experiências anteriores de descaso ou maus-tratos). Esses programas funcionam como uma ponte para diferentes modalidades de tratamento em outros serviços, tanto com relação a condições clínicas como em questões relacionadas ao abuso de drogas (Bastos, 2003).

A troca de seringas é uma iniciativa que vai além da ação propriamente dita de 'troca'. Confere ela materialidade à idéia de 'apoio' e 'suporte' a uma população estigmatizada. Essas ações reforçam a percepção da preocupação do poder público e das ONG para com a saúde desse usuário, disponibilizando recursos materiais e humanos em seu benefício. Isso proporciona aos PRD uma dimensão simbólica, auspiciosa, aliada aos ganhos objetivos da retirada de circulação de seringas e agulhas, potencialmente contaminadas, nas diferentes comunidades (Bastos, 2003).

3.4. Outras iniciativas

Um desafio às estratégias de RD no país tem sido a redução dos danos causados pelo consumo de *crack*.⁹ Uma das questões centrais está no fato de essa substância produzir efeitos estimulantes e desinibidores, o que pode resultar em um uso inconsistente de preservativos (pela turvação da consciência e excitação sexual). O consumo de *crack* está estreitamente relacionado à disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e ao comércio sexual, este adotado como forma de financiar o consumo (Bastos, 2003). A

⁹ O *crack* é um sal de cocaína associado a outras substâncias, de modo a tornar sua evaporação mais fácil. Esses vapores são fumados (Siqueira, Bastos & Campos, 2001). Devido à grande extensão da árvore brônquica, a absorção da fumaça, além de extremamente rápida, é também massiva (Bastos, 2003).

tosse contínua dos usuários pesados de *crack* facilita a disseminação da tuberculose entre usuários, freqüentemente congregados em locais fechados e mal ventilados para fumar (Siqueira, Bastos & Campos, 2001).

O PRD de Santos, São Paulo, tem distribuído filtros para serem adaptados aos cachimbos, reduzindo a quantidade de fuligem e outras impurezas vaporizadas. Porém, nem todos os usuários utilizam cachimbos (qualquer lata pode ser usada para vaporizar a pedra de *crack*), e atualmente não há filtros adaptáveis aos vários tipos de aparatos utilizados para fumar a pedra. Outra questão importante é que portar cachimbos denuncia essas pessoas como ‘usuários de *crack*’ (Siqueira, Bastos & Campos, 2001). Essas são discussões ainda preliminares, com escassa literatura internacional sobre o assunto que possa respaldá-la e experiências nacionais ainda fragmentárias e sem conclusões definitivas (Bastos, 2003).

Recentemente, os usuários de anabolizantes e os travestis têm sido incluídos nas ações de RD. Os primeiros, devido ao compartilhamento de seringas utilizadas na auto-administração dos anabolizantes e à natureza dos produtos utilizados para o aumento de massa corporal (alguns de origem veterinária), e os travestis, devido tanto ao compartilhamento de seringas utilizadas para injetar silicone quanto ao risco de infecção por contaminantes presentes no próprio silicone (algumas vezes de procedência não confiável) (Mello & Andrade, 2001).

A resposta brasileira vem propondo iniciativas criativas, adaptadas à realidade local e que não estão restritas à replicação das experiências internacionais. Muitos desafios ainda têm de ser enfrentados, como questões relacionadas à sustentabilidade, à visibilidade e ao apoio político. O resultado positivo que vem sendo obtido demonstra que a RD é uma estratégia eficaz e factível no combate à epidemia de Aids e a outros danos associados ao uso de drogas. O sucesso dessa estratégia é reflexo da integração entre o governo e a sociedade civil, que vêm enfrentando a questão do uso de drogas de forma pragmática e solidária, lutando pela inclusão social e combatendo a marginalização do usuário de drogas.

4. Comparando Experiências

A presente revisão sumariza, de forma crítica, as respostas que vêm sendo implementadas nos EUA, no Reino Unido e no Brasil com relação às políticas de redução de danos. Os três países apresentam respostas diferentes, por vezes opostas, à questão do tráfico e consumo de drogas (Quadro 1). O formato adotado em cada contexto depende das circunstâncias locais e do contexto político e cultural de cada país. Uma substância altamente controlada em um país pode estar disponível em uma farmácia em outro país e o padrão do que é considerado um uso normal e um uso desviante é específico de cada cultura (Wolfe & Malinowska-Sempruch, 2004)

Quadro 1 - Características das políticas de drogas nos Estados Unidos, Reino Unido e Brasil

	Estados Unidos	Reino Unido	Brasil
Orientação política	Repressiva.	Moderadamente repressiva.	Repressiva.
Opinião pública sobre a RD	Majoritariamente contra.	Majoritariamente favorável.	Pouco definida, evoluindo favoravelmente.
Financiamento para ações de RD	Baixo investimento, em referência às ações repressivas, embora com alto valor global, dada a afluência econômica nacional.	Alto investimento, em termos proporcionais e absolutos.	Médio investimento, relevante para um país em desenvolvimento.
Resultado das intervenções	Negativo, com exceção de iniciativas locais bem-sucedidas.	Positivo.	Moderadamente positivo.
Legislação	Leis restritivas.	Leis restritivas, mas parcialmente contrabalançadas por ações preventivas e de seguridade social.	Leis majoritariamente restritivas (alguns estados já possuem leis de RD), com evolução favorável em anos recentes.
Formulação de políticas	Pouco embasada em estudos e pesquisas, financiadas majoritariamente pelo próprio governo americano.	Embasada em estudos e pesquisas.	Parcialmente embasada em estudos e pesquisas, ainda fragmentárias..

Considerando todos os aspectos aqui mencionados, não foi por acaso que a epidemia de HIV/Aids se consolidou como a maior pandemia de todos os tempos. Via de

regra, a difusão da epidemia seguiu a lógica da globalização. A abertura das fronteiras nacionais aumentou rapidamente os movimentos de mercadorias e trabalhadores entre os países. As transições e deslocamentos característicos de nossa era, pós-Guerra Fria, têm sido acompanhadas por um aumento progressivo do acesso às drogas e de seu consumo, assim como do sexo comercial (trocado por dinheiro, drogas e outros bens e favores), fatores estreitamente relacionados à disseminação do HIV.

O número de países com relato de casos de Aids entre usuários de drogas dobrou na década passada, de 52, em 1992, para 114, em 2004. Os casos de Aids entre UDI representam 10% de todos os casos de Aids no mundo (Wolfe & Malinowska-Sempruch, 2004).

Dada a magnitude e complexidade da questão, faz-se necessário formular, implementar e avaliar políticas inovadoras de saúde pública para se lidar com a questão do uso indevido de drogas e os riscos a eles associados de infecção pelo HIV e outras infecções de transmissão parenteral e sexual. É fundamental que a questão do uso de drogas saia da esfera jurídico-moral e passe a ser encarada, antes de tudo, como uma questão de saúde pública. Embora as políticas de drogas de diversos países estejam passando por profundas transformações, o aparato jurídico-policial propriamente dito não foi reformulado de forma relevante na imensa maioria das sociedades.

Assim, é interessante ressaltar o *'status incomum'* das políticas de drogas ilícitas, uma vez que se trata de um dos poucos temas no âmbito da saúde pública a ser regulado por acordos internacionais *'fechados'*, que restringem em boa medida a margem de manobra das respostas das comunidades e sociedades nacionais.

Os protocolos conhecidos como as Convenções de Drogas da ONU – a Convenção Única de Narcóticos, de 1961, a Convenção de Drogas Psicotrópicas, de 1971 e a Convenção Contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 – guiam, e amarram, a política de drogas mundial, e, em boa medida, as políticas nacionais referentes às drogas ilícitas. Essas convenções se revestem de grande força e autoridade, uma vez que foram ratificadas por 179 nações. As duas primeiras convenções precedem a emergência da epidemia de Aids, tendo sido a terceira aprovada antes que se consolidasse o conhecimento de que o uso de drogas injetáveis poderia representar um importante

problema na dinâmica global da epidemia de Aids (Wolfe & Malinowska-Sempruch, 2004).

O conjunto de propostas enfileiradas sob a égide da RD constitui uma abordagem global da saúde pública, envolvendo temas abrangentes como a exclusão social e a necessidade premente de propor políticas inclusivas, que se contraponham à marginalização e estigmatização dos usuários de drogas (e outras minorias). As estratégias de RD centram-se no debate, na proposição e na reformulação de questões éticas, médicas, legais e práticas, sem perder de vista a dimensão propriamente política e pública da questão.

Desde a sua formulação e implementação, o movimento de RD vem obtendo reconhecimento científico, embasado por estudos que comprovam a efetividade das estratégias inspiradas pelo conceito de RD, alternativas factíveis no combate à epidemia de Aids entre UDI e sua rede de interação social. O Reino Unido, por exemplo □ um dos primeiros países a implementar PRD e outras propostas de redução de danos □, conseguiu frear o avanço da epidemia, com a implementação precoce e a devida abrangência das ações preventivas entre os usuários de drogas injetáveis.

O Congresso norte-americano continua a proibir financiamento federal para programas de troca de seringas, a despeito do fato de as comissões de especialistas em saúde pública recomendarem fortemente a sua implementação. Como a continuidade da proibição doméstica de financiamento dos EUA irá impactar o apoio internacional, a médio e longo prazos, às respostas para a epidemia de HIV é uma questão em aberto. Os efeitos desse conflito de orientações puderam ser observados, por exemplo, quando a United Agency for International Development abruptamente cancelou o apoio aos programas brasileiros de prevenção ao HIV, em setembro de 2003. Suspeita-se que os órgãos norte-americanos estavam insatisfeitos com a abertura brasileira para as questões do uso de drogas e sexo na sua interface com o HIV/Aids (Wolfe & Malinowska-Sempruch, 2004).

Não resta dúvida de que foram muitos os ganhos ao longo desses 20 anos para o movimento de RD. Restam muitos desafios por enfrentar. Os usuários de drogas constituem uma população dinâmica e de difícil acesso. O preconceito e o medo, reforçado pelas políticas de drogas que criminalizam o uso de drogas, dificultam ainda mais o acesso a essa população e comprometem o sucesso de iniciativas inovadoras.

As ações de RD ainda são bastante limitadas nos lugares onde se fazem mais necessárias, como nos presídios, por exemplo. Diversos estudos enfatizam a disseminação do HIV (e outras infecções) nas prisões por meio do compartilhamento de seringas e agulhas (ou equivalentes de fabricação artesanal) por usuários de drogas e tatuadores. O principal obstáculo à implantação das práticas preventivas no contexto das prisões tem sido a oposição entre o pragmatismo das medidas de saúde pública e o objetivo do sistema justiça criminal de eliminar comportamentos considerados ilegais. Os projetos desenvolvidos em alguns países europeus vêm apresentando resultados positivos, sem interferir na segurança dos agentes penitenciários e detentos.

Na abordagem do ‘fenômeno drogas’ sob a perspectiva da RD, o usuário é um cidadão como qualquer outro, com plena capacidade de desempenhar papéis importantes para a sociedade em que vive. Para que essas propostas sejam concretizadas, é fundamental que haja um envolvimento de toda sociedade, compreendendo-se que não existem receitas mágicas para resolver a questão do uso de drogas e danos a ela associados.

Os estudos e exemplos que apresentamos e discutimos no presente texto permitem acreditar que a valorização dos indivíduos, o olhar livre de preconceitos e a compreensão dos múltiplos fatores que estão ligados ao consumo de drogas poderão apoiar a mudança espontânea e promover mudanças de hábitos danosos que promovam comportamentos mais seguros, determinando benefícios diretos e indiretos à coletividade. As políticas de orientação predominantemente repressiva têm gerado efeitos adversos, agravando os problemas que, supostamente, almejam mitigar.

Referências Bibliográficas

- BASTOS, F. I. Redução de danos e saúde coletiva. In: SAMPAIO, C. M. A. & CAMPOS, M. A. (Orgs.) *Drogas, Dignidade & Inclusão Social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.
- BASTOS, F. I & STRATHDEE, S. A. Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Social Science Medicine*, 51(12):1.771-1.182, 2000.
- BASTOS, F. I. et al. Cities responding to HIV-1 epidemics among injecting drug users. In: STIMSON, G., DES JARLAIS, D. C. & BALL, A. (Eds.). *Drug Injecting and HIV Infection: global dimensions and local responses*. Londres: UCL Press, 1998.

- BASTOS, F. I. et al. Double infection with HIV and malaria among Brazilian IDUs: a new challenge? *Addiction*, 94(8):1.165-1.174, 1999.
- CAIAFFA, W. T. et al. Practices surrounding syringe acquisition and disposal: effects of Syringe Exchange Programmes from different Brazilian regions – the AJUDE-Brasil II Project. *International Journal of Drug Policy*, 14:365-371, 2003.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL - CDC. *Preventing Blood-borne Infections Among Injection Drug Users: a comprehensive approach*, 2000. www.cdc.gov
- COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS – CN-DST/AIDS. Usuários de drogas (de um modo geral) e usuários de drogas injetáveis. 22/02/2004 www.Aids.gov.br
- DES JARLAIS, D. 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*, 90(3):352-359, 2000.
- DRUCKER, E. & CLEAR, A. *Harm Reduction in the Home of the War on Drugs: methadone and needle exchange in the USA*, 1998. 20/06/2004. www.drugtext.org
- HOME AFFAIRS COMMITTEE. *The Government's Drug Policy: is it working?* United Kindon: Third Report Home Affairs Committee, 2002.
- KARAM, M. L. Redução de danos, ética e lei. In: SAMPAIO, C. M. A. & CAMPOS, M. A. (Orgs.) *Drogas, Dignidade & Inclusão Social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.
- LAFRENIÈRE, G. *National Drug Policy: United Kingdom*. Canadá: Library of Parliament, 2001.
- MARQUES, F. & DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. & MARQUES, L. F. *Troca de Seringas: drogas e Aids – ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- MELLO, A. & ANDRADE, T. Redução de danos: princípios e práticas. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, C. & GUERRA, E. (Orgs.). *Drogas e Aids: prevenção e tratamento*. Belo Horizonte: FHEMIG/Centro mineiro de Toxicomania, 2001.
- MESQUITA, F. et al. Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisas e redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE / COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. *Manual de Redução de Danos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- OGBORNE, A., CARVER, V. & WIEBE, J. Harm Reduction and Injection Drug Use: an international comparative study of contextual factors influencing the development and implementation of relevant policies and programs, 2001. 21/01/2004 http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatitis_c/pdf/harm_reduction_e/index.html
- PAONE, D., CALOIR, S., SHI, Q., DES JARLAIS, D.. Sex drugs and syringe exchange in New York City: women's experience. *Journal of the American Medical Women's Association*, 50:109-113, 1995.

- RILEY, D. The harm reduction model: pragmatic approaches to drug use from the area between intolerance and neglect, 1994. 21/01/ 2004 <http://www.ccsa.ca/>.
- SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD. Política Nacional Antidrogas. 22/02/2004 www.senad.gov.br
- SEGRE, S. *Controlling Illegal drugs: a comparative study*. New York: Aldine de Gruyter, 2003.
- SEYMOUR, H. & EATON, G. The Liverpool Model: a population based approach to harm reduction, 1997. 25/01/2004. <http://www.drugtext.org>
- SIQUEIRA D., BASTOS, F. I. & CAMPOS M. Drogas e redução de danos: abordagens para pessoas vivendo com HIV e Aids. In: PINHEIRO, R., SILVEIRA, C. & GUERRA, E. *Drogas e Aids: prevenção e tratamento*. Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomanias, 2001. p.71-104.
- STIMSON, G. A Aids e o uso de drogas injetáveis no Reino Unido, 1987-1993: as políticas públicas e a prevenção da epidemia. Trad. F. I. Bastos. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. & MARQUES, L. F. *Troca de Seringas: drogas e Aids – ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.
- STIMSON, G. Harm reduction in action: putting theory into practice. *International Journal of Drug Policy*, 9:401-409, 1998b.
- VERNICK, J; BURRIS, S & STRATHDEE, S. Public opinion about syringe exchange programmes in the USA: an analysis of national surveys. *International Journal of Drug Policy*, 14:431-435, 2003.
- WEINGARDT, K. & MARLATT. G. Redução de danos e políticas públicas. Trad. D. Bueno. In: MARLATT, G. A. *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1999.
- WOLFE, D. & MALINOWSKA-SEMPRUCH, K. *Illicit Drug Policies and Global HIV Epidemic: effects of UN and national government approaches*. New York: International Harm Reduction Development, 2004.

ANEXO

O primeiro passo metodológico para a realização desse estudo foi a elaboração de uma revisão bibliográfica através de consultas a bancos de dados nacionais e internacionais, pesquisas na Internet de documentos e relatórios oficiais em Centros Especializados em Redução de Danos, livros nacionais e internacionais sobre Redução de Danos, uso de drogas, tráfico de drogas e tratamento da dependência química.

Foram consultados as seguintes bases de informação: Medline e Lilacs. Foram utilizado descritores como “drug abuse”, “harm reduction”, “drug policy”. Não foram utilizados quaisquer critérios de exclusão. Essa etapa da pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro a maio de 2004.

Foram consultados, através do site na Internet, Centros Especializados em Redução de Danos em diferentes países e regiões (Brasil, Canadá, Reino Unido, Holanda, Estados Unidos, Portugal). Entre eles: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo - IMESC, Rede Brasileira de Redução De Danos - REDUC, Associação Brasileira de Redutores de Danos - ABORDA, Canadian Centre on Substance Abuse - CCSA, Organização Mundial de Saúde - OMS, Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, Coordenação Nacional de DST/Aids – CN DST/Aids, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addction - EMCDDA, Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, Canadian HIV/Aids Legal Network, International Harm Reduction Association - IHRA, Drug Text Foundation. Este levantamento incluiu a busca por documentos e relatórios oficiais sobre as práticas, conceitos, história e experiências em redução de danos em diferentes países.

CAPÍTULO VI

Os Programas de Redução de Danos ao Uso de Drogas no Brasil: Caracterização preliminar de um *survey* de 45 programas¹⁰

Resumo

Mais de cem Programas de Troca de Seringas e Agulhas (localmente denominados PRD) estão hoje em operação no Brasil. É fundamental realizar estudos de avaliação/monitoramento dessas ações. Tais evidências devem subsidiar a avaliação e formulação de políticas públicas. Este estudo buscou avaliar a operação cotidiana desses programas.

Foram identificados 134 PRD, a partir da compilação de informações das redes que atuam na área. Foi possível obter informações de 45 programas. Foram avaliadas: a cobertura dos programas, o seu financiamento, o controle de insumos, a sua capacidade organizacional e o contexto político local. Foram identificadas deficiências de cobertura e monitoramento, além de descontinuidades em termos de disponibilidade de insumos. Os profissionais que atuam nos programas têm, em sua maioria, inserção profissional precária, embora contem com coordenação local na maior parte dos casos. A maioria dos programas é financiada por verbas oriundas do Programa Nacional de DST/Aids. As deficiências evidenciadas são similares às dificuldades com que se deparam os programas internacionais, decorrentes, em grande parte, da marginalização da população-alvo e das contradições entre as políticas de drogas e ações de saúde.

Palavras-Chave: Programas de Redução de Danos, Programas de Troca de Seringas e Agulhas, AIDS, Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), Políticas Públicas, Monitoramento e Avaliação

¹⁰ Artigo submetido aos *Cadernos de Saúde Pública* em Junho de 2005.

Introdução

O uso de drogas injetáveis acarreta, com frequência, danos ao próprio usuário de drogas, à rede social em que ele/ela está inserido e, em dadas circunstâncias, à sociedade de uma forma geral. Esses danos compreendem o risco de *overdose*¹, de transmissão do HIV (vírus da AIDS), dos vírus das hepatites e demais patógenos de transmissão sangüínea, através do compartilhamento de agulhas e seringas potencialmente contaminadas, além de eventuais problemas decorrentes do descarte inapropriado de seringas usadas em locais públicos^{2,3}.

Diversos estudos evidenciam que a ampliação do acesso de usuários de drogas injetáveis (UDI) a seringas estéreis reduz substancialmente a transmissão do HIV e demais patógenos de transmissão sangüínea, bem como reduz comportamentos de risco relacionados ao uso de drogas injetáveis, como o compartilhamento de seringas e agulhas e demais equipamentos e materiais empregados no preparo e auto-administração de drogas injetáveis^{4,5}.

Com a emergência da AIDS nos países ocidentais no início dos anos 1980, e o conseqüente risco de disseminação do HIV, políticas de “redução de danos” ganharam força na Europa. O primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS), ou seja, a primeira iniciativa de trocar de forma sistemática seringas usadas por seringas novas (estéreis), foi implementado na Holanda, em 1984, por iniciativa dos próprios usuários de drogas, em resposta à disseminação alarmante das hepatites B e C naquela população⁶.

Através desses programas, os UDI têm acesso a seringas novas/estéreis, mediante a troca por seringas usadas, recolhidas da comunidade, reduzindo com isso a circulação de seringas potencialmente contaminadas, além da oportunidade de contatar uma população de difícil acesso, e de implementar, de forma integrada, diversas medidas de saúde pública, como: distribuição de preservativos, aconselhamento, vacinação para a hepatite B e encaminhamento dos usuários de drogas a serviços de tratamento⁷. Esses programas têm sido implementados em todo o mundo, contribuindo para a redução das taxas de infecção pelo HIV e demais agentes infecciosos de transmissão sangüínea, em países como o Reino Unido, a Austrália, Canadá, Espanha, Tailândia e algumas localidades dos Estados Unidos

(país em que estas iniciativas não se beneficiam de verbas federais, mas tão somente locais e regionais) ^{7,8,9,10}.

No Brasil, a epidemia de AIDS tem evoluído de forma bastante heterogênea, variando de acordo com a região geográfica e populações afetadas. Os usuários de drogas injetáveis desempenham um papel relevante na dinâmica da epidemia em algumas regiões do país (Sudeste, Sul, parte meridional do Nordeste e parte do Centro-oeste)¹¹, afetando, expressivamente, nestas regiões, populações residentes não apenas nas principais áreas metropolitanas, como também em municípios de médio porte ¹².

A droga de escolha da população de usuários de drogas injetáveis no Brasil é a cocaína ^{13, 14,15}, cabendo ressaltar que o atual cenário brasileiro do uso de drogas vem experimentando alterações substanciais. Nos últimos anos, observou-se um aumento progressivo do consumo de cocaína, sob a forma de pó (aspirada ou injetada) e de pedras de *crack* (fumado ou, eventualmente, injetado)¹⁶, além da entrada em cena de diferentes substâncias novas, como as “drogas projetadas” (“design drugs”)¹⁷, além da disseminação do consumo de drogas de uso tradicional, como os solventes¹⁸.

Em um estudo multicêntrico, coordenado pela Organização Mundial de Saúde, entre 1999-2001, evidenciou-se uma redução substancial das taxas de infecção para o HIV, de 25% ¹⁹, para, aproximadamente, 8%, no Rio de Janeiro, em paralelo ao declínio das taxas de infecção referentes a outros patógenos, como os vírus das hepatites B e C ^{20,21}. Declínio de natureza similar foi igualmente observado em duas outras cidades brasileiras onde o estudo foi desenvolvido: Santos, São Paulo, e Salvador, Bahia ^{22, 23}.

As razões para o declínio observado nas três cidades compreendem a saturação desse segmento populacional, cujo contingente de suscetíveis é relativamente restrito ²⁴, transformações na cena de uso²², a mudança espontânea do comportamento dos UDI (no sentido de comportamentos mais seguros) e o papel de programas preventivos, apoiando os usuários de drogas e reforçando sua mudança comportamental no sentido de práticas de menor risco ²¹.

Compilações preliminares das informações disponíveis documentam a existência de mais de cem Programas de Troca de Seringa no Brasil (ressalvando-se que, no Brasil, estes programas recebem o nome de “Programas de Redução de Danos” ou, de forma abreviada, PRD, valorizando a abrangência das suas ações, para além da troca exclusiva de seringas)

em funcionamento no Brasil, em diferentes regiões, estados e municípios^{3, 25}. Estes programas vêm sendo implementados por universidades, instituições governamentais, como as secretarias de saúde, e ONG²⁶.

O presente estudo buscou avaliar a efetiva implementação das políticas de redução de danos relacionadas ao uso de drogas por parte de organizações não governamentais e agências governamentais brasileiras e a operação cotidiana dos PRD no Brasil. Através da organização e análise de 45 programas de um cadastro sistemático dos Programas de Redução de Danos no Brasil, o estudo avaliou os mecanismos de financiamento desses programas, a cobertura e os aspectos estruturais das ONG e agências governamentais que implementam ações de redução de danos, listando e analisando ainda os principais obstáculos para a difusão e consolidação desses programas.

Metodologia

O presente estudo utiliza um desenho de pesquisa seccional (*survey*), com o objetivo de coletar dados sobre os Programas de Redução de Danos em funcionamento no Brasil. O *survey* compreendeu o envio, sistematização e análise dos dados de um questionário de auto-preenchimento, respondido por dirigentes de ONG e agências governamentais que desenvolvem programas de redução de danos no país.

Os questionários foram distribuídos e preenchidos no período de outubro/2004 a março/2005. A população-alvo do estudo envolveu os Programas de Redução de Danos em operação no Brasil, no ano de 2004, que realizaram a troca de seringas nos 6 meses anteriores à data de envio do questionário e que foram identificados em um cadastro organizado a partir da consulta ao Ministério da Saúde, à Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), às 11 Associações Estaduais de Redução de Danos (AC, AP, BA, CE, ES, MG, MS, PE, PR, RJ, RS) e à Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo.

A primeira etapa do estudo compreendeu uma busca sistemática dos programas de RD em funcionamento no país. Nesta etapa procurou-se levantar o número real de programas, através do contato telefônico e por correio eletrônico (*e-mail*) com as

instituições governamentais e organizações não-governamentais. A segunda etapa envolveu a aplicação dos questionários, contato com informantes-chave e análise das informações obtidas.

Para fins da presente pesquisa, os Programas de Redução de Danos no Brasil foram caracterizados segundo definição do Ministério da Saúde ²⁶:

“Os Programas de Redução de Danos (PRD) consistem em um elenco de ações desenvolvidas em campo por agentes comunitários de saúde especialmente treinados (denominados redutores de danos), que incluem a troca e distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação (IEC), aconselhamento, encaminhamento, vacinação contra hepatite e outras ações” (2001:12)

O Programa Nacional de DST/Aids, em um primeiro momento, informou a existência de aproximadamente 200 PRD em funcionamento no país, sem fornecer, no entanto, os contatos desses programas. Foi disponibilizada pelo Programa Nacional uma lista das associações estaduais de redução de danos, também utilizada pela Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA).

Não foi possível obter nenhuma listagem, de fato, sistemática ou cadastro oficial, com abrangência nacional, desses programas. Devido à abrangência restrita dos dados oficiais, foram solicitadas informações (pessoas de contato, telefone, endereço e *e-mail*) sobre os Programas de Redução de Danos implementados em cada região específica, a partir de cada uma das associações regionais.

As informações sobre a população do estudo (o conjunto de PRD em operação) foram, portanto, obtidas a partir da integração e compatibilização de listagens parciais de caráter regional, e a partir de sucessivos contatos telefônicos e por *e-mail*. Ao final, foi possível construir um banco de dados com informações referentes a 134 programas em funcionamento no país, em 2004. Destes, a despeito de inúmeras solicitações para que respondessem a um questionário-padrão, só foi possível obter respostas referentes a 45 programas.

Foram avaliadas informações referentes a 5 (seis) blocos temáticos: “cobertura dos programas”, “financiamento”, “controle de insumos”, “capacidade organizacional” e “ambiente político” dos programas em funcionamento no país.

O primeiro bloco temático (cobertura dos programas) compreendeu a avaliação do número de beneficiários e do grau de adesão dos beneficiários; o segundo bloco (financiamento) compreendeu: fontes de recursos, sustentabilidade e realização de auditorias. O bloco “controle de insumos” compreendeu o controle de seringas e demais equipamentos de injeção. O bloco “capacidade organizacional” incluiu: vínculos trabalhistas, autonomia gerencial e documentação & registro. Por fim, o bloco “ambiente político” compreendeu: a percepção acerca do contexto por parte dos gestores, os apoios e os obstáculos recebidos/enfrentados pelos programas.

A elaboração do instrumento se beneficiou inicialmente de itens utilizados em um questionário formulado pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, UNDCP e Universidade Federal de Minas Gerais, em uma pesquisa empírica desenvolvida no Brasil: “PROJETO AjuDE – Brasil II”^{3, 11}.

Foi realizado um pré-teste do instrumento com 3 (três) programas, no mês de setembro de 2004, procedendo-se, então, às adaptações necessárias. A disseminação dos questionários foi feita diretamente (em mãos), com relação às organizações sediadas no Rio de Janeiro, e por meio de fax e correio eletrônico (*e-mail*) para os demais estados. Informações adicionais foram coletadas por meio de contato telefônico. Os questionários foram distribuídos e coletados no período de outubro de 2004 a março de 2005.

A sistematização, gerência e análise dos dados foram realizadas no programa SPSS 11.5, com propósitos basicamente descritivos.

Além das informações acima descritas, foram entrevistados 2 informantes-chave, com larga experiência na administração de programas de saúde, não envolvidos na administração direta de PRD, com o objetivo de ouvir suas ponderações, enquanto gestores a um nível macro, acerca da implementação desses programas na região abrangida pelas suas respectivas coordenações.

Resultados

Dos 134 Programas constantes do cadastro final, não foi possível localizar 25 PRD, após diversas (no mínimo 3) tentativas, utilizando sempre diferentes meios de contato (telefônico, correspondência regular e correio eletrônico). Dos 91 programas localizados,

apenas 45 responderam, de fato, ao questionário, a despeito de reiteradas solicitações e 18 PRD foram desconsiderados por estarem fora dos critérios de inclusão. Os questionários avaliados representam, portanto, uma amostra de conveniência composta por 45 PRD, em atividade, e que se dispuseram a participar da pesquisa.

A cobertura dos programas com relação à população-alvo foi considerada ruim ou média pela maioria (~60%) dos seus gestores. Em que pesem as deficiências de cobertura, a adesão da clientela aos programas foi considerada boa/muito boa por uma maioria substancial (~70%) de gestores. Da mesma maneira, os entrevistados consideraram bastante adequada a documentação e o registro dos programas (**Tabela 1**).

A maioria (64%) dos programas informou verificar a adesão da população-alvo, ainda que nenhum programa utilizasse, de forma sistemática, instrumentos validados de verificação e mensuração.

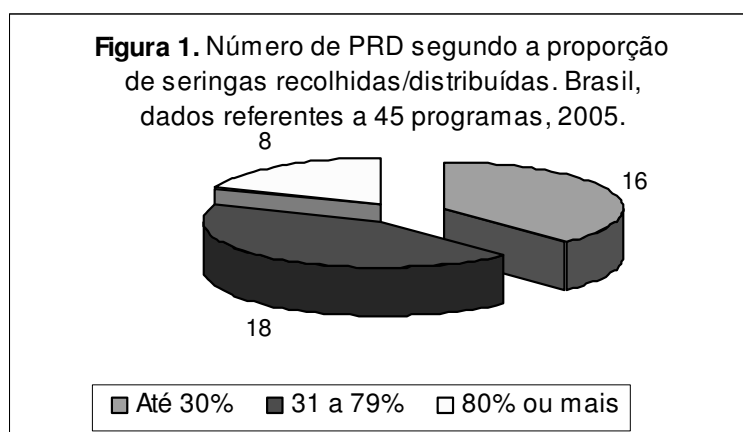
Um achado especialmente preocupante é a informação, por parte de 20% dos gestores, de que seus programas não dispõem de seringas e equipamentos suficientes para atender às suas ações, com a menção, por parte de 13 programas de que se vêm às voltas com interrupções no fornecimento de seringas. A despeito dessas descontinuidades, a imensa maioria (90%) dos PRD informou fazer controle de estoque dos insumos utilizados pelo programa.

Tabela 1: Características Operacionais dos PRD, segundo informações de seus gestores. Brasil, dados referentes a 45 programas, 2005

Características operacionais		N (%)
<i>Cobertura*</i>		
	Muito ruim / Ruim	10 (22,7)
	Médio	16 (36,7)
	Bom / Muito Bom	18 (40,9)
<i>Adesão*</i>		
	Muito ruim / Ruim	0 (0,0)
	Médio	14 (31,8)
	Bom / Muito Bom	30 (68,2)
<i>Documentação/Registro*</i>		
	Muito ruim / Ruim	4 (8,9)
	Médio	10 (22,2)
	Bom / Muito Bom	30 (68,9)
<i>Verificação da adesão*</i>		
	Sim	28 (63,6)
	Não	16 (36,4)
<i>Disponibilidade de seringas e equipamentos</i>		
	Sim	36 (80,0)
	Não	9 (20,0)
<i>Controle de estoque</i>		
	Sim	41 (91,1)
	Não	4 (8,9)
<i>Fornecimento contínuo</i>		
	Sim	32 (71,1)
	Não	13 (28,9)
<i>Registro de atividades*</i>		
	Sim	45 (100,0)
	Não	0 (0,0)

* Uma informação incompleta/incoerente foi excluída da tabulação final

Foi distribuído pelos 45 PRD um total de 126.452 seringas & agulhas e recolhidas 90.516 seringas & agulhas, ou seja, foram recolhidas 72% do total de seringas & agulhas distribuídas. A proporção de seringas & agulhas distribuídas/recolhidas variou substancialmente nos diferentes programas. Em um subconjunto de 16 PRD, foram recolhidas menos de 30% das seringas distribuídas. Apenas 8 PRD alcançaram um nível ótimo de recolhimento das seringas & agulhas distribuídas, com uma proporção de 80% ou mais de seringas recolhidas frente ao quantitativo distribuído.



Como evidenciado na **Tabela 2**, os entrevistados apontaram que o apoio mais relevante proporcionado aos PRD era proveniente dos órgãos Federais, Estaduais e Municipais, ou seja, das instâncias públicas, com ampla predominância do Governo Federal. Por outro lado, o apoio das lideranças religiosas e da polícia mostrou-se limitado, quando não inexistente.

Tabela 2: Notas atribuídas pelos gestores numa escala de 1-5, referentes ao apoio recebido por parte de diferentes instâncias. Brasil, dados referentes a 45 programas, 2005.

<i>Apoio à política de redução de danos (Nota)</i>	Média ± DP	Mediana	Amplitude
Órgão Federal	3,9 ± 1,2	4	1-5
Órgão Estadual	3,7 ± 1,3	4	1-5
Órgão Municipal	3,5 ± 1,2	4	1-5
Lideranças Religiosas	2,1 ± 1,4	2	1-5
Imprensa	2,9 ± 1,6	3	1-5
Polícia	2,6 ± 1,5	3	1-5
Parlamentares	2,8 ± 1,4	3	1-5

* Nunca respondido pelos 45 programas em questão. Variação de 40 a 43 PRD's.

O quadro de profissionais que atuavam nestes programas (**Tabela 3**) era composto principalmente por autônomos (55%) e voluntários (31%), o que sugere vínculos precários e/ou instáveis. Mecanismos de contratação mais sustentáveis, como a cessão de funcionários públicos e os contratos regidos pela CLT, desempenhavam papel residual (7% cada).

Tabela 3: Perfil da equipe e natureza do vínculo dos profissionais que atuam nos PRD. Brasil, dados referentes a 45 programas, 2005.

Variáveis	N(%)
<i>Tipo de vínculo</i>	
Autônomo	154 (54,6)
Celetistas	19 (6,7)
Funcionários públicos cedidos	19 (6,7)
Voluntários	88 (31,2)
<i>Formas de gerência do programa</i>	
Coordenador, equipe técnica, agentes redutores	23 (50,1)
Coordenador, agentes redutores	18 (40,0)
Só dispõe de redutores	4 (8,9)

A estrutura organizacional dos PRD é basicamente verticalizada. Apenas 4 PRD referiram uma estrutura não verticalizada de gerenciamento, com equipes compostas exclusivamente por agentes de saúde (denominados “agentes redutores”). Todos os demais programas apresentavam algum grau de centralização, com a presença de, ao menos, um coordenador. Metade dos programas contava não apenas com uma coordenação, como também com equipes especializadas.

Foram solicitados aos dirigentes resumos financeiros das operações dos PRD. As informações fornecidas foram de qualidade e detalhamento muito variáveis, permitindo uma síntese apenas parcial dos resultados.

Em resumo, constatou-se que o governo federal, através do Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/AIDS) representa, não apenas o principal apoio técnico, como descrito anteriormente, como a fonte principal (quando não exclusiva) de receita, seja em termos de volume de recursos ou de regularidade dos aportes financeiros. Quatro programas contavam com esta fonte de receita, além de uma segunda fonte, governamental ou não. Os

programas com maior diversificação de receitas são, igualmente, os de estrutura organizacional e administrativa mais elaborada. Por outro lado, três pequenos programas contavam exclusivamente com receitas oriundas de instituições não governamentais e contavam com estruturas mais frágeis.

Com relação às despesas, é possível observar que 4 programas referiram ter despesas superiores às receitas correntes, com quadros de endividamento progressivo. Por outro lado, 8 programas gastaram apenas uma fração das suas receitas, sugerindo uma baixa capacidade de implementação.

Com relação a “gastos com diárias/passagens” – elemento, sem dúvida, importante para a articulação de apoios e troca de experiências – existem casos onde o equilíbrio financeiro se mostrou comprometido devido a gastos excessivos nesta rubrica, com aparente prejuízo das atividades-fim. Sete PRD mostraram desempenho orçamentário preocupante sob este aspecto, com evidente sobre-estimação dos gastos incluídos nesta rubrica.

Discussão

O estudo seccional organizou, a princípio, um cadastro exaustivo sobre as ONG e agências governamentais que desenvolvem programas de redução de danos no país. O processo se mostrou complexo e moroso, devido à assistemática das informações em todas as esferas consultadas, sejam elas federais, estaduais ou municipais, públicas ou privadas. Não foi possível sequer localizar 25 dos supostos programas listados pelas associações regionais, havendo sérias dúvidas se, de fato, tais programas estão em operação.

Sob esta perspectiva, os programas brasileiros pouco diferem dos seus congêneres internacionais, quase sempre às voltas com dificuldades colocadas por forças conservadoras locais, quando não em conflito explícito com instâncias jurídicas ou policiais⁸, além de mal-vistos pelas comunidades que lhes são adjacentes, naquilo que os autores de língua inglesa denominam NIMBY (*not-in-my-backyard*) syndrome, ou seja, o desejo de manter afastado de sua moradia, local de lazer ou trabalho populações consideradas indesejáveis²⁷.

Observou-se que quase 25% dos programas referem deficiências quanto à cobertura, igualmente reproduzindo uma deficiência desses programas ao nível mundial. Diversos artigos têm evidenciado que seria necessário incrementar, em muito, a abrangência desses programas, ainda que em países com uma estrutura de serviços e disponibilidade de recursos considerada modelar, como o Canadá²⁸, de forma a reduzir, de fato, a disseminação do HIV e outras infecções de transmissão sanguínea e sexual.

A adesão dos usuários de drogas aos programas investigados, conforme a avaliação de seus gestores, ainda que mensurada de forma pouco rigorosa e sistemática, pode ser considerada satisfatória. A boa adesão constitui um requisito indispensável ao funcionamento desses programas, uma vez que a descontinuidade das ações limita substancialmente o impacto do programa em termos de ofertar seringas limpas e retirar seringas usadas de circulação²⁹, além da capacidade dos programas de servirem de porta-de-entrada para a rede de serviços de tratamento³⁰.

Os informantes-chave entrevistados, responsáveis pela gerência de programas de saúde, e com longa experiência na área de programas em HIV/AIDS, consideram adequada a documentação e o registro da maioria dos PRD brasileiros, como resultado das necessidades formais de financiamento, especialmente por parte do governo federal. Por outro lado, a já tradicional cultura brasileira da “oralidade” (reiterada por ambos os informantes-chave) explicaria a quase absoluta ausência de relatórios abrangentes e sistemáticos sobre o que ocorre no dia-a-dia dos programas locais. Tal característica de oralidade perpassa a cultura brasileira como um todo, e foi discutida em detalhe por um dos autores do presente artigo com relação à produção científica brasileira em HIV/AIDS³¹.

A descontinuidade do fluxo de insumos essenciais à operação desses programas seria decorrente, segundo ambos os informantes-chave, da falta de organização desses programas, ainda que venham sendo observados aprimoramentos na esfera da gestão, contando a maioria dos programas hoje com uma gerência, além de uma equipe técnica, em boa parte dos programas abordados. A inserção precária da imensa maioria de profissionais atuantes nos programas faz com que não se consolide uma cultura organizacional e que as ações se vejam prejudicadas pela elevada rotatividade destes profissionais.

Uma minoria de programas consegue conjugar, de forma considerada ótima, a distribuição e o recolhimento de seringas e agulhas usadas, fazendo jus, portanto, à

designação de programas de Troca e não de Distribuição de equipamento de injeção. Cabe aqui repisar que o modelo clássico de avaliação do impacto dos PTS sobre a disseminação do HIV e demais patógenos de transmissão sangüínea compreende, necessariamente, não apenas a ampliação do acesso a seringas estéreis, mas, igualmente (e, mesmo, antes de tudo) a retirada de circulação de seringas contaminadas²⁹. Além disso, programas que não recolhem de forma eficiente seringas e agulhas usadas, ou seja, que basicamente distribuem equipamentos de injeção, costumam ser mal vistos pelas comunidades, especialmente pelos grupos conservadores, que encontram nisto um apoio para as suas preocupações quanto à possibilidade desses programas estimularem o consumo de drogas injetáveis e a criminalidade. Ainda que tais temores jamais tenham se materializado (o aumento do consumo de drogas injetáveis e da criminalidade em locais abrangidos por PTS jamais foi evidenciado pelas sucessivas avaliações internacionais^{10,33}, a mera suposição de que o programa possa aumentar o consumo de drogas injetáveis em uma dada comunidade, costuma alarmar os segmentos mais conservadores⁸.

Os entrevistados apontaram que o apoio principal fornecido aos PRD é proveniente de instituições públicas, federais, estaduais e municipais, em contraposição ao que ocorre nos Estados Unidos, onde o uso de verbas federais para tal fim vem sendo vetado por sucessivas administrações e onde o uso de verbas estaduais é limitado³³.

O apoio, técnico e financeiro, do Programa Nacional de DST/Aids se mostrou central ao funcionamento desses programas, refletindo a abertura e o comprometimento do Ministério da Saúde com estas ações, parcialmente financiadas através de acordo de cooperação com o Banco Mundial. Sob este aspecto, constitui motivo de preocupação o endividamento de um subgrupo de programas e o desequilíbrio das contas de alguns deles, aparentemente, em decorrência de gastos excessivos referente ao item “passagens e diárias”, com conseqüente prejuízo das atividades-fim (como trocar seringas e agulhas, distribuir condoms, promover ações educativas etc.).

Os achados do presente estudo corroboram e estendem os achados de avaliações anteriores^{34,35}, todas elas de abrangência restrita, seja em função da limitação dos recursos envolvidos, seja da reiterada não cooperação de diversos programas para com os esforços de avaliação.

Todas as avaliações desenvolvidas até o momento têm apontado para deficiências a serem superadas, que incluem: monitoramento deficiente com relação às taxas de infecção pelo HIV e demais patógenos, como também em relação ao possível impacto das ações sobre os comportamentos de risco.

Relatório recente do banco Mundial afirma: “é difícil confirmar o que foi efetivamente alcançado pelo programa brasileiro de HIV/AIDS e definir a contribuição do Banco Mundial para a questão” (2004:i).

Cabe observar que, ao contrário do que ocorreu em diversos países em todo o mundo, estes programas não foram implementados por iniciativa direta das comunidades atingidas, seja de associações locais de usuários, como na Holanda⁶, seja de lideranças locais, como nos primeiros programas norte-americanos³⁶.

No Brasil, essas ações foram e são basicamente verticais, e dependeram e dependem basicamente de incentivo e recursos federais. Situações de apoio e financiamento exclusivo são preocupantes, especialmente quanto aos programas de estrutura mais frágil e que não vêm conseguindo diversificar suas fontes de financiamento. Estas políticas refletem, no entanto, a natureza mesma do sistema de saúde brasileiro e a estrutura adotada por um sem número de outras ações em saúde desenvolvidas no país.

O sistema de saúde no Brasil é público e franqueado a todo cidadão brasileiro. Tal estrutura facilita a adoção de políticas públicas nas diferentes áreas. Ainda assim, a despeito do fato de quaisquer ações de saúde estarem amparadas em lei, a implementação de ações de redução de danos não se deu sem hesitações, sobressaltos e recuos^{8,37}.

Os programas estudados evidenciam vulnerabilidades relevantes e persistentes, em termos de sua sustentabilidade e cobertura. Impõe-se o fortalecimento dessas ações, uma vez que as mesmas lidam com populações especialmente vulneráveis, marginalizadas, e que, diferentemente das demais populações marginalizadas, têm seus comportamentos regulados pela legislação penal.

Os principais desafios para o fortalecimento institucional e programático dessas iniciativas compreendem o aprimoramento de sua infra-estrutura e logística, para que estes programas não se vejam às voltas com a falta de insumos ou outras discontinuidades e constrangimentos postos à sua plena operação. Há necessidade permanente de ampliar as

articulações com a sociedade civil, especialmente com a imprensa, polícia e lideranças religiosas e comunitárias.

O presente estudo é, a um só tempo, vítima e testemunha das presentes dificuldades enfrentadas por estes programas. A ausência de bancos de dados oficiais abrangentes representa um desafio a qualquer avaliação sistemática, assim como as resistências por parte de diversos gestores a qualquer processo avaliativo. A fragmentação de registros, relatórios e documentação em geral impõe dificuldades adicionais ao potencial avaliador. Desta forma, o presente estudo é basicamente descritivo e exploratório. Espera-se, contudo, que tais análises estimulem avaliações futuras, com amostras, de fato, representativas do conjunto de PRD no país.

Não resta dúvida de que as dificuldades enfrentadas pelos programas brasileiros não diferem substancialmente dos enfrentamentos com que se vêem às voltas programas de natureza similar nos mais diferentes contextos e culturas, tributários das inúmeras contradições entre as políticas de saúde e de drogas em todo o mundo (Lurie, 1995).

Lidar com uma população de difícil acesso, que não confia em instâncias oficiais e, que, igualmente, não é bem vista por estas mesmas instâncias, que é objeto de estigmatização e criminalização, torna a implementação e avaliação desses programas um desafio de âmbito global.

Os principais desafios enfrentados pelas políticas de Redução de Danos (RD) no Brasil transcendem a operação dos programas e compreendem um amplo conjunto de ações públicas e relações com a sociedade civil e seus formadores de opinião e legisladores. Uma agenda abrangente neste campo deve compreender: o enfrentamento das resistências políticas à implantação e plena operação de políticas e programas de RD; um melhor diálogo e integração com instâncias/instituições que trabalham com o uso de drogas e educação, muitas vezes a partir de filosofias distintas, quando não contrapostas; e uma ampliação das interfaces com outras populações vulneráveis (presidiários, profissionais do sexo, garimpeiros).

Referências

- 1- Brust J. Acute neurologic complications of drug and alcohol abuse. *Neurol Clin* 1998; 16:503-19

- 2- Drucker E, Lurie P, Wodak A, Alcabes P. Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programmes and methadone maintenance on the ecology of HIV. *AIDS* 1998; 12 (suppl A): s217-s230
- 3- Caiaffa WT, Bastos FI, Priette FA, Reis AC, Mingoti SA, Gandolfi D et al. Practices surrounding syringe acquisition and disposal: effects of Syringe Exchange Programmes from different Brazilian regions – the AjUDE-Brasil II Project. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14: 365-371
- 4- Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D, Titus S, Shi Q, Perlis T, et al. HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet*; 1996, 348: 987-991.
- 5- Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Erringer EA, Edlin BR. The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *AIDS* 2000; 14: 605-611.
- 6- van Den Hock J, van Haastrecht H, Coutinho R. Risk Reduction among intravenous drug users in Amsterdam under the influence of AIDS. *American Journal of Public Health* 1989; 79: 1355
- 7- Dehne K, Grund J, Khodakevich L, Kobysheva Y. The HIV/AIDS epidemic among drug injectors in Eastern Europe: Patterns, trends and determinants. *Journal of Drug Issue* 1999; 29: 729-776
- 8- Bastos FI, Strathdee SA. Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Social Science Medicine* 2000; 51:1771-82
- 9- Wood E, Kerr T, Spittal P, Li K, Small W, Tyndall M, et al. The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: Evidence from a cohort of injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2003; 32: 2-8
- 10- Wodak A, Cooney A. Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug Users: A comprehensive review of The International Evidence. *Substance Use and Misuse* 2005 (no prelo)
- 11- Caiaffa, WT, Proietti, FA, Carneiro-Proietti, AB, Mingoti, SA, Doneda, D, gandolfi, D; Epidemiological Study of Injection Drug Users in Brazil (AjUDE-Brasil Project). The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users. *Clin Infect Dis* 2003; 37 (Suppl 5): s376-81
- 12- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, Andrade CT. The spread of the AIDS epidemic in Brazil from 1987 to 1996: a spatial analysis. *Cad. Saúde Pública*, 2000, 16 (suppl.1): 07-19
- 13- Carvalho HB, Mesquita F, Massad E, et al. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. *Journal of AIDS* 1996; 12: 84-92
- 14- Telles P, Bastos FI, Guydish J, Inciardi JA, Surrat HL, Pearl M, et al. Risk behavior and HIV seroprevalence among IUDs in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS* 1997; 11 (Suppl 1): s35-42
- 15- Caiaffa W. Projeto AjUDE-BRASIL. Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos apoiados pela CN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

- 16- Mesquita F, Bueno R, Kral A, Reingold A, Lopes G, Haddad I, et al. Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In. Ministério da Saúde. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisas e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 17- de Almeida S, Silva M. Characteristics of ecstasy users in Sao Paulo, Brazil. *Subst Use Misuse* 2005; 40:395-404
- 18- Thiesen F, Barros H. Measuring inhalant abuse among homeless youth in southern Brazil. *J Psychoactive Drugs* 2004; 36:201-5
- 19- Guimarães ML, Bastos FI, Telles PR, Galvão-Castro B, Diaz RS, Bongertz V, 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* 2001; 21:143-51
- 20- Hacker M, Friedman S, Telles P, Teixeira S, Bongertz V, Morgado M, et al. The role of "long-term" and "new" injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Use Misuse* 2005; 40:99-123
- 21- Bastos F, Bongertz V, Teixeira S, Morgado M, Hacker M. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2005; 100:91-6
- 22- Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo P, et al. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 28:298-302
- 23- Ministério da Saúde. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 24- Walker N, Stover J, Stanecki K, Zaniewski A, Grassly N, Garcia-Calleja J, et al. The workbook approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low level and concentrated epidemics. *Sex Transm Infect* 2004; 80:i10-13
- 25- Bastos, FI. Drugs and Aids: a case study from Brazil. *Urban health and development* 200; 3:30-38.
- 26- Ministério Da Saúde / Coordenação Nacional de Dst e Aids. Manual de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 27- Takahashi LM. Related Articles. The socio-spatial stigmatization of homelessness and HIV/AIDS: toward an explanation of the NIMBY syndrome. *Soc Sci Med* 1997; 45: 903-14
- 28- Remis RS, Bruneau J, Hankins CA. Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal? *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;18 (Suppl 1): s57-9
- 29- Kaplan EH, Heimer R. A circulation theory of needle exchange. *AIDS* 1994; 8: 567-74

- 30- Hagan H, McGough JP, Thiede H, Hopkins S, Duchin J, Alexander ER. Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle-exchange participation in Seattle drug injectors. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19:247-52
- 31- Bastos FI, Coutinho K. Tão longe, tão perto: As pesquisas de AIDS no Brasil (1983-1997). In: Parker R, Galvão J, Bessa MS, organizadores. *Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente à AIDS no Brasil*, pp. 339-395. São Paulo: Editora 34, 1999.
- 32- Marx MA, Crape B, Brookmeyer RS, Junge B, Latkin C, Vlahov D, Strathdee SA. Trends in crime and the introduction of a needle exchange program. *Am J Public Health*. 2000;90(12):1933-6
- 33- Lurie P, Drucker E. An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *Lancet* 1997;349(9052):604-8
- 34- Ministério da Saúde & Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES). *Avaliação dos Projetos de Redução de Danos (PRD). Relatório Final de Pesquisa*. 1998 (mimeo)
- 35- Banco Mundial. Departamento de Avaliação de Operações. Primeiro e segundo Projetos de controle de AIDS e DST: relatório de avaliação de desempenho de Projeto. Banco Mundial: 2004
- 36- Sherman SG, Purchase D. Point Defiance: a case study of the United States' first public needle exchange in Tacoma, Washington. *Int. J. Drug Policy* 2001;12(1):45-57.
- 37- Strathdee SA, van Ameijden EJ, Mesquita F, Wodak A, Rana S, Vlahov D. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS* 1998; 12 (Suppl A): s71-9.
- 38- Lurie P. When science and politics collide: the federal response to needle-exchange programs. *Bull NY Acad Med* 1995; 72 (2):380-96.

NOTAS FINAIS

O surgimento da AIDS, em 1980, demandou políticas inovadoras de saúde pública para lidar com a questão do uso indevido de drogas e os riscos a elas associados de infecção pelo HIV e outras infecções de transmissão parenteral. A partir de então, a questão do uso de drogas vem deixando de ser tratado como um problema jurídico-moral e passa a ser encarada, antes de tudo, como uma questão de saúde pública. Como consequência, as políticas de drogas de diversos países têm passado por profundas transformações, ainda que o aparato jurídico-policial propriamente dito não tenha sido reformulado de forma substancial na imensa maioria das sociedades.

Os Programas de Redução de Danos implementados em diferentes países. Devem ser adaptados às circunstâncias locais, de modo a reduzir a transmissão de doenças infecto-contagiosas, entre outros danos associados ao consumo de drogas. O formato adotado em cada contexto depende das circunstâncias locais, podendo envolver os serviços de saúde, agências policiais, presídios, ONG, serviços sociais e grupos de usuários de droga.

O estudo realizado pela OMS, a partir de 1999, em cerca de 30 cidades em todo mundo, apontou para uma queda nas taxas de infecção pelo HIV (e outras infecções de transmissão parenteral) na população de UDI, nas cidades brasileiras pesquisadas. Uma das possíveis explicações para esse declínio se refere às alterações nos comportamentos relacionados ao uso de drogas, com a adoção de práticas mais seguras.

No Brasil, a RD passou a ser política oficial de saúde em 1994. A Coordenação (atual Programa) Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde tem dado apoio político e financeiro aos programas de RD. As ONG constituídas por profissionais que atuam no movimento de RD e usuários de drogas têm contribuído para dar voz a essa população marginalizada, expondo suas dificuldades e necessidades.

O presente estudo permitiu a organização de um cadastro sobre as ONG e agências governamentais que desenvolvem programas de redução de danos no país. A falta de informação oficial nas esferas consultadas (federais, estaduais e municipais, públicas e privadas) representou e representa um desafio à avaliação, assim como as resistências por parte de diversos gestores a qualquer processo avaliativo. A fragmentação de registros,

relatórios e documentação em geral impôs dificuldades adicionais ao processo. Desta forma, o presente estudo foi basicamente descritivo e exploratório.

Os achados da avaliação dos 45 programas podem ser sumarizados como: deficiência quanto à cobertura; com uma adesão satisfatória dos usuários de drogas; uma adequada à documentação e o registro (como resultado das necessidades formais de financiamento, especialmente por parte do governo federal); descontinuidade do fluxo de insumos essenciais à operação desses programas; inserção precária dos profissionais atuantes nos programas; uma minoria de programas consegue conjugar, de forma considerada satisfatória, a distribuição e o recolhimento de seringas e agulhas usadas; o apoio principal fornecido aos PRD é proveniente de instituições públicas (federais, estaduais e municipais) e o apoio, técnico e financeiro, do Programa Nacional de DST/Aids se mostrou central ao funcionamento desses programas.

Os programas estudados evidenciam vulnerabilidades relevantes e persistentes, em termos de sua sustentabilidade e cobertura. Impõe-se o fortalecimento dessas ações, uma vez que as mesmas lidam com populações especialmente vulneráveis, marginalizadas, e que, diferentemente das demais populações marginalizadas, têm seus comportamentos regulados pela legislação penal.

Os principais desafios para o fortalecimento institucional e programático dessas iniciativas compreendem o aprimoramento de sua infra-estrutura e logística, para que estes programas não se vejam às voltas com a falta de insumos ou outras descontinuidades e constrangimentos postos à sua plena operação. Há necessidade permanente de ampliar as articulações com a sociedade civil, especialmente com a imprensa, polícia e lideranças religiosas e comunitárias.

Tais informações são essenciais a uma avaliação criteriosa de seu funcionamento, aceitabilidade, efetividade e, em ocasiões posteriores, avaliações de seu custo-efetividade. Espera-se, contudo, que tais análises estimulem avaliações futuras, com amostras, de fato, representativas do conjunto de PRD no país.

As ações de RD ainda são limitadas nos lugares onde se fazem mais necessárias, como nos presídios, por exemplo. Diversos estudos enfatizam a disseminação do HIV (e outras infecções) nas prisões através do compartilhamento de seringas e agulhas (ou equivalentes de fabricação artesanal) por usuários de drogas e tatuadores. O principal

obstáculo à implantação das práticas preventivas tem sido a oposição entre o pragmatismo da saúde pública e o objetivo do sistema justiça criminal de eliminar comportamentos considerados ilegais.

Os principais desafios enfrentados pelas políticas de Redução de Danos (RD) no Brasil transcendem a operação dos programas e compreendem um amplo conjunto de ações públicas e relações com a sociedade civil e seus formadores de opinião e legisladores. Uma agenda abrangente neste campo deve compreender:

- O enfrentamento das resistências políticas à implantação e plena operação de políticas e programas de RD.

- Um melhor diálogo e integração com instâncias/instituições que trabalham com o uso de drogas e educação, muitas vezes a partir de filosofias distintas, quando não contrapostas.

- Uma ampliação das interfaces com outras populações vulneráveis (presidiários, profissionais do sexo, garimpeiros).

Foram muitos os ganhos ao longo desses 20 anos para o movimento de RD. Porém muitos desafios ainda têm de ser enfrentados. Os usuários de drogas constituem uma população dinâmica e de difícil acesso. O preconceito e o medo, reforçado pelas políticas de drogas que criminalizam o uso de drogas, dificultam ainda mais o acesso a esta população específica. Os trabalhos desenvolvidos em campo através dos redutores de danos desempenham um papel fundamental na aproximação dos usuários de drogas dos serviços de saúde.

A despeito das persistentes dificuldades, parece-nos que as estratégias de RD consolidam seu papel na saúde pública contemporânea, como políticas e ações fundamentais na promoção da saúde e resgate da cidadania de usuários de drogas, suas famílias e das comunidades onde eles vivem e aspiram por uma vida mais saudável e de melhor qualidade

BIBLIOGRAFIA

- Acselrad G. A educação para autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: Acselrad G, organizadora. *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2000.
- Andrade T, Dourado M, Farias A, Castro B. Redução de danos e a redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: Ministério da Saúde. *A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Barcellos C & Bastos FI. Redes sociais e difusão da Aids no Brasil. *Bol. Oficina Sanit. Panam* 1996; 121 (1): 21-44.
- Barnard, HP. *The Netherlands' Drug Policy: 20 years of experience*. 1998
<http://www.drugtext.org>
- Bastos FI. Redução de danos e saúde coletiva. In: Sampaio CMA, Campos MA, organizadores. *Drogas, dignidade & inclusão social. A lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA; 2003.
- Bastos FI, Stimson G, Telles PR, Barcellos C. Cities responding to HIV-1 epidemics among injecting drug users. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. *Drug Injecting and HIV infection: global dimensions and local responses*. Londres: UCL Press; 1998.
- Bellis MA, Hughes K, Tocque K, Hennell T, Humphrey G, Wyke S. Assessing and communicating the health and judicial impact of alcohol use. *Public Health*. 2005;119(4):253-61.
- Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Characteristics of attenders of low threshold syringe-exchange centers providing sterile syringes in Switzerland. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1998; 46(3):205-17.
- Berridge V. AIDS, drugs and history. *Br J Addict*. 1992; 87(3):363-70
- Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, et al. The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *AIDS*. 2000; 14:607-611.
- Boekhout van Solinge T. Dutch Drug Policy in a European Context. *Journal of Drug Issues* 1999; 29 (3), 511-28
- Böllinger, L. German drug laws, supranational developments and constitutionality
<http://www.drugtext.org/library/articles/boll1.html> (acessado em 25/01/2004)
- Bueno R. Estratégias de Redução de Danos em Santos, SP. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. *Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

- Caiaffa W. Projeto AJUDE-BRASIL. Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos apoiados pela CN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Canadian Center On Substance Abuse – CCSA. Harm reduction: concepts and practice; 1996. <http://www.cssa.ca/docs/wgharm.htm> (acessado em 17/Nov/2001)
- Canadian Hiv/Aids Legal Network. Methadone maintenance treatment; 2002. <http://www.canadian-health-network.ca/> (acessado em 20/Jan/2004)
- Canadian Hiv/Aids Legal Network. Needle exchange programs; 2002a. <http://www.canadian-health-network.ca/> (acessado em 20/Jan/2004)
- Canadian Hiv/Aids Legal Network. Safe injection facilities; 2002b. <http://www.canadian-health-network.ca/> (acessado em 20/Jan/2004)
- Carvalho HE, Bueno R. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In: Mesquita F, Seibel S, organizadores. Consumo de drogas: desafios e perspectivas. São Paulo: Ed. Hucitec; 2000.
- Central Committee On The Treatment Of Heroin Addicts. Medical co-prescription of heroin two randomized controlled trials; 2002. <http://www.ccbh.nl/ENG/index.htm> (acessado em 10/Fev/2004)
- Centro Brasileiro De Informação Sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. Cocaína; 2004 www.aids.gov.br/drogas/material_educativo.htm (acessado em 16/Jul/2001)
- Centro Mineiro de Toxicomania, 2004. Opióides e outros analgésicos narcóticos. <http://www.cmt.mg.gov.br> (acessado em 03/Fev/2004)
- Cruz MS. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: Gilberta Acselrad. (organizadora). Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 2000.
- Cruz MS, Ferreira SMB. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In: Cruz MS, Ferreira SMB. Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: Ed. IPUB-CUCA; 2001.
- Cuellar AE, Markowitz S, Libby AM. Mental health and substance abuse treatment and juvenile crime. J Ment Health Policy Econ. 2004; 7(2):59-68
- Dolan K, Clement N, Rouen D, Rees V, Shearer J, Wodak A. Can drug injectors be encouraged to adopt non-injecting routes of administration (NIROA) for drugs? Drug Alcohol Rev. 2004; 23(3):281-6.
- Drucker E, Lurie P, Wodak A, Alcabes, P. Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programmes and methadone maintenance on the ecology of HIV. AIDS 1998, 12 (suppl A): s217-s230.
- Drugtext. The First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. <http://www.drugtext.org/library/articles/901606.html> (acessado em 25/Jan/2004)
- Drugtext Foundation. Amsterdam substance use related information. The Dutch approach to AIDS; 1995. <http://www.drugtext.org/> (acessado em 25/Jan/2004)

- Drugs & Hiv Monitoring Unit, MARHA. HIV infection among drug injectors in England; 1989. <http://www.drugtext.org> (acessado em 25/Jan/2004)
- Duncan DF, Nicholson T. Dutch Drug Policy: A Model for America . Journal of Health and Social Policy 1197; 8 (3) 1-15.
- Emmanuelli J. Harm reduction policy related to drug use: the needles exchange programs. Med Sci. 2004; 20(5):599-603.
- Erwing LR, Bastos FI. Redução de danos secundários ao consumo de drogas e assistência primária à saúde: a experiência de Porto Alegre. In: Acselrad, G, organizadora. Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000.
- European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addction - EMCDDA. Relatório anual sobre a evolução do fenômeno da droga na União Européia e na Noruega; 2003. <http://ar2002.emcdda.eu.int/pt/home-pt.html> (acessado em 03/Fev/2004)
- Flom PL, Friedman SR, Kottiri BJ, Neaigus A, Crtis R, Des Jarlais DC, et al. Stigmatized drug use, sexual partner concurrency, and other sex risk network and behavior characteristics of 18 to 24 year old youth in a high risk neighborhood. Sex. Transm. Dis 2001; 28(10): 598-607.
- Fortenberry J.D.; Orr, D.P.; Katz, B.P. et al. 1997. "Sex under the influence. A diary self-report study of substance use and sexual behavior among adolescent women". Sexually Transmitted Diseases 24(6):313-319
- Galea S, Ahern J, Vlahov D. Contextual determinants of drug use risk behavior: a theoretic framework. J Urban Health. 2003; 80(4 Suppl 3):iii50-8.
- IMESC. Redução de Danos; 2003. <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/redução.htm> (acessado em 20/Jan/2004)
- Fischer B. Drugs, communities, and "harm reduction" in Germany: the new relevance of "public health" principles in local responses. J Public Health Policy. 1995; 16(4):389-411.
- Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. AIDS. 2001; 15:1329-1341.
- Flom PL, Friedman SR, Kottiri BJ, Neaigus A, Crtis R, Des Jarlais DC, Sandoval M, Zenilman, JM. Stigmatized drug use, sexual partner concurrency, and other sex risk network and behavior characteristics of 18 to 24 year old youth in a high risk neighborhood. Sex. Transm. Dis 2001; 28(10): 598-607.
- Fromberg E. The ideologies behind harm reduction; 1995. <http://www.drugtext.org> (acessado em 20/Jan/2004)
- Grund JP. Les pratiques de prévention à Rotterdam: importance du changement sbculturel. La Revue Agora 1994; 31:69-79.
- Karam ML. Redução de danos, ética e lei. In: Sampaio CMA, Campos MA, organizadores. Drogas, dignidade & inclusão social. A lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: ABORDA; 2003.

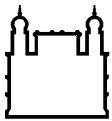
- Hahn JA, Vranizan KM, Moss AR. Who uses needle exchange? A study of injection drug users in treatment in San Francisco, 1989-90. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrivir* 1997; 15:157-164
- Leite MC. História da cocaína. In: Leite MC. *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1999.
- Leite MC, Segal AS, Cabral ACJ. Complicações médicas do consumo de cocaína. In: Leite MC. *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1999.
- Lurie P, Reingold AL, Bowser B, et al. *The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad*. San Francisco: University of California; 1993.
- Macdonald M, Law M, Kaldor J, Hales J, Dore G. Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission. *The international journal of drug policy* 2003; 14: 353-357.
- Magalhães M. *O narcotráfico*. São Paulo: Publifolha; 2000.
- Malta M, Pina MF, Bastos, FI. HIV/AIDS entre usuários de drogas na América Latina e Caribe. In: Cruz MS, Ferreira SMB. *Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos*. Rio de Janeiro: Ed. IPUB-CUCA; 2001.
- Mann JM. AIDS. The second decade: a global perspective. *J Infect Dis*. 1992;165(2):245-50.
- Marlatt GA. Tradução: Bueno D. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1999.
- Marques F. A importância da criação da ABORDA. In: Núcleo de Comunicação da ABORDA. *Boletim da Aborda*. Porto Alegre: Segrac; 1999.
- Marques F, Doneda D.. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques, LF *Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Mello A, Andrade T. *Redução de danos: princípios e práticas*. In: Pinheiro R, Silveira C, Guerra E, organizadores. *Drogas e AIDS: prevenção e tratamento*. Belo Horizonte: FHEMIG/Centro mineiro de Toxicomania; 2001.
- Mesquita, F. Dar oportunidade de vida ao Usuário de drogas Injetáveis – Polêmica Nacional. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. *Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Mesquita F, Bastos FI, organizadores. *Drogas e AIDS: estratégia de redução de danos*. São Paulo: HuteC; 1994.
- Mesquita F, Bueno R, Kral A, Reingold A, Lopes G, Haddad I et al. Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: Ministério da Saúde. *A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids*

- entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisas e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Metrebian N, Shanahan W, Wells B, Stimson GV. Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *Med J Aust.* 1998; 168(12):596-600.
- Ministério da Saúde. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/Aids. Manual de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Nadelmann E, Cohen P, Drucker E, Locher U, Stimson G, Wodak A. The Harm Reduction Approach To Drug Control: International Progress; 1994. <http://paranoia.lycaeum.org/war.on.drugs/debate/harm-reduction.html> (acessado em 25/Jan/2004)
- Nery A. Trabalhando com a comunidade. In: Cruz MS, Ferreira SM. Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: Ed. IPUB-CUCA; 2001.
- Nowlis HA. A verdade sobre as drogas. Rio de Janeiro: Ed. Ibesc/Uerj; 1975.
- Paulino C, Carvalho S. Agarrados à vida; 2000. <http://www.fcsh.unl.pt/cadeiras/ciberjornalismo/ciber2000/metadona> (acessado em 03/Fev/2004)
- Perreault M, Rousseau M, Mercier C, Lauzon P, Gagnon C, Cote P et al. Accessibility to methadone substitution treatment: the role of a low-threshold program. *Can J Public Health.* 2003; 94(3):197-200
- Ogborne A, Carver V, Wiebe J. Harm reduction and Injection Drug Use: an internacional comparative study of contextual factors influencing the development and implementation of relevant policies and programs; 2001. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatitis_c/pdf/harm_reduction_e/index.html (acessado em 21/Jan/2004)
- O'Hare P. Redução de Danos: alguns princípios e a ação prática. In: Mesquita F, Bastos FI. (organizadores). Drogas e Aids: estratégia de redução de danos. São Paulo: HUCITEC; 1994
- Olievenstein CA. Droga. São Paulo: Ed. Brasiliense; 1984.
- OMS. Harm Reduction Approaches to Injecting Drug Use. <http://www.who.int/hiv/topics/harm/reduction/en/> (acessado em 20/Set/2003)
- Peterson P, Dimeff L, Tapert S, Stern M, Gorman M. Redução de danos e prevenção de HIV/AIDS. In: Marlatt GA. tradução: Bueno D. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1999.
- Reale D. O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade [Dissertação de mestrado]. São Paulo: USP; 1997.
- Rede Brasileira de Redução De Danos – REDUC. A história da Redução de Danos. www.reduc.org.br (acessado em 06/Jan/2004)

- Rede Brasileira de Redução De Danos – REDUC(a). Estratégia de Redução de Danos. www.reduc.org.br (acessado em 06/Jan/2004)
- Rede Brasileira de Redução De Danos – REDUC(b). O que é Redução de www.reduc.org.br (acessado em 06/Jan/2004)
- Riley D. The harm reduction model: pragmatic approaches to drug use from the area between intolerance and neglect; 1994. <http://www.ccsa.ca/> (acessado em 21/Jan/ 2004)
- Riley D, O'hare P. Harm reduction: policy and practice. *Prevention Researcher* 2000; 7 (2): 4-8.
- Seymour, H. & Eaton, G., 1997. The Liverpool Model: a population based approach to harm reduction. 25/01/2004. <http://www.drugtext.org>
- Staub E. The roots of evil: social conditions, culture, personality, and basic human needs. *Pers Soc Psychol Rev.* 1999;3(3):179-92.
- Stimson GV. AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Soc Sci Med.* 1995; 41(5):699-716.
- Stöver H, Nelles J. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *The international journal of drug policy* 2003; 14: 437-444.
- Stimson, G. Tradução Bastos FI. A Aids e o uso de drogas injetáveis no Reino Unido, 1987-1993: as políticas públicas e a prevenção da epidemia. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Tapert S, Jason K, Quigley L, Larimer M, Roberts L, Miller E. Estratégia de Redução de Danos para o Uso e para o Abuso de substâncias ilícitas. In: Marlatt GA. Tradução: Bueno D. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1999.
- Tashkin DP. Evidence implicating cocaine as a possible risk factor for HIV infection. *Neuroimmunol.* 2004 Feb;147(1-2):26-7.
- Telles P. Breve histórico de redução de danos (RD) e relação entre drogas injetáveis e doenças. <http://www.diganaoasdrogas.com.br/artigo027.asp> (acessado em 25/01/2004)
- Thompson JC, Kao TC, Thomas RJ. The relationship between alcohol use and risk-taking sexual behaviors in a large behavioral study. *Prev Med.* 2005; 41(1):247-52
- Velho G. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: Zaluar A (organizadora). Drogas e Cidadania: repressão ou redução de risco. São Paulo: Brasiliense; 1994.
- Vester A. Tradução: Bastos, CA. Os Programas de Troca de Seringas em Amsterdã. In: Bastos FI, Mesquista F, Marques LF (organizadores). Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Vlahov D, Junge B. The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Rep.* 1998;113 (suppl 1):75–80.

- Watters JK, Estilo MJ, Clark GL, et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA*. 1994; 271:115–120.
- Wodak A. Methadone and heroin prescription: babies and bath water. *Subst Use Misuse* 2002; 37(4):523-31.
- Wodak A. Tradução: Bastos FI. Redução de Danos e Programas de Troca de Seringas. In: Bastos FI, Mesquista F, Marques LF (organizadores). Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, Li K, Kerr T, Hogg RS, Montaner JS, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help? *CMAJ* 2001; 165(4):405-10.
- Wright N, Tompkins C. Supervised injecting centres. *BMJ* 2004; 328:100-102
- Zaluar A. Introdução: Drogas e Cidadania. In: Zaluar A (organizadora). Drogas e Cidadania: repressão ou redução de risco. São Paulo: Brasiliense; 1994.
- Zago, J.A. Drogadição; um jeito triste de viver. *Informação Psiquiátrica* 1994; 13(4): 155-158.
- Zago, J.A. Drogadição, self, contos de fadas e recursos terapêuticos: um ponto de vista fenomenológico-existencial. *Informação Psiquiátrica* 1998; 17(2): 67-71.

Anexos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP

Parecer Nº 25/05

CAAE: 0078.0.031.000-05

Estudo: “Avaliação dos Programas de Redução de Danos no Brasil”

Pesquisadores: Elize Massard da Fonseca; MD, PhD José Mendes Ribeiro e
MD, PhD Francisco Inácio Bastos

Informações para Participantes do Questionário

Esse estudo faz parte de uma Pesquisa de Dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), no Rio de Janeiro, Brasil. O propósito desse estudo é de levantar informações sobre os Programas de Redução de Danos em funcionamento no Brasil. Pretendemos compreender melhor as características desses Programas e quais agentes e serviços têm apoiado as estratégias de Redução de Danos no país.

Seu programa foi selecionado através de uma listagem fornecida pela Associação de Redução de Danos de sua região e sua participação não é obrigatória. Caso você decida não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com esta instituição. Da mesma forma, a participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

A coleta de dados para este estudo será através de um questionário e levará aproximadamente 15 minutos. Serão feitas perguntas objetivas a um dos responsáveis pelo Programa de Redução de Danos, relacionadas aos usuários atendidos pelo programa, aos insumos disponíveis, ao financiamento, a gestão do programa e ao ambiente político e cultural.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Os resultados dessa pesquisa e as recomendações serão publicados em uma dissertação de mestrado e em conferências científicas nacionais e internacionais.

Caso você tenha alguma dúvida em relação a essa pesquisa, você pode contatar Elize Massard ou o Dr. Francisco Inácio Bastos da Fundação Oswaldo Cruz através do telefone: (21) 38653231 ou no endereço: Av Brasil, 4365 Biblioteca de Manguinhos, sala 229, Rio de Janeiro, Brasil. Você também pode contatar o Dr. José Mendes Ribeiro da Fundação Oswaldo Cruz através do telefone: (21) 2598-2562 ou no endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 9º andar, Rio de Janeiro, Brasil.

