



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

MARCIO ANTUNES DA SILVA

**DROGAS, AIDS E REDUÇÃO DE DANOS EM LONDRINA:
UMA AVALIAÇÃO EM CURSO**

Londrina
2006

MARCIO ANTUNES DA SILVA

**DROGAS, AIDS E REDUÇÃO DE DANOS EM LONDRINA:
UMA AVALIAÇÃO EM CURSO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Serviço Social e Política Social, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Ângela Silveira Paulilo

Londrina
2006

MARCIO ANTUNES DA SILVA

**DROGAS, AIDS E REDUÇÃO DE DANOS EM LONDRINA:
UMA AVALIAÇÃO EM CURSO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Ângela Silveira Paulilo
Universidade Estadual de Londrina

Prof.^a Dr.^a Leila Sollberger Jeolás
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Wiliam Siqueira Peres
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”

Londrina, 27 de Março de 2006.

A minha companheira e cúmplice Juliana, que durante o Mestrado cumpriu o papel de mãe e pai, nas minhas ausências... “Ainda lembro o que passou... Eu e você em qualquer lugar, dizendo onde você for eu vou” (Marisa Monte)

A meus amores, Gabriela e Enzo, que cotidianamente me ensinam a ser pai... “Pai e mãe, ouro de mina, coração, desejo e sina... Tocarei seu nome pra poder falar de amor” (Djavan)

Ao meu irmão Rodrigo, que conhece muito bem os amores e as dores da academia... “Porque é assim que é, renascendo da cinza, firme e forte, guerreiro de fé” (Brown)

Dedico essa Dissertação

Odeio os indiferentes.
Acredito que viver significa tomar partido.

Indiferença é apatia, parasitismo, covardia.
Não é vida.

Por isso, abomino os indiferentes.
Desprezo os indiferentes, também, porque
me provocam tédio as suas lamúrias de
eternos inocentes.

Vivo, sou militante.
Por isso, detesto quem não toma partido.

Odeio os indiferentes.

Antônio Gramsci

AGRADECIMENTOS

A todas as companheiras de Mestrado da turma 2004. Um registro especial fica para as amigas Edsônia Jadma, Sandra Cordeiro e Cristina Coelho. Começamos a sonhar esse projeto juntos.

Aos meus pais, Antunes e Lin, que continuam me apoiando e torcendo por mim.

Suas orientações são muito importantes na minha vida. Amo vocês!

Ao amigo e sogro Paulo Lopes. Entre um jogo do Corinthians, um almoço de família, um bate-papo ou uma viagem, seu incentivo, apoio e orientações sempre foram fundamentais. Obrigado!

À amiga e sogra Márcia Helena que, mesmo longe, esteve sempre ao meu lado, disponibilizando livros, trocando idéias, incentivando, cuidando das crianças e, principalmente, sendo um grande exemplo de força e ética profissional. Muito obrigado mesmo!

Ao Senhor Antônio Coca que, no auge dos seus quase oitenta anos, sempre compartilhou sua experiência, dando lição de vida. Também à Dona Irene, por sua torcida, carinho e cuidados tão especiais.

À Dona Geraci, por tudo o que tem feito por mim e por minha família. Fica até difícil descrever seu apoio, tão grande ele é. Obrigado do fundo do meu coração!

À família que me acolheu: Betão, Marilda, Clarissa, Carolina, Marina, Ivan e Ana.

Obrigado por todo o amor dedicado à minha família!

Aos meus queridos cunhados Rafael, Mariana, Ana Paula e Okçana que torceram por mim e me apoiaram. Agradeço especialmente à Oki, que dividiu sua experiência de Mestre comigo.

À Natália, criança que amamos, que está crescendo junto com meus filhos e sendo o exemplo de “prima mais velha”.

Aos meus tios e amigos Rogério e Elisa, que mesmo bem longe ainda assim estiveram ao meu lado.

A meus parentes paulistanos: Vó Maria, Vô Antônio, Tio João, Tia Alice, Tia Cida, Tio Romeu, Rodrigo, Rafael, Mateus, Fernanda e Same. Obrigado pela torcida!

À Nena, com quem há anos tenho o prazer de conviver. Obrigado pela amizade e, é claro, pelo “consórcio” dos livros. Um abraço também fica para Mara, que está junto nessa caminhada.

Aos meus amigos Vinícius, Fernando, Raphael, Nádia e Fernanda, que trazem alegria para dentro da minha casa. Amo vocês!

Aos meus grandes amigos Fábio, Laura, Gabi e Ana Clara, com quem tenho o imenso prazer de compartilhar o cotidiano. Vocês formam uma linda e forte família, da qual me sinto parte. Obrigado por “aparecerem” em minha vida.

Ao meu amigo, primo e irmão Daniel, sempre preocupado comigo. E ao meu também “irmão da vida”, palmeirense, Edu que, na sua correria, sempre encontrou tempo para dar atenção à minha família.

Aos camaradas que também conviveram comigo nesse período de Mestrado:

Vinícius Cocada, Laressa, Dolores, Alexander e Regiane.

À Juliana, que trabalha em minha casa, por cuidar carinhosamente dos meus filhos.

Às minhas companheiras de profissão: Márcia Pastor, Maria Luiza, Jolinda, Cássia, Sandra Nishimura, Sâmia, Adriana, Marcelle, Gisele, Luziele Tapajós, Neusa Tiba, Diva, Silvana, Nívia, Carlos, Paulo, Denise e Tânia.

À diretoria e funcionários do CRESS 11a. Região – Seccional Londrina, que me apoiaram.

Aos colegas de Departamento de Serviço Social da UEL.

Ao pessoal da ALIA, especialmente ao Roni, pelo apoio dado no momento de selecionar a documentação analisada.

Ao Francisco, secretário do Mestrado, Elisa e Simone, secretárias do Departamento de Serviço Social da UEL, pelo apoio nesses dois anos.

À minha orientadora Maria Ângela, pessoa com a qual pude conviver nesses dois últimos anos e estabelecer uma relação de respeito e amizade. Gostaria de dizerlhe que fiquei muito feliz e honrado por ter sido seu orientando, colega de

trabalho e aluno. Obrigado por me acompanhar integralmente, fator decisivo para concluir essa dissertação. Obrigado também pelos livros e textos emprestados.

Gostaria de agradecer a Prof.^a Dr.^a Leila Sollberger Jeolás e o Prof. Dr. William Siqueira Peres, que participaram da minha banca de qualificação, e muito contribuíram com suas argüições, sugestões e indicações bibliográficas.

A equipe do Centro Regional de Assistência Social – CRAS Sul A, de Londrina.

À CAPES, pela bolsa.

E a todos aqueles que me incentivaram, apoiaram, torceram por mim, e eu, ingrato que sou, esqueci de nominar nestes agradecimentos!

SILVA, M. A. **Drogas, Aids e Redução de Danos em Londrina**: uma avaliação em curso. 2006. 129f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2006.

RESUMO

O presente estudo buscou avaliar, a partir de uma análise documental, o monitoramento do Ministério da Saúde para o projeto de redução de danos da Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids – ALIA, tendo como material analisado os seus instrumentos de registro de informações denominados relatórios de progresso e técnico-narrativo. Buscou também fazer uma avaliação de eficácia sobre as ações do projeto, que visa, do ponto de vista da saúde, atender usuários de drogas sem exigir a abstinência do uso. Construimos um referencial teórico sobre as drogas e suas implicações, e ainda abordamos as políticas sociais públicas, especialmente as de atendimento aos usuários de drogas. Como procedimento metodológico, construimos eixos para a análise, baseados nos documentos estudados. A síntese final aponta para importância da implantação de ações de prevenção e controle à aids.

Palavras Chave: Drogas. Aids. Redução de Danos. Políticas Sociais.

SILVA, M. A. **Drugs, Aids and Harm Reduction in Londrina**: an evaluation in course. 2006. 129f. Dissertation (Master's degree in Social Work and Social Policy) – State University of Londrina, Londrina. 2006.

ABSTRACT

The present study it searched to evaluate, from a documentary analysis, the accompaniment of the Health department for the project of harm reduction of the Aids Interdisciplinary Londrinense Association – AILA, having as material analyzed its instruments of register of called information reports of progress and techniciannarrative. It also searched to make a effectiveness evaluation on the actions of the project, that it aims at, of the point of view of the health, to take care of users of drugs without demanding the abstinence of the use. We construct to a theoretical reference on the drugs and its implications, and still we approach social the politics public, especially of customer service of drugs. As methodology, we construct axles for analyzes, established in studied documents. The final synthesis points with respect to importance of the implantation of action of prevention and has controlled to the aids.

Keywords: Drugs. Aids. Harm Reduction. Social Policies.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABORDA** – Associação Brasileira de Redutores de Danos
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ALIA** – Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids
- ANEPS** – Associação Nacional de Educação Popular em Saúde
- BCG** – Bacilo de *Calmette-Guérin* – vacina contra tuberculose
- CETAD** – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
- CD4** – Células do sistema imunológico
- CNDSTAIDS** – Coordenação Nacional de DST e aids
- COMAD** – Conselho Municipal Anti Drogas
- DST** – Doenças sexualmente transmissíveis
- FARC** – Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia
- HIV** – Vírus causador da aids
- LSD** – *Lysergsanredianthylamid* – droga sintética perturbadora do sistema nervoso
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONG** – Organização Não Governamental
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PRD** – Projeto de Redução de Danos
- PT** – Partido dos Trabalhadores
- RD** – Redução de Danos
- RELARD** – Rede Latino-Americana de Redução de Danos
- REDUC** – Rede Brasileira de Redução de Danos
- REPARE** – Rede Paranaense de Redutores de Danos
- SENAD** – Secretaria Nacional Anti Drogas
- SIDA** - Sigla, em francês, espanhol e português, correspondente a aids
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UD** – Usuário de Drogas
- UDI** – Usuários de Droga Injetável
- UFBa** – Universidade Federal da Bahia
- UNDCP** – Fundo das Nações Unidas para o controle internacional de drogas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CAPÍTULO I - DROGAS: A BUSCA DO PRAZER	20
2.1 AS DROGAS EM UMA ABORDAGEM HISTÓRICA	20
2.2 PROIBIR, DESCRIMINALIZAR OU LEGALIZAR?	26
2.3 DROGAS E AIDS.....	32
3 CAPÍTULO II - POLÍTICAS SOCIAIS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS	37
3.1 AS POLÍTICAS SOCIAIS E O NEOLIBERALISMO	37
3.2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	45
3.3 A POLÍTICA DE DROGAS	48
3.3.1 A Política de Redução de Danos.....	50
3.3.2 A Implantação do Projeto de Redução de Danos em Londrina.....	57
4 CAPÍTULO III - REFLETINDO A REDUÇÃO DE DANOS	63
4.1 INDICADORES DE PROGRESSO	64
4.1.1 Acesso, Campos Trabalhados e Ações Desenvolvidas	65
4.2 PRIORIDADES PLANEJADAS E SUA EXECUÇÃO	70
4.3 FATORES QUE FACILITARAM E DIFICULTARAM A EXECUÇÃO DO PROJETO	72
4.4 SOROPREVALÊNCIA DO HIV ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS	74
4.5 COERÊNCIA, COMPATIBILIDADE E ADEQUAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS	77
4.6 INTERFACE COM A POLÍTICA DE SAÚDE	81
5 SÍNTESE CONCLUSIVA	83
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS	98
Anexo I - Modelo do Relatório de Progresso, Projeto Inicial e Projeto Atual	99

Anexo II - Documentos Analisados 125

Anexo III - Sítios Visitados 127

1 INTRODUÇÃO

A epidemia de aids agravada pelas conseqüências do uso de drogas tem trazido especial preocupação para pesquisadores e gestores de políticas sociais. Dados epidemiológicos em vários países, como a Itália e a França, que não adotaram estratégias preventivas, como por exemplo, as ações de redução de danos, mantém índices de soroprevalência para o HIV (vírus da imunodeficiência humana – causador da aids) entre usuários de drogas injetáveis em 60% dos casos (Mesquita & Ribeiro, 1998: p. 61-75). Esses dados demonstram que o uso de drogas está intimamente relacionado com a aids, registrando-se sempre altos índices de soroprevalência para essa categoria de exposição ao HIV na ausência de políticas públicas específicas. Uma das respostas a esse problema, encontrada no campo das políticas sociais, tem sido o projeto de redução de danos, que consistem em reduzir os riscos causados pela droga, sem que necessariamente tenha-se que parar de fazer seu uso.

Na cidade de Londrina, em 2001, implantou-se um projeto de redução de danos, pois o município registrava naquele período um aumento significativo dos casos de aids relacionados a usuários de drogas¹. Por iniciativa da ALIA – Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, o Ministério da Saúde aprovou o financiamento do projeto de redução de danos, que teve como objetivo reduzir a infecção de HIV entre usuários de drogas injetáveis e sua rede social, que consiste em familiares e/ou relações esporádicas. Este projeto, iniciado em 2001, encontra-se hoje em sua quinta etapa de execução.

O interesse em pesquisar sobre a redução de danos se deu em decorrência da experiência por nós vivenciada por um período de dois anos na coordenação da implantação desse projeto de redução de danos da ALIA, quando pudemos, de forma mais intensa, nos aprofundar no debate sobre drogas e aids. Destacamos que o objetivo inicial do projeto era o de atuar entre usuários de drogas injetáveis e sua rede social, para evitar a infecção pelo HIV / aids. Posteriormente, as ações de prevenção com usuários de outros tipos de drogas

¹ ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. Projeto de Implantação de Redução de Danos entre Usuários de Drogas Injetáveis. Londrina, 2001.

também foram incluídas entre as atividades do projeto, como por exemplo, os usuários de *crack* e usuários de álcool.

Participamos, nesse período, em diversos seminários, treinamentos, mesas redondas e discussões sobre a implantação deste e de outros projetos de redução de danos no Estado do Paraná, nos municípios de Lapa, Paranaguá, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Cascavel e Curitiba, com o objetivo de capacitar a equipe do projeto de redução de danos no planejamento e na execução das ações de redução de danos.

A experiência vivenciada na ALIA nos levou a eleger para objeto de nossa dissertação de Mestrado as condições do monitoramento desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o controle do andamento do projeto e dos recursos financiados, especificamente por meio do instrumento instituído pelo próprio Ministério, denominado relatório de progresso, e conseqüentemente, uma avaliação de eficácia do projeto. Os objetivos de nosso trabalho são: analisar as formas de monitoramento, controle e avaliação utilizados pelo Ministério da Saúde sobre as ações do projeto de redução de danos; estimar a eficácia do projeto; examinar a integração do projeto de redução de danos à rede de serviços sociais; e comparar as diretrizes propostas pela política de saúde e sua operacionalização pelo projeto de redução de danos. A política de redução de danos surgiu nos anos oitenta, dentre as demais políticas sociais, como proposta de intervenção junto a usuários de drogas injetáveis, com o objetivo específico de diminuição da soroprevalência do HIV entre esses usuários. Observa-se, atualmente, um movimento em curso, advindo de alguns projetos de redução de danos financiados pelo Ministério da Saúde e de grupos de usuários de drogas para que a questão do “uso de substâncias ilícitas” seja discutida no âmbito das políticas sociais e para a construção de um sistema sócio jurídico atualizado, que contemple a descriminalização de alguns tipos de drogas como, por exemplo, a maconha. Pode-se creditar a esse movimento um protagonismo reivindicatório no campo de atuação dos usuários de drogas.

Munidos desse conhecimento e experiência, esperamos produzir uma dissertação de Mestrado que possa promover dentro da comunidade acadêmica, o debate e a reflexão a partir da análise de um prisma diferenciado sobre a questão das drogas, hoje tipificadas como ilícitas. Esse olhar diferenciado sobre a questão das drogas significa entender o usuário de drogas como sujeito de

direitos, ser autônomo e com plenas condições de assumir o controle do uso dessas substâncias.

Conforme já apresentamos, coordenamos a implantação do projeto de redução de danos na ALIA, com recursos financiados pelo Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST e Aids (CNDSTAIDS) e UNDCP (órgão da ONU para o controle internacional de drogas). Participamos de todo o processo de mediação com a CNDSTAIDS para a liberação dos recursos, assim como da seleção da equipe de trabalho. Participamos ainda de diversos encontros e capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde (PR), como por exemplo, o III Treinamento Nacional de Redutores de Danos da ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos, do I Treinamento de Redução de Danos do Estado do Paraná da Secretaria de Estado da Saúde e da Arena de Redução de Danos do Ministério da Saúde. A participação nesses eventos teve como objetivo principal a aproximação da equipe da ALIA com a estratégia de redução de danos, assim como a aprendizagem desse novo tema.

Após esse período, iniciamos no município de Londrina as atividades do projeto sem, no entanto, fazer disponibilização de equipamentos de prevenção, pois os órgãos de segurança pública entenderam que a disponibilização de seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis estaria tipificada como tráfico de drogas, a partir da análise embasada na Lei anti-tóxicos, a Lei 6368/1976. Expusemos a proposta e promovemos debates junto à rede de serviços sociais, com o gestor da política municipal de Saúde, com o Ministério Público, com as polícias civil e militar, com a Câmara Municipal de Londrina e demais órgãos representativos, com o objetivo de buscar apoio para o projeto de redução de danos.

Fruto dessa articulação, elegemos como estratégia fundamental para a execução das atividades, a necessidade de ter um respaldo legal para a atuação dos agentes de saúde / redutores de danos. O passo seguinte foi enviar à Câmara Municipal de Londrina, uma proposta de lei na qual a redução de danos fosse contemplada. Houve grande divulgação do projeto de lei, sendo que alguns vereadores de origem religiosa carismática ou pentecostal, colocaram-se contra a proposta, baseando seu discurso em argumentos discriminatórios, como o de que o Estado não poderia incentivar o uso de drogas através da distribuição de seringas e agulhas descartáveis. Houve também muita pressão de grupos organizados, que ocuparam as galerias da Câmara de Vereadores nas duas sessões deliberativas em

que o projeto foi discutido, reivindicando a sua aprovação. Após amplo debate, os vereadores do município de Londrina unanimemente aprovaram a Lei Municipal n.º 8.694, de 14 de janeiro de 2002, que dispõe sobre atividades de redução de danos entre usuários de drogas visando a diminuir a transmissão de doenças e da síndrome da imunodeficiência adquirida e dá outras providências, autorizando o projeto de redução de danos a disponibilizar os equipamentos de proteção e prevenção ao HIV / aids. A lei foi proposta via gabinete da então vereadora Márcia Lopes (PT), que se dispôs a apresentar o projeto de lei. Porém na aprovação da lei, todos os vereadores apareceram como co-autores da lei.

Segundo WODAK (1998), a redução de danos é uma tentativa de minimizar as conseqüências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e de seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, diminuir ou eliminar o consumo. O objetivo principal de uma abordagem pautada na redução de danos é, como o próprio nome diz, reduzir o dano do uso ou do abuso de drogas. Para tanto, faz-se necessário olhar para o usuário como sujeito de direitos.

De acordo com o relatório da comissão para a estratégia nacional de combate à droga (Brasil, 1998), a expressão inglesa *harm reduction* ou redução de danos em português, surgiu na Holanda e referia-se a uma nova estratégia de intervenção com usuários de drogas, complementar às de prevenção, tratamento e reinserção social. A redução de danos é vista como um avanço na atenção e no tratamento ao usuário de drogas, uma vez que, sem implicar em qualquer carga moral relacionada ao consumo de drogas, procura agir sobre os problemas decorrentes de seu uso, protegendo a saúde pública, a sociedade e o próprio usuário. Para a proposta de redução de danos, a questão do uso de drogas não está focalizada somente na droga, mas na administração e no controle que o usuário faz dela, e nos seus possíveis danos. Pensar a prevenção à aids, sem considerar que, no caso das drogas endovenosas, existe o compartilhamento de seringas, é um grande equívoco, pois a falta de seringas e agulhas estéreis disponíveis tem sido um dos fatores que levam ao reaproveitamento de equipamentos infectados.

Com relação aos resultados, esperamos que esta pesquisa possa contribuir, não apenas para as propostas da intervenção direcionadas a usuários de drogas, mas seja também utilizada na área de saúde, no que tange à relação entre os profissionais e os usuários, os últimos entendidos como sujeitos de direito.

Para o desenvolvimento da nossa pesquisa, utilizamo-nos da análise documental, com o objetivo de verificar o monitoramento e o controle que o Ministério da Saúde fez do projeto em curso, tendo como documentos o instrumento de monitoramento do Ministério, no caso, o relatório de progresso, e o relatório técnico-narrativo, proposto e elaborado pela ALIA, de forma a completar o relatório de progresso. A partir das tabelas do relatório de progresso, e do conteúdo do relatório técnico-narrativo pretendemos ainda fazer uma avaliação de eficácia do projeto.

No primeiro capítulo fizemos uma revisão histórica das drogas, classificando-as como perturbadoras, estimulantes e depressoras do sistema nervoso central. Introduzimos também uma discussão sobre o sistema sóciojurídico a que estão sujeitos os usuários de drogas no Brasil, problematizando a discussão sobre qual seria o sistema sócio-jurídico adequado para tal questão. Ainda no primeiro capítulo, tratamos da interface entre drogas e aids, seus estereótipos e as estatísticas de soroprevalência para o HIV entre usuários de drogas.

No segundo capítulo, abordamos o conteúdo das políticas sociais em tempos de neoliberalismo, apontando para a precariedade com que essas são implementadas e executadas atualmente, inclusive no Brasil. Brevemente apresentamos a construção da política de saúde no Brasil, e discutimos a política social específica para a questão drogas no Brasil, dando ênfase para a redução de danos e a apresentação do projeto redução de danos da ALIA.

No terceiro capítulo, apresentamos a análise dos dados coletados. Nosso objeto de estudo foi a avaliação do controle e monitoramento do projeto de redução de danos da ALIA realizado pelo Ministério da Saúde para projetos financiados, e uma avaliação de eficácia do projeto. Nosso pressuposto inicial foi de que os instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde eram insuficientes para mensurar as atividades de todos os projetos financiados. Essa análise foi feita a partir dos relatórios de progresso e técnico-narrativo. Entendemos que esta forma distante de monitoramento pode deixar, inclusive, margem para fraudes. No que se refere à operacionalidade, viabilidade e eficácia, esperamos que a partir das análises do relatório técnico-narrativo possamos avaliá-las.

O período que foi analisado vai desde a implantação do projeto até 2005, ou seja, de 15/02/2001 à 31/12/2005. Nesse período, o projeto foi prorrogado, por meio de termo de aditamento, por cinco vezes, contabilizando sete volumes de

relatórios, conforme as datas que seguem: 15/02/2001 à 15/02/2002; 16/01/2002 à 31/10/2002; 1/11/2002 à 30/06/2003; 30/06/2003 à 31/12/2003; 01/01/2004 à 30/09/2004; 30/09/2004 à 31/12/2004; e 01/01/2005 à 31/12/2005, cobrindo o período de 58 meses.

De acordo com Marino (2003), existe uma relação cooperativa entre os envolvidos de um projeto, ou seja, entre quem financia e quem executa. O autor também afirma que avaliação se faz em um processo, o que pode reforçar nosso pressuposto de que os instrumentos de acompanhamento que o Ministério da Saúde utiliza, não são capazes de dar conta do desenvolvimento do projeto, de sua maior ou menor adequação em termos de procedimentos de intervenção, do alcance de seus resultados e das razões que o tornaram mais próximos ou mais distantes dos objetivos inicialmente previstos. Nossos objetivos principais se constituem, portanto, em analisar as formas de monitoramento, controle e avaliação utilizados pelo Ministério da Saúde sobre as ações do projeto de redução de danos; estimar a eficácia do projeto; examinar a integração do projeto de redução de danos à rede de serviços; e comparar as diretrizes propostas pela política de saúde e sua operacionalização pelo projeto de redução de danos.

A pesquisa teve caráter documental e os documentos selecionados para a análise foram todos os relatórios enviados da ALIA para o Ministério da Saúde, no período mencionado. Nesses relatórios constam as prestações de contas financeiras, os relatórios de progresso e os relatórios técnico-narrativos, extratos bancários, recibos de prestação de serviços, correspondências enviadas e recebidas, relatórios de campo, textos produzidos pelos agentes de saúde – redutores de danos e outros anexos. Como nosso interesse foi avaliar o monitoramento do Ministério da Saúde sobre os projetos financiados, e a eficácia do projeto, optamos por analisar somente a documentação exigida pelo financiador e proposta pela ALIA, ou seja, os relatórios de progresso, juntamente com os relatórios técnico-narrativos. Todos os outros documentos, como por exemplo, as correspondências recebidas e enviadas, foram enviados ao Ministério da Saúde pela ALIA como anexos. Ainda como apoio para nossa análise, estaremos utilizando o Projeto de Redução de Danos, em todas as suas reformulações (2001, 2002, 2003, 2004 e 2005).

O relatório de progresso apresenta várias tabelas, tais como: objetivos específicos, resultados esperados, atividades e resultados obtidos; perfil

das ações desenvolvidas; indicadores de progresso; atividades não previstas e realizadas, justificativa das atividades realizadas; atividades previstas não realizadas, justificativa das atividades não realizadas; dificuldades encontradas, sugestões e comentários. O relatório técnico-narrativo constitui-se em um relatório de atividades, sem um modelo próprio adotado pela coordenação.

Estes dados foram adensados em dois grupos: grupo 1 – relatório de progresso; e grupo 2 – relatório técnico-narrativo. O grupo um, tem como objetivo avaliar o monitoramento do Ministério da Saúde a partir do instrumento relatório de progresso. O grupo dois, tem como objetivo uma avaliação qualitativa, ou seja, o de mensurar a eficácia do projeto de redução de danos. Apresentamos então os dois grupos de dados para a análise:

Grupo Um: Relatório de Progresso

- 1) Indicadores de Progresso;
- 1.1) Acesso, Campos Trabalhados e Ações Desenvolvidas;
- 2) Prioridades Planejadas e sua Execução;
- 3) Fatores que Facilitaram e Dificultaram a Execução do Projeto;

Grupo Dois: Relatório Técnico-Narrativo

- 4) Soroprevalência do HIV entre Usuários de Drogas;
- 5) Coerência, Compatibilidade e Adequação das Estratégias;
- 6) Interface com a Política de Saúde;

A síntese conclusiva aponta para a necessidade de aprofundar o tema redução de danos em âmbito acadêmico. Pesquisar sobre drogas exercitando uma visão diferenciada sobre as mesmas, com o menor juízo de valor possível, foi um grande desafio. As dimensões globais relacionadas a conjuntura das drogas exige também uma aproximação da área acadêmica com o tema, ainda em estágio embrionário. Ao final, avaliamos que os instrumentos de registro de informações deram ao Ministério da Saúde condições para avaliar a eficácia do projeto de redução de danos. Enfim, consideramos ainda como positivo a inclusão de usuários de drogas no campo das políticas sociais entendidos como sujeitos de direitos.

2 CAPÍTULO I - DROGAS: A BUSCA DO PRAZER

Versos Íntimos

Vês?! Ninguém assistiu ao formidável
Enterro de tua última chimera
Somente a Ingratidão – esta panthera –
Foi tua companheira inseparável
Acostuma-te à lama que te espera!
O Homem, que, nesta terra miserável
Mora, entre feras, sente inevitável
Necessidade de também ser fera.
Toma um phosphoro. Accende teu cigarro!
O beijo, amigo, é a vespera do escarro,
A mão que te affaga é a mesma que apedreja.
Si a alguém causa inda pena a tua chaga,
Apedreja essa mão vil que te affaga,
Escarra nessa bocca que te beija!

Augusto dos Anjos

2.1 AS DROGAS EM UMA ABORDAGEM HISTÓRICA

A relação que homens e mulheres estabeleceram no curso da história da humanidade com substâncias que alteram a percepção, os sentidos, o raciocínio e proporcionam algum tipo de prazer, vem sendo estudada incansavelmente pela ciência, sob diversos aspectos, sejam eles clínicos, biológicos, econômicos e/ou sociais. Bucher (1992), afirma que consumir drogas corresponde a uma prática humana milenar e universal, sendo impossível encontrar uma sociedade sem drogas. O autor exemplifica sua afirmativa enfatizando que quando a droga era usada em grupos como, por exemplo, os *hippies*, na década de sessenta, apresentava-se como um elemento de socialização. Quando juntos esses sujeitos experimentavam novas sensações e chegavam a novas percepções do mundo, da vida e do auto-conhecimento.

A introdução da *Cannabis sativa*, popularmente conhecida como maconha, na vida cotidiana dos homens, se deu por meio da obtenção de fibras da planta para a produção de tecidos e também pelo seu consumo como alimento. A planta é originária da Ásia, e acredita-se que é consumida pela humanidade há pelo menos dez mil anos. Desse consumo, se dá a descoberta de suas propriedades alucinógenas. Tais propriedades têm influenciado algumas culturas como, por exemplo, a hindu. A utilização da planta em rituais religiosos garante seu respeito e

sua aceitação pela sociedade. Entre os mulçumanos, a droga tem também grande aceitação. Uma das prováveis hipóteses dessa aceitação entre os mulçumanos, é a proibição, pelo Alcorão, (livro sagrado mulçumano) da utilização de bebidas alcoólicas (Masur e Carlini, 1993). Nesse caso, a maconha substituiria os efeitos provocados pelo álcool. Outras culturas utilizaram maconha como medicamento. Ainda de acordo com Masur e Carlini (1993), a maconha foi prescrita nos Estados Unidos da América por médicos, como por exemplo, o Dr. Froonmuller, médico que utilizou a droga em mais de dez mil pacientes e escreveu em 1860:

De todos os anestésicos existentes, a maconha (Indian hemp) é aquele que produz um narcotismo mais próximo do sono natural, sem causar qualquer excitação extraordinária dos vasos, ou qualquer suspensão das secreções, e onde não há o medo de reações perigosas e paralisia consecutiva. (Froonmuller, 1860 apud: Masur e Carlini, 1993:83).

No fim do século XIX e início do século XX, o uso medicinal da maconha começou a ser banido e seu uso não medicinal passou a ser visto como algo que desabonasse o caráter da pessoa. Foi comparada aos opiáceos, que causam dependência física e mental severas. A partir de então, quase todo o mundo ocidental proibiu o uso recreativo da maconha. A ciência inclusive ajudou a criar no imaginário ocidental o suposto valor negativo que a maconha hoje apresenta. Para exemplificar essa afirmativa, no VII Congresso Latino Americano de Farmacologia, realizado em São Paulo, em 1978, um autor, não nominado, publicou o livro: *Marihuana – yerba maldita* que, de acordo com Masur e Carlini (1993), associava droga e homossexualidade, conforme o relato:

A marihuana e o homossexualismo. Que tal uma combinação de homossexual e viciado em marihuana (marihuano)? Algo terrível! Verdade? Indigno, sujo e baixo! Desafortunadamente, muitos homossexuais são grandes consumidores de narcóticos e marihuana. E sob a sua ação cometem os mais atrozes atentados contra o indivíduo e a integridade de seu sexo, sem que existam barreiras de idade, hora e lugar. A maconha, com seus efeitos embriagantes e narcóticos, permitiu-lhes levar sua ação junto a adolescentes, aos quais incitam a fumar a planta e, uma vez viciados na erva, obrigam a ser seus concubinos. O adolescente maconhado e estimulado ao homossexualismo começa a se vestir escandalosamente e a usar roupas impróprias ao seu sexo. (Apud: Masur e Carlini, 1993:84-85).

Com relação ao exposto, podemos afirmar que nem sempre a ciência tem se colocado em uma postura de vanguarda, e que neste caso, apresentou uma postura completamente equivocada, anti-ética, discriminatória que em nada contribuiu para sua própria evolução histórica. A homofobia explicitada nesse documento, associada a uma informação estereotipada sobre o uso da maconha, contribuiu para a criação de mitos negativos.

Segundo Bucher (1995), a maconha favorece a introspecção e o desligamento do mundo externo. A chamada síndrome amotivacional, ou seja, aquela que não motiva, é provocada pelo seu uso intensivo e prolongado, prejudicando o relacionamento social de seu usuário.

Poderíamos afirmar que a maconha é uma droga de menor poder ofensivo. A manutenção de sua proibição traz ao Brasil e a todos os países que mantêm a política proibicionista, gastos na cifras de milhões de dólares (Karam, 2003). Conforme Masur e Carlini (1993), alguns estados dos Estados Unidos da América descriminalizaram o uso da maconha. No Estado da Califórnia, há pelo menos uma década e meia, os levantamentos sobre as conseqüências da descriminalização apontaram que não houve aumento no uso da droga ou da criminalidade e, em contrapartida, diminuíram drasticamente as prisões de jovens, garantindo a este Estado, uma economia anual de cem milhões de dólares de gastos com o Poder Judiciário.

Registros dão conta que a *Cannabis* pode ter sido introduzida no Brasil por africanos escravizados, especialmente por serem utilizados até os dias de hoje termos angolanos para indicar a droga, como *diamba*, *liamba* e fumo-deangola (MacRae & Simões, 2003). Com a abolição da escravatura, ela foi considerada o ópio de pobre, pois era muito utilizada por negros que viviam nos quilombos. Sua proibição no Brasil aconteceu em 1936 sob forte campanha racista, declarando sua origem africana.

A maconha é uma droga classificada pela ciência como perturbadora do sistema nervoso central. O principal efeito das drogas perturbadoras é provocar alterações no funcionamento cerebral. Essas alterações se manifestam como alucinações, delírios ou ilusões. Também são drogas consideradas perturbadoras: a mescalina, um alucinógeno sintetizado de um cacto na região da América Central e México; o ecstasy, um sintético em forma de comprimido, com efeito duradouro e semelhante à mescalina; os anticolinérgicos naturais e sintéticos, ambos extraídos

de plantas do gênero *Datura*, cujos efeitos são alucinações prolongadas; e os alucinógenos indólicos, que podem ser sintéticos como, por exemplo, o LSD, e naturais como, por exemplo, alguns cogumelos consumidos em forma de chá.

Já a cocaína é uma droga classificada como estimulante. A folha de coca é consumida pelos homens há pelo menos cinco mil anos, originado-se de regiões andinas na América do Sul, cujo nome científico é *Erythroxylon coca*. Ela difundiu-se especialmente entre as civilizações incas, que acreditavam ser a folha da coca um presente deixado na Terra por deuses, para que os homens pudessem superar a fome e a fadiga, podendo assim trabalhar com mais vigor e intensidade, evitando o cansaço excessivo, acelerado em razão dos altos níveis geográficos da região e conseqüentemente, de uma diminuição na quantidade de oxigênio na atmosfera. O uso da folha da coca foi incentivado pela Igreja Católica, na colonização das Américas, conforme o relato de Cruz:

Utilizada pelos incas, por seus efeitos estimulantes, a folha da coca era considerada um presente divino e usada por sacerdotes em rituais religiosos e por toda a comunidade em atividades rotineiras, há pelo menos 1500 anos. Seu uso foi banido pelos conquistadores espanhóis, mas logo descobriram que era difícil sujeitar os incas ao trabalho escravo sem o uso da coca. A Igreja Católica passou, então, a cultivá-la e se tornou sua maior produtora. (Cruz, 1996:25).

Nesse período das invasões européias na América Latina, os exploradores portugueses e espanhóis levaram a folha de coca para a Europa, onde se difundiu o seu uso como “vinho de coca”, preparado com folhas da planta amassadas e fermentadas. A aristocracia européia experimentou a bebida, como nos mostram Masur e Carlini (1993):

Foi um verdadeiro modismo, elegante mesmo, o uso desse vinho. As mais altas autoridades da Europa, príncipes e reis, primeiros-ministros, nobres, etc., eram os principais apreciadores. Houve até um papa que agraciou com uma medalha o principal fabricante desse vinho. (Masur e Carlini, 1993:47).

Das folhas da coca, um químico alemão obteve sua forma mais conhecida nos dias atuais: o pó. No processo de refinamento, a folha de coca é

macerada e misturada com água e bicarbonato de sódio e, na seqüência, extraída com um solvente, que pode ser gasolina ou querosene. Depois desse procedimento inicial, utiliza-se ácido sulfúrico e aguarda-se a secagem. Nesse estágio, a cocaína ainda mantém muitas impurezas. São então utilizados outros solventes como a acetona e o éter. O tratamento final é feito com ácido clorídrico, chegando-se à forma de um pó branco, muito fino e ativo. A principal via para a utilização dessa substância é a aspirada. A cocaína refinada é bem mais recente, datada do final do século XIX. E a Europa encantou-se com o novo produto, graças também a um dos maiores entusiastas da cocaína, o psicanalista Sigmund Freud.

Segundo Sissa (1999), Freud estudou a estrutura de euforia e prazer proporcionada pela cocaína experimentando-a e classificando-a como *quebradora de inquietação* por ser altamente eficiente no sentido de corresponder à tendência humana ao prazer. O ícone da psicanálise foi um usuário contumaz de cocaína e divulgou os resultados de suas freqüentes sessões de uso, inclusive prescrevendo a droga para seus pacientes em seu consultório para uso medicinal, no tratamento de distúrbios digestivos, caquexia, desintoxicação de morfinômanos e alcoolistas, asma, uso afrodisíaco, aplicações locais e estimulante para os casos de cansaço físico e mental. Segundo Bucher, o ainda jovem *Sigmund Freud*:

... entusiasmado com a ampla aplicabilidade do produto, ele descreveu, em 1884 (“Sobre Coca”), detalhadamente, os efeitos positivos observados nele mesmo e em outros, e se refere a uma série de publicações americanas e européias sobre o uso medicinal. As palavras são muito expressivas – e sedutoras: “Senti uma rápida sensação de bom humor acompanhada de uma impressão de bem estar de tão longa duração que nada diferenciava da euforia normal de uma pessoa saudável. Tem-se a impressão de poder se dominar melhor, de ter mais vitalidade e de poder trabalhar melhor... Em outras palavras, é simplesmente normal; é difícil acreditar estar sob a influência de um produto qualquer”. (Bucher, 1992:119).

Com a idéia de que teria descoberto uma droga que pudesse resolver diversos problemas, inclusive sociais, Freud chegou a afirmar que a cocaína permitiria esvaziar os asilos e combater a abstinência do uso de morfina. Ele também utilizou a droga como anestésico local, ou seja, para ser aplicado em mucosas, especialmente em cirurgias nos olhos.

No início do século XX, a cocaína chegou a ser utilizada no Brasil como medicamento, podendo ser adquirida em qualquer drogaria. Um produto muito conhecido e utilizado foi a *Cocaína Midy*, uma pastilha que era vendida para curar laringites, anginas, tosses violentas e nervosas². Segundo as informações constantes na bula do medicamento, a pastilha era muito eficaz, com um gosto agradável e tinha em sua fórmula cocaína, bicarbonato de sódio e cloreto de potássio.

Com relação à qualidade da cocaína, podemos afirmar, apoiados em Masur e Carlini (1993), que existem diversos graus de pureza e potência da droga. Pode-se encontrar desde a forma mais impura da droga, a pasta base, encontrada em pedras sólidas pouco solúveis em meio aquoso, até a forma mais pura, o cloridrato de cocaína, também popularmente conhecido como pó, *brighth*, *snowblind* ou branca, utilizado por inalação ou diluído e aplicado nas veias. Na forma de pedra, a cocaína é popularmente conhecida como *crack*, e a forma de sua utilização se dá através do aquecimento da pedra que, por ser muito volátil, é fumada através de cachimbos.

Existe um outro fator que pode influenciar o grau de pureza e potência da cocaína. Desde a sua produção em grande escala, a cocaína é distribuída comercialmente em rotas previamente planejadas, que incluem desde o grande traficante, que vende vultuosas quantidades da droga, até os pequenos traficantes, ou “aviõezinhos”, que fazem o pequeno comércio diretamente com o usuário. Durante todo esse processo, a droga pode ser misturada com outras substâncias semelhantes ao pó branco, como por exemplo, pó de mármore, bicarbonato de sódio e talco. A esse processo se dá o nome de “batizar a droga”, o que pode fazer com que a droga, ao chegar ao usuário, já tenha porcentagem maior de outras substâncias do que a própria cocaína.

A cocaína, juntamente com as anfetaminas, e conforme já dissemos, é classificada como droga estimulante do sistema nervoso central, capaz de acelerar o funcionamento cerebral, tendo como consequência uma elevação do estado de alerta, hipersensibilidade, insônia, perda do apetite, fissura e paranóia. De acordo com Bucher (1995), também são consideradas drogas estimulantes a cafeína, que é encontrada em grandes quantidades no café (bebida consumida em larga escala no

² MASUR, J. e CARLINI, E. A. Drogas: Subsídios para uma Discussão. 4a. Edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

Brasil), a nicotina, que é aspirada pelo tabaco encontrado nos cigarros e o *crack* que, como já apresentamos, é a pasta-base da cocaína, a parte mais impura da droga.

Existe ainda outro grupo de substâncias psicoativas – os opiáceos – que são classificadas como depressoras do sistema nervoso central. Essas drogas têm como consequência a diminuição da atividade cerebral, servindo como se fossem analgésicos, diminuindo a sensação de dor, de stress ou de ansiedade. Os opiáceos são drogas derivadas do ópio, uma espécie de leite extraído de uma planta chamada papoula, quando cortada. As drogas que contêm o ópio como elemento central são: a morfina, utilizada na medicina para tratamentos onde existe dor profunda; a codeína, que também provoca a diminuição da atividade cerebral; e a heroína, uma droga semi-sintética, derivada da morfina, que tem grande potencial em causar dependência física e psíquica. Esse grupo de drogas é utilizado com muita frequência pela medicina moderna. Também compõem esse grupo de drogas os solventes (cola de sapateiro, tiner, seladora), as bebidas alcoólicas e alguns tranqüilizantes, que têm em sua fórmula uma substância ativa chamada *diazepam*, que provoca a chamada “anestesia das emoções” (Bucher, 1995).

Apresentada a classificação dos três grandes grupos de substâncias psicoativas, divididas nos mais variados tipos de drogas, detalhando suas características principais, os efeitos durante o uso e suas questões históricas, abordaremos no próximo tópico as questões contemporâneas, sóciojurídicas e o rebatimento social do uso dessas substâncias.

2.2 PROIBIR, DESCRIMINALIZAR OU LEGALIZAR?

Com relação ao uso de drogas, acreditamos que o que não pode ser negado é o prazer que sua utilização pode trazer ao usuário. Negar ou omitir o prazer faz com que as pessoas tenham cada vez mais desejo de busca pelo desconhecido, sem informação sobre quais danos e quais intensidades de uso podem ser administradas com mais segurança. De acordo com Sissa, podemos

afirmar que:

Entre os especialistas que se envolveram na questão não é comum tratar do prazer das drogas sem negá-lo. Claude Olievenstein dava-lhe grande importância e chamava a atenção para o fato de como é importante, ao contrário, não desconhecer a atração real que as drogas representam para os que gostam delas... As campanhas de prevenção também teriam tudo a ganhar se um pudor bem-intencionado não encobrisse o ponto crítico, aquele que o prazer se transforma. Evocar apenas a ruína do corpo e da vida significa deixar na sombra aquilo que tenta o drogado: a descontração, a euforia, o êxtase. (Sissa, 1999:33).

Antes de adentrarmos ao tema, consideramos necessário, ainda que de forma introdutória, contextualizar a discussão sobre a legalização ou descriminalização das drogas. Atualmente, no Brasil, existe no campo dos movimentos sociais, especialmente nos movimentos ligados à defesa da política de saúde pública e de direitos humanos, uma discussão embrionária sobre a legalização das drogas. Aconteceu em 2003, na cidade do Rio de Janeiro, o I Encontro Nacional Sobre Direitos dos Usuários de Drogas, que trouxe em pauta o seguinte tema: Usuário de Drogas: nem bandido, nem doente. Por uma nova política de drogas. Por questões legais, as pessoas ainda sentem-se ameaçadas ao se declararem usuários de drogas, porém é importante deixar registrado que existe um movimento em curso reivindicando direitos para usuários de drogas e por uma política atualizada.

Ao tratar do tema drogas em uma abordagem acadêmica, faz-se necessário que, didaticamente, não separemos drogas consideradas lícitas e ilícitas, pois as drogas costumam ser separadas, por mera convenção, em legais e ilegais. Trata-se, na verdade, de questões culturais e econômicas, pois não existe a suposta relação entre droga lícita e menor dano, e droga ilícita e maior dano. Nas sociedades ocidentais contemporâneas a droga mais consumida, o álcool, é considerada legal. Nem por isso tal droga tem menor potencial danoso que outras drogas consideradas ilegais, do ponto de vista da saúde e do convívio social.

Analisando historicamente as questões relacionadas às drogas no início do século XX, podemos afirmar que o álcool, hoje considerado legal, foi a base das transações comerciais ilegais da Máfia italiana nos Estados Unidos da América com a Lei Seca. Então levantamos uma questão: proibir é a melhor forma de evitar

que pessoas que não usam drogas passem a usar, ou de diminuir a criminalidade a ela associada? Apoiados em Masur e Carlini (1993), tentaremos abordar os aspectos que influenciam essa questão.

Toda a sociedade espera do Estado uma intervenção adequada com relação às drogas. A favor ou contra a proibição, as pessoas que fazem o uso recreativo, ou até mesmo, o uso freqüente de drogas, não o deixam de fazer por serem legais ou ilegais. Na prática, o que acontece é a penalização dos usuários de drogas que vivem em situação de vulnerabilidade social, pois são eles os alvos da intervenção estatal, que tem se resumido na repressão, ou seja, no rol de usuários de drogas, é o mais pobre que sofre na prática as agruras da lei proibicionista. A quem interessa a manutenção da proibição das drogas? Na nossa avaliação, quem obtém lucro das atividades oriundas do tráfico de drogas tem interesse na manutenção de sua proibição, pois só dessa forma poderão continuar dando seqüência a uma atividade comercial sem que o Estado tenha controle sobre ela. Por outro lado, um país como o Brasil não conta com as condições necessárias para ampliar o debate sobre a descriminalização ou, até mesmo, sobre a legalização das drogas. Como país, constituído por uma sociedade majoritariamente conservadora, acreditamos que a tese da descriminalização poderia ser completamente distorcida em seu processo de implementação. De acordo com Masur e Carlini (1993):

Provavelmente os atuais problemas conseqüentes ao uso abusivo do álcool se somariam aos causados pelo aumento descontrolado do consumo de drogas que fossem legalizadas. A liberação, e mesmo a descriminalização, envolvem riscos muito grandes para que a sociedade possa assumi-las numa postura "para ver no que dá". (Masur e Carlini, 1993:9).

A proibição das drogas de forma discriminada faz com que o cidadão passe a calcular os riscos das drogas como se o seu potencial danoso fosse classificado em uma escala que vai de legais à ilegais, ou seja, sem riscos ou com riscos. Todas as pesquisas nacionais e internacionais sobre o uso crônico de todos os tipos de drogas apontam que a droga mais devastadora do organismo é o álcool (Bucher, 1992). Depois do álcool temos o cigarro. Isso significa que, entre todas as drogas, as que ocupam os dois primeiros lugares, no que diz respeito aos danos

causados ao organismo e ao convívio social, são consideradas legais (Bucher, 1992).

Com a pergunta, acima colocada, sobre a quem interessa manter as drogas ilegais, temos a intenção de problematizar a questão que fica nas entrelinhas. O crime organizado não tem qualquer interesse na legalização de qualquer tipo de drogas, pois sua proibição mantém esse lucrativo mercado à margem da disputa dos grandes mercados. O narcotráfico³, que movimenta a terceira economia mundial, perdendo apenas para o petróleo e para a indústria bélica (Procópio, 1999), não recolhe qualquer tipo de imposto, não declara renda, e monta verdadeiras mega estruturas de fachadas para converter o dinheiro não declarado em dinheiro de origem declarada e, portanto, não deseja de forma alguma que se alterem as regras legais. Zaluar (1994) desenvolveu estudos que mostram que o crime organizado disseminou-se largamente em atividades financeiramente valorizadas, porém proibidas. Isso possibilitou a esse tipo de negócios níveis elevados de lucros, não gerados pela produtividade, mas pela própria ilegalidade da atividade. A autora coloca:

Com tanto lucro, fica fácil corromper policiais e, como não há lei para proteger os negócios desse setor da economia, quaisquer conflitos e disputas são resolvidos pela violência. As taxas de crimes violentos aumentaram em todos os países em que o combate à droga apela para a repressão, inclusive no Brasil. (Zaluar, 1994:106).

Já a indústria do tabaco, que comercializa uma droga legalizada, que causa danos elevadíssimos à saúde e ao convívio social das pessoas, espera ansiosamente a legalização, por exemplo, da maconha, uma vez que ela já possui todo o *know how* de fabricação, distribuição e logística do comércio de cigarros. Nesse caso, com a regulação do Estado, esse mercado tornar-se-ia um filão sem precedentes na história do capitalismo monopolista.

De acordo com Silva Sá (1994), a política brasileira de criminalização das drogas está associada a uma perspectiva jurídico-penal e/ou médico psiquiátrica. Na realidade, droga tem sido caso de polícia ou de hospital psiquiátrico. Esse sistema proibicionista impõe a toda a sociedade a sua reprodução ideológica e

³ Ao utilizarmos a expressão narcotráfico, de acordo com Bucher (1992), estamos englobando todo o tráfico de substâncias psicoativas ilegais (drogas classificadas como perturbadoras, depressoras e estimulantes).

material. Na família, na escola, na igreja, no trabalho, na comunidade, enfim, em qualquer espaço institucional, se reproduz a política proibicionista. Silva Sá relata que:

A reprodução ideológica se dá porque a imagem que o legislador teve, em dado momento histórico, foi a de que o uso de certas drogas constituía crime. Assim, gerou, objetivamente, o criminoso. Essa imagem de realidade passou a ser confirmada, então, pelas mais diferentes atitudes – conscientes e inconscientes – de outros atores do sistema “auto-referencial”. (Silva Sá, 1994:148).

Essa é a estrutura da política proibicionista: criou-se o crime e o criminoso, portanto, é necessário combatê-lo a todo custo, com o suporte da sociedade, utilizando-se da repressão e do discurso discriminatório.

E qual seria a solução, ou, quais seriam as soluções? Manter a política de “guerra às drogas” significa manter seu elevado custo ao erário público, favorecer o crime organizado que atua livremente no controle e comércio das drogas e, obviamente, contar com cooperação de setores do judiciário, do mercado financeiro, do Estado, do parlamento e outras estruturas paralelas. A nosso ver, vem cotidianamente sendo comprovada a necessidade de uma intervenção alternativa.

Essa política, expressa no jargão *drogas matam*, é em princípio dirigida à toda população, mas vem colocando à margem o usuário de drogas pobre e o pequeno traficante. O grande traficante, no entanto, não se expõe, uma vez que tem infra-estrutura muito organizada e assessoria jurídica para alguma eventual apreensão. O usuário de classe média, também se encontra menos vulnerável e exposto ao risco da violência e da repressão. Os serviços clandestinos de entrega de drogas em casa diminuem o risco de freqüentar uma “boca de fumo”, e garantem o consumo. O que mata então? O uso de drogas, ou a violência em decorrência da competitividade pelo seu comércio ou de dívidas contraídas em decorrência do uso? Estatísticas⁴ comprovam que o perfil de quem sofre a violência decorrente da política proibicionista é o jovem, negro, pobre, morador do subúrbio, com passagens pela

⁴ KARAM, M. L. Redução de Danos, Ética e Lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: SAMPAIO, C. M. A. e CAMPOS, M. A. (Orgs). *Drogas Dignidade & Inclusão Social: A Lei e a Prática de Redução de Danos*. 1.^a Edição. Rio de Janeiro: ABORDA, p. 45-97, 2003.

polícia por porte ou tráfico de drogas, desempregado e usuário de drogas (Zaluar, 1994).

As informações relacionadas a drogas no Brasil até recentemente eram informações advindas de estatísticas da segurança pública ou de autoridades de saúde, sempre vinculadas às drogas ilícitas. Bucher (1992), afirma que somente a partir da segunda metade da década de 1980 desenvolveu-se, no campo da pesquisa social, o interesse em investigar as drogas como tema de estudos científicos. Porém nesse período continua-se a viver a hegemonia do combate as drogas. De acordo com Bucher (1993):

Entre as diversas abordagens da “questão das drogas” nas sociedades modernas, destaca-se aquela que enfatiza o “combate às drogas”, apresentando-o como única maneira capaz de enfrentar e erradicar o “grave flagelo”. O teor deste discurso, rigorosamente condenatório, é caracterizado pela veemência de uma argumentação mais emotiva e alarmista do que serena e objetiva, mais sensacionalista do que científica, mais moralista do que isenta de juízo valorativo. Desta forma, incita uma “cruzada contra as drogas”, cuja beligerância encobre uma série de fatores que, por certo, contribuem decisivamente para a expansão do fenômeno. (Bucher, 1993:34).

Bucher (1992) é um dos precursores no Brasil em estudar os dados epidemiológicos do uso de substâncias psicoativas. Em seu estudo⁵, o autor aponta que, na escala de consumo, o álcool ocupa o primeiro lugar das substâncias lícitas e ilícitas seguido pelo tabaco, inalantes, medicamentos psicotrópicos, maconha e cocaína, respectivamente, conforme já havíamos dito.

Com relação ao custo social do consumo de drogas, Bucher (1992) relata que 32% dos leitos hospitalares em psiquiatria e 40% das consultas médicopsiquiátricas são utilizados por cidadãos com problemas de saúde em consequência do uso de bebidas alcoólicas. Com relação ao tabaco, verifica-se um aumento significativo no fator de risco no desenvolvimento de câncer, doenças circulatórias, problemas cardíacos entre outros, calculando-se a incidência em 55% dos usuários. No que se refere às drogas ilícitas, não existem indicadores seguros para que se possa mensurar os custos sociais dos problemas causadas por elas. Faz-se importante registrar que atualmente, com a aprovação de uma Lei Federal

⁵ BUCHER, R. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

antimanicomial, houve redução na utilização de leitos psiquiátricos por usuários de drogas (BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R., 2003).

Com relação ao modelo repressivo de combate às drogas, inspirado na expressão anti-drogas, Bucher (1993) defende que tal modelo deve ser questionado não apenas por ser ineficaz no que diz respeito à diminuição do uso de drogas, mas porque frequentemente tal modelo é injusto e desumano.

Tal política proibicionista além de estereotipar usuários de drogas, tira de foco a questão do seu uso de drogas para aqueles que a utilizam. Nesta perspectiva, a única saída possível seria a abstinência total das drogas, considerando que as pessoas são incapazes de controlar o uso que delas fazem.

Fizemos neste tópico uma breve incursão a respeito da política de intervenção governamental direcionada ao uso de drogas. No segundo capítulo dessa dissertação, conheceremos mais detalhadamente a estratégia de redução de danos, uma proposta em construção, que propõe ações específicas dirigidas à usuários de drogas, como por exemplo, abordagens de campo face à face, que visam disseminar o cuidado com a saúde, sem qualquer tipo de exigência de abstinência do uso de quaisquer substâncias. E, para tanto, sentimos a necessidade de discutir, à frente, a relação estreita entre uso de drogas e aids, relação esta que deu sustentação política e, em alguns casos, jurídica para a desconstrução da política proibicionista e para abertura de caminhos voltados à construção de uma nova perspectiva neste nosso campo de estudo.

2.3 DROGAS E AIDS

Existe uma estreita relação entre aids e drogas. No início da década de 1980, foram descobertas as formas de infecção pelo HIV, vírus da imunodeficiência humana, o causador da aids. Esse vírus fragiliza e destrói o sistema de defesa do organismo (sistema imunológico – células CD4), ficando este suscetível para contrair doenças oportunistas.

De acordo com Bastos (1995), sabemos que as formas de infecção pelo HIV são três: através de relação sexual, de contato sangüíneo e da mulher grávida para o feto (transmissão vertical). No caso da transmissão sangüínea, o uso

de drogas injetáveis, com o compartilhamento de agulhas e seringas infectadas, é uma das principais vias de transmissão do HIV.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a Organização Mundial da Saúde – OMS elaborou um panorama epidemiológico mundial para a aids, no qual a África, especialmente a África do Sub-Saara, foi considerada a região geográfica do globo terrestre mais vulnerável, por contar com uma estrutura imensamente precária no que se diz respeito às políticas e serviços públicos dirigidos à saúde da população. O Brasil é um país com dimensões continentais que, desde o início da década de 1990, tem adotado medidas de prevenção e implementando políticas públicas de saúde na perspectiva de prevenção e assistência à problemática da aids.

Os estudos do Ministério da Saúde contemplam também as implicações econômicas da epidemia de aids considerando, além dos custos sociais, o custo-médio do paciente-dia (ambatório) e de pacientes internados em hospital público, além dos custos com recursos humanos, medicamentos, equipamentos de proteção, custos indiretos, chegando-se facilmente às cifras de milhões de dólares⁶. Os dados atualizados do Ministério da Saúde apontam para uma redução importante e persistente⁷ dos casos de HIV / aids entre usuários de drogas injetáveis, porém ainda se faz necessário programas específicos de intervenção entre populações vulneráveis.

A forma mais vulnerável de exposição ao HIV entre os usuários de drogas injetáveis se dá no compartilhamento de agulhas e seringas infectadas. Segundo Mesquita & Ribeiro (1998) observamos que, em cidades consideradas rotas do tráfico internacional de cocaína, existe uma maior soroprevalência para o HIV entre usuários de drogas injetáveis, ou seja, existe um maior número de usuários de drogas injetáveis portadores do HIV quando comparados às outras categorias de exposição ao vírus (sexual, vertical, transfusão de sangue).

Isso se explica, pois o tráfico de drogas organizado procura, no percurso que a droga faz da divisa com a Colômbia, Bolívia ou Paraguai, até os portos brasileiros, ou aeroportos internacionais, fazer com que frações dessa droga sejam comercializadas, pois em caso de apreensão da substância antes da chegada

⁶ BRASIL, Ministério da Saúde. Drogas, AIDS e Sociedade. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS, 1995.

⁷ Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm>, acesso em 08/01/2006.

ao seu destino, nem todo o produto é perdido. Conforme Bastos, Barcellos & Telles (1995):

O mapa indica que a distribuição dos casos de aids entre usuários de drogas injetáveis segue um padrão específico, do ponto de vista geopolítico, o que pode ser contraposto à dispersão geográfica que se observa nos casos registrados de aids em todas as demais categorias de exposição. (Bastos, Barcellos & Telles, 1995:93).

As cidades consideradas rota do tráfico de drogas apresentam características nem sempre comuns. Existe um grande número de municípios médios / grandes com população entre cem mil e novecentos mil habitantes, com boa infra-estrutura urbana, universidades, faculdades, bares, boates, atividade econômica significativamente elevada frente a média brasileira e uma grande parte da população na faixa etária considerada economicamente ativa, nos quais boa parte da droga destinada ao tráfico internacional fica para consumo de seus usuários.

As grandes metrópoles, cidades com mais de um milhão de habitantes, igualmente conservam algumas das características já descritas, mas não a mais importante: uma organização específica para o tráfico de drogas, que pode ser confirmada com a afirmação de Bastos, Barcellos & Telles:

A concentração de casos em cidades de maior população e relevância sócio-econômica pode ser explicada tanto em função do tamanho e densidade das suas populações, de um modo geral, como, mais particularmente, pela facilitação à interação seletiva de pessoas para/por essas localidades devido as rotas comerciais, de transporte, migrações. (Bastos, Barcellos & Telles, 1995:94).

É importante também ressaltar que a cocaína, mesmo com a redução de seu consumo, pois muitos usuários substituíram-na por drogas sintéticas, ainda é uma droga muito consumida no mundo (Procópio, 1999), tendo como uma das formas de utilização a sua aplicação nas veias, caminho direto para a infecção do HIV em caso de compartilhamento de seringas. Como essa droga tem

relação direta⁸ com os casos de infecção, devemos lembrar que a América Latina é a maior produtora e exportadora de cocaína para todo o mundo. Ressaltamos que essa característica da proliferação do tráfico de cocaína em todos os países da América Latina também é consequência das políticas econômicas neoliberais adotadas em todo o continente, políticas que como veremos à frente, diminuem a responsabilidade do Estado na execução de políticas sociais, implicando em recessão, fome, desemprego, pobreza estrutural e violência. Nesse momento, o tráfico de cocaína serve como alternativa de posto de trabalho, haja vista os bons salários pagos para os gerentes do tráfico de drogas nas favelas cariocas, por exemplo. (Zaluar, 1994)

A pobreza estrutural em países subordinados ao capital globalizado deixa ainda mais as pessoas vulneráveis ao risco de contrair doenças. O modelo de Estado Mínimo que precariza as políticas sociais em favor do mercado financeiro está cada dia mais presente na realidade brasileira. Compartilhamos esse pensamento com Parker e Camargo Jr. (2000), que afirmam:

... assim como os trabalhos relativos à pobreza, migração e desigualdade de gênero em uma gama de países em desenvolvimento - são, em princípio, diretamente relevantes para a análise das ligações entre pobreza, desigualdade e HIV/AIDS no Brasil. (Parker e Camargo Jr., 2000: __).

Os usuários de drogas injetáveis, no universo total de usuários de drogas, constituem um sub-grupo que dificilmente se relaciona com os demais. São considerados o “fim da linha” entre usuários de drogas, pela vulnerabilidade à infecção pelo HIV, além da possibilidade de ocorrência de endocardites bacterianas, hepatites, pneumonias e outras doenças em decorrência da falta de cuidados na manipulação dos equipamentos.

Dentro da cultura do usuário de drogas injetáveis, são criados importantes vínculos afetivos, que igualmente os expõe ao risco, como por exemplo, a recusa em não compartilhar seringas por se considerarem “irmãos de sangue”. A

⁸ A cocaína tem essa relação direta com a infecção pelo HIV quando utilizada por via endovenosa. A utilização de outras drogas, e as outras formas em que a cocaína é utilizada, também têm relação com a infecção pelo HIV. Porém, essa relação é indireta, ou seja, ao fumar um cigarro de maconha, não se infecta pelo HIV. A vulnerabilidade está na diminuição do autocuidado nas práticas sexuais, ou seja, sob o efeito da droga, o indivíduo não toma as medidas de prevenção, como, por exemplo, a utilização de preservativo nas atividades sexuais.

maneira equivocada em limpar equipamentos, ou ainda, a necessidade de aplicar a droga por diversas vezes durante uma sessão, em geral, uma “picada” a cada uma hora e meia (Baptista, 1995), são alguns hábitos que aumentam a possibilidade de exposição ao risco do HIV.

A expansão acelerada da epidemia de aids no Brasil, tendo como um dos segmentos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV, os usuários de drogas injetáveis, demandou a implementação de políticas públicas específicas para este segmento, na tentativa de controlar a epidemia.

Países que adotaram tais medidas, como a Austrália, tem mantido sob controle a epidemia⁹. Os dados do Ministério da Saúde também revelam que não é só possível prevenir novas epidemias, como também reverter epidemias que já se alastraram. Necessário de faz investir em capacitação de recursos humanos já existentes, contratação de novos profissionais, destinação orçamentária a ser aplicada na prevenção e implementação das políticas sociais de alcance universal que busquem atender os cidadãos em sua totalidade. Faz-se ainda necessário uma revisão legal. Conforme já abordamos, no Brasil a legislação vigente que trata da questão drogas é ultrapassada¹⁰, contém leis anteriores à epidemia de aids que não respondem às necessidades de nossa época.

Uma vez discutidas as questões mais centrais relativas à aids, drogas e ao seu uso, analisaremos no próximo capítulo, as políticas sociais, dentro da ordem neoliberal, que visa minimizar e precarizar um modelo de Estado provedor de políticas públicas. Abordaremos, ainda que de forma introdutória, a construção da política de saúde no Brasil. Ao final deste capítulo, apresentaremos a política de redução de danos, proposta pelo Ministério da Saúde em 1995.

⁹ BRASIL, Ministério da Saúde. A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV /AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis: 10 anos de Pesquisa e Redução de Danos. Série Avaliação, n. ° 8. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2001.

¹⁰ BRASIL, Leis e Decretos. Lei n.º 6.368, de 21 de Outubro de 1976. *Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências*. Brasília: Senado Federal, 1976.

3 CAPÍTULO II - POLÍTICAS SOCIAIS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

“O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de *justificá-los*, mas o de *protegê-los*... Com efeito, o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político”.

Norberto Bobbio

3.1 AS POLÍTICAS SOCIAIS E O NEOLIBERALISMO

Ao tratarmos das políticas sociais no Brasil, sentimos a necessidade de contextualizar, no cenário global, o fim do modelo do Welfare State – Estado de Bem Estar Social – e a ascensão do projeto neoliberal. Especialmente em um país como o Brasil, invadido e tomado pelos europeus, tornando-se colônia destes, o processo de espoliação da nação manteve o país em uma condição de subdesenvolvimento, que não lhe permitiu vivenciar a proteção de um Estado de Bem Estar Social. A incipiência das políticas sociais implementadas e as atuais políticas públicas de caráter neoliberal têm levado a maciça maioria da população a sofrer as agruras de um processo de insegurança, incerteza, falta de estabilidade e pobreza crônica crescente.

A crise mundial do capitalismo e do modelo de Estado de Bem Estar Social, no final dos anos 1970, ocorreu no momento em que a economia global apresentava altos índices inflacionários e sinais de estagnação. Esse cenário foi ideal para a expansão do modelo neoliberal, que reduziu os direitos sociais e a proteção social, e apresentou cortes drásticos nos recursos das políticas sociais.

Soares (2001, apud Cano, 1993) denominou o projeto neoliberal de contrarrevolução monetarista e traçou alguns de seus resultados, particularmente na Grã-Bretanha, berço do Estado de Bem Estar Social:

...a chamada contra-revolução monetarista em oposição à revolução keynesiana, consiste na aplicação do receituário Friedmaniano de contração monetária, eliminação do Estado como agente econômico, drástica redução do tamanho e dos gastos com o Welfare State, e a liberalização do mercado. Os resultados dessa atitude foram a recessão e o desemprego, entre outros, evidenciando uma política deliberada de depressão do sistema produtivo, cujo objetivo implícito foi o da valorização internacional da libra. (Soares,2001:17)

Tal projeto ganhou espaço e foi implantado em países desenvolvidos no período de crise do capitalismo no início da década de 1970, especialmente em 1973, em decorrência da crise internacional do petróleo. O cenário políticoeconômico desses países era o de altos índices inflacionários, déficit público exorbitante e o acirramento nas relações entre capital e trabalho. Os países centrais que primeiro implantaram medidas neoliberais foram a Inglaterra, no período da Primeira-Ministra Magareth Thatcher, e os Estados Unidos da América, nos anos do Presidente Ronald Reagan. Apesar de ambos os países adotarem medidas de ajuste neoliberal, existiram nos dois governos diferenças com relação às estratégias adotadas, ou seja, a Inglaterra implementou uma política de austeridade fiscal e os Estados Unidos privilegiaram a corrida armamentista por conta da guerra fria. Tal afirmativa apóia-se em Anderson, que diz:

(...) Os governos Thatcher contraíram a emissão monetária, elevaram taxa de juros, baixaram drasticamente os impostos sobre os rendimentos altos, aboliram o controle sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego massivos, aplastaram greves, impuseram uma nova legislação antisindical e cortaram gastos sociais. (...) Reagan também reduziu os impostos em favor dos ricos, elevou as taxas de juros e aplastou a única greve séria de sua gestão. Mas, decididamente, não respeitou a disciplina orçamentária; ... (Anderson, 1998: 12)

Na concepção neoliberal, hoje prevalente, o Estado deve ser mínimo, restando a ele, como responsabilidade, apenas a função de regular o mercado financeiro. As recentes transformações do mundo do trabalho, a conjuntura de empobrecimento crescente, o acirramento da questão social e uma profunda desigualdade na redistribuição de renda constituíram as principais evidências das medidas adotadas pelo denominado Estado mínimo.

A classe trabalhadora ficou polarizada, uma pequena parcela, especializada, manteve a garantia de estabilidade de emprego e acesso aos direitos trabalhistas, e uma imensidão de trabalhadores passou a viver de subcontratos, trabalhos precários e/ou temporários, compondo e aumentando o exercito industrial de reserva. Um dos grandes expoentes do neoliberalismo, Friedrich Hayek, defendia como medidas para o fim da crise do capital, o corte em gastos sociais e um forte

golpe no poder dos sindicatos, conforme nos coloca Anderson:

As raízes da crise, afirmavam Hayek e seus companheiros, estavam no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira mais geral, no movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais. (Anderson, 1998:10)

Baseadas neste tipo de argumento, as políticas sociais passaram a se apresentar cada vez mais focalizadas e privatizadas. Os serviços sociais públicos tornaram-se precarizados, oferecendo serviços de péssima qualidade. O fundo público foi canalizado para atender o grande capital, como foi o caso da intervenção estatal com recursos vultuosos para socorrer bancos privados. Foram e continuam a ser favorecidos os interesses privados em detrimento dos interesses públicos. (Anderson, 1998); (Borón, 2001); (Laurell, 1995); (Soares, 2001)

No neoliberalismo, a lógica vigente é a lógica contábil. A partir dela, existe uma inversão de prioridades e o Estado deixa de ser provedor de políticas sociais, passando a ser a de regulador do mercado. Os investimentos em políticas sociais passam a ser mínimos e precários, suficientes apenas para manter o cidadão vivo para o trabalho e o consumo mínimo. O princípio da universalidade de direitos é substituído pelo do Estado mínimo.

Segundo Anderson (1998), as principais medidas implementadas dentro de um projeto neoliberal – que se contrapõe ao Welfare State, creditando a este a culpa pela crise do capitalismo – são: a desregulamentação de entradas e saídas de capitais do país; a liberação do comércio com a extinção de barreiras alfandegárias; a transnacionalização de empresas públicas; o reconhecimento jurídico de marcas e patentes tecnológicas do capital mundial; a manutenção de uma disciplina orçamentária através de cortes com gastos sociais; a elevação da taxa de juros; a diminuição da tributação sobre altos rendimentos; a flexibilização do contrato de trabalho; um amplo programa de privatizações; a abolição de controle sobre os fluxos financeiros; e a destruição do poder de barganha dos sindicatos, com o pretenso objetivo de aquecer o capitalismo e supostamente levá-lo a sair da crise. Ainda de acordo com o autor, a desigualdade causada pelo neoliberalismo, apresenta como ideário central o anticomunismo. Embora o neoliberalismo defenda,

explicitamente, proposta claramente de direita, governos de centro-esquerda também o adotaram. Diz o autor:

No início, somente governos explicitamente de direita radical se atreveram a pôr em prática políticas neoliberais; depois, qualquer governo, inclusive os que se autoproclamavam e se acreditavam de esquerda, podia rivalizar com eles em zelo neoliberal. (Anderson, 1998: 14)

Podemos ainda afirmar que a onda neoliberal conseguiu alcançar uma hegemonia mundial até então nunca vista. Mesmo governos considerados modernos o adotam, para que assim possam minimizar as funções do Estado. Segundo Limoeiro-Cardoso:

(...) tal concepção, uma vez globalizada a concorrência é preciso garantir a competitividade, e para isso é necessário “enxugar” a produção. (...) Tal globalização é apresentada como equivalente a “modernidade”. (Limoeiro-Cardoso, 2000: 97)

Seguindo essa mesma linha de pensamento, podemos fazer um paralelo com a atual conjuntura político-econômica-social brasileira, país governado pelo PT – Partido dos Trabalhadores, um partido com raízes de esquerda, mas que ao longo de seus vinte e cinco anos de existência foi aproximando-se do centro e da direita. Nos anos de oposição aos demais governos, o PT sempre teve um discurso baseado na retórica do antineoliberalismo. Mas ao chegar ao comando da nação, o receituário neoliberal foi, e está sendo executado com igual ou maior ortodoxia que seus adversários, colocando em segundo plano bandeiras históricas do partido, como o emprego e as políticas sociais, conforme nos coloca Soares (2004):

O ajuste estrutural de natureza neoliberal não apenas deixou de resolver os antigos problemas sociais como ainda gerou novos, em especial no que diz respeito ao mundo do trabalho, com uma precarização e um desemprego crescentes. Isso gera uma perversa superposição, em que pobreza e desigualdade social assumiram uma também crescente complexidade, agregando “novos pobres” ao contingente dos “antigos pobres” ou miseráveis. (Soares, 2004: 40)

Com relação às políticas sociais, Soares (2001) afirma que, no neoliberalismo, o Estado é apresentado como ineficiente e ineficaz para gerir as políticas sociais, criando a justificativa para a proposta privatizante. A tão propalada reforma do Estado propõe uma mudança essencial na função e na obrigação deste, incidindo no agravamento da questão social, aliado a uma pauperização dos segmentos populacionais atendidos pelas políticas sociais e um verdadeiro desmonte da máquina pública, ocasionando ônus para toda a população.

No Brasil – assim como toda a América Latina, com exceção do Chile – apenas assistimos a ascensão e a queda mundial do modelo de Welfare State – Estado de Bem Estar Social dos países centrais. No nosso modelo consolidado de Estado patrimonialista, as políticas sociais sempre foram focalizadas, centralizadas, paternalistas, seletivas, clientelistas, burocráticas e excludentes. Soares (2001) afirma que a conjunção desses fatores influenciou de forma negativa a evolução rápida da pobreza estrutural em toda a América Latina e, de forma ainda mais acentuada, vêm acirrando essa questão na última década.

A Constituição Federal de 1988 pressupõe uma nova forma de gestão das políticas sociais, estabelecendo a criação de conselhos deliberativos paritários, a participação popular no controle social e a inversão de prioridades, criando uma nova lógica no que tange à compreensão dos direitos sociais. O artigo sétimo, inciso IV da lei maior, apresenta tal dimensão:

(...) salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim. (Brasil, 1988)

Ao Estado é dada a primazia na responsabilidade de gestão e comando de todas as políticas (saúde, previdência, assistência social, educação, criança e adolescente, idoso, pessoa portadora de deficiência, gênero, negritude, população indígena, habitação, trabalho e outras), constituindo um sistema de proteção social, cuja concepção compreende usuários como sujeitos de direitos, e não alvos da benemerência ou recebedores de favor alheio. É importante destacar que quando falamos em primazia na condução pelo Estado, significa que as políticas sociais devem ter um comando único, ou seja, toda a rede de proteção social, seja

ela governamental ou não governamental deve permanecer sobre a responsabilidade gerencial do Estado.

Altera-se, portanto, na legislação, a relação e a visão das organizações não governamentais e entidades sociais executoras de políticas sociais que, durante anos a fio (e continuam assim), atuaram no vácuo da omissão do Estado, cada qual direcionando suas ações conforme suas concepções e interesses. O conceito de seguridade social expresso na Constituição de 1988 garante, em tese, ao cidadão, acesso às políticas sociais como forma de direito de acesso à proteção social, como nos mostra Pereira:

No Brasil, embora medidas de proteção social, que poderiam identificar-se com um esquema de seguridade, tenham se iniciado por volta de 1920, foi só em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que o conceito de Seguridade Social ganhou substância e visibilidade. Tal fato teve grande importância, pois, a partir dele, a proteção social devida pelo Estado desvincula-se, parcialmente, do formato contratual/contributivo que caracteriza a previdência, para assumir escopo mais amplo, incluindo saúde, como uma política universal, e a assistência social aos segurados pobres e aos não-segurados. (Pereira, 1998: 65)

Para que as políticas sociais não fossem mais vistas como *caso de polícia* e integrassem o campo das responsabilidades governamentais, foi sem dúvida necessário construir um sistema de gestão, financiamento e controle social de cada política social, com claras atribuições para cada ente federativo nos três níveis de governo. Com relação à descentralização político administrativa, pode-se afirmar que:

(...) ela é entendida enquanto um processo de distribuição de poder que pressupõe, por um lado, a redistribuição dos espaços de exercício de poder – ou dos objetos de decisão – isto é, das atribuições inerentes a cada esfera de governo e, por outro, a redistribuição dos meios para exercitar o poder, ou seja, os recursos humanos, financeiros e físicos. (Jovchelovitch, 1998: 38)

Observamos que, a cada lei orgânica complementar promulgada, um novo processo de mobilização, discussão e esforço se estabelecem, com o intuito de constituir e implementar esse novo sistema. As conferências de cada política social

em cada nível de governo, espaços privilegiados de deliberação das diretrizes e prioridades para cada determinada política, e a eleição dos representantes da sociedade civil a compor os conselhos (também de cada política social e em cada nível de governo), ganharam muita visibilidade. Tem sido, no entanto, um grande desafio superar a cultura conservadora, assistencialista e pontual das políticas sociais, ainda em vigor. A cultura de execução das políticas sociais, mesmo quase duas décadas após a promulgação da Constituição, ainda mantém traços fortes de clientelismo. Mesmo dentro dos conselhos deliberativos, existem aqueles que representam a sua entidade, e não o segmento, fazendo com que sua atuação seja em causa própria, na captação de recursos para a própria instituição. E ainda nos conselhos de saúde, temos a participação dos prestadores de serviços, que defendem as ações privatizadas.

Sem dúvida, esse período de 1988 até os dias de hoje, revela uma etapa inicial de tentativas de implementação do modelo preconizado pela Constituição Federal. Tal modelo exige, tanto dos governantes quanto da sociedade civil, a compreensão de uma nova lógica nas decisões políticas e na realização das ações nas mais variadas áreas, não mais implementadas e executadas de improviso ou de forma pontual e focalizada. Devem pautar-se na prática do planejamento, com definição de metas, indicadores de resultados, democratização nas informações, financiamento através dos fundos públicos, sistemas de informações gerenciais, capacitação permanente dos agentes envolvidos na execução das políticas sociais e rompimento com o modelo anterior. Na prática no entanto, o texto constitucional continua no papel.

A política social brasileira expressa pela Constituição de 1988 e demais leis complementares, exige a superação de muitas contradições, interesses e ainda um aprendizado das relações entre o Estado e a sociedade civil, e da forma da gestão, na qual cada esfera de governo deve garantir: comando único, realização das conferências, apoio aos fóruns de discussão, financiamento com execução financeira e repasse de recursos orçamentários de fundo a fundo, cumprimento dos planos, funcionamento dos conselhos, implantação e viabilização da rede de serviços de proteção social, encaminhamentos nas deliberações dos conselhos, envolvimento das universidades e órgãos de apoio para a realização de pesquisas e estratégias de intervenção, e finalmente articulação permanente entre o Estado e a sociedade civil no aprimoramento dos resultados obtidos.

Apesar do recrudescimento do Estado, principalmente com relação a precarização das políticas sociais e de um visível refluxo nos movimentos sociais, há um permanente sentimento de indignação, descontentamento, inseguranças e duras críticas ao modelo de Estado adotado no Brasil, com o crescimento da miséria e pobreza.

No que diz respeito à aids, Parker e Camargo Jr. (2000), apresentam um perfil mais atualizado da epidemia: pauperização, interiorização e feminização, ou seja, cada vez mais, mulheres pobres e moradoras de cidades médias e pequenas, ficam mais vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV. Os autores relacionam diretamente o conceito de pobreza e violência estrutural com o alastramento da epidemia de aids, conforme podemos observar:

Talvez o fator relativo ao contexto mais importante a ser tomado em conta ao buscar-se o entendimento da evolução global da epidemia de HIV/AIDS seja a transformação amplamente simultânea, também em nível global, da economia internacional - bem como uma série de transformações subseqüentes nas estruturas de sociedades, comunidades e famílias. Como tem sido documentado internacionalmente, as décadas finais do século XX caracterizam-se por complexos processos de globalização e de reestruturação econômica que começam a acelerar-se, grosso modo, no início da década de 70 (por volta de 1973).(Parker e Camargo Jr., 2000: —)

Tal idéia está apoiada no referencial de Castells (1999), no que ele chama de Quarto Mundo, e sua análise conjuntural aponta para o fato de que todas as transformações mundiais de uma “sociedade em rede” acabaram conectando as elites globais, e foram criadas novas formas de exclusão social que não se diferenciam mais por barreiras geográficas (Parker e Camargo Jr., 2000).

O que podemos afirmar, apoiados em Parker e Camargo Jr. (2000), é que de fato a epidemia de HIV / aids surge no mesmo período histórico das mudanças econômicas e sociais maciças, e que de forma alguma, isso é uma mera coincidência.

Dentre as políticas sociais, a política de saúde é apresentada como política fundamental para o bem-estar de todos os cidadãos. Veremos adiante como vem sendo construída essa política em nosso país.

3.2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Os princípios constitucionais apresentados, são também princípios básicos da política de saúde: universalização, descentralização e participação popular. Conforme Mendes (1999), o modelo de política de saúde brasileira no século XX passou do modelo sanitarismo-campanhista para o modelo médicoassistencial privatista, até chegar ao sistema atual. A descentralização da saúde já havia sido debatida como proposta, na III Conferência Nacional de Saúde, como nos aponta Silva:

Alguns estudiosos da Reforma Sanitária brasileira atribuem à III Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1963, a primazia na tentativa de descentralização da saúde no país. (Silva, 2001: 57)

Embora já se caminhasse para a construção da política de saúde, no ano seguinte, 1964, ocorreu o golpe militar, e o país por vinte anos foi governado por generais que adotaram o modelo político centralizador burocrático, que via as políticas sociais como formas de legitimação de um poder conquistado pela força.

Dentre todas as políticas sociais, talvez a saúde seja a que mais conseguiu envolver a população numa construção democrática de política. Na década de 1980, o movimento popular pela saúde teve grande influência, força política e mobilização, pautando o tema saúde na agenda pública dos três níveis de governo.

A Constituição Federal (artigo 201) estende o direito à saúde para todas as pessoas, desvinculando-a da previdência social e do já extinto INAMPS, no qual o usuário para ser atendido, era obrigado a ser contribuinte da previdência social. O não contribuinte era atendido nas Santas Casas de Misericórdia, e cadastrado em fichas de entrada que vinham com a inscrição – *indigente*. A criação de um sistema de seguridade social – formada pelo tripé saúde, previdência social e assistência social – rompeu com o modelo anterior de políticas contributivas e particularizadas, propondo um sistema de gestão de política descentralizada e participativa. Foi criado então o Sistema Único de Saúde – SUS, debatido durante toda a década, especialmente na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. O SUS foi criado pela constituição e somente regulamentado pelas leis federais 8080 e 8142 de 1990.

O atual sistema da política de saúde é dividido em três níveis de atendimento. O atendimento primário é realizado pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS e visa a prevenção e a realização de procedimentos médicos básicos, como controle de pressão arterial, consultas eletivas, suturas e triagens. O nível secundário assiste o atendimento em hospitais de pequeno porte, que realizam atendimentos ambulatoriais e de internação, ainda que para pequenas cirurgias ou atendimento de emergência. O nível terciário é de responsabilidade dos grandes hospitais, que realizam os atendimentos chamados de alta complexidade.

Na Constituição de 1988, a política de saúde é compreendida como direito de todos os cidadãos e deve ser executada pelo Estado, a partir de medidas sociais e econômicas promovidas pelo SUS que integra todas as ações referentes a atenção básica, prevenção e intervenção¹¹.

O modelo preconizado pelo SUS privilegia o conceito de cidadania e pressupõe que os cidadãos, para exercê-la, têm que viver em um ambiente democrático. Comparando-o com modelos anteriores, o SUS vem apresentando melhores resultados associados a medidas preventivas e curativas. Existe, no imaginário comum, a noção de que o SUS foi um retrocesso e que esse sistema de saúde estaria falido. Tem-se essa idéia por conta das mortes em corredores, do atendimento desumano, das filas, dos exames com agendamento muito além do necessário, das muitas greves, do não funcionamento do modelo. Segundo Mendes (1999), tais problemas não estão relacionados somente ao SUS, mas vinculam-se historicamente à política de saúde. Com relação aos resultados do SUS, Mendes relata que:

(...) No campo das doenças imunopreveníveis, além da erradicação da poliomielite, há outros resultados expressivos. (...) As ações no campo da saúde mental, realizadas pelo SUS, são significativas. (...) Também cabe mencionar o programa nacional de auto-suficiência em imunobiológicos. (Mendes, 1999: 74-75)

Ainda apresentando os resultados obtidos pelo SUS, Mendes (1999) afirma que o sarampo passou de uma taxa de incidência de 42,8 por 100.000 habitantes em 1990, para 0,2 por 100.000 em 1993, reduzindo em 99,9% os casos.

¹¹ BRASIL, Leis e Decretos. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

O autor apresenta inúmeros outros índices que comprovam o aumento na cobertura de atendimento pela política de saúde, como por exemplo: difteria, coqueluche, tétano, tétano neonatal, malária, hanseníase, chagas, esquistossomose e raiva humana, e também mostra que o país conseguiu autosuficiência na produção das vacinas contra a febre amarela, vacina BCG, vacina contra meningites A e C, vacina anti-rábica canina e humana, vacina dupla adulto, febre tifóide, toxóide tetânico e soros anti-peçonhentos.

A construção do modelo de política de saúde preconizado pelo SUS, com quase duas décadas de existência, não pode ser considerada pronto e finalizado. Ainda que apresentando os dados positivos da implantação do sistema, reconhecemos que os princípios constitucionais de universalização, descentralização e participação popular são metas a serem ainda perseguidas. Cabe ressaltar a dimensão territorial do país, que faz com que distorções na execução da política de saúde, ganhem evidência, conforme nos coloca Cohn:

Dados mais recentes reafirmam essa tendência de desigualdade: em 1990 a esperança de vida média do brasileiro ao nascer era de 65,49 anos. Embora isso signifique que durante a década de 80 houve um ganho médio de 3,51 anos, uma vez que em 1980 a esperança média de vida no Brasil era de 61,98 anos, continua a se observar uma acentuada diferenciação por regiões do país: enquanto no Nordeste a esperança de vida ao nascer é de 64,22 anos, na região Sul ela é de 68,68 e na Sudeste, de 67,53 anos. (Cohn, 1996: 34)

Com essa breve apresentação sobre a construção e alguns resultados do Sistema Único de Saúde, gostaríamos de nos ater às questões da saúde pública relacionadas aos possíveis danos causados pelas drogas. Historicamente, quando tratamos da questão das drogas consideradas ilícitas, vemos que a política de saúde sempre esteve muito ausente e omissa. O usuário de drogas, no campo das políticas sociais, conseguia espaço para ser atendido somente pela política de assistência social ou de saúde mental. Agora, tal problemática tem sido compreendida dentro do campo da saúde, de forma articulada, compreendendo esse usuário como cidadão de direitos. Para tanto, apresentaremos agora a política de drogas e, na seqüência, a política de redução de danos.

3.3 A POLÍTICA DE DROGAS

De acordo com Acselrad (2005), podemos afirmar que no Brasil as políticas relacionadas às drogas sempre foram formuladas sob forte influência dos Estados Unidos da América. Essa política baseia-se na expressão “guerra contra as drogas”. Tal política norte-americana, adotada por países subdesenvolvidos, como por exemplo, os países da América Latina, viola diversas convenções internacionais. Podemos exemplificar com o Plano Colômbia, que avilta a soberania daquele país, dando aos Estados Unidos o direito de ocupar território colombiano sem autorização de seu chefe de Estado, no caso de confrontos com as FARC – Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia. As FARC são um grupo paramilitar revolucionário, com visão política de extrema esquerda, que faz tráfico de cocaína para a sustentabilidade da guerrilha.

O marco legal sobre as drogas em nosso país, conforme já relatamos, é a Lei 6.368/76, elaborada durante a ditadura militar. Essa lei, de doutrina repressiva, coloca ao cidadão o dever de delatar informações sobre drogas, e sequer diferencia a quantidade de droga que tipificaria tráfico de drogas ou uso pessoal. Tecendo críticas à Lei 6368/76, Acselrad (2005) diz que:

Os termos da lei têm uma expressão no cotidiano: os usuários são identificados como dependentes, criminosos, discriminados; nota-se a permissividade em relação ao uso indevido de substâncias de venda legal – álcool, principalmente - mesmo diante do alto índice de internações hospitalares e acidentes de trânsito associados; o controle policial da vida pessoal permite a revista de bolsas, bolsos e mochilas, exames antidoping; expulsão de casa e da escola, ruptura de contrato de trabalho diante do fato real ou suposto de envolvimento com drogas ilícitas. (Acselrad, 2005:2)

Ainda apoiados na obra de Acselrad (2005), pode-se definir o padrão da política de drogas no Brasil, representada pelos antigos Conselhos de Entorpecentes, órgão composto por agentes políticos indicados pelo poder executivo, nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal), tendo como função a proposição de políticas de prevenção e combate às drogas. Tais Conselhos de Entorpecentes tiveram um papel importante na medida que pautaram o tema

política de drogas em nossa sociedade, porém não conseguiram provocar mudanças com relação à cultura repressiva desta política.

Em 1998 foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, extinguindo os Conselhos de Entorpecentes. A SENAD é vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Tal mudança, na prática, não resolve a questão da cultura repressiva da política de drogas, uma vez que as atribuições da secretaria pautam-se na mesma legislação já mencionada. Segundo Acselrad (2005):

No programa da SENAD, agora um texto oficial, reafirma-se o combate ao uso indevido, tráfico ilícito e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, mantendo-se a Lei 6.368/76. (Acselrad, 2005:4)

Mesmo reconhecendo que existe uma tentativa de aprimoramento da política de drogas, avaliamos que não se rompem com a tradição conservadora. A nomenclatura da política oficial de drogas no Brasil passa a ser “anti-drogas”. Proliferam-se nos milhares de municípios conselhos anti-droga, com propostas completamente ideologizadas, que continuam a ver a lidar com o usuário de drogas visto como marginal. A própria opção do Governo Federal em vincular a SENAD ao Gabinete de Segurança Institucional, dando a ela status de órgão militar, dá o tom da orientação ideológica nela embutida.

Quando se é anti-drogas, antes de tudo, se é anti-usuário de drogas. A substância droga só causa risco quando o indivíduo se relaciona com ela. Sem essa relação, em tese, a droga não causa mal algum. O risco se dá na relação entre o usuário e a substância. O que devemos levar em conta é que se faz necessário a mudança de uma ordem legal para se alterar a ordem política, ou vice-versa. No próximo sub-item conheceremos melhor a política de redução de danos, que pode ser a gênese da construção de um novo paradigma quando falamos em política de drogas.

3.3.1 A Política de Redução de Danos

Bucher (1996) apresenta alguns fatores que tem implicado no fracasso da abordagem tradicional das políticas públicas para usuários de drogas. Os mecanismos, usualmente utilizados, são a repressão ao tráfico e ao uso de drogas, e o tratamento com abstinência do uso. A insistência na abordagem policial e penal pouco tem contribuído para solucionar os problemas e as conseqüências do consumo de drogas. A tentativa de eliminar as drogas do cenário mundial nos parece, no mínimo, ingênua, quando não, irresponsável. Vejamos o que relata o autor, para exemplificar:

Em conseqüência do malogro dessas medidas inócuas, idealizadas e adotadas no desconhecimento dos determinantes sociais desse uso, o conjunto de ramificações do narcotráfico (essencialmente heroína e cocaína) representa hoje, segundo estimativas internacionais, o terceiro volume de transações comerciais, ultrapassado apenas pelos negócios do petróleo e dos armamentos, com montantes calculados em bilhões de dólares. (Bucher, 1996: 85)

Portanto, as ações que visam atender usuários de drogas a partir das políticas sociais, têm que ser pragmáticas, ou seja, devem buscar a essência do problema, atender suas especificidades e peculiaridades, deixando de lado medidas inexecutáveis como a eliminação das drogas do cenário mundial e atuar diretamente na freqüência, na quantidade e nas conseqüências decorrentes do seu uso.

Com o surgimento da aids no início da década de 1980, conforme já relatamos, instalou-se em setores conservadores da sociedade, setores formadores da opinião pública, um pânico generalizado quando se tratava da questão. Nesse período, começaram a ser identificados os primeiros casos de aids que não se enquadravam no estereótipo de homossexualidade e promiscuidade então disseminados, e descobriu-se que a doença se tratava de uma pandemia de proporções globais. Segundo Galvão (2000), não demorou muito para aparecer os primeiros casos de aids entre crianças e mulheres, que confrontava com a concepção preconceituosa associada à homossexualidade e marginalidade. O

surgimento de pessoas heterossexuais e crianças contaminadas com o HIV trouxe outra dimensão da epidemia, como podemos observar:

(...), a AIDS foi, aos poucos, mostrando o seu lado “global”, encaixando-se em uma lógica que, cada vez mais, vai tendo seu sentido aprimorado, em definições como saúde e desenvolvimento, “primeiro mundo” e “terceiro mundo”, indústria e mercado, justiça social e violência estrutural. (Galvão, 2000: 179)

Quando tratamos do cruzamento dos temas aids e drogas, existe uma série de fatores que podem implicar na disseminação do vírus. No Brasil, a forma de transmissão do vírus que está, hoje, em primeiro lugar é a sexual, seguida da contaminação através do compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas¹², mesmo sendo registrada sensível queda na infecção para o HIV para a última categoria de exposição ao vírus¹³.

Atualmente, não se utilizam mais conceitos como o do grupo ou comportamento de risco. Todas as pessoas que se coloquem em situações de vulnerabilidade correm o risco de se infectar. Entendemos que situações de vulnerabilidades são quaisquer atitudes relacionadas ao sexo, ao uso de drogas, à transfusão de sangue ou a outros tipos de contatos sangüíneos que não estejam em conformidade com os parâmetros de proteção e prevenção necessárias.

O aparecimento dos casos de contaminação pelo HIV, em consequência do uso de drogas, comprovou a necessidade de ações no campo das políticas sociais que visassem a contenção e / ou a diminuição da transmissão do HIV entre esses usuários de drogas e sua rede social, como família, amigos, parceiros(as) de relações sexuais estáveis ou esporádicas.

De acordo com Silva (2003), foi no início da década de 1980, com o aumento rápido dos casos de aids, que a redução de danos ganhou *status* de política social. Nesse período se propôs uma abordagem com usuários de drogas e sua rede social objetivando, não só a proteção desse usuário, mas também de suas famílias e de toda a sociedade.

¹² De acordo com Mesquita e Ribeiro (1998), no Brasil os índices de infecção do HIV entre usuários de drogas injetáveis somam mais de ¼ de todos os casos.

¹³ Veja: www.aids.gov.br

Silva (2003) coloca que em diversos países, a aids em decorrência do uso de drogas, tornou-se uma problemática que têm exigido de gestores de políticas sociais, intervenções alternativas que atendam o usuário de drogas como cidadão de direitos. A redução de danos é uma abordagem de prevenção com esses usuários, sem que se faça juízo de valor sobre o uso de drogas, atendendo-os em sua totalidade. Segundo Wodak, o conceito de redução de danos é:

(...) 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. (Wodak, 1998:55)

Ou ainda, a redução de danos é uma abordagem com usuários de drogas que pretende inseri-los em ações que promovam o cuidado com a saúde individual, proporcionando uma maior saúde coletiva, objetivando também o não adoecimento dos cidadãos, usuários ou não.

Buscaram-se soluções nas estratégias tradicionais de políticas de saúde pública. Martins (In: Sampaio e Campos, 2003) resgata historicamente a primeira experiência na Inglaterra, no que tange as políticas sociais, que visava, a partir de uma leitura pragmática, trabalhar os problemas que surgiam em decorrência do uso de drogas. Tal estratégia está contida no chamado *Rolleston Report* – Relatório Rolleston¹⁴, relatório que recebeu esse nome por conta do sobrenome do Ministro da Saúde da Inglaterra na década de 1920. O relatório autorizava médicos a receitarem metadona (substância sintética que diminui as conseqüências da abstinência dos opiáceos) para adictos em heroína, de forma a minimizar as conseqüências adversas da abstinência da substância. Surgia então a prática da redução de riscos ou redução de danos, em suas primeiras propostas.

Atualmente, a transmissão do HIV entre usuários de drogas no mundo, assim como no Brasil, constitui-se na segunda forma mais freqüente de registro. Para conter o alastramento do vírus da aids, começou-se na Holanda a pensar estratégias para minimizar essa epidemia a partir do resgate do conteúdo

¹⁴ Contém recomendações nas seguintes condições: que o uso de suprimentos regulares de opiatos, através do tratamento, visem a cura; que fique comprovado que o usuário não pode deixar de usar a substância imediatamente; e que se comprove que o paciente pode levar uma vida “normal” utilizando-se de doses regulares da droga.

metodológico do *Rolleston Report*. Como política pública, a redução de danos é retomada na década de 1980. Vejamos:

Ao final de 1984, iniciou-se um projeto experimental de troca de seringas em Amsterdã a fim de prevenir a infecção pelo vírus da Hepatite B (HBV). No entanto, quando ficou claro que o HIV poderia ser transmitido pelo uso comum de seringas entre pessoas que injetavam drogas, a meta central desses programas se tornou a prevenção da aids. Os objetivos principais da troca de seringas permaneceram os mesmos: reduzir o compartilhamento de agulhas e, conseqüentemente, prevenir a transmissão de doenças infecciosas, aumentar o contato com pessoas que injetam drogas e que não estão em tratamento para o uso de drogas e reduzir os acidentes por picadas de agulhas na população geral. (Verster, 1998: 115)

No Brasil, a primeira tentativa de implantar estratégias de redução de danos aconteceu em 1989, no município de Santos, que registrava altíssimos índices de infecção pelo HIV. Num primeiro momento, por falta de informação e prepotência, as autoridades de segurança pública entenderam que ações, como por exemplo, a troca de seringas, incentivava o uso de drogas. Conforme a legislação brasileira¹⁵ que trata da matéria, favorecer o uso de drogas está tipificado como crime de tráfico. Bueno relata parte desse processo:

Nesse momento, nosso sonho começou a se tornar um pesadelo. Matérias nos jornais, revistas, rádios e TVs, debates na cidade, ameaças de prisão àqueles que tentaram implementar essa estratégia, processos judiciais etc. Ao final, foi estabelecido um acordo, constatando-se que naquele momento tínhamos que recuar. (...) Essa foi nossa primeira tentativa frustrada. (Bueno, 1998: 163)

Na segunda tentativa de se implantar um programa de redução de danos, também em Santos em 1995, novamente o Ministério Público se posicionou contrariamente, com a promessa de representar judicialmente quem não respeitasse a lei já citada. Paralelamente, em Salvador, o CETAD / UFBA – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia, passou a adotar estratégias de redução de danos na abordagem com usuários de drogas injetáveis,

¹⁵ Lei n.º 6.368, de 21 de Outubro de 1976.

utilizando como uma das atividades, a troca de seringas. Surgiu então, de forma institucionalizada, o primeiro projeto de redução de danos do Brasil.

Hoje, a articulação entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, alguns governos estaduais (São Paulo, Rio Grande do Sul) e o próprio Ministério da Saúde, colocam o problema da relação entre drogas e aids como pauta da agenda política. Pessoas e serviços ligados à área parecem estar convencidos da necessidade de se implantar projetos de redução de danos para reduzir a contaminação pelo HIV entre usuários de drogas. Alguns municípios brasileiros, por meio de organizações não governamentais e suas prefeituras, começam a adotar essas estratégias. Porém em alguns casos, a situação ocorrida em Santos, se repete: as autoridades de segurança pública, o Ministério Público e o Poder Judiciário se colocam contrários à implementação da proposta de redução de danos. A solução inicial tem sido evocar o artigo 196 da Constituição Federal, que diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
(Brasil, 1988)

Dentro da construção da redução de danos no Brasil, devemos destacar a atuação das associações de redes que cotidianamente vem pautando a redução de danos na agenda das políticas sociais. A ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos é uma organização de usuários de drogas que atua em todo o território nacional, que tem como objetivo fomentar a redução de danos. A ABORDA tem como finalidade: lutar pelos direitos de cidadania dos usuários de drogas e de sua rede de interação social; viabilizar a implementação das estratégias de redução de danos à saúde, por uso de drogas, como política de saúde pública; divulgar as estratégias de redução de danos junto aos diversos segmentos da sociedade; e promover e assegurar os direitos e a integridade do redutores de danos no desempenho de suas atividades (ABORDA, 2006).

Existe também a REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos, que foi criada em outubro de 1998, na cidade de São Paulo, no Encontro Nacional de Redução de Danos, uma parceria entre o Programa de Orientação e Assistência

a Dependentes - PROAD/UNIFESP, o IEPAS - Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos, o Programa Estadual DST/AIDS-SP, o Laboratório Biocintética e com o apoio da Coordenação Nacional de DST/AIDS e da USAID - Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional, com o objetivo de promover a aproximação entre os Programas de Redução de Danos (PRD) desenvolvidos no território nacional e outros profissionais comprometidos com os rumos que essa abordagem vinha tomando no Brasil, além de avançar na discussão das questões referentes ao binômio drogas / aids, e ainda discutir, planejar, elaborar, articular e apoiar ações científicas e sociais, assim como fortalecer políticas públicas que favoreçam as questões relativas à Redução de Danos (REDUC, 2006). A RELARD – Rede Latino-Americana de Redução de Danos atua com os países sul-americanos articulando ações de redução de danos e promovendo encontros e congressos sobre o tema.

Existem ainda diversas redes estaduais de redutores de danos e outras associações de usuários de drogas. Apresentamos sucintamente aqui as redes e associações mais expressivas e de reconhecimento público, com atuação respaldada pelo Ministério da Saúde.

Entre as mais variadas estratégias para iniciar a atuação de redução de danos sem a “autorização” dos referidos órgãos, aparecem aquelas cujos projetos começam os trabalhos na clandestinidade, articulando forças e propondo leis municipais e estaduais regulamentando a troca de seringas como medida de prevenção à saúde. Dentre os Estados que aprovaram leis relacionadas à redução de danos, podemos citar os Estados de São Paulo – Lei Estadual 9.758/97; Rio Grande do Sul – Lei Estadual 11.562/00; Santa Catarina – Lei Estadual 11.063/98 e Mato Grosso do Sul – Lei Estadual 2.404/01, e alguns municípios, como Londrina – PR, Lei Municipal 8694/02.

No fim da década de 1990, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST / AIDS, começou a estabelecer convênios com os municípios brasileiros, para a implantação de projetos de redução de danos. Os recursos destinados para a execução dessa política, foram disponibilizados pelo Banco Mundial, em um amplo programa, chamado AIDS I, de financiamento de ações de prevenção à aids. As transferências de recursos vinham diretamente para as Secretarias Municipais de Saúde ou para Organizações Não Governamentais credenciadas para executar o projeto, através de termo de parceria.

O Ministério da Saúde adotou, finalmente, a estratégia de redução de danos como política oficial do Estado brasileiro para a diminuição, prevenção e controle da epidemia da aids relacionada ao uso de drogas, contando, entre outras atividades, com troca de seringas, e distribuição de preservativos e de insumos necessários para a aplicação das injeções (copinho descartável, hipoclorito de sódio para a diluição e lenços umedecidos para limpar o local a ser aplicado), e também material informativo sobre as formas de prevenção.

O principal objetivo do financiamento das ações através do Ministério da Saúde era o de atender imediatamente os municípios com alto índice de soroprevalência entre usuários de drogas e seus familiares, criando as condições para que os municípios pudessem, gradativamente, assumir as ações de prevenção e controle da aids entre esses usuários. Uma das condições do Ministério da Saúde para com os financiados era a garantia da sustentabilidade do projeto depois de finalizado o convênio com o Ministério.

No entanto, a sustentabilidade dos projetos dependia de vários fatores, como por exemplo, aprovação nas conferências de saúde, previsão de dotação orçamentária, contratação de recursos humanos, parcerias com secretarias de saúde, entre outros. A avaliação e controle dos projetos pelo Ministério da Saúde se davam, e continuam acontecendo através de relatórios de progresso, a serem analisados no próximo capítulo.

A estratégia de redução de danos, como ação indispensável para a redução de transmissão do HIV entre usuários de drogas e sua rede social, não pode ser compreendida apenas como programa de trocas de seringas. A troca é uma das ações propostas para garantir que as pessoas utilizem o material descartável. Dizer que a seringa gratuita incentivará o uso de drogas é o mesmo que dizer que os copos incentivam o uso de bebidas alcoólicas. Orientação e aconselhamento sobre os riscos do uso abusivo de drogas, formas de transmissão do HIV, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e aids com a distribuição de preservativos, estímulo ao uso individual de equipamentos, como seringas e agulhas, substituição de drogas consideradas pesadas por drogas mais leves e, principalmente, integração da política de saúde com as demais políticas sociais (assistência social, lazer, cultura, esporte, educação, habitação, e outras), devem ser igualmente entendidas como estratégias de redução de danos.

A Constituição Federal de 1988, no título da ordem social, cria o conceito de seguridade social, que se constitui através das políticas de previdência social, assistência social e saúde. Os princípios constitucionais de universalização, descentralização e participação popular devem ser tomados em conta na elaboração de novas políticas que venham atender as novas demandas colocadas às políticas sociais.

Na prática das políticas sociais, o usuário de drogas sempre esteve sob a responsabilidade dos serviços sociais e das políticas de segurança pública. A área da saúde sempre esteve muito omissa. A redução de danos talvez seja a possibilidade da construção de respostas às demandas colocadas para várias profissões, agora sim, dentro da política de saúde, de forma intersetorial e transdisciplinar.

A redução de danos apresenta-se como uma perspectiva inovadora na atuação das políticas públicas de atenção a cidadãos usuários de drogas. Essa perspectiva pode contribuir na execução de outras políticas sociais. Porém, tem-se a necessidade urgente de elaboração de uma legislação adequada com relação às drogas e capacitação de recursos humanos que irão operacionalizá-la. No próximo sub-tópico, apresentaremos a implantação do projeto de redução de danos da Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids – ALIA.

3.3.2 A Implantação do Projeto de Redução de Danos em Londrina

A Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids – ALIA é uma organização não governamental, instituída em 1989 com o objetivo de somar esforços para o combate e a prevenção ao HIV e aids. Foi fundada por diversos profissionais, soropositivos ou não, protagonizando em Londrina a luta da sociedade civil pelo direito às políticas sociais, especialmente a política de saúde.

Durante esse período de existência, a ALIA consolidou-se como uma organização do terceiro setor¹⁶ articulada com a rede de serviços públicos,

¹⁶ Primeiro setor é o Estado; o segundo setor é o mercado; e o terceiro setor é aquele constituído por instituições não governamentais que prestam algum tipo de serviço público.

especializando-se na execução de projetos de prevenção à aids. Segundo o relatório geral de atividades da instituição, a ALIA desde 1993, executou mais de trinta projetos.

De acordo com o relatório técnico narrativo do projeto de implantação de redução de danos entre usuários de drogas e usuários de drogas injetáveis, podemos afirmar que, no ano 2000, o boletim epidemiológico de aids do município de Londrina registrava índices de soroprevalência para o HIV entre usuários de drogas injetáveis, em 23% dos casos. Em face destes dados, a ALIA tomou a iniciativa de propor a implantação de projeto estratégico de redução de danos, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde / PR – Coordenação Estadual de DST e AIDS / SESA / PR.

Conforme já relatamos, a ALIA formou uma equipe de redutores de danos – agentes de saúde que participaram de vários treinamentos promovidos pela Secretaria de Estado da Saúde / PR e pelo Ministério da Saúde, que aguardaram a aprovação do projeto.

Em 2001, o Ministério da Saúde aprovou o projeto enviado pela ALIA, e assinou o termo de cooperação número 282/00 UNDCP, liberando recursos a partir de fevereiro daquele ano. A equipe foi formada por três redutores de danos – agentes de saúde, um coordenador e um assistente de coordenação. A equipe do projeto ainda contou com uma supervisora técnica (psicóloga).

De acordo com o já apresentado, podemos dizer que houve, logo nas primeiras semanas de atuação do projeto, um posicionamento contrário à sua prática, por parte da polícia civil, que alegava que as ações da redução de danos eram entendidas como incentivo ao uso de drogas, portanto, crime tipificado na lei 6368/76. A equipe foi coagida a suspender as atividades, inclusive com ameaças de prisões. A ação da polícia foi institucional, e se deu através de ofício expedido pelo delegado geral de polícia civil para o presidente da ALIA. Houve grande repercussão midiática no município.

Buscou-se então uma atuação sem a disponibilização de qualquer equipamento de prevenção, com exceção de preservativos. Foram promovidas diversas oficinas de sensibilização nos bairros pré-definidos, com a colaboração de lideranças locais.

O Ministério da Saúde exige, como forma de controle e monitoramento, relatórios de progresso, constituídos por um roteiro pré-definido, no

qual são registrados os dados quantitativos das atividades do projeto. A ALIA inseriu na documentação enviada ao Ministério da Saúde, um relatório técnico narrativo, que vem a ser um relatório qualitativo das atividades.

O projeto de redução de danos teve como objetivo reduzir a transmissão do HIV entre usuários de drogas e sua rede social. Como estratégia, a equipe do projeto buscou introduzir ações pelas quais usuários de drogas injetáveis pudessem trocar seringas usadas por seringas estéreis na rede pública de saúde, estimulou a prática de sexo seguro entre os usuários de drogas e seus parceiros, aumentou o nível de informação sobre DST – HIV – aids, incentivou os cuidados com a saúde e seus aspectos, utilizando-se para tanto as ações *outreach work*, ou seja, ações em campo junto a esses usuários¹⁷

Na implantação do projeto em 2001, a ALIA pretendia atuar exclusivamente na prevenção com usuários de drogas injetáveis. Na composição da equipe, a diretoria da instituição convidou pessoas sem nenhuma experiência de atuação com redução de danos. Foram convidados três agentes de saúde / redutores de danos e um coordenador, sendo que o cargo de assistente de coordenação foi designado para um dos membros da diretoria da instituição.

Formada a equipe, todos tiveram a oportunidade de participar de capacitações promovidas pela ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos, pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e pelo próprio Ministério da Saúde. O objetivo dessas participações foi o de formar os membros da equipe para a atuação com redução de danos. Nesse período, ainda não existia financiamento pelo Ministério da Saúde, portanto, todos da equipe não tinham qualquer ajuda de custo financeiro, a não ser diárias para participação nos referidos eventos. Ainda nesse período (2000 – 2001), a redução de danos era entendida majoritariamente pela equipe como troca de seringas. Quando foram recebidos os recursos do Ministério da Saúde, a equipe iniciou suas atividades promovendo oficinas de prevenção nos bairros Jardim Tóquio, Jardim Nossa Senhora da Paz, Jardim União da Vitória, Parque das Indústrias e a região central, localidades que concentravam o maior número de casos de HIV entre usuários de drogas. Os insumos de prevenção

¹⁷ O objetivo geral do projeto vem se mantendo, mesmo com as reformulações e alterações nas estratégias. Atualmente a equipe do projeto de redução de danos está alocada em equipes do programa saúde da família, que é municipal. Porém, a gestão do projeto continua sendo da ALIA, que vem objetivando com isso, a municipalização do projeto.

naquele momento limitavam-se à preservativos, pois as seringas descartáveis ainda não haviam chegado, pois essa seriam repassadas pela Secretaria de Saúde do Paraná, parceiro na execução.

Um dos agentes de saúde / redutores de danos, era ex-usuário de drogas injetáveis, e tinha amplo conhecimento e respeito da rede de usuários de drogas, o que dava certa tranquilidade para a equipe. Porém, começou-se a perceber que mesmo o município de Londrina registrando um alto índice de soroprevalência entre usuários de drogas injetáveis, a equipe do projeto não conseguia acessá-los em grande número. Como o número de usuários de drogas injetáveis era pequeno e o número de seringas era grande, iniciou-se uma estratégia de visitas em outros Projetos de Redução de Danos que atuavam com outros tipos de drogas também. A equipe foi até São José do Rio Preto e Santos, conhecer a abordagem com usuários de *crack*. A partir de então passou-se a incluir nas ações do projeto a abordagem com usuários de drogas, lícitas ou ilícitas, injetáveis ou não.

Paralelamente, no campo jurídico, o projeto enfrentou um embate com as autoridades de segurança pública, que conforme já ocorrera em outros municípios, reprimiu a ação. Buscou-se então, a partir de uma avaliação interna, divulgar a redução de danos para a rede de serviços sociais públicos e autoridades do município. Nessa avaliação, a equipe chegou a conclusão de que a forma utilizada para “colocar o projeto na rua” foi equivocada, dando o entender que se tratava de uma proposição da ALIA, de que a instituição naquele momento resolvera “distribuir seringas”. Procurou-se então contextualizar a redução de danos dentro da política de saúde, articulada com uma proposta nacional. Os primeiros parceiros a se colocarem favoráveis às ações de redução de danos foram o Ministério Público e a própria Secretaria de Saúde do Município.

Para dar sustentabilidade legal ao Projeto de Redução de Danos, a ALIA encaminhou à Câmara de Vereadores de Londrina, através do gabinete de uma vereadora que apoiou idéia, um projeto de lei onde a redução de danos estava contemplada enquanto política pública, autorizando o executivo municipal ou organizações não governamentais credenciadas a atuarem na prevenção à aids adotando estratégias de redução de danos, inclusive, com disponibilização de seringas, se necessário fosse.

Para a aprovação da lei, foi necessária a articulação com os movimentos sociais, igrejas, partidos políticos, técnicos e principalmente com os

vereadores. A igreja católica colocou-se oficialmente contrária ao projeto. Dentre os vereadores, os católicos se dividiram. Na primeira sessão legislativa onde o projeto estava em pauta, até o arcebispo, maior autoridade da igreja no município, esteve na Câmara de Vereadores para pressionar os nobres edis.

A saída foi articular individualmente com cada vereador, solicitando apoio de partidos políticos, movimentos sociais e técnicos para sensibilizá-los para a proposta, que foi aprovado em primeira discussão. No dia da segunda e última discussão para aprovação do projeto, a equipe da ALIA solicitou a todos apoiadores do projeto que comparecessem na Câmara de Vereadores, o que aconteceu. No momento da discussão do projeto, faixas foram colocadas nas galerias da Câmara, que estava completamente lotada.

Com apenas uma emenda, que estendeu o direito a seringas descartáveis à portadores de diabetes, o projeto de lei foi aprovado por unanimidade, e posteriormente sancionada¹⁸ pelo prefeito municipal. Todos os vereadores que aprovaram a lei naquela tarde a assinaram como co-autores.

A ALIA também promoveu um seminário municipal, envolvendo diversas autoridades locais para a apresentação da estratégia de redução de danos. Um apoio muito importante nesse período foi o do Ministério Público que, desde o princípio, entendeu a redução de danos como direito resguardado pela Constituição Federal, especificamente em seu artigo 196. É importante ressaltar, conforme já colocamos, que o órgão gestor da política de saúde local colocou-se como parceiro na execução do projeto, inclusive sancionando a lei municipal que dispõe sobre a redução de danos.

Como resultados esperados, o projeto apresentou a redução do tempo de circulação de seringas, a redução de vulnerabilidade dos usuários de drogas e seus parceiros ao HIV e aids, o aumento da inserção social dos usuários, como por exemplo, a participação nas oficinas de prevenção ofertadas nos bairros, o aumento no conhecimento sobre direitos sociais e a sustentabilidade local para as ações de redução de danos, com a municipalização do projeto.

Desde então, a ALIA vem renovando esse termo de cooperação com o Ministério da Saúde, agora também com a parceria da Secretaria Municipal de

¹⁸ LONDRINA, Leis e Decretos. Lei n. ° 8.694, de 14 de Janeiro de 2002. *Dispõe sobre atividades de redução de danos entre usuários de drogas visando a diminuir a transmissão de doenças e da síndrome da imunodeficiência adquirida e dá outras providências.* Londrina: Câmara Municipal de Londrina, 2002.

Saúde, que ficou responsável pela contratação e pagamento de salários aos redutores de danos / agentes de saúde, através do programa saúde da família – PSF, tendo como objetivo geral: a) implementar a redução de danos como Política Pública Municipal de Saúde financiada com recursos locais; b) efetivar fluxo de referência e contra referência entre a rede pública de saúde; c) atenção especial, educação e promoção / assistência social e as ações em redução de danos, para encaminhamento de demandas de usuários; d) promover a inserção social e a participação cidadã dos usuários de drogas; e) reduzir a transmissão de DST / HIV / hepatites entre usuários de drogas e usuários de drogas injetáveis e suas redes sociais; f) trazer a análise sobre a questão das drogas para o sujeito e não para a substância.

No próximo capítulo, apresentaremos uma avaliação de eficácia do projeto de redução de danos da ALIA, e também analisaremos sua forma de controle e monitoramento, realizada pelo Ministério da Saúde.

4 CAPÍTULO III - REFLETINDO A REDUÇÃO DE DANOS

“Da mesma forma que o conhecimento, também a história nunca poderá encontrar seu coroamento definitivo num estágio ideal e perfeito da humanidade; uma sociedade perfeita, um ‘Estado’ perfeito, são coisas que só podem existir na imaginação.”

Friedrich Engels

Conforme já apresentamos na introdução do trabalho, analisaremos os relatórios de progresso e técnicos-narrativos do projeto de redução de danos da ALIA. O relatório de progresso apresenta várias tabelas, tais como: objetivos específicos, resultados esperados, atividades e resultados obtidos; perfil das ações desenvolvidas; indicadores de progresso; atividades não previstas e realizadas, justificativa das atividades realizadas; atividades previstas não realizadas, justificativa das atividades não realizadas; dificuldades encontradas, sugestões e comentários. O relatório técnico-narrativo constitui-se em um relatório de atividades, sem um modelo próprio adotado pela coordenação.

Estes dados foram adensados em dois grupos: grupo 1 – relatório de progresso; e grupo 2 – relatório técnico-narrativo. O grupo um, tem como objetivo avaliar o monitoramento do Ministério da Saúde a partir do instrumento relatório de progresso. O grupo dois, tem como objetivo uma avaliação qualitativa, ou seja, o de mensurar a eficácia do projeto de redução de danos. Apresentamos então os dois grupos de dados para a análise:

Grupo Um: Relatório de Progresso

- 1) Indicadores de Progresso;
- 1.1) Acesso, Campos Trabalhados e Ações Desenvolvidas;
- 2) Prioridades Planejadas e sua Execução;
- 3) Fatores que Facilitaram e Dificultaram a Execução do Projeto;

Grupo Dois: Relatório Técnico-Narrativo

- 4) Soroprevalência do HIV entre Usuários de Drogas;
- 5) Coerência, Compatibilidade e Adequação das Estratégias;
- 6) Interface com a Política de Saúde;

4.1 INDICADORES DE PROGRESSO

Os indicadores de progresso para avaliação de um projeto de redução de danos financiado pelo Ministério da Saúde seguem um formulário predeterminado com o objetivo de monitorar e avaliar a execução das atividades propostas, denominado relatório de progresso.

No relatório de progresso consta uma tabela de natureza quantitativa que visa obter dados de cobertura do projeto, natureza das ações de redução de danos e indicadores de progresso. São considerados dados de cobertura: estimativa da população alvo no local de abrangência, número de população alvo acessada e número de população alvo vinculada.

Com relação aos dados da natureza das ações, constam no relatório de progresso os seguintes itens: distribuição de agulhas e seringas, distribuição de preservativos masculinos e femininos, distribuição de gel lubrificante, elaboração e distribuição de materiais educativos-instrucionais, eventos, intervenções face á face, participação em capacitações e participação em conselhos / fóruns / comissões.

A tabela de indicadores de progresso é formada pelos seguintes dados: número de preservativos distribuídos, número de potes de gel lubrificante distribuído, número de seringas distribuídas, número de encaminhamentos para testagem de HIV, número de encaminhamentos para diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, número de encaminhamentos para tratamento de aids, número de encaminhamentos para tratamento de dependência química, número de pessoas capacitadas para serem multiplicadores, número de pessoas que aderiram ao tratamento de aids, número de encaminhamentos para vacinação de hepatite B, número de pessoas que relataram intercorrência policial devido ao uso de drogas e número de áreas abrangidas pelo projeto de redução de danos.

Podemos observar que o número de campos a serem preenchidos no relatório de progresso são muitos e bem detalhados. A falta de uma rotina de preencher os diários de campo, ou mesmo compreender os campos dos relatórios de progresso, fez com que muitos dados fossem perdidos em campos não preenchidos, uma vez que o modelo pré-estabelecido de relatório, influenciou no preenchimento dos diários de campo.

Avaliamos que todas as orientações iniciais nas capacitações realizadas com a equipe do projeto acabaram focalizando a redução de danos na troca de seringas, minimizando o potencial a ser trabalhado. Como o relatório de progresso apresentava essa tabela com campos específicos a serem preenchidos, o que não estava previsto foi omitido, ou seja, as informações que poderiam subsidiar uma avaliação aprofundada do impacto da implantação do projeto de redução de danos em Londrina, não foram registradas.

Informações relacionadas a usuários de drogas trazem um pouco de insegurança para quem as detêm. Por se tratar de uma atividade ilícita, o registro de dados detalhados sobre usuários de drogas somente acontece quando a equipe tem total confiança e acesso a estes usuários e vice-versa. Esses dados têm que ser sigilosos para que esses usuários não sejam identificados. Esta é outra razão para que o registro de dados qualitativos tenha sido insuficiente e incompleto. De acordo com Karam (2003), podemos afirmar que esta dificuldade com relação ao registro de informações relacionadas ao uso e/ou usuário de drogas, é consequência da política proibicionista embasada pela lei 6369/76.

Quando selecionamos a documentação a ser analisada, tínhamos a expectativa de encontrar nos cadernos de campo o relato dos redutores de danos. Porém, em sua maciça maioria, constavam no caderno de campo apenas dados quantitativos como, por exemplo, a distribuição de preservativos, ou ainda, a disponibilização de alguma seringa. Este tipo de registro, necessário e importante, deveria ter sido complementado com dados qualitativos, pois sua indisponibilidade compromete uma avaliação mais aprofundada.

4.1.1 Acesso, Campos Trabalhados e Ações Desenvolvidas

Com relação ao acesso aos usuários de drogas, pudemos constatar que o registro das ações foi feito durante o período analisado, de duas formas. Primeiro, nos anos de 2001 e 2002, registrou-se apenas a população alvo prevista para as abordagens, apontando um decréscimo, ou seja, em 2001 a população alvo a ser atendida era de 105 (cento e cinco) pessoas e, em 2002, era de 50 (cinquenta) pessoas. Embora houvesse registro da estimativa, não houve registro do número de

pessoas acessadas nesse período, o que permitiria a comparação entre proposta e resultados.

Depois, nos anos de 2003, 2004 e 2005, registrou-se a estimativa do número de pessoas a ser acessadas pelo projeto, considerando-se a população das localidades atendidas. A estimativa de atendimento nesses anos foi de 400 (quatrocentas) pessoas a ser acessadas em 2003; 1131 (um mil, cento e trinta e uma) pessoas em 2004 e 2543 (dois mil quinhentas e quarenta e três) pessoas em 2005. Dados comparativos ficaram, da mesma forma, prejudicados.

De acordo com Cohn e Elias (1996), no Brasil o acesso universal aos serviços públicos de saúde é um dos princípios fundamentais da política. Com a estratégia de redução de danos esse princípio também deve ser respeitado, uma vez que ela faz parte da política de saúde. Portanto deve-se garantir acesso a todos usuários de drogas que queiram cuidar de sua saúde, sem que seja necessário abster-se da droga.

O relatório de progresso apresenta ainda nos anos 2003, 2004 e 2005 uma observação alertando que as populações atendidas residem nas áreas que fazem parte dos campos previstos, incluindo a rede social dos usuários de drogas e os atendimentos oriundos de encaminhamentos da rede de serviços.

Avaliamos que o fato dos relatórios de todo o período analisado não apresentarem o quantitativo do número de usuários de drogas acessados efetivamente, ou tampouco da sua rede social, representa uma fragilidade do projeto de redução de danos, no que tange ao registro das informações. Outra fragilidade torna-se evidenciada pelo fato do número de usuários de drogas atendidos pelos projetos de redução de danos serem registrados juntamente com a rede social desses usuários. Assim sendo, acreditamos que o objetivo de se ter quantitativamente o número de usuários de drogas atendidos independentemente de suas respectivas redes sociais, perde sentido na medida que as políticas públicas que atuam com esses usuários, não conhecem as suas necessidades.

Em nossa visão, o ideal é que sejam registrados todos os atendimentos realizados pelo projeto de redução de danos com usuários de drogas, distinguindo as abordagens entre esses usuários e as abordagens com familiares e/ou sua rede social para, a partir de então, poder aperfeiçoar uma política de atenção integral aos usuários de drogas, agora sim, no campo da saúde pública.

Ainda com relação ao acesso dos usuários de drogas, podemos afirmar que por conta da natureza das ações desenvolvidas pelo projeto de redução de danos, a sua ampliação tem se dado de forma paulatina, pela necessidade de credibilidade junto aos usuários do projeto.

Conforme já apresentamos, na elaboração do projeto de redução de danos, pensou-se inicialmente em três localidades / bairros a serem atendidos. Tais bairros foram convertidos em campos de trabalho dos redutores de danos, uma vez que essas localidades eram as que apresentavam maior vulnerabilidade para o HIV entre usuários de drogas, principalmente por serem bairros encravados em bolsões de pobreza, com alto índice de violência urbana decorrente da rivalidade de grupos disputando o comércio de substâncias ilícitas.

Baseados em Parker e Camargo (2000), podemos afirmar que essas características de regiões com alta incidência para o HIV entre usuários de drogas evidencia a pobreza estrutural associada à elevação dos níveis de vulnerabilidade social. A falta de acesso à informação, a inoperância de setores do Estado e a sobrevivência abaixo nos níveis sociais mínimos, fazem com que as pessoas socialmente vulneráveis sejam também, mais vulneráveis a se infectar pelo HIV.

Os relatórios de progresso fazem um apontamento importante com relação aos campos de atuação do projeto de redução de danos. Registram uma ampliação na cobertura do atendimento da equipe de redutores de danos, passando dos três campos em 2001 para quatro em 2002. Em 2003, houve a manutenção do mesmo número de campos que o ano anterior. Já a partir de 2004, dobrou-se o número de campos de trabalho, passando-se de quatro para oito.

Essa ampliação na cobertura de atendimento do projeto de redução de danos é muito positiva. Ela também demonstra que a criação da Lei Municipal de Redução de Danos, em 2002, deu sustentabilidade para que a ALIA mantivesse proposição e execução das atividades. Aponta ainda para outro importante fato: a consolidação do projeto coincide com sua transição para a Secretaria de Saúde do Município, com a criação de mais quatro campos de atuação, em 2005.

O momento de transição para a Secretaria de Saúde ganhou fôlego em 2004, e o órgão gestor da política de saúde assumiu a contratação de recursos humanos – redutores de danos –, inclusive com a ampliação no número desses redutores de danos, subindo de três para cinco.

Em tempos de neoliberalismo, podemos afirmar que a municipalização do projeto de redução de danos é algo que se destaca no cenário das políticas sociais. O que freqüentemente constatamos é a privatização do espaço público, minimização de gastos com políticas sociais e sucateamento do aparelho estatal para a execução de políticas públicas. Consideramos positivo o fato das ações de redução de danos terem sido assumidas e incorporadas dentro da estrutura governamental do município.

Consideramos ações desenvolvidas pelo projeto de redução de danos todas as atividades realizadas com os usuários de drogas no sentido de garantir-lhes o acesso às políticas sociais públicas. Como já relatamos, o relatório de progresso não distingue quem é o usuário de drogas e quem faz parte de sua rede social, pois os totalizam um único dado quantitativo. Dividimos portanto, as ações desenvolvidas em três tópicos:

- 1 – disponibilização de preservativos, que engloba preservativos masculinos e femininos;
- 2 – disponibilização de equipamentos de prevenção / *kit* de redução de danos. O *kit* de redução de danos é composto por seringas e agulhas estéreis, hipoclorito de sódio, garrote, lenço umedecido e preservativos (já contabilizados no item anterior). A partir de 2005 o *kit* de redução de danos passou a contar com preservativos e gaze, para ser utilizada como filtro de cachimbo, para os casos de usuários de *crack*;
- 3 – encaminhamentos realizados, que englobam encaminhamentos para orientação, testagem e/ou tratamento de HIV / aids e DST, encaminhamentos para tratamento de dependência química e encaminhamentos para a rede de serviços públicos.

A disponibilização de preservativos apresenta em seus registros, dados quantitativos referentes à disponibilização de preservativos. Demonstra um número crescente em sua oferta, em consonância com os dados sobre usuários abordados pela equipe do projeto de redução de danos. O número de preservativos disponibilizados ano a ano, de 2001 à 2005, dispostos na seqüência são: 1486 (um mil, quatrocentos e oitenta e seis), 2040 (dois mil e quarenta), 5816 (cinco mil, oitocentos e dezesseis), 7670 (sete mil, seiscentos e setenta) e 12330 (doze mil, trezentos e trinta).

Conforme abordado em nosso referencial teórico, a vulnerabilidade em se infectar pelo HIV pelo usuário de drogas não se dá apenas na utilização e

compartilhamento de agulhas e seringas descartáveis, mas igualmente na atividade sexual sem o uso de preservativo. Por isso o projeto visa atender também a família e a rede social dos usuários de drogas. O fato do projeto disponibilizar preservativos numa escala crescente representa uma importante ação de prevenção ao HIV entre usuários de drogas e sua família e/ou rede social.

O segundo item apresenta os dados referentes à disponibilização dos *kits* de redução de danos. No ano de 2001, nenhum *kit* foi disponibilizado. Conforme já relatamos no trabalho, houve repressão por parte dos órgãos de segurança pública, o que impediu essa ação. Em 2002, foram disponibilizados 48 (quarenta e oito) *kits*, para apenas um usuário de drogas (dados de observação). Em 2003 houve uma ampliação na disponibilização desse equipamento de proteção, sendo distribuídas 515 (quinhentas e quinze) unidades. Ressaltamos que, com a aprovação da Lei Municipal de redução de danos em 2002, alguns usuários de drogas injetáveis passaram a procurar pela equipe do projeto, o que pode ser considerado um fator para o aumento na disponibilização desses *kits*. No ano de 2004 houve uma readequação das ações do projeto de redução de danos, devido ao pequeno número de usuários de drogas injetáveis atendidos com a disponibilização de seringas. Passou-se então a atender usuários de *crack*, com abordagens sistemáticas nos pontos de uso da droga. O atendimento a esses usuários consistiu na disponibilização de preservativos e filtros para cachimbo para fumar a droga e, desta forma, evitar que fagulhas fossem absorvidas pelo pulmão. Nesse ano foram disponibilizados 175 (cento e setenta e cinco) *kits* de redução de danos. Já em 2005 com o novo *kit*, foram disponibilizadas 571 (quinhentas e setenta e uma) unidades.

As atividades do início do projeto e o registro quantitativo dos números de seringas distribuídas mostram que a equipe se preocupou em encontrar usuários de drogas injetáveis para tal. Pôde ser, no entanto, constatado que os dados epidemiológicos do final da década de 1990 refletiam a realidade do uso de drogas de uma década anterior, como afirma Bastos (2003). Segundo este autor, dados epidemiológicos relacionados ao uso de drogas traduzem a cena desse uso no passado, ou seja, o número de usuários de drogas injetáveis notificados na data de hoje, por exemplo, foram infectados há mais ou menos dez anos. No ano de implantação do projeto de redução de danos (2001) o usuário de drogas que mais se apresentava vulnerável ao vírus da aids era o usuário de *crack*. Esta constatação levou a uma reformulação do projeto, que adquiriu nova identidade.

A disponibilização de equipamentos de proteção, seja ela o *kit* que contém agulhas e seringas, seja o *kit* confeccionado para minimizar os danos do *crack*, incorpora o conteúdo ideológico contido na proposta da redução de danos, isto é, não a reduz a um programa de troca de seringas. Garantir acesso à política de saúde para um usuário de drogas, sem obrigá-lo a deixar de usar a droga para ser atendido, significa respeitar os direitos humanos e construir uma política inclusiva e de acordo com o seu tempo.

O terceiro e último item agrupado apresentou os dados referentes aos diversos encaminhamentos realizados pela equipe do projeto para os usuários atendidos. Em 2001 o projeto encaminhou 20 (vinte) usuários; em 2002, 80 (oitenta); em 2003, 484 (quatrocentos e oitenta e quatro); em 2004, 132 (cento e trinta e dois); e em 2005, os dados ainda não foram informados.

Os encaminhamentos realizados, na forma como aparecem registrados, não permitem que, a partir do relatório de progresso, se possa saber em quais condições esses encaminhamentos foram realizados, se foram efetivados, nem cruzá-los com os dados de abordagem dos usuários de drogas. A falta de informações qualitativas não nos permitiu saber realmente como aconteceram esses encaminhamentos, se pela procura do usuário de drogas ou de sua família, se pela abordagem da equipe do projeto ou ainda se encaminhado ao projeto por outro serviço da rede. Estas lacunas, associadas a falta de contrareferência, nos leva a apontar outro aspecto falho no relatório de progresso e, conseqüentemente, no monitoramento do projeto.

4.2 PRIORIDADES PLANEJADAS E SUA EXECUÇÃO

No rol de prioridades planejadas para os anos de 2001 e 2002, conforme já abordamos, a disponibilização de equipamentos de prevenção e proteção foi a atividade que a equipe do projeto teve que planejar novamente, devido ao impedimento legal de distribuir as agulhas e seringas. A abertura de campos de atuação com os usuários de drogas foi uma atividade executada com relativa facilidade, devido à vivência cotidiana dos redutores de danos nestes locais

e da metodologia de realização de oficinas de prevenção, que contou com grande participação dos moradores das regiões atendidas.

As oficinas de prevenção consistiram em atividades realizadas nos bairros previstos pelo projeto. Com o auxílio de assistentes comunitários e a utilização de espaços da própria comunidade como os centros comunitários e postos de saúde, sensibilizamos moradores desses bairros para a participação em oficinas dirigidas para prevenção de HIV / aids. Utilizamos a estratégia de realizar oficinas de prevenção com temas mais generalizados pois acreditávamos se propuséssemos oficinas sobre drogas, as pessoas teriam dificuldade em aceitar e receio em participar.

O tema drogas foi inserido nas oficinas para divulgarmos a redução de danos. Sempre após o término das oficinas, as pessoas nos procuravam para relatar o uso de drogas de algum parente ou até mesmo da própria pessoa, com interesse em receber os insumos de prevenção, uma vez que não teriam que deixar de fazer o uso de drogas e também teriam suas identidades preservadas.

A partir do ano de 2003, com a reformulação do projeto, houve também mudanças nas prioridades planejadas. Uma das principais atividades planejadas foi sensibilização e instrumentalização das equipes profissionais de doze Unidades Básicas de Saúde – UBS para a atuação com usuários de drogas. O objetivo dessa ação foi criar referência e contra referência para encaminhamentos de usuários de drogas para os serviços sociais públicos. Houve também um novo mapeamento dos locais de convivência de grupos de usuários de drogas.

Essa sensibilização para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde foi muito positiva, pois além do usuário de drogas passar a ter o serviço de saúde como referência, esses profissionais passaram a ter um outro olhar para o usuário de drogas, ou seja, não mais de alguém que está simplesmente violando uma lei, mas a de um cidadão que precisa ter cuidados com sua saúde.

Em 2004 e 2005, as ações do projeto voltaram-se para a sua institucionalização, ou seja, para a municipalização do projeto de redução de danos. O objetivo dessa ação era fazer com que se cumprisse a Lei Municipal de redução de danos, proposta pela ALIA, sobre as responsabilidades e competências nas ações de redução de danos atribuídas à Secretaria Municipal de Saúde. A equipe do projeto passou a integrar as equipes do Programa Saúde da Família – PSF, e a

contratação de recursos humanos também foi assumida pelo órgão gestor da política de saúde, por meio de teste seletivo.

O que pudemos observar, conforme já relatamos, foi um movimento contrário à ordem neoliberal, ou seja, ao invés do Estado se desresponsabilizar por uma política específica, uma organização não governamental fomentou a necessidade de criação deste serviço dentro do governo municipal, que o assumiu. Isso pode ser considerado como positivo, uma vez que significou uma ampliação de direitos sociais para os cidadãos.

O Programa Saúde da Família – PSF que incorporou a estrutura de recursos humanos do projeto de redução de danos também é um programa proposto pelo Ministério da Saúde. Dentro dos níveis de atenção da política de saúde, o PSF está alocado no nível primário de atenção a saúde, ou seja, aquele que trabalha com prevenção. As equipes do PSF atendem as famílias em seus locais de vivência, diminuindo o fluxo de atendimento nas Unidades Básicas de

Em Londrina existe um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e a Santa Casa para a manutenção do PSF. Nesse convênio, a Prefeitura repassa à Santa Casa os recursos financeiros necessários para o gerenciamento dos recursos humanos de todas as equipes do PSF. Na verdade, os funcionários são contratados pela Santa Casa e cedidos para a Secretaria de Saúde, que executa o programa.

Pode ser verificado que, no relatório de progresso, os quadros que apresentam os dados relativos às prioridades planejadas e sua execução, permitem um monitoramento do avanço das atividades, demonstrando que, com exceção da disponibilização de agulhas e seringas no primeiro ano do projeto, todas as prioridades planejadas foram executadas.

4.3 FATORES QUE FACILITARAM E DIFICULTARAM A EXECUÇÃO DO PROJETO

Diversos fatores facilitaram e diversos outros dificultaram as ações do projeto de redução de danos. Entre os que facilitaram podemos destacar a flexibilidade de horário da equipe do projeto, ou seja, por ser a natureza das atividades a abordagem com usuários de drogas, os redutores de danos tinham horários de trabalho diferenciados. Isso permitiu à equipe horário livre para a

participação em espaços de discussão sobre a redução de danos, dando à ela possibilidade de desenvolver também atividades de caráter político, como pressão sobre os órgãos públicos, reivindicação de melhor qualidade nos serviços de saúde e outros.

De acordo com Andrade (2001), podemos afirmar que o trabalho do redutor de danos se diferencia do agente de saúde. Este último tem como foco de sua ação cuidados com a saúde de pessoas que não fazem, necessariamente, uso de drogas consideradas ilícitas. O redutor de danos precisa ter um *feeling* apurado, identificando em suas abordagens diferentes formas de orientação com usuários de drogas, adotando estratégias diferenciadas, convivendo e respeitando as diferenças apresentadas pelos usuários de drogas, enfim, exercitando cotidianamente um aprendizado sobre a redução de danos.

O que também podemos destacar como fator facilitador das ações do projeto, foi o que podemos chamar de “chancela ALIA”. A credibilidade da instituição nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) foi muito importante pois, no início, a rede de serviços sociais públicos apoiou a implantação do projeto de redução de danos mesmo sem conhecer muito bem no seu detalhamento de sua execução. As credenciais do projeto estavam assentadas na ALIA, por sua seriedade, ética, compromisso e força política.

Dentre as dificuldades encontradas, podemos destacar aquelas que foram as grandes dificuldades iniciais da equipe: a ordem legal e o acesso aos usuários de drogas injetáveis.

No plano da ordem legal, já relatamos que a ALIA solucionou esse problema propondo uma Lei Municipal. Entre propor o projeto de lei, encaminhá-lo à Câmara de Vereadores, acompanhar sua tramitação nas comissões internas da Câmara, participar da votação em plenário, assistir sua aprovação em duas sessões deliberativas e aguardar a sanção do Prefeito Municipal foi-se um ano e meio de trabalho. Com relação aos usuários de drogas injetáveis, pôde-se gradativamente, reconhecer o pequeno número deles e, em alguns casos, a inexistência da prática de uso compartilhado de seringas e agulhas, ou seja, a prática de injetar-se em grupo havia diminuído. Para isso, a equipe precisou compreender que a redução de danos não se limitava à troca de seringas. Atualmente, os poucos usuários de drogas injetáveis do município de Londrina continuam a ser atendidos pelo projeto de redução de danos.

Mesmo com todas as capacitações realizadas para a equipe do projeto de redução de danos da ALIA, a questão da troca de seringas se apresentava, equivocadamente como componente central da redução de danos.

Uma dificuldade observada nos relatórios de progresso da ALIA foi a falta de conhecimento do tema “redução de danos” por parte da rede de serviços, que entendiam que a atenção a usuários de drogas se limitava apenas à abstinência delas. Para isso, a ALIA promoveu o I Seminário Municipal sobre Redução de Danos como Política Pública, em 2001. A realização desse evento permitiu uma aproximação da equipe do projeto com o então órgão gestor da política de saúde no município, que se fez presente e afirmou publicamente apoiar integralmente as ações de redução de danos, o que para a ALIA, foi a superação de mais uma dificuldade.

A partir de 2004, com a perspectiva de institucionalização do projeto de redução de danos, o principal fator dificultador relacionava-se à sustentabilidade do projeto. Esta dificuldade foi superada de forma gradativa, na medida em que o município foi assumindo a condução do projeto de redução de danos, o que cumpre o objetivo inicial dessa proposta: implementar uma política pública adequada de atenção a cidadãos usuários de drogas na perspectiva dos direitos humanos.

Consideramos adequados os quadros do relatório de progresso que demonstram se as atividades foram ou não realizadas, e aqueles que mostram as atividades não planejadas que foram realizadas, com um espaço para justificativa, sugestões e comentários. Avaliamos que a sistematização dos resultados apresentados pela ALIA deu condições para que o Ministério da Saúde pudesse monitorar a implementação da proposta de redução de danos em Londrina.

4.4 SOROPREVALÊNCIA DO HIV ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS

Como já expusemos, a vulnerabilidade ao HIV entre usuários de drogas em Londrina em 2001, era alta (23% dos casos de aids notificados). Esse foi o fator motivador para que a ALIA propusesse a implantação de um projeto estratégico de redução de danos no município. Na justificativa do projeto enviado ao Ministério da Saúde para a solicitação de financiamento, a instituição deixa claro que

seu projeto está em consonância com as diretrizes da Coordenação Nacional de DST / AIDS, atentando para a questão do uso de drogas, conforme o exposto:

Neste sentido, a presente proposta vem de encontro as estratégias da Coordenação Nacional de DST e Aids para o enfrentamento da epidemia, bem como do compromisso da Coordenação Estadual de DST e Aids em implantar / implementar ações que visem diminuir a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis no Estado do Paraná. (ALIA, 2001)

Mesmo dentro de um cenário preocupante, no que tange ao alastramento da epidemia de aids, o projeto de redução de danos propõe reduzir a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis e sua rede social, com a indicação clara do mapeamento das regiões a serem atendidas, conforme mostra a justificativa:

A distribuição geográfica dos casos notificados do município de Londrina relacionados à categoria de transmissão pelo uso de drogas injetáveis encontra-se distribuídos nas regiões, Sul, Leste e Norte da cidade. (ALIA, 2001)

Ainda de acordo com o Projeto Redução de Danos (Alia, 2001), a metodologia de trabalho incluiu técnicas participativas, que pudessem garantir a interatividade dos diversos atores envolvidos, de forma a proporcionar reflexão e discussão sobre a prevenção e redução de danos, e incluir trabalho de campo face a face, sempre integrados ao Sistema Único de Saúde e demais serviços da rede. Nos trabalhos de campo, a técnica da observação participante foi adotada para auxiliar na supervisão da equipe.

No primeiro ano de execução do projeto, diversas atividades foram reprogramadas para que pudessem se adaptar à realidade local, conforme constatamos no relatório de progresso referente a esse período, no que concerne às atividades não previstas, porém realizadas:

Encaminhamento de proposta de lei de redução de danos para a Câmara Municipal de Londrina; Participação na maioria dos eventos de redução de danos no Paraná e no Brasil; Articulação com o órgão gestor da política municipal de saúde e unidades básicas de saúde; Realização do Seminário "Uso de Drogas e aids: uma questão de saúde pública", em parceria com o gestor local de saúde. (ALIA,2001)

Como podemos observar, antes da execução do projeto diretamente com os usuários de drogas, foi necessário criar uma sinergia adequada no município, sensibilizando instituições, autoridades e toda a rede de serviços. A garantia da Lei Municipal de Redução de Danos deu legitimidade ao projeto e ainda o colocou numa perspectiva de sustentabilidade, uma vez que o projeto de lei instituiu a responsabilidade pública de gerenciamento da política de drogas para o município de Londrina.

No entanto, conforme já expusemos, o grande número de usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV em Londrina, refletiam uma prática de uso de drogas via endovenosa que outrora, em meados da década de oitenta, fora muito presente mas que, no momento de início do projeto, era já pouco utilizada, dando espaço para o uso de maconha, cocaína inalável e *crack*.

Os motivos pelos quais não houve a distribuição de agulhas e seringas foram: a repressão por parte da polícia civil, o atraso na compra dos insumos, que era contrapartida do Governo do Estado, e as mudanças na realidade do uso de drogas (não uso de injetável).

Os casos de aids relacionados ao uso de drogas em Londrina, no ano de 2000, representavam 23% do total de casos. De acordo com o banco de dados sobre HIV / aids do Ministério da Saúde¹⁹, houve um decréscimo nos casos notificados de aids entre usuários de drogas no Brasil e em Londrina. Em 2001, 14,95% dos casos de aids notificados em Londrina foram relacionados ao uso de drogas injetáveis; em 2002, 12,29% dos casos; em 2003, 6,12% dos casos; em 2004, 8,23% dos casos; e em 2005, 6,89% dos casos.

Podemos observar uma sensível diminuição dos casos de HIV / aids entre usuários de drogas injetáveis, registrando-se um pequeno aumento percentual em 2004 mas que, em números absolutos, iguala-se ao ano anterior. Analisando os números, podemos afirmar que seu decréscimo pode ser considerado resultado de todas as ações de prevenção ao HIV / aids, inclusive a redução de danos.

De acordo com Martins (2003), podemos afirmar que a implementação de serviços de atenção a usuários de drogas no sentido da prevenção à aids vem demonstrando sua eficácia no Brasil. Dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (2005) apontam para um controle no avanços da epidemia

¹⁹ <http://www.aids.gov.br/cgi/defthtm.exe?tabnet/pr.def> - Boletim Epidemiológico eletrônico.

de aids e, em casos como o dos usuários de drogas, a sua diminuição, conforme atesta a realidade de Londrina.

Observamos também uma grande mudança na prática dos usuários de drogas, com a troca da cocaína injetável para o *crack*. As ações do projeto de redução de danos também podem ser consideradas importantes para o aumento do cuidado com a saúde, uma vez que suas ações visam atender não somente usuários de drogas, mas sua família e sua rede social, ou seja, a proteção e prevenção ao HIV acontece tanto para os usuários atendidos como para sua família e rede social já citadas.

Também devemos registrar que, com a construção de novos sistemas gerenciais de informação, o Ministério da Saúde passou a ter uma margem de erro menor com relação aos dados sobre HIV / aids, ou seja, a Coordenação Nacional de DST/AIDS possui hoje uma base de dados unificada, com dados referentes a todos os Estados e Municípios brasileiros.

4.5 COERÊNCIA, COMPATIBILIDADE E ADEQUAÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Analisando este item, podemos afirmar que a proposta de redução de danos foi compatível e coerente na sua implementação e execução, a partir do relatório técnico-narrativo que afirma:

Sustentabilizar e ampliar a redução de danos como Política Pública Municipal de Saúde financiada com recursos locais e efetivar fluxo de referência e contra referência entre a rede pública de saúde, atenção especial, educação e promoção/assistência social e as ações em redução de danos, para encaminhamento de demandas de usuários, promover a inserção social e a participação cidadã dos usuários (as) de drogas, reduzir a transmissão de DST/HIV/hepatites entre UD e UDI e suas redes sociais e trazer a análise sobre a questão das drogas para o sujeito e não para a substância, têm sido “os desafios” do projeto desde sua implantação em 2000 no município de Londrina. (ALIA, 2003)

Esta postura por parte da equipe do projeto de redução de danos demonstra a consonância de suas ações com o referencial teórico da redução de

danos. Tratar o usuário de drogas dentro de uma perspectiva de direitos humanos, numa realidade “policialesca” e punitiva, é como “remar contra a maré”. Fazer a redução de danos na prática é muito difícil, no entanto a equipe da ALIA conseguiu desenvolvê-la, como demonstraram a participação e os debates ocorridos na realização das oficinas já citadas.

Ainda de acordo com o relatório técnico-narrativo (ALIA, 2003), a complexa realidade social dos usuários de drogas, somada a um histórico de pobreza estrutural e imensa miserabilidade, exigiu da equipe do projeto a aproximação a temas relacionados à saúde mental, acesso a políticas sociais públicas, questões previdenciárias, defensoria pública, acesso aos direitos civis e constitucionais, segurança pública e violência urbana. Essas questões levaram a equipe do projeto a se capacitar para atuar diante de uma realidade complexa. Isso demonstra o esforço para se adequar às demandas associadas ao projeto de redução de danos.

Assumindo o papel de protagonista nas questões ligadas a redução de danos, a equipe do projeto participou ativamente da criação da Rede Paranaense de Redutores de Danos – REPARE, formada pelos membros das equipes dos projetos de redução de danos existentes no Estado do Paraná, no ano de 2001. A vice-presidência da REPARE foi designada a um redutor de danos da ALIA. Ainda dentro desta mesma perspectiva, a equipe do projeto ajudou a coordenar a criação do primeiro Conselho Municipal Anti Drogas – COMAD, que congregou todas as instituições municipais que atuavam com usuários de drogas. Embora não conseguindo mudar a denominação dada ao conselho, a ALIA marcou o seu posicionamento contra a política chamada “Guerra contra as Drogas”, pois os conselhos denominados “anti” drogas estão embasados ideologicamente por esse posicionamento conservador e de influência norte americana. Mesmo assim, a participação da ALIA na sua criação foi muito importante, tendo sido a presidência do COMAD igualmente assumida por um redutor de danos do projeto.

No que se relaciona à adequação à realidade social, segundo o relatório técnico-narrativo (ALIA, 2003), o projeto reformula sua metodologia de trabalho para melhor acompanhamento e controle das ações, adotando um novo cronograma diário de trabalho, em decorrência das dificuldades relacionadas ao cotidiano dos redutores de danos, como por exemplo, a dificuldade em encontrar usuários de drogas injetáveis. A reprogramação do cronograma de trabalho da

equipe permitiu a ela o acesso a usuários de drogas em horários noturnos, o que facilitou o contato e o trabalho com esses usuários.

Tendo em vista os relatos analisados, acreditamos que a equipe do projeto, no decorrer dos seus anos de execução, procurou respeitar a realidade local, adequando suas estratégias e demonstrando coerência e compatibilidade com o inicialmente proposto.

Uma das estratégias utilizadas em todo Brasil para a implantação de projeto de redução de danos tem sido a contratação de usuários ou ex-usuários de drogas para atuar como redutores de danos. A redução de danos não exige a abstinência das drogas, considera que o usuário de drogas é um cidadão de direitos, com capacidade para assumir o controle sobre o uso seguro de substância psicoativas e que esse usuário ou ex-usuário tem amplo conhecimento sobre as redes de usuários de drogas, pontos de tráfico de drogas e respeito por parte de outros usuários de drogas. O fato de ser usuário ou ex-usuário é entendido como um fator positivo para sua implantação.

Os três primeiros redutores convidados pela ALIA para atuar no projeto como redutores de danos eram dois ex-usuários e um usuário recreativo de drogas. Ao se integrarem à equipe, mantinham uma postura extremamente discreta, o que em alguns momentos poderia ser entendida como baixa autoestima, vergonha e medo de se expor. Na formação da equipe, o conceito de empoderamento foi utilizado para incentivar a autonomia e o senso crítico destes trabalhadores. No relatório técnico-narrativo consta a fala de um deles com relação ao que representou a redução de danos em sua vida:

Em 1987 fui preso, artigo 12 [tráfico de drogas], mesmo afirmando que a maconha que eu possuía era para consumo próprio, e realmente era. Neste ano, a Universidade Estadual de Londrina realizou teste compulsório de AIDS em todos os presos. A forma como a notícia me foi dada revelou uma das faces mais violentas do Estado, pois sem informação, com muito preconceito, fomos banidos do município, sendo encaminhados para o Manicômio Judiciário do Estado, para uma ala intitulada Isolamento. Informei a Assistente Social do manicômio que eu processaria o Estado pelo que estava fazendo com a gente. Ela respondeu: Quem disse que você vai viver esse tempo todo? Cumpri a pena. Voltei para as ruas, permanecendo vulnerável e estigmatizado como drogado por 3 anos. Através do grupo de adesão, tive contato com uma ONG/AIDS a ALIA e comecei a participar da militância por direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS, logo sendo convidado a compor uma equipe de RD. A partir desta fase, novos horizontes começaram a

despertar em minha mente. Quando imaginamos existimos. Com este pensamento comecei a romper o ciclo que a sociedade impõe ao usuário de drogas. Se não somos, nos tornamos cidadãos, Não somos marginais nos tornamos marginais por uma sociedade que nos marginaliza, não me deixei ser manipulado por estas idéias, finalmente consegui descobrir minha identidade, nome e endereço, senti o gosto da autonomia e respeito a minha singularidade. (ALIA, 2002)

A fala deste redutor de danos exemplifica o que ocorreu na formação da equipe do projeto de redução de danos. Pessoas que até então não tinham nem vez nem espaço, passaram a protagonizar a construção de uma política pública, que não pode ser vista como única, mas complementar às outras já existentes.

A autonomia e o incentivo para estes redutores de danos foram fundamentais à sua formação. Da participação em diversos espaços deliberativos, representativos, políticos, comunitários e outros, esse grupo de primeiros redutores (com exceção de uma redutora que parou de atuar com prevenção) acabou se desligando da ALIA em 2004 e fundando uma nova organização não governamental, o Núcleo Londrinense de Redução de Danos.

Num primeiro momento, a divisão da equipe não foi um processo simples. Alguns meses depois, o Núcleo Londrinense de Redução de Danos passou a atuar de forma articulada à ALIA.

É importante ressaltar que a iniciativa de se criar uma organização não governamental foi dos redutores de danos. O Núcleo é uma ONG de defesa de direito de usuários de drogas e de promoção da redução de danos. Isso demonstra que, na construção de uma política pública, os processos podem ser convergentes, mas também divergentes. O fato da ALIA ter convidado esses precursores da redução de danos em Londrina, sendo ex-usuários de drogas, não trouxe qualquer tipo de prejuízo para as ações do projeto, o que acreditamos exemplificar a necessidade de compreender os usuários de drogas como cidadãos capazes.

4.6 INTERFACE COM A POLÍTICA DE SAÚDE

De acordo com os dados dos relatórios técnico-narrativos que abrangem todo o período analisado, podemos afirmar que o projeto de redução de danos, desde sua implantação, veio atuando de forma articulada com a política de saúde que, no município de Londrina, conta com gestão plena.

A ANEPS – Associação Nacional de Educação Popular em Saúde realizou, em 2003, um encontro nacional na cidade de Londrina. A equipe do projeto participou nos grupos de trabalho que abordaram temas como a inclusão social, direitos sociais e minorias. A participação do projeto de redução de danos em um evento sobre políticas de saúde conferiu à redução de danos o status de política pública. Ações como esta, reforçam a importância de se entender o usuário de drogas como cidadão.

Também no mesmo ano, um redutor de danos da ALIA foi convidado pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS para participar de uma oficina de criação e instrumentalização para produção de vídeo, o que culminou na produção de um vídeo institucional com o objetivo de divulgar a redução de danos. Esse material foi distribuído para os projetos brasileiros de redução de danos e associações estaduais e nacionais de redutores de danos.

Desde a implantação do projeto de redução de danos, houve três Conferências Municipais de Saúde (2001, 2003 e 2005). Em todas elas a ALIA teve participação ativa com membros credenciados como delegados, e encaminhou propostas baseadas em redução de danos para a atuação com usuários de drogas. Essas propostas foram transformadas em diretrizes que foram aprovadas e integradas no Plano Municipal de Saúde

Avaliamos que as ações desenvolvidas pela equipe do projeto de redução de danos foram bem articuladas com as políticas públicas, especialmente com a política de saúde. Esta articulação foi importante na construção de uma política pública municipal para atenção aos usuários de drogas.

Uma das contrapartidas exigidas pelo Ministério da Saúde para o financiamento de projeto de redução de danos é a viabilização de sustentabilidade local para o projeto. Desde o início, a ALIA teve como horizonte a municipalização

do projeto de redução de danos, ou seja, a responsabilização do Estado em geri-lo como uma das ações de uma política pública de saúde.

No início da execução do projeto, o estabelecimento de parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde foi imediato. Porém, essa parceria se dava no apoio político que o gestor da política de saúde dava à ALIA.

Nas reformulações do projeto, a ALIA preocupou-se em garantir que o município fosse, mesmo que aos poucos, assumindo o projeto de redução de danos. A partir de 2004, o município assumiu a contratação de cinco redutores de danos através do Programa Saúde da Família.

A ALIA promoveu a capacitação em redução de danos para os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e para os profissionais que atuam nas equipes do Programa Saúde da Família. Isso permitiu que a sustentabilidade do projeto pudesse ser garantida, fazendo com que paulatinamente esses profissionais da saúde, servidores públicos, assumissem a abordagem com usuários de drogas.

Acreditamos que foi alcançado o objetivo colocado pela ALIA, de criar uma sinergia na rede de serviços para que a estratégia de redução de danos fosse incorporada pela política de saúde. Esperamos que seja dada continuidade a essas ações, e que possam ser entendidas como política de Estado, e não de governo.

5 SÍNTESE CONCLUSIVA

Estudar as drogas e suas implicações no início do século XXI inevitavelmente nos levou a interessar-nos ainda mais pelo tema. Vivemos num momento de quase total alienação, o homem valoriza pouco a vida humana e os exemplos aí estão: guerra, violência urbana, pobreza estrutural, preconceito contra minorias, intolerância racial, genocídio e outras atrocidades. Com toda a certeza as drogas são um ingrediente a mais nesse “caldo conjuntural” de realidade.

Negar o prazer que as drogas podem trazer para seus usuários é o mesmo que fechar os olhos perante a realidade, alienando-se sobre a temática e reproduzindo socialmente uma versão ideologizada das drogas. Sissa (1999) afirma que as sensações prazerosas decorrentes do uso de substâncias psicoativas substituem completamente o sofrimento ou sentimento de dor, dando lugar inteiramente para sensações de prazer. A autora afirma ainda com relação ao uso de drogas: “*O prazer negativo pertence ao passado, o positivo enche o presente*”. (SISSA, 1999: 79)

Agora, o prazer obtido pelo uso de drogas e os riscos e danos que este uso pode ocasionar, são as razões de algumas de nossas inquietações. A ineficácia do tratamento repressivo dado ao uso de drogas tem mostrado que quando abordamos este tema devemos evitar qualquer tipo de posicionamento fatalista, do tipo “drogas matam”. Não existem fórmulas pré-determinadas e conselhos ideais para se fazer ou não fazer uso de drogas. Consideramos que convivemos com as drogas e não veremos a erradicação delas do nosso cotidiano.

Como já citado anteriormente, Procópio (1999) aborda as dimensões do tráfico internacional de drogas e afirma que o comércio de substâncias psicoativas ilícitas movimentava cifras astronômicas, chegando a ser o terceiro maior mercado de circulação de dinheiro no mundo, depois dos mercados bélico e do petróleo. Segundo Kopp (1998), o fato de ser um comércio ilegal, quase sem concorrência, com pouca transparência e sem parâmetros de custos de produção, é que faz do narcotráfico uma atividade extremamente lucrativa.

O risco de se empreender uma atividade ilegal é o principal fator que dá margem aos altos lucros. Por isso investir em drogas passou a ser uma alta

possibilidade financeira no mercado. E, também por isso, falar em “fim das drogas” passa a ser um posicionamento de completa ingenuidade.

Se partirmos da premissa de conviver com as drogas e que algumas pessoas farão uso dessas substâncias, temos que saber como assumir o controle do seu uso, de forma a minimizar os seus danos. Dentre os danos causados pelas drogas, a aids talvez seja o de maior alcance global, pois põe em risco o alastramento de uma doença letal que exige a proteção da saúde coletiva por parte dos órgãos que tem a responsabilidade de gerir políticas públicas.

A redução de danos surgiu como estratégia de prevenção à aids, porém ganhou status de política pública, agregando novas metodologias de trabalho com usuários de drogas. Isso também exigiu um novo aprendizado para profissionais que atuam com a política de saúde.

Sabemos das implicações que as políticas sociais têm dentro da realidade de Estado mínimo em que vivemos. Acreditamos, no entanto, que não podemos deixar de construir um sistema de proteção à saúde dos cidadãos por conta dessa realidade adversa. A redução de danos não é a “tábua da salvação” das ações com usuários de drogas. Ela deve ser vista como ação complementar às demais ações existentes dentre as políticas sociais.

A implantação do projeto de redução de danos em Londrina foi semelhante à implantação em outros municípios brasileiros. Os principais problemas enfrentados foram referentes à questão legal e à compreensão da proposta por parte da rede de serviços. Esses obstáculos iniciais foram superados e podemos afirmar que, no município de Londrina a política de saúde assimilou a redução de danos, pautando-a como parte integrante do Plano Municipal de Saúde.

De acordo com os documentos analisados, podemos afirmar que, apesar das lacunas constatadas, os relatórios de progresso e técnico-narrativo permitiam ao Ministério da Saúde fazer um monitoramento adequado da execução das ações do projeto, o que refuta nosso pressuposto inicial, que era o de que os relatórios não ofereciam elementos suficientes para se fazer o monitoramento das atividades.

Consideramos que o relatório de progresso, por ser quantitativo, pode ser “maquiado”, ou seja, que os dados nele contidos não correspondam à realidade. Mas isso é uma possibilidade, o que também não isentaria um relatório qualitativo de apresentar dados fictícios. O fato do Ministério da Saúde fazer um monitoramento à

distância, não o invalida. Dados podem ser omitidos ou inventados em quaisquer condições. Inicialmente tínhamos a preocupação de que o modelo de relatório era muito frágil, deixando margens para erros. Pudemos observar o contrário.

Ao analisar as tabelas dos indicadores de progresso verificamos que os dados vistos ano a ano demonstram a evolução do projeto, assim como a sua eficácia. Com a diminuição da soroprevalência do HIV entre usuários de drogas em Londrina, acreditamos ser possível afirmar que, mesmo com apenas cinco anos de execução, houve um avanço na proteção e prevenção à aids entre usuários de drogas.

O relatório técnico-narrativo, proposto pela ALIA, serviu como um aporte complementar ao relatório de progresso. Os dados podem ser comparados entre os relatórios e demonstram o impacto positivo de sua implantação. O fato de haver boa interlocução entre a equipe do projeto de redução de danos e os gestores da política de saúde também aponta para sua eficácia pois, como já afirmamos, a sustentabilidade, via políticas públicas locais, foi uma estratégia que permitiu que ela fosse incorporada dentre as ações voltadas ao atendimento de usuários de drogas.

Os quadros constantes no relatório de progresso demonstraram crescimento na demanda atendida de usuários de drogas, aumento do número de campos de atuação dos redutores de danos, aumento na disponibilização de equipamentos de proteção e prevenção ao HIV e aids, queda na soroprevalência do HIV entre usuários de drogas e responsabilização do Estado em gerir essa política.

Sobre a queda na soroprevalência do HIV entre usuários de drogas, temos que esclarecer, baseados em Bastos (1995), que ela pode se dar em decorrência da mudança do padrão do uso de drogas, ou seja, que o compartilhamento de agulhas e seringas atualmente não é uma prática generalizada.

Pudemos ainda aprender e ensinar que redução de danos não é troca de seringas. A troca de seringas é uma das ações propostas, entre outras, pela estratégia de redução de danos. E a ALIA conseguiu implantar um projeto de redução de danos entre usuários de drogas a partir da realidade do município de Londrina. O importante resultado disso aparece na forma como o poder público e a rede de serviços passaram a compreender o usuário de drogas como público alvo das políticas sociais públicas.

Com relação aos indicadores de progresso, acreditamos que eles apontaram para uma evolução das ações do projeto de redução de danos. Sentimos, no entanto, a necessidade de se ter o relato de quem estava no campo, no caso os redutores de danos, fazendo o trabalho face-a-face. Nos diários de campos disponíveis na documentação do projeto, encontramos apenas dados quantitativos e dispersos. Pouco eles puderam contribuir para nossa análise. Acreditamos que o fato do relatório de progresso ser quantitativo limitou os redutores de danos na hora de registrarem suas informações de trabalho.

De acordo com o analisado, podemos afirmar que o acesso aos usuários de drogas foi garantido, porém o seu acesso não foi fácil. Primeiro porque, no início do projeto, os redutores de danos tinham a expectativa de abordar usuários de drogas injetáveis para trocar seringas. Na ausência desses, iniciou-se o trabalho com usuários de outros tipos de drogas. E segundo, porque o projeto precisou ganhar credibilidade na comunidade para que os usuários pudessem chegar até os redutores. Esse aprendizado foi incorporado às ações do projeto, e novos campos de trabalho foram ampliados.

No que tange às ações desenvolvidas, pudemos constatar uma ampliação em suas características. A acolhida ao usuário de drogas, dando-lhe a tranquilidade de que ele não seria delatado às autoridades policiais, permitiu o contato mais próximo com esse público alvo. De fato a equipe do projeto de redução de danos atendeu o usuário de drogas como ser de direito. Isso foi uma inovação, pois até então, só dispúnhamos dos serviços tradicionais que exigem a abstinência, que o uso de drogas é visto como delinquência.

Acreditamos também que as propostas da ALIA foram cumpridas, ou seja, o que foi planejado para o projeto de redução de danos foi executado. A sinergia criada no município para a implantação do projeto foi muito boa. A criação da Lei Municipal de Redução de Danos vinculou o compromisso com o Poder Público, facilitando a sustentabilidade do projeto. As dificuldades inicialmente encontradas foram superadas.

No processo de amadurecimento da equipe houve uma cisão. Deste rompimento nasceu uma nova organização não governamental, o Núcleo Londrinense de Redução de Danos, atuando no município. Isso nos mostrou uma tendência em curso: o surgimento de maior número de organizações não governamentais voltadas para exigir direitos para usuários de drogas. E também

constatamos que este rompimento não provocou qualquer tipo de empecilho que impedisse uma ação conjunta, ou seja, atualmente as duas instituições (ALIA e Núcleo Londrinense de Redução de Danos) procuram trabalhar articuladamente.

Acreditamos que esse tema ainda é embrionário, especialmente no campo das políticas sociais de caráter público. Não tivemos a pretensão de esgotá-lo. Esperamos com esse trabalho ter dado uma pequena contribuição para o estudo sobre a redução de danos no âmbito acadêmico, de forma a incentivar e despertar novas investigações nessa área.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (orgs). **Retratos da Juventude Brasileira: Análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2005.

ACSELRAD, G. **Políticas de Drogas e Cultura de Resistência**. Disponível em: <http://www.fsmt.org.co/aa/img_upload/52db53d37ec3594c9a13faaef9c48a44/gilberta.doc>. Acesso em 25/07/2005.

AGUILAR, M. J. e ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1994.

ANDERSON, P. **Balanço do Neoliberalismo**. In: SADER, E. e GENTILI, P. (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: As Políticas Sociais e o Estado Democrático*. Petrópolis: Vozes, 1998.

ANDRADE, T. M. Et alli. **Redução de danos e redução de prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador – Bahia**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV / AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis: 10 anos de Pesquisa e Redução de Danos*. Série Avaliação, n.º 8. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2001.

ANDRADE, T. M. e LEMOS, S. R. M. (Orgs). **Textos Orientados para a Assistência à Saúde entre Usuários de Drogas**. Salvador: FAPEX, 1998.

BAPTISTA, M. **Toxicomanias e Condutas de Risco**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Drogas, AIDS e Sociedade*. Brasília: Programa Nacional de DST/ AIDS, 1995.

BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Orgs.). **Drogas e Pós-Modernidade**. Faces de um tema proscrito. Volume 2. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 2003.

BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

BARREIRA, M. C. R. N. **Avaliação Participativa de Programas Sociais**. São Paulo: Veras Editora; Lisboa: CPIHTS, 2000.

BASTOS, F. I., BARCELLOS, C. & TELLES, P. R. **AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) no Brasil**: correlação entre casos e rotas de tráfico de cocaína. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Drogas, AIDS e Sociedade*. Brasília: Programa Nacional de DST/ AIDS, 1995.

BASTOS, F. I. **Redução de Danos e Saúde Coletiva**: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: SAMPAIO, C. M. A. e CAMPOS, M. A. (Orgs). *Drogas, Dignidade & Inclusão Social: A Lei e a Prática de Redução de Danos*. 1.^a Edição. Rio de Janeiro: ABORDA, p. 15-41, 2003.

BASTOS, F. I. **Ruína & Reconstrução**: AIDS e Drogas Injetáveis na Cena Contemporânea. Rio de Janeiro: ABIA / IMS-UERJ. Relume-Dumará Editores, 1995.

BECK, U. **Liberdade ou Capitalismo**. São Paulo, UNESP, 2003.

BELLONI, I. et al. **Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas**: uma experiência em educação profissional. São Paulo: Cortez, 2000. (Coleção Questões da Nossa Época).

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BÓRON, A. **A Sociedade Civil Depois do Dilúvio Neoliberal**. In: SADER, E. e GENTILI, P. (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: As Políticas Sociais e o Estado Democrático*. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL, Leis e Decretos. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Leis e Decretos. **Lei n.º 6.368, de 21 de Outubro de 1976**. *Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências*. Brasília: Senado Federal, 1976.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV / AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis**: 10 anos de Pesquisa e Redução de Danos. Série Avaliação, n.º 8. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para Projetos de Redução de Danos**: Documento Preliminar. Brasília: Programa Nacional de DST/ AIDS, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Drogas, AIDS e Sociedade**. Brasília: Programa Nacional de DST/ AIDS, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Epidemiologia**. Brasília: PNDST/AIDS, 2006.
Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm>.
Acesso em 08/01/2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HIV nos Tribunais**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1999.

BRASIL, Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. **Jovens Acontecendo nas Trilhas das Políticas Públicas**. Volume I. Brasília: CNPD, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Redução de Danos**. Série Manuais, n.º 42. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisas em HIV/AIDS financiadas pelo Ministério da Saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1999.

BRASIL, Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD / CM / Presidência da República. **Relatório da Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga**. Brasília, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sexualidade, prevenção das DST/AIDS e o uso indevido de drogas** - Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Troca de seringas: Ciência, debate e saúde pública**. (organizado por: Francisco Inácio Bastos, Fábio Mesquita e Luiz Fernando Marques). Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1998.

BUCHER, R. **As Drogas e as Ideologias de Prevenção**. In: INEM, C. L. e ACSELRAD, G. (Orgs.) *Drogas: uma visão contemporânea*. I Jornada sobre toxicomania do NEPAD, UERJ. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.

BUCHER, R. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BUCHER, R. **Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

BUCHER, R. **Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS**: cartilha do educador. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, 1995.

BUCHER, R. **Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS**: populações de risco. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, 1995.

BUENO, R. **Estratégias de Redução de Danos em Santos – SP**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Troca de seringas: Ciência, debate e saúde pública*. (organizado por: Francisco Inácio Bastos, Fábio Mesquita e Luiz Fernando Marques). Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1998.

BUSSINGER, V. V. **Fundamentos dos Direitos Humanos**. Serviço Social e Sociedade, n. ° 53, p. 9 à 45, Cortez, 1997.

CAIAFFA, W. T. et alli. **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. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2001.

CAMPOS, M. A. **Educação Sobre Drogas**: construindo parâmetros curriculares. Fórum SENAD, 2001. Texto informativo (mimeo).

CAMPOS, M. A. Et alli. **Drogas e Redução de Danos**: Abordagens para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS. s.l. , s.d. Texto informativo (mimeo).

CANO, W. **Reflexões sobre o Brasil e a nova (des)ordem Internacional**. São Paulo: UNICAMP/FAPESP, 1993.

CASTELLS, M. **A Era da Informação**: A Sociedade em Rede. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

COHEN, E. e FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1993.

COHN, A. e ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.; KARSCH, U. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

CRUZ, M. S. **Abstinência de Cocaína**: um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa**. Campinas, São Paulo: Ed. Autores Associados, 1999. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo).

ESPANHA, Ministerio del Interior. **Políticas e Intervenciones de Reducción de Riesgos**. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2000.

ESPING-ANDERSEN, G. **O Futuro do Welfare State na Nova Ordem Mundial**. Revista Lua Nova, n. ° 35, São Paulo, CECEC, 1995.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil**: A Agenda de Construção de uma Epidemia. Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo: Ed. 34, 2000.

HENMAN, A. **A Guerra às Drogas é uma Guerra Etnocida**. In: ZALUAR, A. (Org.) *Drogas e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

INEM, C. L. e ACSELRAD, G. (Orgs.) **Drogas**: uma visão contemporânea. I Jornada sobre toxicomania do NEPAD, UERJ. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores Sociais no Brasil**: Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações. Campinas – SP: Editora Alínea, 2003.

JEOLÁS, L. S. **O Jovem e o Imaginário da Aids - O bricoleur de suas práticas e representações**. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Ciências Sociais - Antropologia Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

JOVCHELOVITCH, M. **O Processo de Descentralização e Municipalização no Brasil**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. ° 56, pp. 34-49, São Paulo: Cortez Editora, 1998.

KARAM, M. L. **Drogas**: Legislação Brasileira. s.l. , s.d. Texto informativo (mimeo).

KARAM, M. L. **Redução de Danos, Ética e Lei**: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: SAMPAIO, C. M. A. e CAMPOS, M. A. (Orgs). *Drogas, Dignidade & Inclusão Social: A Lei e a Prática de Redução de Danos*. 1.ª Edição. Rio de Janeiro: ABORDA, p. 45-97, 2003.

KOPP, P. **A Economia da Droga**. Tradução: Maria Elena Ortega Ortiz Assumpção. Bauru: EDUSC, 1998.

LABATE, B. C. e ARAÚJO, W. S. (Orgs.). **O Uso Ritual da Ayahuasca**. Campinas: Ed. FAPESP / Mercado de Letras, 2002.

LAURELL, A. C. (Org.) **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo, Cortez Editora, 1995.

LESBAUPIN, I. (Org) **O Desmonte da Nação**. Balanço do Governo FHC. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LIMOEIRO-CARDOSO, M. **Ideologia da globalização e (des) caminhos da ciência social**. In: GENTILI, P. (Org.). *Globalização Excludente. Desigualdade, exclusão e democracia na nova ordem mundial*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

LONDRINA, Leis e Decretos. **Lei n.º 8.694, de 14 de Janeiro de 2002**. *Dispõe sobre atividades de redução de danos entre usuários de drogas visando a diminuir a transmissão de doenças e da síndrome da imunodeficiência adquirida e dá outras providências*. Londrina: Câmara Municipal de Londrina, 2002.

MACRAE, E. & SIMÕES, J. A. **A Subcultura da Maconha, seus Valores e Rituais entre Setores Socialmente Integrados**. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Orgs.). *Drogas e Pós-Modernidade. Faces de um tema proscrito*. Volume 2. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 2003.

MARINO, E. **Manual de Avaliação de Projetos Sociais**. 2a. Edição. São Paulo: Saraiva – Instituto Ayrton Senna, 2003.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos**: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARTINS, S. M. **Norma, Desvio e Uso de Drogas**: o contexto da busca da cidadania pela redução de danos. In: SAMPAIO, C. M. A. e CAMPOS, M. A. (Orgs). *Drogas, Dignidade & Inclusão Social: A Lei e a Prática de Redução de Danos*. 1.^a Edição. Rio de Janeiro: ABORDA, p. 101-112, 2003.

MASUR, J. e CARLINI, E. A. **Drogas**: Subsídios para uma Discussão. 4a. Edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

MELO RICO, E. (Org.). **Avaliação de Políticas Sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez: IEE, 2001.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MESQUITA, F. **Aids na rota da cocaína**. Um conto santista. São Paulo: Ed. Anita Garibaldi, 1992.

MESQUITA, F. & RIBEIRO, M.M. **As Estratégias de Redução de Danos junto a Usuários de Drogas Injetáveis (a troca de seringas)**: Aspectos médicos e legais. In: SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS. *Atualidades em DST/AIDS: Redução de Danos*. Junho de 1998. Ano I. número 05.

MUZA, G. M. **Alcoolismo e Drogadição na Adolescência**: histórias de vida. Ribeirão Preto, 1996. Tese (Doutorado em Medicina) Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

NAVARRO, V. **Produção e Estado do bem-estar**: o contexto das reformas. In: LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo, Cortez Editora, 1995.

NOGUEIRA, F. M. G. (Org.) **Estado e Políticas Sociais no Brasil**. Cascavel: Edunioeste, 2001.

PAIXÃO, A. L. **Problemas Sociais, Políticas Públicas**. In: ZALUAR, A. (Org.) *Drogas e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

PARKER, R. e CAMARGO JR., K. R. **Pobreza e HIV/AIDS**: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública*, 2000, vol.16 supl.1, p.89-102. ISSN 0102-311X.

PAULILO, M. A. S. **AIDS**: Os sentidos do risco. São Paulo: Veras Editora, 1999.

PEREIRA, P. A. P. **A Política Social no Contexto da Seguridade Social e do Welfare State**: a particularidade da assistência social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n.º 56, pp. 60-76 São Paulo: Cortez Editora, 1998.

PROCÓPIO, A. **O Brasil no Mundo das Drogas**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

QUAGLIA, G. **Ética, Cidadania e Redução de Danos**. São Paulo: 2000. Texto produzido em parceria com a equipe técnica do UNDCP para o III Treinamento Brasileiro de Redutores de Danos (texto).

ROCHE, C. **Avaliação de Impacto dos Trabalhos de Ongs**: aprendendo a valorizar as mudanças. São Paulo: Cortez, 2000.

SADER, E.; BENJAMIN, C.; SOARES, L. T.; GENTILI, R. **Governo Lula**: decifrando o enigma. São Paulo: Viramundo, 2004.

SADER, E. e GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo**: As Políticas Sociais e o Estado Democrático. Petrópolis: Vozes, 1998.

SADER, E. e GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo II**: Que Estado para que Democracia? Petrópolis: Vozes, 2001.

SALINAS, D. **O Estado latino-americano**: notas para a análise de suas recentes transformações. In: LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo, Cortez Editora, 1995.

SAMPAIO, C. M. A. e CAMPOS, M. A. (Orgs). **Drogas, Dignidade & Inclusão Social**: A Lei e a Prática de Redução de Danos. 1.ª Edição. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS. **Atualidades em DST/AIDS**: Redução de Danos. Junho de 1998. Ano I. número 05.

SILVA, M. A. **A Implantação do Projeto de Redução de Danos: Prevenção e Controle à Epidemia de AIDS.** Londrina, 2003. Monografia (Especialização em Políticas Sociais e Gestão de Serviços Sociais). Universidade Estadual de Londrina.

SILVA, S. F. **Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeito, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA e SILVA, M. O. (Org.) **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e prática.** São Paulo: Veras: CNPq, 2001.

SILVA SÁ, D. B. **Projeto para uma nova Política de drogas no País.** In: ZALUAR, A. (Org.) *Drogas e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos.* São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

SILVEIRA, F. **Casos de aids aumentam 25% em Londrina.** Jornal de Londrina. Publicado em 28 de fevereiro de 2001. P. 4 A.

SISSA, G. **O Prazer e o Mal: Filosofia da Droga.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOARES, L. T. R. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SOARES, L. T. **O Debate sobre o Gasto Social no Governo Federal ou “os economistas da Fazenda atacam outra vez”.** In: SADER, E.; BENJAMIN, C.; SOARES, L. T.; GENTILI, R. *Governo Lula: decifrando o enigma.* São Paulo: Viramundo, 2004.

SPINK, P.; BAVA, S. C.; PAULICS, V. (Orgs.). **Novos Contornos da Gestão Local: conceitos em construção.** São Paulo: Pólis, 2002.

THERBORN, G. **As Teorias do Estado e seus Desafios no fim de Século.** In: SADER, E. e GENTILI, P. (Orgs.). *Pós-neoliberalismo II: Que Estado para que Democracia?* Petrópolis: Vozes, 2001.

TODEDO, E. G. **Neoliberalismo e Estado.** In: LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo.* São Paulo, Cortez Editora, 1995.

VELHO, G. **A Dimensão Cultural e Política do Mundo das Drogas**. In: ZALUAR, A. (Org.) *Drogas e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

VERSTER, A. **Os Programas de Trocas de Seringa em Amsterdã**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Troca de seringas: Ciência, debate e saúde pública*. (organizado por: Francisco Inácio Bastos, Fábio Mesquita e Luiz Fernando Marques). Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1998.

VIANNA, M. L. T. W. **A Emergente Temática da Política Social na Bibliografia Brasileira**. Boletim Informativo de Ciências Sociais – ANPOCS, n. ° 28, pp. 3-41, Rio de Janeiro: Vértice, 1990.

VIANNA, M. L. T. W. **As Armas Secretas que Abateram a Seguridade Social**. In: LESBAUPIN, I. (Org) *O Desmonte da Nação. Balanço do Governo FHC*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

WODAK, A. **Redução de Danos e Programas de Troca de Seringas**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Troca de seringas: Ciência, debate e saúde pública*. (organizado por: Francisco Inácio Bastos, Fábio Mesquita e Luiz Fernando Marques). Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1998.

ZALUAR, A. **A Criminalização das Drogas e o Reencantamento do Mal**. In: ZALUAR, A. (Org.) *Drogas e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

ZALUAR, A. (Org.) **Drogas e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

ANEXOS

ANEXO I**Modelo do Relatório de Progresso, Projeto Inicial e Projeto Atual**

MODELO DE RELATÓRIO DE PROGRESSO

01. Subprojeto:

02. Código do Subprojeto:

03. Instituição:

04. Parcela Nº:

05. Período (Referente a execução financeira apresentada)

06. Área de atuação do Subprojeto:

07. Objetivo (Produto Final do Subprojeto):

08. Produtos intermediário realizados:

n	Descrição dos Produtos intermediários	%*

09. Perfil das ações desenvolvidas pelos Subprojetos
09.01. DADOS DE COBERTURA E NATUREZA DAS AÇÕES

Pop- Alvo ¹	COBERTURA (colocar o número)		NATUREZA DAS AÇÕES (marcar com um X todas as ações dirigidas a cada uma das populações)													
	Estimativa de pop. alvo no local de abrangência ²	N de pop. alvo vinculada	Capacitação de agentes multiplicadores	Distribuição de agulhas e seringas	Distribuição de preservativos masculinos de 49mm	Distribuição de preservativos femininos	Distribuição de preservativos masculinos de 52mm	Distribuição de lubrificante	Elaboração de materiais educativos	Instrucionais (especificar a natureza)	Distribuição de materiais educativos	Eventos	Intervenção a face	Pastras / seminários / treinamentos (especificar)	Participação em Conselhos, Fóruns (especificar)	Outros (especificar)

Assinatura do Coordenador do Subprojeto

Assinatura do Responsável pelas informações

¹ População-alvo: ver na lista de populações, em anexo, a numeração correspondente ao segmento da população-alvo das atividades e colocar apenas este número no primeiro campo. As informações devem ser respondidas para cada um dos segmentos populacionais de abrangência. Deverá ser considerada apenas uma população primária. Se houver mais de uma população secundária, tratá-las em conjunto. Nesse caso, sugere-se fazer uma observação mencionando quais são.

² Para a estimativa da população-alvo no local de abrangência, utilizar-se de dados de estudos e levantamentos disponíveis. Essa estimativa talvez não se aplique a algumas populações mais difíceis de serem mensuradas por dependerem de indicadores de difícil verificação.

09.02. DADOS SOBRE INDICADORES DE PROCESSO

Pop- Alvo ³	INDICADORES DE PROCESSO (colocar o número relativo a cada uma das populações)												
	N de pre- servativos masculino distribuídos	N de pre- servativos femininos distribuídos	N de pre- lubrificantes e distribuído	N de se- ringas distribuídas	N de enca- minhamen- tos para diagnóstico e tratamen- to de DST	N de enca- minhamen- tos para tratamen- to da aids	N de enca- minhamen- tos para tratamen- to da depen- dência química	N de pes- soas capacita- das como multipli- cadores	N de pessoas que aderi- ram ao tratamento da aids	N de encami- nhamentos para vaci- nação de hepatite B	N de pessoas que relataram intercorrên- cias policiais	N de áreas abrangidas pelos pro- gramas de redução de danos	Outros (espe- cificar)

Assinatura do Coordenador do Subprojeto

Assinatura do Responsável pelas informações

³ População-alvo: ver na lista de populações, em anexo, a numeração correspondente ao segmento da população-alvo das atividades e colocar apenas este número no primeiro campo. As informações devem ser respondidas para cada um dos segmentos populacionais de abrangência. Devera ser considerada apenas uma população primária. Se houver mais de uma população secundária, tratá-las em conjunto. Nesse caso, sugere-se fazer uma observação mencionando quais são.

09.03. PRODUTOS PREVISTOS E REALIZADOS NO PERÍODO

N	PRODUTOS PREVISTOS E REALIZADOS NO PERÍODO	JUSTIFICATIVAS

Assinatura do Coordenador do Subprojeto

Assinatura do Responsável pelas informações

09.04. PRODUTOS NÃO PREVISTOS PORÉM REALIZADOS NO PERÍODO

N	PRODUTOS NÃO PREVISTOS PORÉM REALIZADOS NO PERÍODO	JUSTIFICATIVAS

Assinatura do Coordenador do Subprojeto

Assinatura do Responsável pelas informações

09.05. DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA O ALCANCE DOS PRODUTOS INTERMEDIÁRIOS

N	DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA O ALCANCE DOS PRODUTOS INTERMEDIÁRIO	SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

Assinatura do Coordenador do Subprojeto

Assinatura do Responsável pelas informações

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e AIDS

Título do Projeto	Projeto de Implantação de R.D. entre U.D.I.
--------------------------	---

Entidade Mantenedora	Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids
-----------------------------	---

Instituição Executora	Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids
------------------------------	---

ORÇAMENTO DO PROJETO - US\$

DESPESAS ELEGÍVEIS E REEMBOLSÁVEIS

GOVERNO FEDERAL - MS			CONTRAPARTIDA INSTITUCIONAL LOCAL		
Bens de Capital	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bens de Capital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Custeio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Custeio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SUB-TOTAL

DESPESAS ELEGÍVEIS E NÃO REEMBOLSÁVEIS

GOVERNO FEDERAL - MS			CONTRAPARTIDA INSTITUCIONAL LOCAL		
Bens de Capital	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bens de Capital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Custeio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Custeio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SUB-TOTAL

TOTAL GERAL

2000

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e AIDS

TÍTULO DO PROJETO	Projeto de Implantação de R.D. entre U.D.I.
-------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO MANTENEDORA		
NOME COMPLETO	Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids	
ENDEREÇO	Rua Fernando de Noronha, 864	
	<small>CIDADE/ESTADO</small> Londrina – PR	<small>CEP</small> 86.060-410
		<small>TELEFONE/FAX</small> (043)323-9683
REGISTRO	<small>Cadastro Federal</small>	<small>CAGEC</small> 80.925.209/0001-03

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO MANTENEDORA	
NOME DO DIRIGENTE	
DESIGNAÇÃO DO CARGO	
DOCUMENTO DE IDENTIFIC.	<small>CPF</small> / <small>RG</small>

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA		
NOME COMPLETO		
ENDEREÇO		
	<small>CIDADE/ESTADO</small>	<small>CEP</small>
		<small>TELEFONE/FAX</small>
REGISTRO	<small>Cadastro Federal</small>	<small>CAGEC</small>

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO EXECUTORA	
NOME DO DIRIGENTE	
DOCUMENTO DE IDENTIFIC.	<small>CPF</small> / <small>RG</small>
DESIGNAÇÃO DO CARGO.	<small>CARGO</small> / <small>PROFISSÃO</small>

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e AIDS

IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DO PROJETO		
NOME	<input type="text"/>	
INSTITUIÇÃO	<input type="text"/>	
ENDEREÇO	<input type="text"/>	
	CIDADE/ESTADO	TELEFONE/FAX
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DESIGNAÇÃO DO CARGO.	CARGO	PROFISSÃO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOCUMENTO DE IDENTIFIC.	C.P.F.	R.G.
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DADOS BANCÁRIOS DO PROJETO		
BANCO	NOME	
	<input type="text"/>	NÚMERO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AGÊNCIA	NOME	NÚMERO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		CÓDIGO CORRENTE
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENDEREÇO	ENDEREÇO	CIDADE
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ESTADO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DADOS DOS TITULARES		
NOME	<input type="text"/>	
DOCUMENTO DE IDENTIFIC.	C.P.F.	R.G.
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOME	<input type="text"/>	
DOCUMENTO DE IDENTIFIC.	C.P.F.	R.G.
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOME	<input type="text"/>	

DOCUMENTO DE IDENTIFIC.	C.P.F.	R.G.
2000		

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e AIDS

I – INTRODUÇÃO

(Contextualização do tema/problema)

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde estima a existência de 536.920 casos de infecção de HIV no país. A região que concentra maior nº de infecção é a Sudoeste seguida pela Região Sul, com incidência de 15,63 casos por 100.000 habitantes e a maior tendência de crescimento entre 1993 e 1998.

Tomando como referência o conceito de vulnerabilidade e as tendências da epidemia do HIV no Brasil que pode-se vis lembrar a importância que as condições de pobreza, às quais grande parte da população está submetida, e as questões de gênero assumem para a determinação do grau de vulnerabilidade das pessoas, grupos e instituições. Neste sentido, priorizar como sujeitos de intervenção aquelas pessoas que tem dificuldades de acesso aos sistemas formais de saúde, educação e bem estar social é um princípio que norteia a definição das estratégias de prevenção.

Além da exclusão social, gênero e sexualidade, outras questões devem ser tratadas de forma transversal na implementação das políticas públicas para a prevenção. Entre estas, o uso de drogas, na medida em que o padrão que este comportamento assume pode aumentar, consideravelmente, o grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Dentre os comportamentos individuais de risco, o que chama mais atenção é o consumo de drogas lícitas e ilícitas, associado a comportamento sexuais de risco tanto para Aids quanto para as DST.

Tem-se assim a desafio não só de entender o comportamento sexual, o que já é em si tema complexo, como também o comportamento sexual do usuário de drogas, com todo o preconceito social que esta temática demanda.

II - JUSTIFICATIVA

(Contextualização do tema/problema - na área de intervenção - escola/comunidade, etc.)

Segundo as diretrizes da Coordenação Nacional de DST e Aids para a enfrentamento da epidemia, o trabalho com Usuários de Drogas injetáveis está estruturado a partir de duas grandes estratégias: tratamento da dependência química e redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas.

Por Redução de Danos entendemos um conjunto de ações dirigidas ao usuário de drogas injetáveis para que, no período de vida no qual não pode ou não quer parar de usar drogas, não se infecta com o HIV, por meio da disponibilização de insumos de prevenção (seringas, agulhas, preservativos, materiais educativos e informativos, entre outros).

A distribuição de insumos necessários à prática segura do uso de drogas injetáveis e a informação sobre a forma como utiliza-los corretamente são condições essenciais para o desenvolvimento de ações de RD, já que o compartilhamento de seringas e agulhas entre os VDI é fato notório. Portanto, o compromisso do presente projeto é o de reduzir o máximo possível o tempo de circulação das seringas usadas, tanto pela questão do risco de acidentes, como por causa da possibilidade de reutilização. A prática do sexo seguro também deve ser incentivada, na medida em que os VDI também estão expostos ao risco de infecção do HIV por via sexual.

Além das estratégias citadas acima, faz-se necessário dar visibilidade social ao problema que se pretende enfrentar, levando em consideração: a inserção, na população em geral, da discussão do uso de drogas injetáveis como um fato real em nossa sociedade, objetivando a legitimidade das ações de redução de danos, com ênfase nas questões de DST e Aids; elaborar, em conjunto com a população alvo, materiais instrucionais que possibilitem uma fácil identificação por parte dos usuários de drogas e contenham todas as informações necessárias para práticas seguras.

Para o desenvolvimento das ações em campo contamos com os agentes redutores de danos, realizando ações em ambientes e situações marcadas por uma acentuada exclusão social. Sabe-se que quanto maior a exclusão social, maior o distanciamento do VDI dos serviços de saúde e maior a reincidência em práticas de risco, como o compartilhamento de seringas e agulhas e cerco desprotegido. A experiência desses redutores em projetos já existentes, tem mostrado o quanto sua ação é fundamental para promover o acesso dos VDI aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais, na medida em que se estabeleceu em vínculo de confiança entre o agente e o usuário de drogas.

Neste sentido, as presente proposta vem de encontro as estratégias da Coordenação Nacional de DST e Aids para o enfrentamento da epidemia, bem como do compromisso da Coordenação Estadual de DST e Aids em implantar / implementar ações que visem diminuir a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis no Estado do Paraná.

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e AIDS

III - OBJETIVO GERAL

Reduzir a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis.

IV - DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

(Cobertura geográfica - número da população a ser atingida pelo Plano, etc.)

Definir a área geográfica onde se desenvolverá o projeto (cidade, bairro e instituição) com dados sócio-econômicos:

O presente projeto se desenvolverá em três regiões geográficas do município de Londrina: Cinco Conjunto (Região Norte); Jardim Leonor (Região Leste); União da Vitória (Região Sul). Segundo dados da Avaliação Social no município de Londrina (1998) realizado pela Secretaria de Ação Social a caracterização da população usuária da Assistência Social, onde se localizam as Regiões Propostas pelo Projeto, se apresentam com os seguintes dados:

Quanto a distribuição de rendas por salário recebido pelos chefes de família, 38,86% da população sobrevive com renda de até 2 salários mínimos.

A população economicamente ativa de Londrina soma 191.001 pessoas, ao passo que , segundo a Secretaria de Estado do Emprego e Relações de Trabalho, a oferta regular de emprego formal é de 91.531, chegamos ao total de 100.000 pessoas desempregadas no município. Naturalmente, encontraremos entre eles, aqueles que se ocupam do trabalho informal, temporário, ambulante, etc. No entanto, constata-se um grande número de pessoas desempregadas em Londrina, a maior causa da situação de pobreza.

Em relação à qualidade de moradia, Londrina possui 71.525 pessoas residindo em 18.063 domicílios em condições mais precárias sendo:

- Domicílios com esgotamento sanitário inadequado = 46.454, onde residem 192.080 pessoas.
- Abastecimento de água inadequado = 10.137 domicílios onde residem 42.625 pessoas.
- Coleta de lixo inadequada = 8.522 domicílios onde residem 37.046 pessoas.

Deste total, 33.850 pessoas residem em assentamentos, áreas regularizadas, ocupações irregulares em áreas públicas e particulares. Ao analisarmos os dados demonstrativos desse tipo de moradias, observa-se que os assentamentos (áreas aptas a serem regularizadas) localizam-se na sua maioria na Zona desta da cidade. Já com relação às áreas regularizadas, situam-se quase que totalmente na Zona Sul.

A situação dos adolescentes em Londrina é mais precária ainda. Além da população ser maior nesta faixa etária, o município carece de projetos de atenção ao adolescente, constata-se ainda um alto grau de evasão escolar, somada à falta de atendimento social, o que gera o envolvimento dessa faixa da população na prática de mendicância, dos pequenos furtos, uso de drogas, entre outros.

Situação epidemiológica das DST/AIDS na população a ser atingida (breve descrição com dados numéricos):

O Estado do Paraná possui 6.969 casos de Aids notificados no período de 96 à fev/00, destes 728 casos são do município de Londrina. Dentre os casos de Londrina notificados 33,8% referem-se a categoria de transmissão por VDI, 28,1% Heterossexuais, 15,5% Homossexuais, 9,8% Bissexuais, 1,6 % Transfusional, 0,6% Hemofílicos, 2,3% Perinatal e 8,3% casos ignorados.

A razão proporcional entre os casos notificados do sexo masculino e feminino apresenta-se de 2:1; a faixa etária mais atingida encontra-se entre 20 e 39 anos.

A distribuição geográfica dos casos notificados do município de Londrina relacionados à categoria de transmissão pelo uso de drogas injetáveis encontram-se distribuídos nas regiões, Sul, Leste e Norte da cidade.

Definição Numérica das pessoas direta e indiretamente atingidas pelas ações do projeto:

Estima-se que a população diretamente atingida pelo projeto seja de 105 UDI e indiretamente 1.050.

Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação Nacional de DST e AIDS		
V - OBJETIVOS ESPECÍFICOS (Apresentar os objetivos específicos e os resultados esperados, relacionados com cada objetivo específico. Adicionar folhas suplementares, caso necessário. Numerar sequencialmente)		
Nº	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS
1	Introduzir a prática da troca de seringas entre os U.D.I.	Reduzir o tempo de circulação das seringas utilizadas.
2	Estimular a prática do sexo mais seguro entre os U.D.I. e seus (suas) parceiros(as).	Reduzir a vulnerabilidade dos U.D.I. e seus (suas) parceiros(as).
3	Aumentar o nível de informação sobre DST / HIV / Aids entre os U.D.I. e seus (suas) parceiros(as)	Aumentar a inserção social dos U.D.I.

Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação Nacional de DST e AIDS		
VI - MÉTODOS E TÉCNICAS (Descrição detalhada da metodologia e técnicas a serem adotadas na execução do Plano)		
<p>Para cumprir com seus objetivos, o presente projeto utilizará de métodos e técnicas participativos, que garantam a interatividade dos diversos atores envolvidos, proporcionando reflexão e discussão sobre a prevenção e redução de danos ao uso indevido de drogas.</p> <p>Nos trabalhos de campo a técnica da observação participante será adotada pela riqueza de dados possíveis a serem coletados bem como para ajudar nos trabalhos de supervisão.</p>		

VII - INTEGRAÇÃO COM O SUS (Definir o envolvimento do SUS no Plano)		
A Integração com o SUS se dará na forma de encaminhamento aos serviços de CTA / COAS, Programa de Atendimento ao Adolescente – CRAAL, Ambulatório de Referência para DST / HIV e Aids.		

Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação Nacional de DST e AIDS			
VIII - PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO (Detalhar as atividades, indicando a ordem de implementação e o prazo de cada uma. Adicionar folhas suplementares, caso necessário)			
OBJETIVO N	ATIVIDADES		PERÍODO DE EXECUÇÃO
	Nº	DESCRIÇÃO	
1	1	Abordagem aos UDI para esclarecimento sobre projeto / Abertura de campo.	1 e 2
	2	Reuniões semanais para disponibilização dos insumos de prevenção.	3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12
	3	Supervisão dos Redutores	3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12
2	1	Reuniões / Oficinas mensais	3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12
3	1	Reuniões / Oficinas mensais	3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12
	2	Supervisão de campo	6,9,12

Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação Nacional de DST e AIDS			
IX - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (Para cada objetivo e/ou atividade, escolher indicadores de intervenção e de impacto e indicar como os dados serão coletados e analisados. Adicionar folhas suplementares, caso necessário)			
N ^o s DOS OBJETIVOS/ ATIVIDADES	INDICADORES		MEIOS DE VERIFICAÇÃO
	DE PROCESSO	DE INTERVENÇÃO	
1.1.	N ^o de abordagem no campo N ^o de UDI aderindo ao projeto	1.1 Proporção de usuários de drogas injetáveis que reportam Ter compartilhado, pelo menos uma vez, agulhas e seringas nos últimos 6 meses	Relatórios de Campo Relatórios de Campo
1.2.	N ^o de reuniões programadas N ^o de participantes das reuniões		Relatórios de Progresso.
1.3.	N ^o de supervisões realizadas N ^o de participantes nas supervisões		Pré-Pós teste (jogos educativos)
2.1.	N ^o de Oficinas programadas N ^o de oficinas realizadas	2.1 Proporção de usuários de drogas que relatam o uso de preservativo na última relação sexual, entre aqueles que mantiveram relações sexuais nos últimos 6 meses	Relatórios de Progresso e de campo
3.1.	N ^o de Oficinas programadas N ^o de oficinas realizadas	3.1 Proporção de usuários de drogas injetáveis que referem o conhecimento das formas de transmissão e prevenção das DST e Aids.	Relatórios de Progresso e de campo

Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação Nacional de DST e AIDS										
X – ORÇAMENTO										
(Para cada atividade, orçar o custo de todas as despesas previstas. Adicionar folhas suplementares, caso necessário)										
Nº DAS ATIVIDADES	INSUMOS (quantificar todos os itens)	VALOR UNITARIO	QTE	PARTICIPAÇ ÃO DA CN- DST/AIDS – UNDCP	%	CONTRAP ARTIDA INSTITUCI ONAL LOCAL	%	OGP (ESTADO OU MUNICIP IO)	%	TOTAL
3.2	Supervisão de Campo (Monitoramento/avaliação do projeto em campo visando a sustentabilidade do projeto)	500,00	03	1.500,00						1.500,00
	Passagens aéreas – Belo Horizonte – Londrina – Belo Horizonte)	594,00	03	1.782,00						1.782,00
	Hospedagem	84,00	03	252,00						252,00
	Alimentação	20,00	03			60,00				60,00
	Elaboração de Material Informativo(folder em papel couchet, três cores – 10 cm x 20 cm, com uma dobra, acabamento com grampo, 4 páginas (1,50 x 3000 folders incluindo despesas com arte final e diagramação)	1,50	3000	4.500,00						4.500,00
	Microcomputador	1.150,00	02			2.300,00				2.300,00
	Aparelho de Fax	550,00	01			550,00				550,00
	Linha telefônica	102,00	02			204,00				204,00

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST / AIDS

PROJETO DE REDUÇÃO DE DANOS – 2005

TÍTULO DO PROJETO
Projeto Redução de Danos ALIA
PROJETO REFERÊNCIA: UNODC – Nº 959/03

1. DADOS DA INSTITUIÇÃO MANTENEDORA (Responsável pela assinatura do instrumento jurídico e execução financeira do projeto)

Nome da instituição: Associação Londrinense Interdisciplinar de aids - ALIA

Endereço: Rua Fernando de Noronha, 864

CNPJ: 80.925.209/0001-03	Cidade: Londrina	Estado: Paraná	Telefone: (43) 33563267
-----------------------------	------------------	----------------	-------------------------

Banco:	N.º do banco:	Agência (com dígito):	Conta (com dígito):
--------	---------------	-----------------------	---------------------

2. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO MANTENEDORA

Nome completo:

CPF:	Cargo:	Telefone
------	--------	----------

Endereço:

Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
---------	---------	---------	------

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO EXECUTORA (Responsável pela execução técnica do projeto)

Nome da Instituição: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids - ALIA

Nome completo:

CPF:	Cargo:	Telefone:
------	--------	-----------

Endereço

3.1. Coordenador do projeto

Nome completo:

CPF:	Telefone:
------	-----------

3.2. Assistente de coordenação do projeto

Nome completo:

CPF:	Telefone:
------	-----------

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST / AIDS

4. HISTÓRICO (Relatar o histórico da execução do projeto 2004, o vínculo das ações propostas ao projeto anterior, as ações pontuais, as eventuais novas ações, as informações de cobertura e a justificativa das atividades até junho de 2005).

O projeto PRD ALIA em 2004 visou à institucionalização das ações de RD desenvolvidas no C.F.A. 282/00 UNDCP (empreendido de 2001 a 2003) – mediante o que é preconizado pela Lei Municipal 8.694 de 14/01/2002 que estabelece a RD como política pública municipal de saúde e demais políticas setoriais, por meio da implementação de ações em 5 UBS/PSF – Atenção Básica, tendo 5 ACS/redutores de danos contratados de acordo com a lei orgânica municipal e arcabouço jurídico financeiro da A.M.S. com recursos do PAM Municipal 2003/2004, ACS/reductor de danos que protagonizam ações educativas e preventivas sobre DST/HIV/aids e promoção de acesso a equipamentos de proteção (preservativos, KIT de redução de danos para UD e UDI) com fins de reduzir números de infecções entre UD e UDI e sua rede social.– usuários que se encontram em vulnerabilidade individual, social e institucional frente à epidemia de HIV/aids, DST e hepatite, de acordo com a articulação entre a ALIA e as Secretarias de Governo Municipal para institucionalização do projeto em nível local. Para tanto foram desenvolvidas 120 horas de oficinas que objetivaram sensibilizar e instrumentalizar ACS e equipe de enfermagem PSF/UBS quanto à similaridade de ações cotidianas destes profissionais e ações de redução de danos e as diretrizes de ações de saúde mental na atenção básica. Respaldam estas ações tanto a Portaria no. 2.197 de 14/10/04 MS que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, que considera as determinações da Lei 10.216 de 06/04/2001, e determinações do documento: "A Política do MS para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas".

As ações de RD em 2004 foram desenvolvidas nos seguintes bairros: Tóquio (pop. 10.530), Jardim do Sol (pop. 8.770), Jardim Marabá (pop. 13.152), União da Vitória (pop. 9.509) e Centro (pop. 37.000) totalizando população da área de campo/abrangência de 78.961 habitantes.

A presente proposta tem como foco principal dar continuidade às ações nos campos/áreas acessadas, concomitantemente com a implantação da saúde mental na atenção básica, tendo o aporte das equipes matriciais de saúde mental que empreendem estabelecimento de fluxo de acolhimento, atenção e acompanhamento/encaminhamento de demandas da população em geral e usuários de álcool e outras drogas tanto por demanda espontânea quanto por busca ativa conforme atribuições das equipes de saúde da família e rede de saúde pública municipal - com a parceria da Secretaria de Estado da Saúde – SESA/PR - Programa Estadual de DST e aids, a Autarquia Municipal de Saúde/Londrina – Programa Municipal de DST e AIDS e Gerência de Saúde Mental CAPS Londrina e o apoio do Programa Municipal de Fitoterapia Comunitária e Programa Sinal Verde – S.M.A.S.

Para tanto já está previsto junto ao PAM Municipal 2004/2005 recursos da ordem de R\$25.300,00 para o empreendimento de confecção e/ou compra de insumos/IEC e equipamentos de proteção para uso de crack; e R\$15.000,00 para custeio de logística e hora/aula de oficinas para a ampliação de ações de sensibilização e instrumentalização sobre RD junto as UBS/PSF da região norte do Município de Londrina – tendo aproximadamente 149 mil pessoas residentes nesta localidade municipal.

5. OBJETIVO GERAL DO PROJETO (Descrever o que se deseja alcançar ao final do Projeto).

Institucionalizar a redução de danos como Política Pública Municipal de Saúde financiada com recursos locais e efetivar fluxo de referência e contra referência entre a rede pública de saúde, atenção especial, educação e promoção/assistência social e as ações em redução de danos promover a redução/prevenção de DST/Aids, hepatites e doenças parenterais junto a UD e UDI e sua rede social.

6. PRODUTO/RESULTADO FINAL ESPERADO

Promover a inserção social e a participação cidadã de usuários de drogas no que tange a autocuidados em saúde, reduzir a transmissão de DST/HIV/hepatites entre UD e UDI e suas redes sociais, trazer a análise sobre a questão das drogas para o sujeito e não para a substância – ampliar e institucionalizar ações de redução de danos junto ao PSF/PACS/UBS e CAPS/Saúde Mental em localidades consideradas de risco no município de Londrina.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST / AIDS

6.1. PRODUTOS/RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS (Indicar, cronologicamente, quais são os produtos intermediários e cada resultado esperado).

N.º	Especificação	Resultado esperado
1	<p>Aumentar o nível de informação sobre DST / HIV / Aids entre os UD/UDI e seus (suas) parceiros (as), dar acesso a equipamentos de proteção (preservativos – KITS RD), estimular a prática do sexo seguro e autocuidados em saúde.</p> <p>Minimizar as ações a campo por meio de supervisões e mapeamento das áreas/campos de atuação e as relações interinstitucionais entre a rede de atenção básica, de saúde mental e organizações da sociedade civil.</p>	<p>1 - Reduzir as vulnerabilidades (individual, social e programática) de UD e UDI e seus (suas) parceiros (as) e promover ações de auto-cuidados em saúde biopsicosocial nesta população.</p> <p>1.1 – Contribuir no estabelecimento de fluxo de referência e contra referência de demandas de usuários na rede pública de saúde, atenção especial, educação e assistência social.</p> <p>1.2 – Amenizar atos discriminatórios da comunidade e promover a inserção social de UD e UDI e seu exercício de cidadania.</p>
2	<p>– Sensibilizar, instrumentalizar e mobilizar equipes de PSF/PACs (Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários das localidades Jd. do Sol, Marabá, Tócio, União da Vitória, Centro e Zona Norte do Município de Londrina) em sinergia com as equipes matriciais do CAPS/Saúde Mental para a efetivação de ações de RD por meio de oficinas construtivistas.</p>	<p>2 - Aumentar o conhecimento dos atores da rede de serviços públicos acerca das ações de prevenção e assistência de DST/aids/hepatites e RD.</p> <p>2.1 - Criar ambiente favorável que venha a contribuir na melhoria da qualidade de serviços públicos de prevenção, atenção e assistência voltados para a população de UD e UDI, melhorar e ampliar o acesso desta população e sua rede social aos serviços públicos e políticas setoriais.</p> <p>2.2 - Implantar práticas de RD nas políticas públicas municipais, trazendo a análise sobre a questão das drogas para o sujeito, e não para a substância no município de Londrina.</p>
3	<p>Empreendimento de elaboração, diagramação e impressão de publicação sobre o histórico (2000/2005) e lições aprendidas da RD no município de Londrina</p>	<p>3 – Publicizar registro histórico do processo da RD que sirva de subsídio para o avanço nas ações de RD junto ao SUS e demais políticas públicas setoriais (educação, assistência social) e organizações da sociedade civil.</p>

7. PLANO DE EXECUÇÃO DO PROJETO (Indicar as atividades a serem executadas para realização dos produtos intermediários).	
ATIVIDADES PARA ALCANCE DOS PRODUTOS INTERMEDIÁRIOS	
N.º Produto Intermediário	N.º Descrição
1	<p>1 - Visitas a campo e disponibilização de informações, insumos de prevenção e encaminhamentos necessários junto à rede de saúde (atenção básica/saúde mental - CAPS), assistência social e educação.</p> <p>1.1 - Sistematização dos dados coletados pelos ACS/redutores de danos (controle de insumos, acesso e vinculação de UD e UDI); encaminhamentos e mapeamentos sócio cultural e público comunitário); dimensionamento e confecção/compra de equipamentos de proteção e IEC específicos para demandas de UD e UDI.</p> <p>2 - Promoção de oficinas de sensibilização/instrumentalização para as equipes do PSF/PACs, CAPS apoio biopsicosocial e assistência social.</p> <p>2.1 - Empreender supervisão de campo e mapeamento das áreas de atuação do projeto e de instituições co-afetas a área de atenção básica e biopsicosocial; participação da coordenação do projeto em reuniões programáticas com gestores de políticas públicas setoriais, com o COMAD – Conselho Municipal Antidrogas para planificação do fluxo de referência e contra referência à população acessada e vinculada a RD.</p> <p>3 - Sistematização de dados e registros/relatórios do processo de 2000 a 2005 e empreendimento de elaboração, diagramação e impressão de publicação sobre o histórico da RD na cidade de Londrina.</p>

8. ORÇAMENTO E PLANO DE AQUISIÇÕES (para cada atividade prevista no projeto, orçar o custo das despesas previstas para o seu desenvolvimento)				
INSUMOS (quantificar todos os itens)	Repasso do PN/DST-Aids (a)	Contrapartida da Instituição (não obrigatória) (b)	OGP Estado/Municipio (c)	Total (a+b+c)
<p>PESSOAL Coordenação (6 meses X 1.000,00 40 h/mês) Assistente (6 meses X 800,00 40 h/mês) Diagramador/Arte finalista (800,00 X 2 meses)</p> <p>5 ACS/Redutores de danos (12 meses X 300,00 + encargos sociais CLT e vale transporte)</p>	<p>R\$6.000,00 R\$4.800,00 R\$1.600,00</p>		PAM Municipal (sem base de cálculo)	<p>R\$6.000,00 R\$4.800,00 R\$1.600,00</p>

<p>TREINAMENTO E VIAGENS Facilitador de oficinas com nível superior para: - CAPS e prestadores de serviço SUS clínica psiquiátricas - R\$60,00 X 60 horas/aula. Facilitador de oficinas com nível médio para: ACS/PSF/UBS região norte de Londrina - R\$30,00 X 12 oficinas X 20 horas/aula <u>Passagens aéreas (cotação do dia 05/04/2004 - TAM, preços unitários sem taxa de embarque)</u> Belo Horizonte X Londrina</p>	<p>R\$3.600,00</p>	<p>PAM Municipal R\$7.200,00 PAM Municipal R\$3.520,00</p>	<p>R\$3.600,00 R\$7.200,00 R\$3.520,00</p>
<p>PUBLICAÇÕES - Serviços de impressão gráfica</p>	<p>R\$6.700,00</p>		<p>R\$6.700,00</p>
<p>DIVERSOS - Vale transporte (2 atores X R\$1,80/passe X 40 meses X 06 meses) - Insumos de oficinas (xerox de apostilas, bloco de flip-chart, canetões, pastas, certificações etc.) - Coffee-break (R\$3,00 X 40 X 20 pessoas)</p>	<p>R\$864,00</p>	<p>PAM Municipal R\$1.880,00 R\$2.400,00</p>	<p>R\$864,00 R\$1.880,00 R\$2.400,00</p>
<p>- Materiais instrucionais, KIT RD e equipamentos para uso de crack, etc. - preservativos: feminino, masculino adulto/adolescente e gel lubrificante.</p>		<p>PAM Municipal R\$25.300,00 PAM Municipal e Estadual</p>	<p>R\$25.300,00</p>
<p>TOTAL</p>	<p>R\$23.564,00</p>	<p>R\$40.300,00</p>	<p>R\$63.864,00</p>

9. SOLICITAÇÃO.

Encaminhamos a presente Proposta de Projeto de Transição 2005 para análise e aprovação. Todas as informações descritas neste projeto são verdadeiras e os documentos comprobatórios necessários para a formalização deste encontra-se a disposição na sede de nossa instituição. Os recursos serão aplicados com completa observância ao instrumento jurídico a ser assinado.

Local e Data:

Presidente da Instituição Mantenedora
(Quem assina o Instrumento Jurídico)

Presidente da Instituição Executora
(Quem executa o projeto)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST / AIDS

(USO EXCLUSIVO DO PROGRAMA MUNICIPAL E/OU ESTADUAL)

Nome da Instituição:	
CNPJ:	Nº Projeto Referência:
Nome do Projeto:	

10. JUSTIFICATIVA PARA O FINANCIAMENTO/ NÃO FINANCIAMENTO DO PROJETO DE TRANSIÇÃO

() PROJETO APROVADO () PROJETO REPROVADO

11. DESCREVER RESUMIDAMENTE AS ESTRATÉGIAS DO ESTADO/MUNICÍPIO DE INCLUSÃO DAS ATIVIDADES DO PROJETO NO PAM 2005.

Local e Data:

Nome e Assinatura
Programa Estadual/Municipal

(USO EXCLUSIVO DO PROGRAMA NACIONAL)

TC / CFA:

Nome da Instituição:	
CNPJ:	Nº Projeto Referência:
Nome do Projeto:	

12. ORÇAMENTO

O projeto proposto será financiado por meio do Acordo de empréstimo _____ e os insumos solicitados pela instituição, totalizam R\$ _____ e encontram-se classificados abaixo.

12.1. Insumos para alcance dos produtos

<i>Detalhamento</i>	<i>Categoria de Despesa</i>	<i>Valor em R\$</i>	<i>Comprometimento</i>
---------------------	-----------------------------	---------------------	------------------------

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST / AIDS

Insumos:			N.º: L.O. : Resultado: Sub-Componente:
TOTAL			Data / /

12.2. - Execução Financeira

A vigência do instrumento jurídico se dará a partir do crédito em conta, sendo a execução do projeto prevista para 6 (SEIS) meses. Os recursos serão repassados em _____ parcela(s):

- 1.ª) R\$ _____ como adiantamento, contra assinatura do Instrumento Jurídico e a
2.ª) R\$ _____ mediante apresentação da Prestação de Contas. O produto final é objeto predominante desta contratação.

13. Unidade Técnica

Prevenção SCDH UDAT OUTRAS: _____

14. Homologação

Recomendamos o apoio ao projeto para ser financiado segundo as normas da Agência Internacional de Cooperação Técnica.

Local e Data: _____ Responsável pela Unidade Técnica	Local e Data: _____ Responsável pela SCDH
Local e Data: _____ Responsável pela UAD	Local e Data: _____ Diretor do Programa Nacional de DST/AIDS

Anexo II
DOCUMENTOS ANALISADOS

DOCUMENTOS ANALISADOS

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Projeto de Implantação de Redução de Danos entre Usuários de Drogas Injetáveis**. Londrina, 2001.

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Projeto de Redução de Danos entre Usuários de Drogas Injetáveis**. Londrina, 2002.

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Projeto de Redução de Danos entre Usuários de Drogas Injetáveis**. Londrina, 2003.

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Projeto de Redução de Danos entre Usuários de Drogas Injetáveis**. Londrina, 2004.

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Projeto de Redução de Danos entre Usuários de Drogas Injetáveis**. Londrina, 2005.

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Relatórios de progresso e técnico-narrativo**. Londrina, 2001.

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Relatórios de progresso e técnico-narrativo**. Londrina, 2002.

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Relatórios de progresso e técnico-narrativo**. Londrina, 2003.

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Relatórios de progresso e técnico-narrativo**. Londrina, 2004.

ALIA, Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids. **Relatórios de progresso e técnico-narrativo**. Londrina, 2005.

Anexo III
SÍTIOS VISITADOS

SÍTIOS VISITADOS

<http://www.aborda.com.br>

<http://www.abong.org.br>

<http://www.aids.gov.br>

<http://www.alia.org.br>

<http://www.vivacazuza.org.br>

<http://www.giv.org.br>

<http://www.abcd aids.com.br>

<http://www.reduc.org>

<http://www.relard.net>

<http://www.webbrasil.com/positivo>

<http://www.fundathos.org.br>

<http://www.iapac.org>

<http://www.ama-assn.org/special/hiv/hivhome.htm>

<http://www.aidsmap.com/>

<http://www.nasen.org>

<http://www.immunet.org/index.html>

<http://www.bristol.com.br/saude/hivaids/default.htm>

<http://www.semina.com.br/>

<http://www.cevam.org.br/>

<http://www.natap.org/>

<http://www.imediata.com/infoaids/>

<http://www.usp.br/nepaids/>

<http://www.childhope.org.br/>

<http://www.abiaids.org.br/>

<http://www.ggb.org.br/>

<http://www.pelavidda.org.br/>

<http://www.gapasjc.org.br/>

<http://www.gapars.com.br/>

<http://portalweb01.saude.gov.br/saude/>

<http://www.fiocruz.br/>

<http://www.parana.gov.br/>

<http://www.saude.pr.gov.br/>