

## Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano

### Harm Reduction Policies in Brazil: contributions of a North American Program

Aline Inglez-Dias <sup>1</sup>  
José Mendes Ribeiro <sup>1</sup>  
Francisco I. Bastos <sup>2</sup>  
Kimberly Page <sup>3</sup>

**Abstract** *Given the rapid spread of the HIV epidemic and the need to control its transmission among intravenous drug users (IDU), harm reduction strategies have been incorporated in many countries, including Brazil. Considering these aspects and taking into account the emergence of drugs as a core concern on the government's agenda, especially crack cocaine, this article presents some of the contributions acquired from observing and recording the practices of an American model of research and care for IDUs, namely the UFO (You Find Out) Study. Issues such as participants' access and adherence, financing difficulties, sustainability and outcome evaluation were considered. The study involved documental research, systematic observation and interviews with key informants. Some of the UFO features that could contribute to the formulation of harm reduction policies in Brazil are highlighted. The UFO appears to be a successful example of harm reduction initiatives that successfully contact and guarantee the commitment of that risk group, ensuring its access to health services and reducing risks associated with drug use.*

**Key words** *Harm reduction, Drug use, Health policies, Prevention*

**Resumo** *Considerando a disseminação da epidemia de HIV e o controle de sua transmissão entre usuários de drogas injetáveis (UDI), estratégias de redução de danos foram incorporadas em diversos países, incluindo o Brasil. Considerando a emergência das drogas como tema central na agenda governamental, especialmente o crack, o presente artigo registra e discute as práticas observadas em um programa de pesquisa e atenção aos UDI: o UFO. Foram considerados aspectos tais como acesso e adesão do usuário, dificuldades de financiamento, sustentabilidade e avaliação de resultados. As etapas do estudo envolveram pesquisa documental, observação sistemática e entrevistas com informantes-chave. Destacamos características do UFO que poderiam contribuir para políticas de redução de danos no cenário brasileiro. O programa estudado se apresenta como um exemplo exitoso de iniciativas de redução de danos, obtendo sucesso no acesso e adesão desse grupo, favorecendo seu acesso aos serviços de saúde e prevenção de riscos associados ao uso de drogas.*

**Palavras-chave** *Redução de danos, Uso de drogas, Políticas de saúde, Prevenção*

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21.041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. aline.inglez@outlook.com

<sup>2</sup> ICICT, Fiocruz.

<sup>3</sup> Department of Epidemiology and Biostatistics, University of California San Francisco.

## Introdução

As políticas de redução de danos (RD) relacionados ao uso de drogas têm sido discutidas no Brasil como conjunto de estratégias voltadas para temas diversos como violência, prevenção e atenção em HIV/Aids e outras doenças transmissíveis, e suporte social a populações marginalizadas. As estratégias de RD visam à minimização de riscos e danos associados ao uso de drogas, ainda que os usuários não pretendam ou não consigam interromper o consumo, em um dado marco temporal. A troca de agulhas e seringas (usadas por novas, estéreis), a despeito de ser emblemática, constitui tão-somente uma das ações preconizadas. Outras ações devem ser conduzidas de forma integrada, incluindo a oferta de tratamento para dependência e doenças clínicas, vacinação e distribuição de material educativo, preservativos e kits para injeção mais segura<sup>1</sup>.

Apesar do ambiente institucional favorável no país e de inúmeras experiências locais e programas governamentais, enquanto política pública, suas fragilidades são evidentes. As portarias do Ministério da Saúde (MS) que normatizam as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas (SMAD) não estruturam as políticas de RD, as publicações são basicamente propositivas ou descritivas, raramente contemplando o monitoramento e a avaliação de projetos e programas efetivamente implementados. Outras questões a serem enfrentadas incluem a validação dos procedimentos, a adesão e o acompanhamento clínico dos usuários de drogas, o monitoramento epidemiológico e a sustentabilidade financeira das organizações que conduzem serviços nesta área e a elevada dependência de recursos federais<sup>2</sup>.

Este artigo aborda um programa tradicional norte-americano de pesquisa e atendimento a usuários de drogas injetáveis (UDI): o UFO Study<sup>3</sup>. Por meio deste estudo, discutem-se as principais lições aprendidas, úteis para enfrentar fragilidades dos programas de RD. Este aprendizado envolve: i) práticas continuadas de proteção clínica, além de elevado acesso e adesão dos pacientes ao programa, o que pode ser ilustrado pela excelente adesão de sua clientela ao esquema completo (3 doses) de vacinação para hepatite B<sup>3,4</sup>; ii) monitoramento epidemiológico da população-alvo e da região de atuação do programa; iii) controle quanto ao trabalho efetuado pelos agentes em campo; iv) longa duração do programa (sustentabilidade).

Aborda-se o caso UFO, suas evidências e práticas observadas como úteis ao caso brasileiro,

inseridas no reforço mútuo de experiências locais e internacionais. Em seguida, discutem-se as fragilidades dos programas de RD no Brasil. Nas considerações finais discutem-se as implicações destas análises em termos de recomendações de políticas.

### O programa UFO e as práticas de redução de danos

A literatura destaca os ganhos obtidos pelos programas de RD para UDI em termos de controle epidemiológico e proteção clínica frente a diferentes agravos e riscos, especialmente o HIV/AIDS<sup>5</sup>, ainda que apontando para as limitações de algumas iniciativas em relação a desafios complexos, como, por exemplo, o controle da disseminação do vírus da hepatite C<sup>6</sup>.

Nos EUA, a maioria dos estados implementa alguma iniciativa nessa direção, embora em apenas 12 deles estas ações estejam referendadas pela legislação em vigor em cada jurisdição<sup>7</sup>. A situação jurídico-legal destes programas é complexa e o governo federal norte-americano oscila em termos de orientações, porém costuma impedir o uso direto de seus recursos para financiar Programas de Troca de Seringas (PTS).

Desde 1988, o governo federal tem vetado o uso de recursos diretos para financiar a troca de seringas, tendo redirecionando esta norma em 2009 através da delegação de competência ao nível local<sup>8,9</sup>, com retorno do veto em 2011. A despeito dos vetos, alguns estados e municípios vêm financiando há algum tempo os PTS<sup>10</sup>, de forma exitosa<sup>11</sup>.

O Estado da Califórnia é reconhecido por sua atuação progressista, o que inclui o uso de maconha para finalidades médicas<sup>12,13</sup>, a substituição do encarceramento pelo tratamento para os usuários de drogas detidos<sup>14</sup> e a aquisição de seringas nas farmácias sem prescrição médica<sup>15</sup>.

O ambiente político e institucional na Califórnia é favorável a estas inovações devido ao ativismo social, como nos casos dos movimentos homossexuais e da resposta à epidemia de AIDS, a elevada escolaridade da população e a vigorosa indústria cultural e de tecnologia de ponta. Por outro lado, o estado vem enfrentando restrições orçamentárias (especialmente em programas sociais), no contexto de administrações de viés conservador. Diversas análises têm correlacionado ambientes políticos mais progressistas e a plena implementação de programas de RD<sup>13,16</sup>.

Em São Francisco (CA), no ano de 2005, existiam cerca de 17.000 usuários de drogas injetá-

veis, o que dá a dimensão da importância do acesso ao material de injeção estéril nesta localidade. Estima-se que cerca de 20% dos UDI estejam infectados com o vírus da hepatite C<sup>17</sup>. O governo municipal apoia e financia PTS como medida para deter a disseminação de doenças de transmissão sanguínea entre UDI, seus parceiros e filhos<sup>17</sup>. O uso de drogas injetáveis entre heterossexuais é o terceiro fator mais frequentemente associado à infecção pelo HIV, na cidade de São Francisco<sup>18</sup>. A superposição dos riscos associados a relações desprotegidas com pessoas do mesmo sexo e uso injetável de drogas se traduz no que a vigilância epidemiológica denomina “categorias múltiplas de exposição” e corresponde a uma fração substancial dos homens infectados pelo HIV em São Francisco<sup>19</sup>.

A legislação municipal permite o acesso ao material de injeção estéril como meio de evitar a reutilização e prevenir infecções/doenças como o HIV e a hepatite C<sup>20</sup>. O UFO tem apresentado evidentes resultados positivos, seja no âmbito da pesquisa acadêmica como no impacto epidemiológico de suas ações junto à população-alvo. Diversos estudos realizados com jovens UDI, residentes em São Francisco, vêm sendo publicados em periódicos científicos, dos quais destacamos artigos que documentam resultados auspiciosos no controle do HIV/AIDS. Chamam a atenção estudos em parceria com as principais instituições de pesquisa e fomento na área de saúde pública, nos EUA. Os estudos apontam para especificidades nas políticas de proteção a indivíduos infectados pelo HIV (como oportunidades em termos de acesso à moradia e serviços de saúde)<sup>21,22</sup>.

A epidemia de HIV em São Francisco segue concentrada na população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH) (portanto, impactando aquela que é considerada a maior e mais ativa comunidade gay em todo o mundo<sup>23</sup>), com forte interface com UDI gays e aqueles envolvidos em sexo comercial<sup>24</sup>.

O UFO constitui um agrupamento de estudos e serviços, consolidado na localidade, referência para UDI jovens. Em um estudo conduzido entre jovens UDI, em resposta ao questionário aplicado, o UFO foi apontado por mais de 85% dos participantes como a fonte mais confiável de informação sobre medidas de proteção e eventuais efeitos adversos relacionados a vacinas. Um terço dos entrevistados havia recebido previamente alguma vacina através do UFO<sup>25</sup>. Há evidências empíricas sobre a redução das taxas de infecção pelo vírus da hepatite C entre jovens UDI<sup>26,27</sup>. O UFO tem avaliado o impacto

de suas ações, via o monitoramento de coortes ao longo de mais de 10 anos, seja para monitorar a evolução da infecção pelo HIV entre UDI, como determinar fatores de risco associados aos óbitos não diretamente vinculados ao HIV/AIDS, como na *overdose* por heroína<sup>28</sup>.

Além da análise detalhada do seu impacto epidemiológico, sua produção acadêmica é expressiva. Numa busca não sistemática da Pubmed/Medline constam mais de 30 artigos recentes nas principais revistas de epidemiologia e saúde pública. Os artigos mais relevantes estão listados também na página eletrônica do programa<sup>29</sup>. O programa UFO foi avaliado pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e classificado na categoria de programas efetivos, o que o habilita a receber verbas daquele órgão governamental. Os CDC definiram o UFO como intervenção modelo para jovens UDI, sob a denominação “UFO Presents!”, que oferece assistência técnica e treinamento para instituições interessadas em reproduzir o modelo em outras localidades<sup>30</sup>.

## Metodologia

Este estudo se valeu de pesquisa documental, observação sistemática, diários de campo, participação em reuniões de equipes de pesquisadores do UFO e entrevistas com informantes-chave. A observação do campo teve lugar de agosto de 2006 a novembro de 2007, seguida de acompanhamento sistemático de dados até 2009. O campo se refere à clínica onde os participantes são recebidos. As pesquisas bibliográfica e documental foram desenvolvidas via busca em bases bibliográficas e/ou ferramentas de busca como Pubmed/Medline, Scopus e Google Scholar, e compreendeu tanto a literatura indexada como a não acadêmica (dita “cinzenta”), como manuais e relatórios oficiais (disponíveis em *sites* e bibliotecas públicas). Esta busca de documentos e artigos científicos identificou práticas mais frequentes e balizou comparações e contrastes entre as políticas de redução de danos nos EUA e Brasil. O UFO dispõe de um vasto arquivo de material publicado ou inédito, que documenta suas atividades ao longo de décadas.

Foram realizadas entrevistas com seus principais dirigentes: investigador principal, diretor financeiro e coordenador de campo. Os entrevistados foram selecionados devido ao longo tempo de atuação junto às atividades-chave do programa. O roteiro de entrevista foi elaborado a partir dos principais temas de interesse da pes-

quisa, tais como o histórico do programa, as principais práticas de acesso e retenção dos participantes, o desenvolvimento de parcerias, mecanismos de financiamento e sustentabilidade do programa. Os principais resultados e análises do programa são apresentados a seguir.

### Descrição do UFO

UFO é uma designação guarda-chuva de um conjunto de estudos e projetos enfocando a infecção pelo HIV e as hepatites virais, particularmente a hepatite C, entre jovens UDI em São Francisco. O projeto está vinculado à Universidade da Califórnia, São Francisco (UCSF) e está em operação contínua desde 1997. Seus participantes se engajam em serviços de troca de seringas, distribuição de equipamentos de injeção mais segura, assistência médica, referência para programas sociais, testagem e aconselhamento para HIV e hepatite C, além de vacinação para as hepatites A e B<sup>31</sup>.

O programa é bastante flexível, e seus objetivos imediatos vêm sendo alterados em sintonia com as demandas dos participantes, ao longo dos anos. Os dois principais estudos hoje em andamento focalizam a dinâmica da infecção e a prevenção da hepatite C, doença de controle sabidamente complexo em todo o mundo<sup>6,32</sup>.

Sumarizamos algumas das características do seu público-alvo: a idade média dos participantes é de 22 anos, seus participantes injetavam drogas há cinco anos, em média, a grande maioria havia participado de programas de troca de seringas e 46% deles havia utilizado uma seringa emprestada por outra pessoa no último ano. São jovens, em sua maioria, brancos, moradores de rua e têm o inglês como língua nativa<sup>3,25,33</sup>. Por se tratar de uma população de baixa renda e com frágeis redes sociais, apresentam inúmeras condições adversas, especialmente clínicas e sociais.

Os participantes potenciais do UFO devem ter até 30 anos, ser usuários de drogas injetáveis e morar em São Francisco. Quando recebido pela primeira vez, ele(ela) é entrevistado(a) pela equipe e é feita avaliação de seu status sorológico para HIV e hepatites B e C, assim como uma avaliação de seus comportamentos de risco e características socioeconômicas. Os participantes selecionados para a pesquisa são recrutados dentre aqueles que, em entrevista e testagem iniciais, não estão infectados pelo HCV e/ou HIV. Aqueles definidos como não elegíveis também são convidados a continuar frequentando o UFO e seus serviços. Os elegíveis são testados periodicamen-

te e sua sorologia é verificada ao longo do tempo, em intervalos regulares. Ao retornar para o resultado, o participante passa por aconselhamento pós-teste. Esse conjunto de atividades está orientado à assistência clínica e vigilância epidemiológica.

A equipe do projeto inclui pesquisadores da UCSF, um diretor de projeto, coordenadores de campo, entrevistadores, conselheiros e agentes comunitários. Esses últimos, denominados *peer-outreach workers*, são, em sua maioria, ex-usuários de drogas, o que facilita o trabalho de abordagem e recrutamento. Eles recebem os potenciais participantes na sede do projeto.

O projeto está ancorado na abordagem por pares (usuários ou ex-usuários) e, no contexto desta primeira abordagem, são distribuídos preservativos e equipamentos de injeção mais segura. Caso confirmado o uso de drogas injetáveis, os usuários são convidados a participar do projeto. O sucesso do recrutamento gira em torno de 25% das abordagens, e os motivos de recusa incluem falta de dinheiro para transporte público ou necessidade de percorrer longas distâncias.

A maioria dos agentes do UFO está formalmente empregada, embora alguns tenham contratos temporários remunerados por hora trabalhada. A relação contratual fortalece a responsabilização quanto ao exercício de suas atividades, enquanto o caráter temporário dos contratos favorece uma renovação de parte da equipe. Essa estrutura gerencial fortalece os mecanismos de controle sobre suas atividades e representa um aspecto positivo do projeto.

O UFO oferece vacinação para as hepatites A e B; troca de seringas, equipamento descartável para injeção (*swab*, recipiente de metal para misturar e aquecer a droga, algodão, água destilada e bandagens); cuidados médicos básicos e referência para programas sociais e de saúde; distribuição de medicamentos básicos (que não necessitam de prescrição) e de produtos de higiene; além de refeições. Mais recentemente, o elenco de serviços passou a incluir os grupos de apoio e orientação para portadores de HCV. Os participantes não são obrigados a trocar as seringas distribuídas (5-10.000/mês) pelas já utilizadas, o que se justifica pela ausência de adequada infraestrutura para descartar um número elevado de seringas usadas. Os usuários são incentivados a levá-las a outros pontos de recolhimento.

No Quadro 1 sintetizamos os principais eixos que caracterizam o UFO, destacando aspectos referentes a financiamento, parcerias institucionais e cobertura.

**Quadro 1.** Aspectos relevantes ao UFO para financiamentos, parcerias e cobertura.

<b>Financiamentos</b>	<p><b>Recursos:</b> principalmente federais (NIDA)<sup>a</sup>, por concorrências no montante de U\$ 500 mil/ ano (2006, 2007), passando para U\$ 750 mil/ ano (2008, 2009), além de fontes de menor porte e outras receitas por parcerias. Em 2009 o CDC passa a financiar algumas das ações de prevenção ao HCV.</p> <p><b>Despesas:</b> pessoal (<math>\pm</math> U\$ 480 mil/ ano); compensações aos UDI (<math>\pm</math> U\$ 180 mil/ ano); testagem (U\$140 mil/ ano); custos administrativos (U\$ 125 mil/ ano); insumos (<math>\pm</math> U\$18 mil/ ano); aluguel (<math>\pm</math> U\$ 48mil/ ano); seringas (U\$ 9.600/ ano)<sup>b</sup></p>
<b>Parcerias</b>	<p><b>Departamento de Saúde Pública de São Francisco:</b> fornece vacinas, aloca enfermeira para assistência aos participantes, subsidia aluguel da clínica para a recepção dos UDI recrutados e fornece seringas;</p> <p><b>SFNE:</b> distribuição e troca de seringas;</p> <p><b>Homeless Youth Alliance:</b> oferece suas instalações ao UFO, ampliando seu atendimento aos UDI;</p> <p><b>SOS:</b> ONG responsável por referir participantes a serviços sociais e de saúde e distribuir material de higiene pessoal aos participantes e medicamentos que não precisam de prescrição;</p> <p><b>Food Runners:</b> fornece alimentação, semanalmente, aos participantes que comparecem ao atendimento no UFO;</p> <p><b>Blood Centers of the Pacific:</b> organização sem fins lucrativos, que funciona como banco de sangue, centro de testagem e pesquisa.</p>
<b>Cobertura</b>	Mensalmente, atende cerca de 150 participantes da pesquisa e recebe outros 350 UDI que apenas buscam os serviços disponíveis no projeto.

<sup>a</sup> National Institute on Drug Abuse. <sup>b</sup> Governo municipal como fonte de recursos. <sup>c</sup> *Street Outreach Services*, parceiro há cinco anos.

Fonte: Gerência do UFO Study.

Seu financiamento é diversificado e sustentável, em função de suas fontes serem provenientes de parcerias sólidas ao longo do tempo, o que vem garantindo a operação do programa, ininterruptamente, ao longo de 15 anos. As sucessivas negociações de refinanciamento representam um aprendizado institucional e a consolidação das parcerias. Em suma, a sustentabilidade financeira está fortemente associada à diversidade de parcerias e decorre da capacidade dos coordenadores em renovar os recursos junto às fontes disponíveis.

Os dirigentes do programa seguem o percurso usual na captação de recursos em ambientes acadêmicos. Projetos são apresentados a agências e a parceiros institucionais relacionados ao seu campo de atuação. O componente de pesquisa é financiado principalmente por agências federais, como o NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) e o componente de serviços pelos CDC<sup>29,30</sup>. Seu status no interior da estrutura da UCSF pode ser notado no que se refere às práticas, produção acadêmica, parcerias e estrutura de financiamento. Sua sustentabilidade está an-

corada em parcerias com instituições protagonistas na prevenção entre UDI em São Francisco, como: *San Francisco Needle Exchange* (SFNE)<sup>34</sup>, *Homeless Youth Alliance* (HYA)<sup>35</sup> e *San Francisco Department of Public Health* (SFDPH)/*AIDS Office*<sup>36</sup>. Estes financiamentos e parcerias estão listados nos diversos artigos publicados e nas páginas institucionais do programa<sup>29</sup>. Financiamentos adicionais provêm de organizações não governamentais como *Street Outreach Services* (SOS) e *Food Runners*, além da articulação com representantes da rede de serviços gratuitos ou comunitários de atenção aos UDI, listados no seu Guia de recursos e serviços, disponibilizado aos participantes<sup>37</sup>.

Estimamos os gastos realizados a partir dos principais agregados financeiros. Cerca de um quarto dos recursos captados pelo UFO é retido pela UCSF a título de custos administrativos e impostos. As despesas com pessoal consomem a maior parte dos recursos arrecadados, com custos relevantes associados também à testagem e ao aconselhamento. A capacidade de atrair e manter parcerias viabiliza a provisão de serviços

de apoio clínico e suporte social, para além das atividades de pesquisa.

O UFO presta assistência integral a 150 UDI, em média, por mês. Um total de 1.445 UDI participou da pesquisa entre 1998 e 2004, e cerca de 350 usuários fazem parte de uma população mensal flutuante que recebe benefícios do projeto, apesar de não serem elegíveis para as suas atividades de pesquisa. Periodicamente, a equipe ministra cursos de aplicação de Naloxone (medicamento antagonista de opiáceos) para evitar a *overdose* por heroína (causa frequente de óbito nessa população), procedimento que ainda enfrenta resistências, mas vem salvando vidas em todo o mundo, determinando uma redução drástica da morbimortalidade por *overdose* em diversos contextos<sup>38</sup>.

Os principais aspectos do UFO a serem considerados, em termos de experiências que podem ser ilustrativas para o caso brasileiro, dizem respeito às estratégias de acesso aos UDI, adesão, suporte clínico e sustentabilidade do projeto. Estes fatores favorecem a proteção clínica dos usuários e o controle de diferentes infecções/doenças na região. O trabalho dos agentes é monitorado e incentivado de modo consistente. Esses aspectos dizem respeito de perto a importantes fragilidades dos programas brasileiros, abordadas a seguir. Apesar das importantes diferenças entre países, tais políticas são comparáveis em termos de lições aprendidas, que evidenciam o potencial dos procedimentos adotados.

#### **Políticas de redução de danos no Brasil: lacunas e obstáculos**

No Brasil, os usuários de drogas constituem um segmento estratégico para a contenção da epidemia de HIV, pelos riscos e danos a que estão expostos e que expõem os que com eles convivem, além das consequências negativas que podem advir do próprio consumo<sup>39</sup>.

A legislação brasileira assegura aos usuários de drogas o acesso universal aos serviços de saúde<sup>40</sup>. A assistência deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os dispositivos extra-hospitalares, como Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad) e serviços de atenção primária<sup>41</sup>.

A primeira iniciativa brasileira voltada a UDI se deu na cidade de Santos (SP), com o propósito de reduzir a disseminação do HIV. No final da década de 1980, Santos apresentava uma das taxas mais elevadas de infecção pelo HIV/AIDS em todo o Brasil, o que estimulou ações no sentido

de implantar o primeiro PTS do Brasil, em 1989<sup>42</sup>. Uma segunda iniciativa se transformou no primeiro programa brasileiro de redução de danos – PRD (incluindo atividades de prevenção e informação, além da troca de seringas), implementado em Salvador (BA), em 1995, pela Universidade Federal da Bahia<sup>43</sup>, e posteriormente em Porto Alegre<sup>44</sup>. Uma característica importante da implementação dos PRD no Brasil foi que ela se deu por meio de experiências piloto, as quais, mediante divulgação de seu caráter exitoso, originaram um processo de mimetismo político que fez com que novos casos fossem reproduzidos em outras regiões. Coerente com a ideia de que a difusão destas políticas se deu por meio da reprodução de casos exitosos, indução governamental e experimentalismo local, não se conseguiu uma implantação de caráter universal destas políticas, e sim um conjunto de programas esparsamente distribuídos pelo país, com baixa sustentabilidade.

Em 2003, mais de 150 PRD estavam em funcionamento no Brasil, todos apoiados pelo MS, que também financiava, total ou parcialmente, muitos deles. Números referentes aos programas em operação efetiva apontam para cerca de 134 PRD, distribuídos por 15 estados e concentrados nas regiões sul e sudeste do país, e executados por instituições governamentais, universidades, ONGs e secretarias de saúde<sup>42,45</sup>.

A disseminação do HIV tornou os UDI e suas práticas mais visíveis no Brasil, legitimando a demanda por estratégias de RD<sup>46</sup>. Por outro lado, a manutenção do foco na prevenção do HIV restringiu ações adicionais de RD, que poderiam subsidiar mudanças nas próprias políticas de drogas e ações adicionais (como vacinação contra a hepatite B e treinamento no manejo de *overdoses*).

Estes programas foram institucionalizados no Brasil por meio de diversas portarias do MS e, de modo geral, o conceito de RD permeia os normativos que regem as políticas relacionadas à atenção ao uso de álcool e outras drogas. As portarias, desde 2004, vêm tratando destes programas em articulação com outras atividades no âmbito das políticas de álcool e outras drogas, e apenas uma, a Portaria 1.028/2005<sup>47</sup>, regulamenta as ações de RD de maneira concreta.

A literatura especializada destaca os problemas dos PRD implementados no país. Na região metropolitana de Porto Alegre, por exemplo, algumas características são comuns a todos os programas, como: a precarização das relações de trabalho dos “redutores”, a dependência do trabalho voluntário e o impacto negativo da des-

continuidade política dos governos municipal e estadual sobre o financiamento e o estabelecimento de parcerias dos programas<sup>44</sup>.

A abordagem aos UDI usualmente acontece através de agentes de saúde denominados redutores de danos. Frequentemente são eles usuários ou ex-usuários de drogas, o que favorece a aceitação do trabalho por parte dos UDI<sup>48</sup>. Os redutores atuam como educadores em saúde e na prevenção às DST, ao HIV, hepatites virais e outras doenças transmissíveis<sup>46</sup>.

Um estudo que avaliou a vinculação de estratégias de RD aos CAPSad, no município de São Paulo, destacou problemas quanto à relação dos redutores com os programas. Estes são, em geral, provenientes das comunidades onde atuam e não contam com formação especializada<sup>49</sup>. A precarização dos vínculos de trabalho, a repressão policial, conflitos locais e a aceitação da própria comunidade também foram aspectos destacados<sup>46</sup>.

Alguns autores destacam fragilidades tais como o foco na distribuição dos insumos, em detrimento das práticas de educação em saúde e da aproximação desses usuários dos serviços de saúde. Apesar da ampliação de escopo preconizada, muitos programas ainda restringem seu foco ao trabalho de abordagem no *campo* (áreas cobertas pelos redutores)<sup>46,49</sup>.

Um único estudo avaliou a adesão dos usuários em programas brasileiros e mostrou que, dentre os 45 programas avaliados, 64% de seus dirigentes relataram monitorar a adesão dos participantes. No entanto, nenhum dos programas fez uso sistemático de mensuração da adesão<sup>45</sup>. Quanto ao financiamento, foi ressaltado que o então Programa Nacional de DST/Aids representava sua principal fonte de recurso, tanto financeiro quanto técnico. As análises mostraram que os programas com maior diversificação de recursos financeiros contavam com estrutura organizacional e administrativa mais elaborada, sendo menos vulneráveis. A descontinuidade desses financiamentos também vem sendo observada, o que é corroborado por outro estudo, que comparou programas em sete países, sendo que o programa de Salvador, Bahia, foi o caso brasileiro sob análise<sup>50</sup>. Um estudo posterior<sup>51</sup> destaca que os PRD, a partir de 2006, se viram às voltas com mudanças quanto aos mecanismos de financiamento. Esses recursos deixaram de ser transferidos diretamente pelo Programa Nacional de DST/Aids e passaram para a esfera dos governos estaduais e municipais. Embora tais mudanças sejam coerentes com as diretrizes do

SUS, o resultado final foi uma redução global do financiamento das ações. No caso dos PRD, a dependência de governos locais pode tê-las enfraquecido ou gerado padrões heterogêneos entre as regiões e localidades<sup>51</sup>.

Novos arranjos institucionais vêm sendo desenvolvidos envolvendo ações em RD, na tentativa de garantir sua sustentabilidade. Alguns exemplos podem ser destacados como a inserção de tais práticas nos CAPSad ou serviços de atenção primária<sup>46,52</sup>.

A operação dos programas são, em geral, afetados pela quantidade de insumos (como seringas) distribuídos. Entretanto, estas medições não são, muitas vezes, validadas quanto aos fins propostos, já que os redutores atuam como intermediários dos UDI no recebimento dos insumos. Os programas brasileiros para os quais se dispõem de relatórios com quantitativos referentes à distribuição de seringas e outros equipamentos de injeção estiveram sempre aquém do minimamente desejável pela experiência internacional<sup>53</sup>. Obviamente, tais parâmetros devem ser revisados e atualizados em função das mudanças nos padrões de consumo de cocaína (e crack) no Brasil, no sentido de uso não injetável, verificadas desde o final da década de 1990<sup>54</sup>.

Tais dificuldades comprometem um dos objetivos fundamentais dos programas, o controle epidemiológico das doenças infecciosas, por meio da retirada de seringas contaminadas de circulação<sup>45,55</sup>. Além disso, os PRD não têm sido avaliados e monitorados pelo governo enquanto ação regular de saúde.

Assim, concluímos que as principais fragilidades destes programas no país estão presentes em itens característicos das políticas públicas em geral. Neste caso, apontamos problemas em termos de normatividade, financiamento, sustentabilidade das ações, proteção clínica, controle epidemiológico e avaliação das práticas desenvolvidas pelos agentes redutores. Algumas destas fragilidades podem e devem ser enfrentadas por meio de experiências concretas que identificamos no programa UFO.

## Considerações finais

As políticas de RD têm sido redefinidas pelas evidências científicas no Brasil e em diversos países desenvolvidos, bem como pela reemergência da agenda das drogas, com destaque para os problemas associados ao uso de crack. Neste contexto, se inserem estratégias inovadoras de su-

porte aos indivíduos, vigilância e controle epidemiológico e descriminalização do uso de drogas. Estas políticas são complementares a outras ações de saúde pública, como informação em saúde e atenção clínica individual. O acesso a serviços para manejo e tratamento das hepatites virais continua sendo um desafio central no Brasil, questão esta em que programas como o UFO têm um papel central a desempenhar<sup>56</sup>.

A iniciativa UFO traz informações e experiências importantes decorrentes de ações relacionadas à atenção aos UDI, de forma a minorar riscos e consequências adversas do uso de drogas. Ainda que seu foco esteja na pesquisa, a contrapartida apresentada aos participantes se mostra bastante efetiva e consistente.

O UFO não se preocupa, centralmente, com a distribuição de seringas, mas sustenta que este é um material que deve estar amplamente disponível, de modo a garantir que não venham a ser reutilizadas. No entanto, mantém seu foco em práticas voltadas para a proteção clínica, como o atendimento médico para casos agudos, a vacinação, a distribuição de medicamentos básicos e vitaminas, além do monitoramento de infecções transmissíveis (especialmente as hepatites e o HIV).

Em estudo anteriormente citado<sup>50</sup>, apesar das limitações que envolvem estudos comparativos internacionais, chamam a atenção os resultados apresentados pelo PRD de Salvador. Entre programas desenvolvidos em outros países, como Rússia, China e Bangladesh, o caso brasileiro é o único que não disponibiliza informações sobre prevalência da infecção pelo HIV entre a população coberta. Além disso, apresenta as taxas mais baixas de UDI acessados e de regularidade de acesso dos participantes. Esse mesmo estudo identificou períodos de descontinuidade e declínio em seu financiamento, o que pode estar associado a problemas na cobertura e sustentabilidade.

Mais recentemente, no Brasil, o trabalho de RD tem sido ampliado para além da prevenção de HIV e de hepatites virais entre UDI. Houve um deslocamento das políticas de RD da prevenção de DST/Aids, para a saúde mental. Mas, a despeito dessa ampliação, as barreiras ainda existem e são muitas as dificuldades que os programas encontram para superar seu caráter residual e expe-

rimental, e se integrarem ao sistema de saúde<sup>46</sup>. O mais completo e abrangente estudo já desenvolvido no Brasil sobre prevenção e atenção às IST/AIDS em saúde mental apontou para importantes lacunas e deficiências, em praticamente todas as unidades de saúde mental avaliadas<sup>57</sup>.

Apesar da constatação do uso de drogas como um importante problema de saúde pública, as políticas de atenção ao usuário têm-se mostrado pouco integradas e com baixa cobertura. As principais fragilidades das políticas de redução de danos no Brasil se referem à precarização do trabalho dos agentes redutores, monitoramento deficiente de suas práticas e da capacidade de vincularem os usuários aos serviços de saúde, baixa adesão dos participantes acessados aos programas, financiamento fragmentado e precária sustentabilidade. Nem todas essas fragilidades podem ser atacadas em consonância com a experiência do UFO, especialmente aquelas relacionadas ao financiamento e aspectos peculiares ao Brasil e sua relação com o sistema público de saúde. Além disso, o padrão institucional dos dois países difere quanto aos aspectos federativos. Porém, alguns itens bastante relevantes podem ser enfrentados a partir de soluções postas em prática pelo UFO.

A proteção clínica dos usuários é assegurada pelo trabalho dos agentes no estabelecimento de laços de confiança com os usuários, pelo vínculo estabelecido na situação de pesquisa, pelos exames e consultas rotineiros. O trabalho dos agentes redutores é profissionalizado. A relação de trabalho é contratual, os profissionais contam com treinamento específico e supervisão contínua do trabalho de campo, além de monitoramento dos resultados. O controle epidemiológico de diferentes infecções/doenças na região é assegurado pelo monitoramento que os especialistas fazem a partir dos resultados laboratoriais obtidos, o que é reforçado pela durabilidade do programa.

Desta forma, consideramos que as experiências concretas aprendidas do caso UFO devem ser tomadas seriamente em consideração na elaboração e detalhamento das portarias governamentais sobre tais políticas, especialmente, no momento em que a agenda de álcool, drogas e o crack passaram a ocupar posição central na política de saúde no Brasil.



## Colaboradores

A Inglez-Dias, JM Ribeiro, FI Bastos e K Page participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

1. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD; 2009.
2. Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):761-770.
3. Inglez-Dias A, Hahn JA, Lum PJ, Evans J, Davidson P, Page-Shafer K. Trends in methamphetamine use in young injection drug users in San Francisco from 1998 to 2004: the UFO Study. *Drug Alcohol Rev* 2008; 27(3):286-291.
4. Lum PJ, Ochoa KC, Page-Shafer K, Evans JL, Moss AR. Hepatitis B virus immunization among young injection drug users in San Francisco, Calif: the UFO Study. *Am J Public Health* 2003; 93(6):919-923.
5. Wodak A, McLeod L. The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users. *AIDS* 2008; 22(Supl. 2):S81-S92.
6. Sacks-Davis R, Horyniak D, Grebely J, Hellard M. Behavioral interventions for preventing hepatitis C infection in people who inject drugs: a global systematic review. *Int J Drug Policy* 2012; 23(3):176-184.
7. Buchanan D, Shaw S, Ford A, Singer M. Empirical science meets moral panic: an analysis of the politics of needle exchange. *J Public Health Policy* 2003; 24(3-4):427-444.
8. Harm Reduction Coalition. *Guide to Developing and Managing Syringe Access Programs*. Londres: HRC; 2010.
9. Schwartzapfel B. Swapping Politics for Science on Drug Policy. *The Nation*. [artigo na Internet] 2009 Dec 21. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.thenation.com/article/swapping-politics-science-drug-policy>
10. Vlahov D, Des Jarlais D, Goosby E, Hollinger PC, Lurie PG, Shriver MD, Strathdee SA. Needle Exchange Programs for the Preventions of Human Immunodeficiency Virus Infection: Epidemiology and Policy. *Am J Epidemiol* 2001; 154(12):70-77.
11. Des Jarlais D, McKnight C, Milliken J. Public Funding of Syringe Exchange Programs. *J Urban Health* 2004; 81(1):118-121.
12. O'Connell TJ, Bou-Matar CB. Long term marijuana users seeking medical cannabis in California (2001-2007): demographics, social characteristics, patterns of cannabis and other drug use of 4117 applicants. *Harm Reduct J* 2007; 4:16.
13. Tempalski B, Friedman R, Keem M, Cooper H, Friedman SR. NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States. *Geoforum* 2007; 38(6):1250-1263.
14. Evans E, Li L, Hser YI. Treatment entry barriers among California's Proposition 36 for drug offenders. *J Subst Abuse Treat* 2008; 35(4):410-418.
15. Drug Policy Alliance. Reform in California. [página na Internet] 2007. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.drugpolicy.org>
16. Gent C. Needle exchange policy adoption in American cities: Why not? *Policy Sci* 2000; 33:125-153.

17. San Francisco Department of Public Health. Federal and State Legislative Report - 2005. [página na Internet] Jan 2006. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.sfdph.org>
18. San Francisco Department of Public Health. HIV/AIDS Epidemiology Annual Report 2009. HIV Epidemiology Section, July 2010. [página na Internet]. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.sfdph.org>
19. Kral AH, Lorvick J, Ciccarone D, Wenger L, Gee L, Martinez A, Edlin BR. HIV prevalence and risk behaviors among men who have sex with men and inject drugs in San Francisco. *J Urban Health* 2005; 82(Supl. 1):i43-i50.
20. City and County of San Francisco. *San Francisco Municipal Health Code*. [página na Internet] 2005. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.sfdph.org>
21. Shafer KP, Hahn JA, Lum PJ, Ochoa K, Graves A, Moss A. Prevalence and correlates of HIV infection among young injection drug users in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 31(4):422-431.
22. Hanh JA, Page-Shafer K, Ford J, Paciorek A, Lum PJ. Traveling young injection drug users at high risk for acquisition and transmission of viral infections *Drug Alcohol Depend* 2008; 93(1-2):43-50.
23. Black DA. "Why Do Gay Men Live in San Francisco?" Working paper, Heinz School of Public Policy and Management, Carnegie Mellon University. [artigo na Internet] 1998. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: [http://sfpl.info/pdf/main/glc/glbtsf\\_demographics.pdf](http://sfpl.info/pdf/main/glc/glbtsf_demographics.pdf) (acesso 03/2013)
24. Bacon O, Lum P, Hahn J, Evans J, Davidson P, Moss A, Page-Shafer K. Commercial sex work and risk of HIV infection among young drug-injecting men who have sex with men in San Francisco. *Sex Transm Dis* 2006; 33(4):228-234.
25. Levy V, Evans J, Stein E, Davidson PJ, Lum PJ, Hanh JA, Page K. Are young injection drug users ready and willing to participate in preventive HCV vaccine trials? *Vaccine* 2010; 28(37):5947-5951.
26. Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Ochoa K, Moss AR. Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco. *Hepatology* 2001; 34(1):180-187.
27. Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Bourgeois P, Stein E, Evans JL, Busch MP, Tobler LH, Phelps B, Moss AR. Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: relationships and risks. *J Infect Dis* 2002; 186(11):1558-1564.
28. Evans J, Tsui JI, Hahn JA, Davidson PJ, Lum PJ, Page K. Mortality Among Young Injection Drug Users in San Francisco: A 10-Year Follow-up of the UFO Study. *Am J Epidemiol* 2012; 175(4):302-308
29. Center for AIDS Prevention Studies (CAPS). *UFO Presents!* [página na Internet] 2011. [acessado 2013 out 15]. Disponível em: <http://www.caps.ucsf.edu/projects/UFO/>
30. Centers for disease control and prevention (CDC). CDC Partners. [página na Internet]. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.cdc.gov>
31. Ochoa K, McLean R, Edney-Meschery H, Brimer D, Moss A. The challenges and rewards of collaborative research: the UFO study. In: Bowser BP, Mishra SI, Reback J, Lemp GF, editors. *Preventing AIDS: Community-science collaborations*. New York: The Haworth Press; 2004. p.163-192.
32. Crofts N, Aitken CK, Kaldor JM. The force of numbers: why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not. *Med J Aust* 1999; 170(5):220-221.
33. Davidson PJ, Ochoa KC, Hahn JA, Evans JL, Moss AR. Witnessing heroin-related overdoses: the experiences of young injectors in San Francisco. *Addiction* 2002; 97(12):1511-1566.
34. San Francisco Needle Exchange (SFNE). [página na Internet] 2012. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.sfaf.org>
35. Homeless Youth Alliance (HYA). [página na Internet]. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.homelessyouthalliance.org/>
36. City and County of San Francisco. Department of Public Health. Community Health Promotion Branch. Population Health Division. *SFHIV*. [página na Internet] 2012. [acessado 2013 out 15]. Disponível em: <http://www.sfhiv.org/>
37. Center for AIDS Prevention Studies (CAPS). *UFO Resource Guide*. UCSF/CDC. [página na Internet] 2010. [acessado 2013 out 15]. Disponível em: <http://caps.ucsf.edu>
38. Gaston RL, Best D, Manning V, Day E. Can we prevent drug related deaths by training opioid users to recognise and manage overdoses? *Harm Reduct J* 2009; 6:26.
39. Caiaffa WT, Bastos FI. Redução de danos: marcos, dilemas, perspectivas, desafios. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):702-703.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. 3ª Edição. Brasília: MS; 2002.
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: MS; 2004.
42. Mesquita F, Doneda D, Gandolfi D, Nemes MI, Andrade T, Bueno R, Piconez e Trigueiros D. Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Vírus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users. *Clin Infect Dis* 2003; 37(Supl. 5):382-385
43. Andrade T, Dourado M, Farias A, Castro B. Redução de danos e a redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. *A contribuição dos Estudos Multi-cêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2001. p. 95-111. (Série Avaliação, Nº 8)
44. Nardi HC, Rigoni RQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):382-392.

45. Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):761-770.
46. Nardi HC, Rigoni, RQ. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol Estud* 2005; 10(2):273-282.
47. Brasil. Portaria nº 1.028 de 01 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da União* 2005; 1 jul.
48. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual de Redução de Danos. Brasília: MS; 2001.
49. Delbon F, Da Ros V, Ferreira EM. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(1):37-48.
50. Burrows D. Advocacy and coverage of needle exchange programs: results of a comparative study of harm reduction programs in Brazil, Bangladesh, Belarus, Ukraine, Russian Federation, and China. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):871-879.
51. Fonseca EM, Nunn A, Souza-Junior PB, Bastos FI, Ribeiro JM. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(9):2134-2144.
52. Reis R, Garcia ML. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):1965-1974.
53. Heimer R. Community coverage and HIV prevention: assessing metrics for estimating HIV incidence through syringe exchange. *Int J Drug Policy* 2008; 19(Supl. 1):S65-73.
54. Inciardi JA, Surratt HL, Pechansky F, Kessler F, von Diemen L, da Silva EM, Martin SS. Changing patterns of cocaine use and hiv risks in the south of Brazil. *J Psychoactive Drugs* 2006; 38(3):305-310.
55. Caiaffa WT, Bastos FI, Proietti FA, Reis AC, Mingoti SA, Gandolfi D, Doneda D. Practices surrounding syringe acquisition and disposal: effects of Syringe Exchange Programmes from different Brazilian regions - the AjUDE-Brasil II Project. *Int J Drug Policy* 2003; 14(5):365-371.
56. Malta M, Cavalcanti S, Gliksman L, Adlaf E, Hacker MA, Bertoni N, Massard E, Bastos FI. Behavior and major barriers faced by non-injectable drug users with HBV/HCV seeking treatment for hepatitis and drug addiction in Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4777-4786.
57. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas*. Brasília: MS; 2008.

---

Artigo apresentado em 28/09/2012

Aprovado em 17/03/2013

Versão final apresentada em 09/04/2013

