

15. Políticas de redução de danos em perspectiva

comparando as experiências americana, britânica e brasileira

Elize Massard da Fonseca
Francisco Inácio Bastos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FONSECA, EM., and BASTOS, FI. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, G. org. *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 289-310. ISBN: 978-85-7541-536-8. Available from: doi: [10.7476/9788575415368](https://doi.org/10.7476/9788575415368). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/bgqvf/epub/acselrad-9788575415368.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS EM PERSPECTIVA:

COMPARANDO AS EXPERIÊNCIAS
AMERICANA, BRITÂNICA E BRASILEIRA

15



Elize Massard da Fonseca & Francisco Inácio Bastos

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

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

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

condenáveis, mas sim sobre a avaliação do quanto tais hábitos são mais ou menos seguros, mais ou menos associados a diferentes riscos e danos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A POLÍTICA DE DROGAS NORTE-AMERICANA

A política de drogas americana tem sido, desde o início do século XX, caracterizada pela proibição da posse, uso e distribuição da maioria das substâncias psicoativas. Durante os anos 1980 as tentativas de repressão intensificaram-se substancialmente. A Lei Federal Antidrogas, de 1988, apontou como meta a “criação de uma América livre de drogas” e fez uma declaração formal de “Guerra às Drogas”. Essa lei criou o Office of National Drug Control Policy (Divisão de Política de Controle de Drogas – ONDCP), com a função de estabelecer prioridades e objetivos para o controle de drogas no país, formular anualmente e implementar a estratégia nacional de controle de drogas (Weingardt & Marlatt, 1999).

Análises publicadas na década de 80 evidenciaram os efeitos contraprodutivos dessas intervenções repressivas. Apesar disso, a elite políti-

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

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

'ESTRANHOS EM UMA TERRA ESTRANHA': REDUÇÃO DE DANOS X 'GUERRA ÀS DROGAS'

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

Após dez anos de implantação dos Programas de Troca de Seringas nos EUA, o número desses programas chegou a 135. Houve um aumento considerável do número desses programas: de seis programas, em 1990, para 77 em 1995. Em 1997, um *survey* com dados de 100 PTS norte-americanos apontou para um quantitativo de 17,5 milhões de seringas trocadas, o que representa um aumento de 3,5 milhões seringas trocadas em relação ao ano anterior (Paone et al., 1995). A resistência da sociedade norte-americana aos programas que propõem uma abordagem mais abrangente do uso de drogas – o fator *not-in-my-backyard* (não-no-meu-quintal) – representa uma importante limitação das oportunidades de implementar ações desta natureza.

O argumento utilizado é de que esses programas contribuiriam para o aumento do crime, atraindo grupos de pessoas indesejáveis e fomentando uma verdadeira 'cultura do crime'. Como resultado, esses programas geral-

mente ficam alocados em áreas industriais ou partes desvalorizadas da cidade, portanto, de difícil acesso, com o objetivo de diminuir a resistência das comunidades à implementação dos programas. Os conselheiros desses programas geralmente monitoram a vizinhança para evitar que os usuários de drogas venham a causar problemas para os vizinhos e contribuam, involuntariamente, para o fechamento dos programas.

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

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

UMA GUERRA CARA...

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

passo que os custos anuais de manutenção de um preso giram em torno de 18.400 dólares por pessoa (CDC, 2000).

RESULTADOS ADVERSOS DAS POLÍTICAS DE DROGAS NORTE-AMERICANAS

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

- Ênfase nas penalidades criminais, ao invés de no tratamento

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

- Prioridades no âmbito do financiamento

O governo americano gasta muito mais em programas para limitar a entrada de drogas nos EUA do que em programas de prevenção. Esse gasto pouco equilibrado se soma aos efeitos adversos da restrita política de bem-estar social (*welfare*) norte-americana. Os cortes realizados nos programas sociais no início da década de 1980 contribuíram para o aumento considerável da intensidade e prevalência de situações de pobreza, gerando um círculo vicioso de desigualdades no âmbito da distribuição de renda e do acesso a bens públicos. A ideologia norte-americana é tradicionalmente a favor do individualismo econômico e contrária à elevação dos tributos e à ajuda pública aos necessitados e à população economicamente inativa.

- Limitação dos serviços de tratamento

Dos 600.000 dependentes de opiáceos nos EUA, apenas 115.000 (19,2%) estão engajados em programas de manutenção por metadona (CDC, 2000). Em parte, esse problema se deve à falta de financiamento e a regras demasiado restritivas de entrada nesses programas. O governo vem limitando o financiamento público a esses programas e, em diversos casos, sancionou regulamentos que fazem com que sejam fornecidas apenas pequenas quantidades (muitas vezes insatisfatórias) de metadona para os dependentes

de opiáceos. O fornecimento está geralmente limitado a seis meses, período insuficiente, o mais das vezes, sem acompanhamento médico, psicológico ou suporte social. Além disso, os locais de tratamento para usuários de drogas de um modo geral e, especificamente, os programas de manutenção por metadona são vistos com reserva, o que compromete sua operação. Com isso, a qualidade do tratamento fica prejudicada. Aliado às dosagens insuficientes de metadona, houve aumento no controle sobre esses programas (Drucker & Clear, 1998).

- Regulamentações e legislações que restringem a prescrição de seringas e equipamentos de injeção

Com a intenção de limitar o uso de drogas, foi aprovada, nos EUA, uma série de leis restringindo a compra e posse de equipamentos usados para preparar e administrar a injeção de drogas. Essas leis abrangem diversas instâncias: leis estaduais proíbem a distribuição e posse de equipamentos que possam ser usados para injeção de drogas (44 estados possuem essas leis); outras leis condicionam a compra de seringas à apresentação de prescrição médica. Além disso, as farmácias possuem regulamentações e protocolos, vigentes em 23 jurisdições, que restringem a venda de seringas estéreis.

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

POLÍTICAS DE DROGAS DO REINO UNIDO

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

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

Em 1998, o governo elaborou uma 'estratégia de 10 anos' para combater o abuso de drogas no Reino Unido, publicada sob a designação de Tackling Drugs to Build a Better Britain. Foi então adotada pela primeira vez uma estratégia para lidar com a questão das drogas de forma integrada. Essa abordagem buscou combinar, de forma mais equilibrada, a coerção e a prevenção. O controle das drogas ilegais continuou sendo uma meta, embora o foco tenha sido direcionado para as drogas mais prejudiciais à saúde dos seus consumidores, como a heroína e a cocaína. Devido à complexidade do problema das drogas, a abordagem está embasada em uma cooperação entre agências, grupos e governo, de modo a formular e implementar atividades coordenadas em um nível local, e contempla quatro objetivos: políticas direcionadas aos jovens, às comunidades, ao tratamento (incluindo as ações de redução de danos) e à repressão (Lafrenière, 2001).

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

MODELO BRITÂNICO: A EXPERIÊNCIA DE MERSEYSIDE

As ações de redução de danos no país buscaram e buscam estimular e apoiar mudanças no comportamento dos usuários de drogas, voltadas para a adoção de comportamentos mais seguros e menos danosos. Diferentes objetivos, de natureza independente (não necessariamente hierarquizados do ponto de vista da relevância, mas estabelecendo uma seqüência lógica) foram propostos

pelos formuladores de políticas públicas do Reino Unido para todos os serviços de assistência à saúde dos usuários de drogas (Seymour & Eaton, 1997):

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

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

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

A manutenção por metadona constitui um tratamento alternativo, prescrito para mais de 98% dos usuários britânicos de heroína que estão em tratamento 'não-abstinente'. Em 1996, o Departamento de Saúde do Reino Unido reconheceu que uma parcela substancial dos usuários de heroína necessitava receber medicações de substituição, como a metadona, encorajando sempre, porém, que os médicos considerassem outras opções. São recomen-

dadas doses de manutenção em torno de 60-120mg/dia, supervisionadas por um especialista (Ogborne, Carver & Wiebe, 2001).

Um dos fatores que favoreceram e favorecem a plena implementação dessas políticas no país é o fato de que questões políticas sobre drogas no Reino Unido estão geralmente embasadas em estudos e pesquisas sobre o tema. Além disso, o Sistema Nacional de Saúde Britânico e os serviços sociais britânicos, incluindo as políticas públicas de bem-estar, funcionam adequadamente e têm boa cobertura.

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

CUSTO E FINANCIAMENTO

O Reino Unido gasta aproximadamente US\$ 2,3 bilhões por ano em controle de drogas. Alguns recursos têm sido investidos em novas estratégias, como o programa nacional de vacinação de hepatite B para usuários de drogas injetáveis. Em âmbito local, os fundos para a redução de danos são 'rubricados' (por exemplo, para iniciativas para a prevenção do HIV, incluindo troca de seringas) ou negociados no conjunto de recursos transferidos do Department of Health para as autoridades locais de saúde. Esse processo envolve um conjunto de Drug Action Teams (DATs),¹ distribuídos em nove equipes regionais. Aproximadamente 50% das agências de tratamento são não-governamentais. Já os hospitais e outros serviços essenciais de saúde são custeados pelo Serviço Nacional de Saúde (Ogborne, Carver & Wiebe, 2001).

¹ Drug Action Teams (DATs) são membros da sociedade (com representantes das autoridades locais de saúde, do serviço penitenciário e voluntários) responsáveis pela Estratégia Nacional de Drogas em âmbito local.

POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL

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

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

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

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

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

Em suma, a epidemia de Aids entre UDI no Brasil tem lugar em um cenário complexo e em constante transformação, em relação tanto ao tráfico e consumo de drogas como à disseminação do HIV em populações e localidades específicas. Esse cenário repercute na dinâmica global da epidemia do HIV/Aids no país, exigindo alternativas preventivas que sejam flexíveis e

possam ser desenvolvidas em contextos que variam de regiões com um uso incipiente de drogas injetáveis (como a imensa maioria das cidades nordestinas), ainda que com um consumo intenso de drogas ilícitas pelas demais vias, até regiões onde existam epidemias maduras de HIV/Aids na população local de UDI (com taxas de infecção pelo HIV por vezes superiores a 50%, como Itajaí e Camboriú, em Santa Catarina) (CN-DST/Aids, 2004).

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

REDUÇÃO DE DANOS: POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

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

O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação de Saúde Mental (hoje, com estrutura reformulada), vem elaborando diretrizes políticas de tratamento e prevenção do uso indevido de drogas, em consonância com a Diretoria de Prevenção e Tratamento da Senad. O MS adota uma abordagem acolhedora e pedagógica, e não apenas repressiva quanto ao uso de drogas; desenvolve campanhas e provê material educativo em apoio à iniciativa de várias organizações que tratam desse assunto no país. A Coordenação (hoje Programa) Nacional de DST/Aids é responsável pela interface Aids-Drogas,

tendo adotado respostas pragmáticas e estruturado ações com o objetivo de minimizar a disseminação do HIV na população geral, e, mais diretamente, entre os UDI e seus parceiros sexuais (Marques & Doneda, 1998).

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

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

Estabelecer estratégias de Saúde Pública voltadas para minimizar as adversas conseqüências do uso indevido de drogas, visando reduzir as situações de risco mais constantes desse uso, que representam potencial prejuízo para o indivíduo, para determinado grupo social ou para a comunidade. (Senad, 2003:20)

Alguns estados brasileiros aprovaram leis que regulamentam as ações de redução de danos. Nos estados de São Paulo (Lei Estadual n. 9.758/97), Santa Catarina (Lei Estadual n. 11.063/98), Rio Grande do Sul (Lei Estadual n. 11.562/00) e Mato Grosso do Sul (Lei Estadual n. 2.404/01), a RD integra as políticas públicas de proteção e defesa da saúde. Essas leis estaduais são bastante relevantes, pois afastam essas ações do “âmbito de proibição das normas criminalizadoras de comportamentos relacionados às drogas ilícitas e enfatizam a necessidade de uma abordagem de saúde pública” (Karam, 2003:84). O Projeto de Lei Federal para a Redução de Danos está tramitando na Câmara Federal desde maio de 2000 (CN-DST/Aids, 2004).

Os principais desafios enfrentados pela política de RD brasileira incluem:

- Resistências políticas à implantação de políticas de RD.
- Segmentos da sociedade civil que atuam no tratamento da dependência ‘química’ contrários à RD, ainda que esse diálogo tenha melhorado nos últimos anos.
- Necessidade de intensificar as discussões com instâncias/instituições que trabalham com o uso de drogas e educação.

- Interface com outras populações (presidiários, profissionais do sexo, garimpeiros).
- Baixa cobertura das ações. Por exemplo, apenas 20 dos 62 municípios com maior número de casos de Aids pertencentes à categoria de exposição 'UDI' contam com projetos de RD (CN-DST/Aids, 2004).

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

CUSTOS

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

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

As ações de redução de danos contribuem para a inclusão dos usuários de drogas em um sistema que almeja a equidade, por meio da disponibilização não

apenas dos equipamentos necessários à prática de sexo e ao uso de drogas mais seguros, mas da ampliação do acesso a bens e serviços (CN-DST/Aids, 2004).

A IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS BRASILEIRAS EM REDUÇÃO DE DANOS

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

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

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

Um estudo que teve como objetivo descrever as práticas relacionadas à aquisição e ao descarte de seringas/agulhas usadas por parte dos participantes dos PRD foi realizado entre 2000 e 2001, tendo recrutado 857 UDI de seis PRD, de diferentes regiões no Brasil (Caiaffa et al., 2003). A maioria dos participantes (74,8%) mencionou a cocaína como sua droga de escolha. Foi observado que, na primeira experiência de uso injetável, as seringas foram adquiridas principalmente nas farmácias (52,6%), representando os PRD menos de 1% do total de seringas estéreis obtidos nesse momento. Com relação à aquisição de seringas nos últimos seis meses, 54-86% dos entrevistados (dependendo do local) relataram que estas foram fornecidas por redutores de danos, seguidos, em ordem de relevância, pelas farmácias (40-69%). Esses dados demonstram que as farmácias representam uma importante fonte para a aquisição de seringas e agulhas estéreis, mesmo em locais com fácil acesso aos PRD, e desempenham um papel relevante na prevenção da disseminação do HIV na população de UDI e seus parceiros sexuais.

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

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

OUTRAS INICIATIVAS

Um desafio às estratégias de RD no país tem sido a redução dos danos causados pelo consumo de *crack*.² Uma das questões centrais está no fato de essa substância produzir efeitos estimulantes e desinibidores, o que pode resultar em um uso inconsistente de preservativos (pela turvação da consciência e excitação sexual). O consumo de *crack* está estreitamente relacionado à disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e ao comércio sexual, este último adotado como forma de financiar o consumo (Bastos, 2003). A tosse contínua dos usuários pesados de *crack* facilita a disseminação da tuberculose entre usuários, freqüentemente congregados em locais fechados e mal ventilados para fumar (Siqueira, Bastos & Campos, 2001).

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

Recentemente, os usuários de anabolizantes e os travestis têm sido incluídos nas ações de RD. Os primeiros, devido ao compartilhamento de seringas utilizadas na auto-administração dos anabolizantes e à natureza dos

² O *crack* é um sal de cocaína associado a outras substâncias, de modo a tornar sua evaporação mais fácil. Esses vapores são fumados (Siqueira, Bastos & Campos, 2001). Devido à grande extensão da árvore brônquica, a absorção da fumaça, além de extremamente rápida, é também massiva (Bastos, 2003).

produtos utilizados para o aumento de massa corporal (alguns de origem veterinária), e os travestis, devido tanto ao compartilhamento de seringas utilizadas para injetar silicone quanto ao risco de infecção por contaminantes presentes no próprio silicone (algumas vezes de procedência não confiável) (Mello & Andrade, 2001).

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

COMPARANDO EXPERIÊNCIAS

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

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

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

Considerando todos os aspectos aqui mencionados, não foi por acaso que a epidemia de HIV/Aids se consolidou como a maior pandemia de todos os tempos. Via de regra, a difusão da epidemia seguiu a lógica da globalização. A abertura das fronteiras nacionais aumentou rapidamente os movimentos de mercadorias e trabalhadores entre os países. As transições e deslocamentos característicos de nossa era, pós-Guerra Fria, têm sido acompanhadas por um aumento progressivo do acesso às drogas e de seu consumo, assim como do sexo comercial (trocado por dinheiro, drogas e outros bens e favores), fatores estreitamente relacionados à disseminação do HIV.

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

Dada a magnitude e complexidade da questão, faz-se necessário formular, implementar e avaliar políticas inovadoras de saúde pública para se lidar com a questão do uso indevido de drogas e os riscos a eles associados, de infecção pelo HIV e outras infecções de transmissão parenteral e sexual. É

fundamental que a questão do uso de drogas saia da esfera jurídico-moral e passe a ser encarada, antes de tudo, como uma questão de saúde pública. Embora as políticas de drogas de diversos países estejam passando por profundas transformações, o aparato jurídico-policial propriamente dito não foi reformulado de forma relevante na imensa maioria das sociedades.

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

Os protocolos conhecidos como as Convenções de Drogas da ONU – a Convenção Única de Narcóticos, de 1961, a Convenção de Drogas Psicotrópicas, de 1971, e a Convenção Contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 – guiam, e amarram, a política de drogas mundial, e, em boa medida, as políticas nacionais referentes às drogas ilícitas. Essas convenções se revestem de grande força e autoridade, uma vez que foram ratificadas por 179 nações. As duas primeiras convenções precedem a emergência da epidemia de Aids, tendo sido a terceira aprovada antes que se consolidasse o conhecimento de que o uso de drogas injetáveis poderia representar um importante problema na dinâmica global da epidemia de Aids (Wolfe & Malinowska-Sempruch, 2004).

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

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

O Congresso norte-americano continua a proibir financiamento federal para programas de troca de seringas, a despeito do fato de as comissões de especialistas em saúde pública recomendarem fortemente a sua implementação.

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, F. I. Redução de danos e saúde coletiva. In: SAMPAIO, C. M. A. & CAMPOS, M. A. (Orgs.) *Drogas, Dignidade & Inclusão Social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.
- BASTOS, F. I. & STRATHDEE, S. A. Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Social Science Medicine*, 51(12):1.771-1.182, 2000.
- BASTOS, F. I. et al. Cities responding to HIV-1 epidemics among injecting drug users. In: STIMSON, G., DES JARLAIS, D. C. & BALL, A. (Eds.) *Drug Injecting and HIV Infection: global dimensions and local responses*. Londres: UCL Press, 1998.
- BASTOS, F. I. et al. Double infection with HIV and malaria among Brazilian IDUs: a new challenge? *Addiction*, 94(8):1.165-1.174, 1999.
- CAIAFFA, W. T. et al. Practices surrounding syringe acquisition and disposal: effects of Syringe Exchange Programmes from different Brazilian regions – the AJUDE-Brasil II Project. *International Journal of Drug Policy*, 14:365-371, 2003.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL - CDC. Preventing blood-borne infections among injection drug users: a comprehensive approach, 2000. www.cdc.gov
- COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS (CN-DST/AIDS). Usuários de drogas (de um modo geral) e usuários de drogas injetáveis. www.Aids.gov.br, 22/2/2004.
- DES JARLAIS, D. C. et al. HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. *American Journal of Public Health*, 90(3):352-359, 2000.
- DRUCKER, E. & CLEAR, A. Harm reduction in the home of the war on drugs: methadone and needle exchange in the USA, 1998. www.drugtext.org, 20/6/2004.
- HOME AFFAIRS COMMITTEE. *The Government's Drug Policy: is it working?* United Kindon: Third Report Home Affairs Committee, 2002.
- KARAM, M. L. Redução de danos, ética e lei. In: SAMPAIO, C. M. A. & CAMPOS, M. A. (Orgs.) *Drogas, Dignidade & Inclusão Social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.
- LAFRENIÈRE, G. *National Drug Policy: United Kingdom*. Canada: Library of Parliament, 2001.
- MARQUES, F. & DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. & MARQUES, L. F. *Troca de Seringas: drogas e Aids – ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- MELLO, A. & ANDRADE, T. Redução de danos: princípios e práticas. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, C. & GUERRA, E. (Orgs.) *Drogas e Aids: prevenção e tratamento*. Belo Horizonte: Fhemig/Centro Mineiro de Toxicomania, 2001.

- MESQUITA, F. et al. Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisas e redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE / COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. *Manual de Redução de Danos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- OGBORNE, A., CARVER, V. & WIEBE, J. Harm Reduction and Injection Drug Use: an international comparative study of contextual factors influencing the development and implementation of relevant policies and programs, 2001. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatitis_c/pdf/harm_reduction_e/index.html, 21/01/2004.
- PAONE, D. et al. Sex, drugs and syringe exchange in New York City: women's experience. *Journal of the American Medical Women's Association*, 50:109-113, 1995.
- RILEY, D. The harm reduction model: pragmatic approaches to drug use from the area between intolerance and neglect, 1994. <http://www.ccsa.ca/>, 21/1/2004.
- SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD). Política Nacional Antidrogas, 2003. www.senad.gov.br, 22/2/2004.
- SEGRE, S. *Controlling Illegal drugs: a comparative study*. New York: Aldine de Gruyter, 2003.
- SEYMOUR, H. & EATON, G. The Liverpool Model: a population based approach to harm reduction, 1997. <http://www.drugtext.org>, 25/1/2004.
- SIQUEIRA D., BASTOS, F. I. & CAMPOS M. Drogas e redução de danos: abordagens para pessoas vivendo com HIV e Aids. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, C. & GUERRA, E. *Drogas e Aids: prevenção e tratamento*. Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomanias, 2001. p.71-104.
- STIMSON, G. A Aids e o uso de drogas injetáveis no Reino Unido, 1987-1993: as políticas públicas e a prevenção da epidemia. Trad. F. I. Bastos. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. & MARQUES, L. F. *Troca de Seringas: drogas e Aids – ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.
- STIMSON, G. Harm reduction in action: putting theory into practice. *International Journal of Drug Policy*, 9:401-409, 1998b.
- VERNICK, J.; BURRIS, S & STRATHDEE, S. Public opinion about syringe exchange programmes in the USA: an analysis of national surveys. *International Journal of Drug Policy*, 14:431-435, 2003.
- WEINGARDT, K. & MARLATT, G. Redução de danos e políticas públicas. Trad. D. Bueno. In: MARLATT, G. A. *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- WOLFE, D. & MALINOWSKA-SEMPRUCH, K. *Illicit Drug Policies and Global HIV Epidemic: effects of UN and national government approaches*. New York: International Harm Reduction Development, 2004.

Formato: 16 x 23 cm

Tipologias: American Garamond BT

Litograph Light

Kaufmann BT

Papel: Pólen Bold 70 g/m² (miolo)

Cartão Supremo 250 g/m² (capa)

Fotolitos: Laser vegetal (miolo)

Engenho e Arte Editoração Gráfica Ltda. (capa)

Impressão e acabamento: Armazém das Letras Gráfica e Editora Ltda.

Rio de Janeiro, julho de 2005

Não encontrando nossos títulos em livrarias, contactar a Editora Fiocruz:

Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

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

e-mail: editora@fiocruz.br