

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Resposta Brasileira à Epidemia de HIV/AIDS entre  
usuários de drogas injetáveis, 1995-2007: marcos, avanços e desafios”***

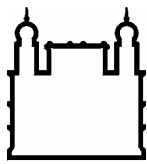
*por*

***Elize Massard da Fonseca***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na  
área de Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos  
Segundo orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro*

*Rio de Janeiro, agosto de 2008.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Resposta Brasileira à Epidemia de HIV/AIDS entre  
usuários de drogas injetáveis, 1995-2007: marcos, avanços e desafios”***

*por*

***Elize Massard da Fonseca***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Waleska Teixeira Caiaffa

Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeni Vaitsman

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos – Orientador principal

*Tese defendida e aprovada em 11 de agosto de 2008.*

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

F676r Fonseca, Elize Massard da  
Resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS entre usuários  
de drogas injetáveis, 1995-2007: marcos, avanços e desafios. /  
Elize Massard da Fonseca. Rio de Janeiro : s.n., 2008.  
139 p. tab., graf., mapas

Orientador: Bastos, Francisco Inácio  
Ribeiro, José Mendes

Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca.

1. Políticas Públicas. 2. Síndrome de Imunodeficiência  
Adquirida-prevenção & controle. 3. Abuso de Substâncias por  
Via Intravenosa. 4. Política de Saúde. I. Título.

*A meus pais, Marília e Aivaldo  
"Todo amor que houver nessa vida"*

*My desire for knowledge is intermittent; but my desire to bathe  
my head in atmospheres unknown to my feet is perennial and constant.*  
Thoreau, 1862

## AGRADECIMENTOS

*E aprendi que se depende sempre  
De tanta, muita, diferente gente  
Toda pessoa sempre é as marcas  
Das lições diárias de outras tantas pessoas  
(Caminhos do coração - Gonzaguinha)*

Ao meu orientador, Professor Francisco Inácio Bastos, responsável por muito mais que a orientação deste estudo. Devo a ele minha educação e excelente treinamento em pesquisa ao longo dos últimos oito anos e que hoje me permitem alçar vôos mais altos.

O Professor José Mendes Ribeiro, o qual proporcionou-me total liberdade e responsabilidade para cometer meus próprios erros e ofereceu-me o suporte necessário quando as coisas não deram certo. Um perfeito mentor.

Meu eterno agradecimento ao Professor Scott Greer, que me acolheu na *University of Michigan*. Seus ensinamentos estão presentes em grande parte nessa tese.

Agradeço aos valiosos comentários dos membros da banca de avaliação desta tese: Professora Waleska Caiaffa, Professor Marcelo Cruz, Professor Nilson Costa e Professora Jeni Vaitsman.

Minha amiga e colaboradora em pesquisa Amy Nunn por colocar ordem no caos que são meus pensamentos, pelo suporte afetivo e por sempre conseguir que eu dê o meu melhor.

À minha linda família - Mãe, Pai, Henrique e Ju – pois minha maior motivação vem do apoio de vocês.

Meus amigos, Paulo Borges Souza-Junior e Otávio Camargo, por me auxiliarem na organização e análise dos dados quantitativos dessa tese. Sem dúvida, meus melhores professores de estatística e Excel.

À minha terapeuta, Denise Pedra, que entende melhor do que ninguém minhas inquietações intelectuais e existenciais.

Agradeço a todos os meus amigos no Rio de Janeiro, em Michigan e em Edinburgh que me incentivaram em diversas etapas desse estudo.

Ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ. Meus queridos amigos, Marizete, Heglaucio, Priscila, Andréia, Giseli, Alessandra, Rui, Jurema e Renata. À nossa equipe de pesquisa super poderosa Mariana, Mônica e Neilane e aos

pesquisadores do Laboratório de Informação em Saúde (LIS/CICT/FIOCRUZ). Sou abençoada por poder fazer parte de uma equipe tão unida e um time de especialistas em saúde sem igual.

À Coordenação de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP, Professora Elizabeth Artmann e André; à Coordenação Geral de Pós-graduação da FIOCRUZ, Professora Virginia Hortale e Rose, que não mediram esforços para que meu estágio na *Michigan State University* e *University of Michigan* se concretizasse.

Aos meus colegas da Secretária do Departamento de Ciências Sociais da ENSP, Moacir, Jefferson e Erica; à Secretária Acadêmica da ENSP, Eduardo e Fábio. Sou eternamente agradecida por me ajudarem na imensa burocracia que circula a vida de um aluno de doutorado.

À Escola de Economia da Fundação Getúlio Vargas em São Paulo, Professor Ramon Vicente Garcia Fernandez, agradeço ao apoio recebido ao cursar uma disciplina na instituição.

Meus eternos agradecimentos a brilhante equipe do Programa Nacional de AIDS, Ministério da Saúde, em especial Joel Sadi, Maria Alice Tironi, Manoel Alves, Ivo Brito e Joelma Cristina Pereira Ramos.

À Organização Pan-Americana de Saúde, Dra Maristela Monteiro; bem como à Dra Waleska Caiaffa, da Universidade Federal de Minas Gerais, responsáveis pelo estudo que deu origem ao segundo capítulo dessa tese.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão das bolsas de Demanda Social e Programa de Doutorado com Estágio no Exterior.

## Resumo

O Programa Brasileiro de AIDS é internacionalmente reconhecido pela adoção de políticas públicas controversas e bem sucedidas para conter o avanço da epidemia de AIDS no país. A integração de ações de tratamento e prevenção resultaram na redução da mortalidade, morbidade, hospitalizações, e aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Iniciativas de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) compreendem, entre outras, a troca de seringas usadas por novas com o propósito de retirar de circulação seringas potencialmente contaminadas pelo HIV (vírus da AIDS).

A presente tese de doutorado buscou analisar os marcos, avanços e desafios da resposta brasileira referentes à prevenção do HIV/AIDS entre UDI ao longo dos últimos 12 anos. Procurou-se analisar as principais inter-relações entre as políticas anti-drogas no nível supranacional e doméstico, bem como as alterações nas políticas públicas de prevenção à AIDS entre UDI no Brasil, nesse período.

Essa pesquisa realizou uma análise da experiência brasileira no combate à epidemia de AIDS entre UDI. O método utilizado foi o rastreador de processo — análise histórica — com vista a explorar a cadeia de eventos envolvidos na formulação e implementação das políticas de prevenção ao HIV/AIDS entre UDI no Brasil, no período 1995-2007. Esse corte temporal baseou-se no fato de que esses projetos foram efetivamente implementados no país a partir de 1995. As informações foram coletadas através de bases de dados secundárias, provenientes do Programa Nacional de DST AIDS, e de pesquisa documental.

A tentativa de implementação dos projetos de prevenção a AIDS entre UDI no Brasil se deu no âmbito local, mas foi somente com os recursos do acordo de empréstimo com o Banco Mundial ao Programa Nacional de AIDS que esses programas ganharam impulso e âmbito propriamente nacional. Os pilares da resposta brasileira para prevenir a epidemia de AIDS entre UDI foram: 1) os recursos do Banco Mundial, que enfatizava a adoção de medidas de prevenção com essa população, como estratégia custo-efetiva de combater a epidemia de AIDS em países em desenvolvimento; 2) o caráter centralizador, verticalizado e o poder indutor de políticas do Programa Nacional de AIDS que priorizou essas ações pragmáticas de saúde pública e; 3) a implementação dos projetos através de organizações da sociedade civil.

É evidente que nesses últimos 12 anos houve mudanças no posicionamento do governo brasileiro — tanto executivo quanto legislativo — em prol de uma política de drogas menos repressora em nível nacional e supranacional; um realinhamento das ações de prevenção a AIDS entre UDI para o âmbito do próprio sistema de saúde; e o fortalecimento de uma coalizão de interesses em prol dessas políticas públicas no Brasil.

Os estudos epidemiológicos do HIV/AIDS em UDI no Brasil evidenciam uma redução expressiva da epidemia nessa população, na maioria das regiões brasileiras. Porém é difícil afirmar qual o papel específico dos projetos de prevenção a AIDS no controle da epidemia nessa população, uma vez que, praticamente, não foram realizadas ações de monitoramento e avaliação destes projetos. Os principais desafios às ações de prevenção a AIDS entre UDI atualmente são: a transferência da responsabilidade por financiar e implementar esses projetos para os estados e municípios; a inserção dessas ações no âmbito das ações regulares do Sistema Único de Saúde e; a ausência de uma política de monitoramento e avaliação destes projetos.

Palavras-chave: políticas públicas, AIDS, prevenção, usuários de drogas injetáveis



## **Abstract**

The Brazilian AIDS Program is internationally renowned for its controversial and successful public policies to curb the spread of HIV/AIDS epidemic. Integrating treatment and prevention initiatives resulted in steep declines in mortality and morbidity, decreases in hospitalization, and also dramatic improvements in life expectancy for people living with HIV/AIDS in Brazil. AIDS prevention programs for injecting drug users (IDUs) include needle exchange programs in which IDUs exchange used needles for new ones in order to reduce the circulation of needles putatively contaminated with HIV (AIDS virus).

This doctoral dissertation explored the milestones, accomplishments and challenges of the Brazilian response to HIV/AIDS prevention among IDUs during the last 12 years. It explores the relationship between drug policy at the domestic and international level as well as changes in public policies related to HIV/AIDS prevention among IDUs in Brazil in this time period.

This doctoral dissertation analyzed the Brazilian experience to curb the HIV/AIDS epidemic among IDUs. The method applied was process tracing – historical analysis – to explore the formulation and implementation of HIV/AIDS prevention policies between 1995 and 2007. This timeframe was adopted because these projects were effectively implemented in 1995. Different information was collected from secondary databases from the National STD AIDS Program, as well as from documental research.

The first attempt to implement AIDS prevention projects among IDUs was at the local level; however, it was only with the World Bank loans to the National AIDS Program that these projects became national in scope. Basic tenets of Brazilian prevention programs among IDUs included 1) World Bank loans that emphasized prevention initiatives with this specific population as a cost-effective way to fight the HIV/AIDS epidemic in developing countries; 2) the centralized, vertical NAP and its ability to induce policies, prioritizing pragmatic public health initiatives to prevent HIV transmission among IDUs; and 3) implementation of these prevention projects by civil society groups.

It is clear that over these 12 years there was a shift in the position of the Brazilian government – executive and legislative – supporting a less repressive drug policy at domestic and international level; integration of prevention initiatives for IDU within the National Health System; and strengthens of a large coalition supporting these public policies in Brazil.

Epidemiological studies of HIV/AIDS among IDU in Brazil document a substantial reduction of the epidemic in this population in most Brazilian regions, suggesting that these prevention programs have indeed been successful. It is, however, impossible to clearly define the role of these prevention initiatives in control AIDS epidemic among IDU since no monitoring and evaluation of these projects was conducted. The main challenges to prevent AIDS among IDU in Brazil are: transfer of the responsibility to finance and implement these projects to states and municipalities; integration of these policies within the National Health System, and its lack of monitoring and evaluation.

Key word: public policies, AIDS, prevention, injecting drug users.

## Sumário

<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
JUSTIFICATIVA.....	10
OBJETIVOS.....	12
ESTRUTURA DA TESE .....	12
APOIO INSTITUCIONAL .....	14
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
MÉTODO .....	15
<i>Revisão de literatura.....</i>	<i>16</i>
<i>Documentos Oficiais.....</i>	<i>16</i>
<i>Dados quantitativos.....</i>	<i>17</i>
<b>CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO E TRAJETÓRIA .....</b>	<b>20</b>
O CONTEXTO POLÍTICO, ECONÔMICO E SOCIAL .....	20
POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL .....	24
O PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS .....	31
ANEXO .....	41
<b>CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS E USO DE DROGAS NO BRASIL, 1995-2007 .....</b>	<b>43</b>
PADRÕES DE CONSUMO DE DROGAS NO BRASIL .....	43
MARCOS INICIAIS DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS.....	47
A LEGISLAÇÃO SOBRE REDUÇÃO DE DANOS .....	57
POSICIONAMENTO DO GOVERNO BRASILEIRO SOBRE RD .....	59
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS NO BRASIL .....	61
FORMAÇÃO DA REDE BRASILEIRA DE REDUÇÃO DE DANOS – REDUC.....	67
ANEXO 1. DECLARATION BY THE BRAZILIAN GOVERNMENT ON HARM REDUCTION AS A PUBLIC HEALTH STRATEGY, PRESENTED AT THE UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL 49TH SESSION OF THE COMMISSION ON NARCOTIC DRUGS – 2006.....	69
ANEXO 2. AGENDA DE ATIVISMO EM REDUÇÃO DE DANOS 2005-2006. ....	72
<b>CAPÍTULO III – OS TRATADOS INTERNACIONAIS ANTI-DROGAS E O BRASIL: POLÍTICAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS.....</b>	<b>74</b>
INTRODUÇÃO .....	74
A REGULAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE DROGAS .....	76
<i>A Gênese dos Tratados Internacionais .....</i>	<i>76</i>
<i>Os Tratados Internacionais .....</i>	<i>78</i>
<i>Convenções Internacionais e Saúde Pública: Diálogo e contradição.....</i>	<i>81</i>
<i>As decisões políticas .....</i>	<i>83</i>
<i>A administração das decisões da Comissão de Narcóticos .....</i>	<i>85</i>
<i>O financiamento dos projetos .....</i>	<i>86</i>
POLÍTICAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE MUDANÇA NO BRASIL .....	89
<i>O sistema político .....</i>	<i>89</i>
<i>Burocracia institucional .....</i>	<i>91</i>
<i>Movimento social.....</i>	<i>94</i>
<i>Constrangimentos .....</i>	<i>96</i>
CONCLUSÃO .....	97

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
<b>CAPÍTULO IV – DESCENTRALIZAÇÃO, AIDS E REDUÇÃO DE DANOS: A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO RIO DE JANEIRO, BRASIL .....</b>	<b>105</b>
RESUMO.....	105
ABSTRACT.....	105
INTRODUÇÃO .....	106
<i>Programas de Prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis .....</i>	<i>108</i>
METODOLOGIA.....	110
RESULTADOS .....	111
<i>Evolução das transferências fundo-a-fundo do Programa Nacional de AIDS/Ministério da Saúde     para estados e municípios no período 2001 a 2005.....</i>	<i>111</i>
<i>Gastos com os projetos de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Rio de     Janeiro, no período 1999 a 2006. ....</i>	<i>113</i>
DISCUSSÃO.....	115
AGRADECIMENTOS .....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>127</b>

## Lista de Tabelas

TABELA 1. VALORES* DESEMBOLSADOS E AMORTIZADOS JUNTO AO BANCO MUNDIAL, SEGUNDO ACORDO DE EMPRÉSTIMO. BRASIL, 1994-2006. ....	33
TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS PROJETOS VOLTADOS PARA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS E DROGAS INJETÁVEIS POR TIPO DE INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL. BRASIL, 1999-2007 (DADOS REFERENTES A 822 PROJETOS*).....	52
TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DOS PROJETOS VOLTADOS PARA A POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS E DROGAS INJETÁVEIS POR PERÍODO DE EXECUÇÃO. BRASIL, 1999-2007 (DADOS REFERENTES A 830 PROJETOS) .....	52
TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO DOS PROJETOS (NÚMERO E VALOR TOTAL*) FINANCIADOS ATRAVÉS DA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS PARA OSC VIA EDITAIS DE SELEÇÃO DOS ESTADOS, SEGUNDO UF. BRASIL, 2005.....	55

## Lista de Figuras

<b>FIGURA 1. CASOS DE AIDS SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1980-2006. ....</b>	<b>32</b>
FIGURA 3. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE PROJETOS PARA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS E DROGAS INJETÁVEIS FINANCIADOS PELO PN AIDS POR ANO DE EXECUÇÃO SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA. BRASIL, 1999-2007 (DADOS REFERENTES A 815 PROJETOS)*.....	53
<b>FIGURA 4. EVOLUÇÃO DO GASTO MÉDIO COM PROJETOS PARA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS E DROGAS INJETÁVEIS FINANCIADOS PELO PN AIDS POR ANO DE EXECUÇÃO SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA. BRASIL, 1999-2007 (DADOS REFERENTES A 815 PROJETOS)*.....</b>	<b>53</b>
FIGURA 5. LOCALIZAÇÃO DOS PRD NO BRASIL, POR MUNICÍPIO E ESTADO. BRASIL, 2004 (DADOS REFERENTES A 116 PROGRAMAS).....	54
<b>FIGURA 6. EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO TOTAL DA UNODC NO PERÍODO 2003-2006. ....</b>	<b>87</b>
FIGURA 7. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE PROJETOS PARA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS FINANCIADOS PELO PN AIDS* POR ANO DE EXECUÇÃO. BRASIL, DADOS REFERENTES A 498 PROJETOS, 1999-2007. 93	93
FIGURA 8. EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM PROJETOS PARA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS FINANCIADOS PELO PN AIDS* POR ANO DE EXECUÇÃO. BRASIL, DADOS REFERENTES A 498 PROJETOS, 1999-2007. 93	93

## Lista de Quadros

QUADRO 1. NÚMERO DE PROJETOS FINANCIADOS PARA OSC SEGUNDO VALOR TOTAL E MÉDIO. DADOS REFERENTES A 9415 PROJETOS*. BRASIL, 2007. ....	35
<b>QUADRO 2. TIPO DE INSTITUIÇÃO EXECUTORA. DADOS REFERENTES A 9415 PROJETOS*. BRASIL, 2007.</b> .....	35
QUADRO 3. INSTRUMENTOS JURÍDICOS PARA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS DO PROGRAMA NACIONAL DE AIDS PARA OS ESTADOS E MUNICÍPIOS BRASILEIROS.....	39
QUADRO 4. DIVISÃO DOS TRÊS PODERES .....	41
QUADRO 5. LEGISLAÇÃO ESTADUAL EM REDUÇÃO DE DANOS. BRASIL 1997-2006.....	57
QUADRO 6. PRINCIPAIS REFORMULAÇÕES NA LEGISLAÇÃO ANTI-DROGAS. BRASIL, 2002-2006 .....	60
QUADRO 7. INDICADORES DA UNGASS RELATIVOS À MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS (2002-2008). ....	61
<b>QUADRO 8. INDICADOR PARA MENSURAR O RESULTADO DOS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS.....</b>	63
QUADRO 9. INDICADOR DE COBERTURA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO PARA POPULAÇÕES VULNERÁVEIS, PLANO DE AÇÕES E METAS – PROGRAMA NACIONAL DE AIDS. ....	63
<b>QUADRO 10. CRONOLOGIA DE EVENTOS SOBRE PROLÍTIAS PÚBLICA DE PREVENÇÃO A AIDS ENTRE UDI NO BRASIL, 1982-2007. ....</b>	67
QUADRO 11. AGENDA DE ARTICULAÇÃO DA REDUC COM PARLAMENTARES EM RELAÇÃO À LEGISLAÇÃO NACIONAL E ÀS LEGISLAÇÕES ESTADUAIS EM REDUÇÃO DE DANOS. INFORMAÇÃO REFERENTE AO ANO DE 2005 E 2006.....	72
<b>QUADRO 12. DADOS DE FINANCIAMENTO UNODC/BRASIL REFERENTES AO PERÍODO 2006-2009*.....</b>	86
<b>QUADRO 13. RANKING DAS DOAÇÕES AO FUNDO CONTRA DROGAS E CRIME DA UNODC POR GRUPO DE PAÍSES, 2006 .....</b>	87

## Introdução

A formulação de políticas públicas no campo da prevenção e manejo da epidemia pelo HIV/AIDS vem exercendo, desde meados da década de 1980, uma importante influência sobre a prática de saúde pública, em todo o mundo, com particular ênfase em países com poucos recursos e desigualdades sociais relevantes, como nos países da África subsahariana, assim como nos países de renda média, de maior extensão territorial, mais populosos e com importantes diferenciais regionais, como Brasil, Argentina e Tailândia. A literatura aponta que tanto ações de prevenção quanto de tratamento são essenciais para o controle da epidemia de AIDS, especialmente se ambas forem adequadamente integradas (Salomon et al. 2005; Mukherjee et al. 2003; Achmat & Simcock 2007).

A transmissão parenteral é uma das formas mais efetivas de disseminação do HIV/AIDS (Baggaley et al. 2006). O controle da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis constitui, portanto, um importante desafio para as práticas preventivas em saúde pública. O HIV (assim como os demais vírus de transmissão sanguínea, como o vírus da hepatite C) pode se disseminar rapidamente nessa população, e o uso de drogas pode favorecer o comportamento sexual inseguro, ao influenciar o psiquismo e o comportamento, comprometendo a adoção e a manutenção de práticas mais seguras (Strathdee & Sherman 2003).

A complexa dinâmica da epidemia de AIDS entre usuários de drogas e as diferentes respostas à crise determinada por ela foram amplamente documentadas em algumas regiões dos Estados Unidos, como Nova York e outras cidades da costa leste, Europa central e do leste, Sudeste da Ásia — onde a transmissão parenteral, através do uso compartilhado de drogas tem tido um impacto relevante e mesmo dramático (como no caso de alguns países da Europa central e do leste) sobre as taxas de infecção pelo HIV (Aceijas et al. 2004).

Estima-se que 4,9 milhões de pessoas na Ásia estariam vivendo com HIV, em 2007, região onde a epidemia é basicamente determinada pela inter-relação entre uso de drogas

injetáveis e sexo desprotegido, de natureza comercial (pago em dinheiro, drogas ou mercadorias similares) ou não. Em alguns desses países, assim como em regiões específicas desses países, como Tailândia, Nepal, Indonésia, Mianmar, ou províncias da Índia, como Manipur, e regiões metropolitanas do Paquistão. Além disso, epidemias de caráter local/micro-regional têm sido evidenciadas em pessoas que utilizam drogas injetáveis e seus parceiros sexuais, na China e Vietnã (UNAIDS 2008). As elevadas prevalências evidenciadas nas redes sociais de usuários de drogas injetáveis nestes locais têm implicações cruciais para a generalização subsequente da epidemia de AIDS (Emmanuel and Fátima, 2008).

Os usuários de drogas constituem uma população profundamente heterogênea e, via de regra, oculta (“hidden”), que perpassa diferentes classes sociais e localidades. O efetivo contingente dessa população é desconhecido na ampla maioria dos países e é habitualmente estimado com grande margem de imprecisão, com intervalos de confiança da ordem de centenas de milhares de indivíduos, como se pode verificar nas publicações de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, há relatos de um número expressivo de usuários de drogas que praticam sexo comercial, bem como uma crescente prevalência de HIV entre profissionais do sexo que utilizam drogas e/ou álcool em diferentes contextos (Lau et al 2007, Bokhari et al 2007).

Existem evidências de que a epidemia de HIV/AIDS pode ser evitada (Des Jarlais et al 1995) ou substancialmente reduzida (Des Jarlais et al 2000), através da implementação abrangente e em tempo hábil de medidas de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis.

As estratégias adotadas para tal fim são conhecidas como Políticas, Projetos e/ou “Programas de Redução de Danos” (PRD). O termo Redução de Danos é comumente utilizado para definir uma gama de estratégias voltadas para essa população específica – como, por exemplo, a troca de seringas usadas por novas e estéreis, programas de manutenção de usuários de substâncias opiáceas, como a heroína, por metadona ou

congêneres (Stolz et al. 2007), salas de uso mais seguro (Sullivan et al. 2005), entre outras.

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

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

Para o Ministério da Saúde (MS, 2001):

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

As ações de redução de danos constituem um elemento básico das ações de saúde pública em todos os contextos onde a epidemia de AIDS está associada a usuários de drogas, especialmente injetáveis. A efetividade dessas ações e políticas deve ser avaliada em função dos resultados obtidos em saúde pública (Ball 2007). Por outro lado, o termo “redução de danos” ainda é marcado por ambigüidade e indefinição, e não existe um conjunto básico de ações, de natureza consensual, que possam guiar a implementação e avaliação dessas políticas. Segundo Ball (2007), a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem fazendo esforços para elaborar um modelo baseado em cinco elementos que envolvem: 1) intervenções visando reduzir a transmissão do HIV; 2) manejo do HIV/AIDS, co-infecções e co-morbidades, incluindo acesso à terapia antiretroviral; 3) integração das ações de redução de danos com serviços e sistemas de saúde local; 4)



suporte político, jurídico e social que garanta o acesso aos serviços de saúde e; 5) sistema de vigilância do HIV e comportamental dos beneficiários desses programas.

Os três documentos-chave das Nações Unidas que orientam uma resposta efetiva para a epidemia de AIDS entre pessoas que usam drogas injetáveis são:

- 1) Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS da *United Nations General Assembly Special Session* (UNGASS) (2001).
- 2) Posicionamento das Nações Unidas - *Preventing the Transmission of HIV among Drug Abusers* (2002).
- 3) A estratégia setorial da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o HIV. A Declaração de Varsóvia (2003). *A Framework for Effective Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use*.

Esses documentos têm reforçado a necessidade do comprometimento, de todos os países membros, com relação aos programas preventivos implementados entre usuários de drogas injetáveis, baseados nas estratégias de redução de danos. Os formuladores de políticas são encorajados a adotar intervenções baseadas em evidências e a implementar programas que comprovadamente contribuem para reduzir a epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis.

Outra agência internacional que também apóia as iniciativas de redução de danos é o Banco Mundial. A controversa publicação do Banco em 1997 – *Confronting AIDS* – concluiu que aproximadamente 90% de todas as infecções pelo HIV vinham ocorrendo em países em desenvolvimento e que os governos deveriam envidar esforços intensivos no sentido da implementação de ações de prevenção, principalmente junto a pessoas com múltiplos parceiros sexuais, praticantes de sexo desprotegido e/ou usuários de drogas injetáveis, e dessa forma evitar os relevantes custos econômicos e sociais da epidemia. O Banco Mundial foi um dos principais incentivadores das ações de redução de danos, baseando-se em argumentos econômicos, como estudos de custo-efetividade, para guiar os governos na adoção dessas políticas (Ainsworth & Over 1997). Cabe aqui ressaltar que esse relatório teve enorme repercussão e recebeu críticas da comunidade internacional por enfatizar exclusivamente as ações de prevenção como estratégia de combate à AIDS, excluindo ações integradas de tratamento e cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Diversas localidades, regiões e países têm, de maneira bem-sucedida, prevenido a epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis e há uma enorme conjunto de evidências de que a redução de danos de fato pode prevenir e/ou minimizar a disseminação da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Uma ampla revisão da literatura realizada por Wodak & Cooney (2006), utilizando uma metodologia clássica de avaliação de intervenções de saúde pública, adaptada dos critérios de avaliação de associações causais formulados originalmente pelo epidemiologista inglês Austin Bradford Hill (1887-1991) (*The Bradford Hill criteria*), apontou que há evidências consistentes de efetividade, segurança e custo-efetividade dessas ações – avaliação esta consistente com estudos prévios realizados pelas agências governamentais dos Estados Unidos (por exemplo, Normand et al., 1995).

A implementação e efetiva operacionalização dos programas de troca de seringas em países em desenvolvimento ainda é um desafio (Ball 2007). Diferentes ações de saúde pública têm de competir por escassos recursos nesses países. A epidemia multifacetada e especialmente dinâmica entre os usuários de drogas e as respectivas redes sociais e comunidades representam uma dificuldade adicional para o desenho de intervenções relevantes, aceitáveis e efetivas. Por exemplo, expandir programas de manutenção por metadona teria um impacto reduzido em comunidades onde o uso de heroína é declinante e o consumo de anfetamina crescente, como vem ocorrendo em países como a Austrália (Degenhardt et al. 2008).

A implementação de programas de troca de seringas em determinados contextos pode não ser prioridade em locais com fácil acesso a seringas e equipamentos de injeção através das farmácias locais (Sarang et al. 2008).

Outro exemplo é a ampla testagem para o HIV de usuários de drogas em contextos em que não existem serviços de prevenção e tratamento adequados, pois tal ausência pode frustrar a demanda por estes serviços e resultar em estigmatização e discriminação adicionais dessa população.

## Justificativa

No Brasil, as primeiras iniciativas de implementar políticas de RD se deu ao nível local. Os governos municipais de Santos (SP), em 1989, e Salvador (BA), em 1995, por meio de parcerias diversas, com organizações não governamentais, secretarias de saúde e universidade (no caso da Bahia) fizeram as primeiras tentativas de implementar programas de troca de seringas para conter a crescente epidemia de AIDS entre usuários de drogas naquelas localidades (Mesquita 2003; Burrows 2006). A iniciativa santista foi frontalmente repelida pela ação do Ministério Público, enquanto a iniciativa bahiana foi inicialmente tolerada e mesmo parcialmente estimulada por algumas autoridades locais.

Mas foi somente com o apoio do governo federal – que implementou uma série de políticas públicas através do Programa Nacional de DST e AIDS (em prol da concisão, PN-AIDS) para o controle da AIDS entre UDI – que essas estratégias ganharam força no país, com uma abrangência de fato nacional (Mesquita 2003).

O Brasil, junto com o Nepal, Índia e alguns Países Bálticos, foi um dos primeiros países em desenvolvimento (de baixa e média renda *per capita*) a adotar os controversos programas de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis como forma de reduzir as crescentes taxas de infecção pelo HIV nessa população (Bastos & Strathdee 2000; Strathdee et al. 1998; Rhodes et al. 1999; Telles 1999). Atualmente, o país possui uma ampla rede de programas de troca de seringas, uma das mais abrangentes dentre os países em desenvolvimento (Mesquita et al. 2003; Fonseca et al. 2006; IHRA 2008).

A presente tese de doutorado representa um desdobramento e aprofundamento da pesquisa realizada por ocasião do curso de mestrado em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz<sup>1</sup> que: 1) discutiu as políticas e programas de RD em diferentes contextos globais, enfatizando os aspectos comuns e os contrastes das políticas implementadas nos EUA, Reino Unido e Brasil. Essas diferentes

---

<sup>1</sup> A dissertação de mestrado foi premiada em 2007 no Primeiro Edital de Dissertação e Tese sobre Drogas da Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República.

políticas parecem estar associadas ao sucesso e às limitações dos programas desenvolvidos em cada um destes locais; 2) procedeu a uma avaliação de 45 programas de troca de seringas, enfatizando os aspectos referentes: à cobertura dos programas, financiamento, controle de insumos, capacidade organizacional e o contexto político em que estão inseridos.

As principais conclusões da dissertação de mestrado apontaram que os 45 Programas de Redução de Danos padeciam de vulnerabilidades relevantes e persistentes, em termos de sua sustentabilidade e cobertura, mas, principalmente, em função da fragmentação de registros, relatórios e documentação em geral, o que impõe dificuldades adicionais ao processo de monitoramento e avaliação dessas ações. Além disso, ficou evidente a participação do PN-AIDS como principal financiador desses programas, que foram majoritariamente implementadas por Organizações Não-governamentais (Fonseca et al. 2006).

Esta tese de doutorado realizou um estudo exploratório da experiência brasileira de combate ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, buscando aprofundar a análise dos processos e obstáculos para a real implementação dessas ações no país. Foram utilizadas fontes de pesquisa heterogêneas e complementares, o que permitiu aglutinar um volume de informação sobre essas políticas até então não sistematizadas na literatura sobre drogas e AIDS nacional. Além disso, esta pesquisa de doutorado representou um esforço inédito de contextualizar as políticas de prevenção a AIDS entre UDI no âmbito doméstico e internacional, abrindo espaço para novos campos de pesquisa. Por outro lado, cabe assinalar que o estudo das políticas de drogas e AIDS esbarra ainda em dificuldades operacionais e estruturais, como, por exemplo, o acesso limitado a informações sobre a estrutura de financiamento de projetos, aos tomadores de decisão sobre essas políticas e o fato dos usuários de drogas injetáveis serem uma população oculta, o que limita o emprego de metodologias de pesquisa convencionais.

## Objetivos

A presente tese de doutorado buscou analisar os marcos, avanços e desafios da resposta brasileira para a epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis ao longo dos últimos 12 anos. Procurou-se analisar, através de uma perspectiva macro-social e histórica, as principais inter-relações entre as políticas anti-drogas no nível supranacional e doméstico; bem como as alterações nas políticas públicas de prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil entre 1995 e 2007. Tais mudanças afetam uma ampla gama de instituições, comunidades e iniciativas públicas e privadas, não sendo, portanto, possível ou aceitável estabelecer relações unicasais entre fenômenos de tal complexidade.

Não foram objeto desta tese ações voltadas para o tratamento do HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis. Questões desse escopo foram tema da tese de doutorado defendida recentemente por outra integrante de nossa equipe de pesquisa (Mônica Malta, em junho de 2008).

## Estrutura da Tese

O *primeiro capítulo* desta tese apresenta as variáveis conjunturais essenciais para melhor compreender as políticas de prevenção à AIDS entre UDI no Brasil, isto é, o contexto político em que elas estão inseridas, as sucessivas reformulações do sistema de saúde e das iniciativas do Programa Nacional de AIDS.

=====

O *segundo capítulo* descreve o marco inicial da política pública de prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil e os rumos dessas ações nos últimos 12 anos. Este capítulo foi elaborado no contexto do Projeto PROSUL (CNPq número 490426/2006-9), que reúne pesquisadores da Argentina, Brasil e Uruguai. O texto na sua versão original foi elaborado para a Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS),

sob o Termo de Referência BR/CNT/0700458.001, e tinha por objetivo proceder à contextualização das epidemias de HIV/AIDS entre usuários de drogas (injetáveis ou não) no Brasil, Argentina e Uruguai, a partir de um breve diagnóstico de situação. Este estudo foi realizado sob a supervisão dos Drs. Francisco Inácio Bastos e Waleska Caiaffa.

=====

O *terceiro capítulo* faz um retrospecto sobre a gênese das Conferências Internacionais sobre drogas ilícitas das Nações Unidas, analisa aspectos da formulação de políticas no âmbito da Comissão de Narcóticos e discute os avanços e barreiras para a implementação de políticas menos repressivas no Brasil. O texto original que compõe este capítulo foi elaborado em co-autoria com o Dr Francisco Inácio Bastos durante o Estágio de Doutorado no Exterior – *University of Michigan* – no período 2006-2007 e será publicado em uma coletânea de artigos sobre o abuso de drogas da Editora Fiocruz, em fase de editoração no presente momento (junho de 2008).

=====

O *quarto capítulo* analisa as implicações do processo de descentralização das ações e do financiamento dos projetos de prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis do Ministério da Saúde para o estado do Rio de Janeiro. O estudo foi realizado em colaboração com pesquisadores do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ (Dr Francisco Inacio Bastos e Paulo Borges), com o pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, Dr José Mendes Ribeiro e com uma então aluna de doutorado da *Harvard School of Public Health*, Dra Amy Nunn. Este estudo foi publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* (2007; 23:2134-44).

=====

## Apoio institucional

Essa tese de doutorado foi parcialmente financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – Bolsa Demanda Social e Programa de Doutorado com Estágio no Exterior); o trabalho de campo em São Paulo e Brasília foi parcialmente financiado pela Coordenação de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), com recursos da taxa de bancada (CAPES) e pelo Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica - (LIS/ICICT/FIOCRUZ). Como mencionado anteriormente, o estudo que deu origem ao segundo capítulo desta tese foi financiado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

## Metodologia

Esta pesquisa baseou-se no estudo da experiência brasileira de combate à epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. O corte temporal utilizado — 1995-2007 baseou-se no fato de que os projetos de redução de danos foram efetivamente implementados no Brasil a partir de 1995.

Para os objetivos deste estudo, a “redução de danos” foi definida como ações de saúde pública que têm como objetivo reduzir ou prevenir a transmissão do HIV (vírus da AIDS, com alguma menção, menos detalhada, a outros patógenos de transmissão sanguínea, como o vírus da hepatite C), através do compartilhamento de seringas e agulhas não estéreis. Esta abordagem é direcionada para aqueles usuários que não querem ou não conseguem, em um determinado momento, parar de usar drogas. A RD pode ser entendida, *grosso modo*, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência do uso de drogas. E as “políticas públicas” foram definidas para os propósitos do presente trabalho como um conjunto de ações e prioridades de financiamento para um problema específico implementadas pelo governo ou seus representantes.

### Método

A presente tese de doutorado utilizou a método de pesquisa “rastreador de processo” (*process tracing*) para explorar a cadeia de eventos envolvidos na formulação e implementação das políticas de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil, no período 1995-2007.

O método rastreador de processo tem por objetivo incorporar narrativas históricas às explicações e formulações teóricas das ciências políticas. Segundo George & McKeown (1985) trata-se de uma ferramenta de pesquisa que busca investigar e explicar o processo de tomada de decisão pelo qual várias condições iniciais são traduzidas em resultados.



Este estudo utilizou ferramentas do método rastreador de processo (revisão de literatura, documentos oficiais e base de dados secundária) para compreender através, de uma perspectiva macro-social e histórica, as alterações na formulação e implementação das políticas de prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. Essa etapa é fundamental para que estudos futuros possam estabelecer relações causais e construções teóricas a respeito do processo de formulação e implementação destas políticas no Brasil.

### *Revisão de literatura*

A revisão histórica e contextualização do problema foi desenvolvida por meio de uma revisão da literatura específica sobre políticas de prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis e política de saúde, sem perder de vista os arranjos institucionais do sistema político e do sistema de saúde no Brasil. Com a finalidade de captar ampla e atualizada referência bibliográfica, foram consultadas as seguintes fontes de dados: Medline, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Associação Internacional de Redução de Danos (*International Harm Reduction Association*), além de outras fontes bibliográficas indicadas pelos orientadores desta tese. Foram também consultadas referências nas bibliotecas: Escola Nacional de Saúde Pública, biblioteca central da Fiocruz (CICT), *Michigan State University* e *University of Michigan* (sendo essas duas últimas fundamentais para consulta das referências raras/de difícil obtenção sobre a literatura de redução de danos, uso de drogas e agências internacionais sobre drogas).

### *Documentos Oficiais*

Foram consultados documentos oficiais sobre políticas de prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis no *site* do Ministério da Saúde e nas principais instituições internacionais de saúde (Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde entre outras). Foram também consultados documentos e legislações sobre políticas de drogas no *site* do Ministério da Justiça, Secretaria Nacional Antidrogas e na principal instituição internacional que regula as políticas de drogas supranacional - Escritório das

Nações Unidas contra Crime e Drogas (escritório brasileiro e internacional). Ambas informações estão citadas ao longo da tese e nas referências bibliográficas.

### *Dados quantitativos*<sup>2</sup>

A pesquisa referente aos dados quantitativos teve como base dados públicos e oficiais coletados sobre financiamento dos projetos financiados para a sociedade civil, disponíveis no *site* do Programa Nacional de AIDS, Ministério da Saúde – sessão “acompanhamento de projetos da sociedade civil”. Esses dados foram fornecidos pela Assessoria de Informática do Programa Nacional de AIDS, em formato Excel, em novembro de 2006<sup>3</sup>. O banco de dados continha 5898 projetos e dispunha das seguintes informações:

- Ano
- Número Projeto
- Aditivo
- Título Projeto
- Instituição
- Tipo Instituição
- Cidade
- Unidade da Federação
- Situação do Projeto
- População Alvo
- Órgão Financiador
- Área Responsável
- Tipo Subcontrato
- Valor Projeto
- Valor Aditivo
- Início
- Fim
- Valor Total

O primeiro passo para organização desse banco foi excluir os projetos que não dispunham de informação completa. Foram excluídos 825 projetos, compreendendo:

- Projetos “cancelados”: 353

---

<sup>2</sup> A organização do banco de dados foi realizada em colaboração com o pesquisador Paulo Borges Souza Junior do Centro de Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ e com Otávio Camargo, aluno de doutorado do Departamento de Economia da *Michigan State University*.

<sup>3</sup> Agradeço a valiosa colaboração de Joelma Cristina Pereira Ramos, Assessoria de Informática do Programa Nacional de AIDS.

- Projetos “não-aprovados”: 43
- Projetos sem informação sobre “valor total”: 176
- Projetos sem data final: 253

O número de identificação original para cada projeto apresentava, por diversas vezes, projetos distintos com o mesmo número de identificação. Portanto, estabelecemos um número de identificação único para cada projeto, composto da seguinte forma:

- 1) Número original de cada projeto (0001- 1064).
- 2) Estabelecemos um código de 11 a 37 para as Unidades da Federação. Por exemplo, Acre = 11, Alagoas = 12 e assim sucessivamente;
- 3) O terceiro componente de identificação foi a variável “ano”.

Dessa forma, para cada projeto o número de identificação foi composto por:

#### **UF + Número do Projeto + Ano**

Por exemplo, o projeto 2900262001 corresponde ao código 29 (Rio de Janeiro) + projeto 0026 (Criação dos Núcleos Jurídico, Científico e Implementação Comum, da ABORDA) + 2001 (Ano).

A seguir, estabelecemos o número de dias e o gasto diário de cada projeto. Isso se fez necessário, pois o banco de dados fornecido pelo PN AIDS estava organizado por projeto e não por ano de execução. Assim, o mesmo projeto foi executado em anos diferentes (variando de 1 a 5 anos).

Finalmente, os projetos foram organizados segundo ano de execução e os valores foram deflacionados segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA (índice oficial do Governo Federal para medição das metas inflacionárias, contratadas com o FMI, desde julho/99). Foram identificados 9.469 projetos de prevenção a AIDS executados pela sociedade civil, sendo 830 projetos para usuários de drogas e drogas injetáveis, no período de 1999-2007.

Uma recente revisão de literatura aponta que as ações de *advocacy* são fundamentais para alcançar altas taxas de cobertura dos PRD (Burrows 2006). Porém não foi possível consolidar informações sobre a natureza desses projetos, isto é, projetos voltados para *advocacy*, com relação a eventos, sustentabilidade política e social de programas de troca de seringas, entre outros. A análise dessa série histórica buscou descrever a evolução dos gastos do PN AIDS com projetos para prevenção a AIDS entre usuários de drogas e drogas injetáveis.

O último capítulo dessa tese apresentará os possíveis efeitos do processo de descentralização nos programas do Rio de Janeiro. Este estudo foi publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* e a metodologia respectiva está descrita no último capítulo.

## Capítulo I – Contextualização e trajetória

As políticas públicas vigentes em uma dada conjuntura são consequência do legado da evolução institucional e do sistema político de um país e sociedade. As políticas de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis estão inseridas em uma ampla estratégia de controle da epidemia de AIDS, iniciada, em caráter nacional, nos primeiros anos da década de 90, sob a coordenação do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de AIDS. Naquele momento o Brasil passava por uma profunda reformulação na sua política de saúde, em decorrência do processo de abertura democrática e da recém-promulgada Constituição de 1988. Este capítulo tem por objetivo apresentar o contexto político mais amplo e, em particular, das políticas de saúde, em que foram implementadas as ações de redução de danos no Brasil. Essa trajetória teve implicações seminais para os rumos das políticas de RD no Brasil.

### O contexto político, econômico e social

O Brasil possui uma extensão territorial de 8.514.215 km<sup>2</sup>, que corresponde a aproximadamente metade da área da América do Sul. O país conta com aproximadamente 191 milhões de habitantes, vivendo em 26 estados, Distrito Federal e mais de 5500 municípios (IBGE 2007). Devido à grande extensão territorial, o país abarca uma grande diversidade cultural e regional.

O Brasil é uma República Federativa, bicameral, presidencialista e que durante mais de vinte anos ficou sob domínio de uma ditadura militar (1964-1985). A eleição presidencial no início dos anos 90 marcou o processo de abertura democrática e adaptação à nova ordem econômica global (Avelar & Cintra 2004).

A Constituição de 1988 conferiu ao país uma característica de gestão notavelmente descentralizada, e com uma peculiaridade frente a outros países, uma vez que os municípios brasileiros são explicitamente mencionados como entes federados. A descentralização no país foi do tipo político-administrativa, envolvendo a transferência de

recursos, serviços e responsabilidades da esfera federal para as esferas estadual e municipal (Costa 2005; Shah 1991). A arquitetura institucional, resumida por Wilson et al. (2008) pode ser consultada no Anexo deste capítulo (quadro 4), está baseada em três níveis de governo (federal, estadual e municipal), com a separação de poderes e mecanismos de verificabilidade cruzada (*check and balance*) entre as três instâncias (executivo, judiciário e legislativo).

As alterações no quadro político institucional determinadas pela nova Constituição não foram poucas. Alterou-se a formação do Estado Brasileiro, até então baseada na centralização, e o próprio conceito de cidadania, pois até então os direitos sociais estavam restritos aos trabalhadores inseridos no mercado formal. Esse redirecionamento se refletiu profundamente nos rumos das políticas públicas. Pode-se afirmar, portanto, que esse foi um ponto nodal (*critical juncture*) na história da política brasileira, que moldou todo o processo de desenvolvimento político e econômico das décadas subsequentes<sup>4</sup>.

A política brasileira no final do século XX foi marcada pelo ressurgimento dos governos subnacionais, pela crise econômica e pela subsequente reestabilização econômica por ocasião da gestão Fernando Henrique Cardoso, primeiro como ministro e em seguida como presidente. A descentralização e a revitalização do federalismo criaram arenas distintas de negociação política nas três esferas de governo, possibilitando a abertura de um espaço importante para a competição política emergir e desafiar as tradições clientelistas, longamente estabelecidas. Por outro lado, o fato do Brasil ter se democratizado antes da sua reestruturação econômica dificultou o processo de estabilização fiscal, uma vez que se fez necessária uma articulação e um compromisso político entre os três níveis de governo (Graham & Rowland 2008)

O presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) teve de se haver com as realidades do federalismo brasileiro, mais do que qualquer outro presidente até então. Em meados dos anos 80 houve um ressurgimento do papel dos governadores como atores centrais da

---

<sup>4</sup> Outros exemplos de pontos nodais na política de saúde americana podem ser consultados em Hacker (1997) e Mayes (2004). Estudos seminais sobre *critical juncture* vide Krasner (1984) e Pierson (2004).

política nacional. Por exemplo, à época, era permitido aos governadores contrair empréstimos externos, sem a autorização prévia da União, e era permitido a eles estabelecer gastos além do orçamento disponível, o que implicava em déficit transferido para a União (Abrucio 1998).

A gestão FHC foi responsável por impor responsabilidade fiscal aos governos subnacionais. O poder dos estados foi substancialmente reduzido, através de diversas medidas, que compreenderam a privatização e a reforma dos Bancos públicos (Abrucio 1998). A Lei de Responsabilidade Fiscal, sancionada em 2000 (Lei 101/2000) requer que a União, estados, municípios, demais poderes (Judiciário e Legislativo) e todas as agências públicas sejam regidos por normas de finanças públicas e administração financeira. Essa Lei impôs severas penas aos orçamentos deficitários e determinou diferentes limites e regras para o gasto público.

A atual administração do presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva (2003-2011), foi bem sucedida em consolidar a estabilização econômica do governo anterior e avançar com relação ao gasto com programas sociais de combate a pobreza, como por exemplo, Bolsa Família e o Programa Fome Zero. Mas a postura política moderada do atual governo sugere que uma possível Reforma Econômica e Social permanece limitada pela necessidade de sustentar uma maioria, não apenas no Congresso, mas junto ao eleitorado de uma forma geral (Graham & Rowland 2008).

Apesar da Constituição de 1988 propugnar uma gestão descentralizada da formulação e implementação de políticas, a presença do governo federal na formulação de políticas permanece forte, devido a: a) poderes constitucionais quanto a assuntos-chave, como, por exemplo, definir os propósitos nacionais; b) questões práticas, como a geração de recursos; c) legado institucional do país (Spink et al. 2008). Cabe observar, no entanto, que novas iniciativas em políticas públicas garantiram maior autonomia aos governos municipais, além do papel de meros administradores dos programas federais. Porém, as administrações municipais estão ainda longe de conquistar a autonomia plena na formulação de políticas. Dois exemplos claros dessa restrição são representados pela descentralização dos recursos da saúde (fundo-a-fundo do SUS) e da educação (Fundo de

Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério – FUNDEF), onde para se qualificar para o recebimento dos recursos, os governos subnacionais devem seguir as regras federais.

Essa subordinação dos governos locais às regras federais tem sido interpretada como uma descentralização “administrada”, que violaria o espírito de colaboração e cooperação – conceito seminal do sistema federalista. Porém esse fato pode ser entendido como um esforço do governo federal em coordenar o processo, que, de outra forma, seria exageradamente fragmentado e poderia determinar desigualdades regionais ainda mais profundas, com grandes disparidades quanto à capacidade financeira, técnica e política dos municípios. Além disso, os desafios e limites da descentralização hoje no Brasil são muito mais claros do que no início do processo de redemocratização. Atualmente, fica evidente que os governos locais ainda necessitam de um longo processo de constituição de competências (*capacity building*) políticas e técnicas dos segmentos da sociedade civil, bem como dos servidores públicos, para evitar a captura do processo político pelos mecanismos clientelistas.

Com relação à sua estrutura econômica, o Brasil pertence ao grupo de países recém-industrializados, dotados de infra-estrutura moderna, o que inclui um parque industrial diversificado e dinâmico, um mercado financeiro vigoroso e uma estrutura de serviços nas mais diferentes áreas e especialidades. Rentemente, a economia brasileira vem apresentando um bom desempenho, de acordo com avaliações internacionais graças à política macroeconômica ortodoxa da administração Lula e do governo anterior: metas de inflação, Lei de Responsabilidade Fiscal e autonomia do Banco Central para adotar medidas de controle da inflação. No governo Lula, foram intensificados os investimentos sociais e na infra-estrutura e, no início de 2008, o país ganhou o grau de investimento (*investment grade*) por parte de duas agências de avaliação de risco (O Globo 2008, *Financial Times* 2008), e, a partir de uma decisão mutuamente acordada, não mais necessita do apoio financeiro do Fundo Monetário Internacional (FMI) (*The Economist* 2005).



Porém, persistem no país uma profunda desigualdade social e níveis inaceitáveis de pobreza. A distância entre ricos e pobres é extremamente pronunciada, além da presença de desigualdades regionais igualmente relevantes. Essa sociedade dualista foi designada por Bacha (1974) como “Belíndia” – de um lado um Brasil pequeno e rico, como a Bélgica e de outro um país enorme e pobre, como a Índia.

A título de exemplo, o índice de analfabetismo no Nordeste, a região brasileira mais pobre, a despeito de décadas de programas de estímulo ao desenvolvimento regional, em 2000, era de 26%, mais do que o dobro do índice nacional (IBGE, 1999). Por outro lado, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano (IDH) 2007/2008 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) o Brasil entrou pela primeira vez para o grupo de países com elevado desenvolvimento humano, com um índice estimado em 0.800, no ano de 2005. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) aponta que, entre 2001 e 2004, a renda dos 20% mais pobres cresceu cerca de 5% ao ano, enquanto os 20% mais ricos perderam 1% (IBGE 2005). Essas informações devem ser analisadas com a devida cautela, levando em consideração a atualização e confiabilidade dos dados. Porém, tudo indica que os programas sociais e de redistribuição de renda adotada pelo governo federal nos últimos anos podem estar, de fato, associados a uma melhora nos resultados sociais obtidos pelo Brasil (Banco Mundial 2007).

### Política de Saúde do Brasil

No setor saúde, o movimento de reforma teve início em meados dos anos 70 em reação às políticas de saúde de centralização autoritária combinada à terceirização da prestação de serviços de saúde adotada pelos militares. Um grupo de profissionais de saúde, intelectuais, sindicalistas, movimento popular, ligados a partidos da oposição política, lideraram o movimento da “Reforma Sanitária” (Cohn 1992). As políticas públicas dotadas ao longo dos anos da ditadura estavam voltadas para a medicina especializada e curativa e o acesso aos serviços de saúde era limitado aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Além disso, a ineficiente infra-estrutura pública, forçava o

governo a contratar serviços no setor privado, e que gerava constantes fraudes na contratação desses serviços (Oliveira & Fleury 1986).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, foi um marco para elaboração de uma agenda reformista, que defendia a criação de um sistema único de saúde, políticas descentralizadas e desvinculadas da Previdência Social (MS 1986). A reforma do setor saúde propunha: 1) reforço do setor público; 2) aumento e diversificação das fontes de recurso; 3) descentralização do sistema; 4) racionalização da assistência à saúde; 5) reorganização dos interesses setoriais, com uma nova definição das relações público/privado na organização do cuidado à saúde (Almeida et al. 2000).

A Constituição de 1988 e as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde de 1990 (LOS) marcaram um momento de ruptura com o modelo anterior, caracterizando o primeiro momento da reforma que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Uma característica importante desse momento foi a inserção do movimento social nas instâncias decisórias da política de saúde. Ao contrário do que era desejado pelos grupos de interesse que pressionam o Estado por benefícios particularistas, os sanitaristas ocuparam desde então cargos na burocracia federal, o que facilitou a implantação da agenda reformista (Weyland 1995).

Nessa primeira fase da Reforma, os sanitaristas se aproveitaram uma janela de oportunidade proporcionada pela elaboração da nova Constituição Federal para reconfigurar o perfil das políticas de saúde no país (Kingdom 1993; Pereira 1996). As arenas de negociação foram, principalmente, a Câmara dos Deputados e o Senado (Arretche 2004). Foi criado um sistema nacional de saúde de abrangência universal. A organização do sistema passou de centralizada para um modelo em que os gestores estaduais e municipais ganharam maior independência decisória. Além disso, foram ampliados os canais de participação dos gestores públicos e da sociedade nas definições das políticas<sup>5</sup> (Viana & Dal Poz 2005).

---

<sup>5</sup> As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, representam instâncias colegiadas para a participação social na gestão do SUS; consolidação de espaços de negociação intergestora bipartite e tripartite (CIB e CIT) estabelecem as regras e instrumentos necessários para o relacionamento das três esferas de governo e;

É interessante notar que a reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia. Quando a comunidade internacional já questionava as concepções socialistas ou de Estado de bem-estar (*welfare state*) em todo mundo, houve no Brasil o “apogeu do reformismo em saúde” (Wagner 2006:419). O SUS foi implementado em um momento em que a economia brasileira resistia à orientação das políticas de ajuste macroeconômico. As decisões de política econômica respondiam com elevado grau de autonomia aos incentivos e condicionalidades definidos pela comunidade financeira internacional. Segundo Costa (2002: 17):

“Entre 1979 e 1994 houve nove planos de estabilização, cinco moedas, cinco congelamentos de preços, vinte e duas propostas de renegociação da dívida externa e dezenove modificações nas regras de câmbio. Apesar disso, pode-se verificar que na década de 1980, não houve uma descontinuidade no crescimento da proteção social: foi expandido o gasto público e adotados critérios universalistas para definição de direitos. Esse incremento na incorporação de novas clientela ao sistema de proteção social foi formalizado na Constituição de 1988.”

O segundo momento de institucionalização do SUS foi caracterizado por uma reforma gradual no desenho e implementação das políticas de saúde (Viana & Dal Poz 2005). As Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas em 1991, 1993 e 1996 representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, e dizem respeito à divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Segundo Levcovitz et al. (2001), as NOBs são portarias do ministro da saúde que regulamentam e normatizam o processo de descentralização. São de caráter transitório, podendo ser reeditadas. Diferem entre si, de acordo com o contexto em que são implementadas, conteúdo e grau de sua implantação.

Além disso, discussões acerca das fontes de financiamento do sistema e das relações público-privadas na saúde também foram objeto de discussão para implementação do SUS ao longo da década de 90 (Faveret 2003, Bahia 2001).

---

fortaleceram-se os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos estados e municípios – o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e o CONASEMS (Lucchese 2004)

Segundo Arretche (2004) a negociação entre as três esferas de governo passou a centralizar as principais arenas de conflito. Houve uma alteração na influência da coalizão que iniciou o processo de reforma sanitária, uma vez que os estados e municípios assumiram a responsabilidade pela assistência a saúde. O movimento de reforma sanitária foi desmembrado em grupos diversos. As práticas clientelistas, que marcam a formulação e implementação de políticas no nível local no Brasil (Leal 1948; Wilson et al. 2008), dificultaram a adoção de diversos pontos da agenda da reforma (Weyland 1995).

Em linhas gerais, os principais obstáculos ao processo de descentralização foram: a divisão de responsabilidades entre estados e municípios; os percalços no processo de habilitação para recebimento das transferências fundo-a-fundo; as dificuldades inerentes ao financiamento do sistema; as deficiências no âmbito do planejamento e organização funcional do sistema; as dificuldades no acesso aos serviços de saúde e; a necessidade (nem sempre atendida de forma satisfatória) de monitoramento e avaliação contínua de desempenho (Ministério da Saúde 2001a).

Uma crítica ao novo sistema é que a fragmentação não favorece a integralidade, criando uma “cesta básica” financiada com recursos da atenção básica, liberando o setor privado para crescer na ausência da rede pública (Faveret 1989; Pereira 1996). Segundo Buss e Gadelha (1996), o acesso efetivo à assistência a saúde no Brasil varia de acordo com a renda. O SUS permitiu o acesso a uma população previamente excluída pela política de saúde dos militares, como, por exemplo, a população rural e residente em áreas semi-urbanas. Por outro lado, a qualidade do serviço prestado pelo SUS não satisfaz o padrão de cuidado percebido como “adequado” pelas classes média e alta, que busca assistência no setor privado.

A título de exemplo, Kritski e Ruffino-Netto (2000) descreveram os efeitos negativos da descentralização no Programa de Tuberculose. A rápida descentralização, o despreparo dos gestores locais, os constantes cortes no orçamento prejudicaram a continuidade das ações. Além disso, o combate à tuberculose não era considerado prioridade de saúde em

diversos estados e municípios. Somente em 1998, o Ministério da Saúde declarou o controle da doença como prioridade em saúde, procedendo então a uma reestruturação dessas políticas.

Segundo Viana et al. (2002), apesar das dificuldades de implantação do SUS, houve inegáveis avanços no processo de descentralização em direção à municipalização, com aumento da autonomia do gasto público para a maioria dos municípios e estados na área da saúde. Houve uma melhoria nos padrões de oferta, capacidade instalada, produção e cobertura de serviços ambulatoriais e hospitalares, financiamento e gasto federal nos diferentes níveis de atenção. Porém, ainda persiste uma profunda iniquidade, sobretudo a partir das condições impostas pela restrição fiscal (grupos com piores condições de oferta dispõem de menos recursos fiscais) e da pesada herança de desigualdades econômicas e sociais do país.

Para fins desse estudo, cabe ressaltar três aspectos institucionais do sistema de saúde no Brasil: alocação de autoridade e responsabilidade pela política de saúde, controle do eleitor sobre o gestor local e instâncias colegiadas de decisão sobre a política de saúde.

*Primeiro*, o Ministério da Saúde está encarregado de tomar as decisões mais importantes da política nacional de saúde; a concentração das funções de financiamento no governo federal pode significar que as políticas locais são basicamente dependentes das transferências deste ministério e; a construção do sistema descentralizado baseado em portarias ministeriais (NOBs 91, 93 e 96) indica que é neste nível de governo que está concentrada a autoridade de formular as regras que definem as ações de saúde nos estados e municípios (Carvalho 2001).

Além da indução na habilitação para recebimento dos recursos financeiros transferidos aos níveis subnacionais, a capacidade de indução do Ministério se estende à definição das prioridades locais na gestão do SUS, isto é, as regras previstas nas NOBs interferem na definição das prioridades locais (Arretche 2003).

Observa-se que a política de saúde, desde a segunda metade da década de 90, vem desenvolvendo mecanismos próprios de financiamento – que tendem a acomodar interesses diversos e conflitos federativos (Lima 2007). Por exemplo, o Piso da Atenção Básica, baseado na modalidade de pré-pagamento *per capita*; as transferências estabelecidas através da Programação Pactuada Integrada (PPI); as transferências a programas específicos, entre eles, o programa de aquisição de medicamentos e, mais recentemente, o programa de DST/AIDS (Melamed & Costa 2003; Lima 2007). Porém, o aumento de importância das transferências não se fez acompanhar pela ampliação da autonomia dos municípios na determinação da política de saúde (Elias et al. 2001).

Por controlar os mecanismos de coordenação intergovernamental e de financiamento, o Ministério tem a função de regular as decisões dos governos locais, mas, por outro lado, os estados e municípios têm o direito institucionalizado de participar nas decisões das políticas que os afetam, bem como de não aderir à política federal (Arretche 2003).

Uma *segunda* dimensão institucional do SUS relevante para esse estudo é o controle, exercido pelos eleitores, dos governos locais. Na definição de Przeworki et al. (1999) democracia é o regime de governo onde os governantes prestam contas aos eleitores, representando as eleições o fiel dessa garantia. Os eleitores escolhem, através dos candidatos aos cargos executivos, quais as políticas são mais adequadas aos cidadãos. Por outro lado, tem o direito de punir os maus governantes, através da não reeleição. O voto seria uma forma de incentivar os governos a atuar de maneira responsável.

Existe na literatura de ciência política a tese de que a visibilidade da ação dos governantes é maior no plano local e, portanto, teriam um incentivo e um compromisso maior com a política de saúde. Porém, segundo Arretche (2003), o caráter redistributivo das transferências fiscais e de saúde no Brasil permite aos governos locais aumentar a provisão de saúde, produzindo um bem-estar maior para seus eleitores, sem necessariamente aumentar os impostos para financiá-los.

A fim de garantir serviços básicos para seus eleitores, os governantes locais deveriam ter autonomia para formular suas políticas públicas e financiá-las com recursos próprios, equilibrando a relação entre gasto e tributação. Porém a ausência de mecanismos de controle dessa relação pode produzir incentivos à ineficiência, uma vez que a fim de produzir benefícios imediatos para os seus eleitores, os governantes podem fazê-lo às custas do endividamento e da transferência da conta para a próxima administração (Rodden 2005). Daí a importância da Lei de Responsabilidade Fiscal e do executivo como regulador das instâncias subnacionais. Pautar o controle dos governantes locais apenas na capacidade de punição que os eleitores têm, não é suficiente para garantir a efetiva implementação dos princípios do SUS (Arretche 2003).

Daí também a importância da *terceira* dimensão institucional do sistema de saúde no Brasil. As decisões sobre a política de saúde devem ser discutidas através de processos de deliberação democrática nas instâncias colegiadas (Conselhos de Saúde) e nos espaços de negociação intergestora, bipartite e tripartite. Na estrutura institucional do SUS, eleitores e representantes dos usuários e da sociedade civil dispõem de instrumentos para controlar e fiscalizar as ações dos governos locais. Estudos recentes acerca do funcionamento dos conselhos de saúde sugerem que o posicionamento ideológico dos gestores municipais interfere significativamente no seu funcionamento e na baixa influência dos conselhos na definição de políticas de saúde (Cortes 2002 citado por Arretche 2003, Labra 2002). Porém, segundo Arretche (2003), a possibilidade de controle que os conselheiros exercem sobre o executivo depende, majoritariamente, da disposição dos gestores em serem controlados.

Por fim, cabe ainda ressaltar que, entre 1990 e 2002, o Ministério da Saúde privilegiou três políticas de saúde, perpassando várias gestões ministeriais: a descentralização, o Programa de Saúde na Família (PSF) e a política de combate a AIDS (Machado 2006). A descentralização é uma diretriz de reforma do Estado; o PSF caracteriza-se por uma reformulação no modelo de atenção a saúde, a partir da atenção básica, de indução federal e descentralizada e; a política de AIDS está voltada para o controle de um problema específico de saúde, sob forte comando nacional.

Segundo Machado (2006) os principais motivos que favoreceram a entrada e a continuidade dessas políticas na agenda do Ministério da Saúde são: a sua confluência com a agenda reformista, a constituição de uma base social de apoio, a formação de grupos técnicos consistentes no âmbito do Ministério da Saúde e o caráter político atrativo, como marca de governo e gestão ministerial, para conquistar o eleitor médio.

## O Programa Nacional de DST e AIDS

O Brasil conta com um sistema de saúde orientado à descentralização (Arretche 2004) e também com um dos maiores e mais abrangentes programas de HIV/AIDS entre os países em desenvolvimento (Levi & Vitoria 2002; Berkman et al. 2005).

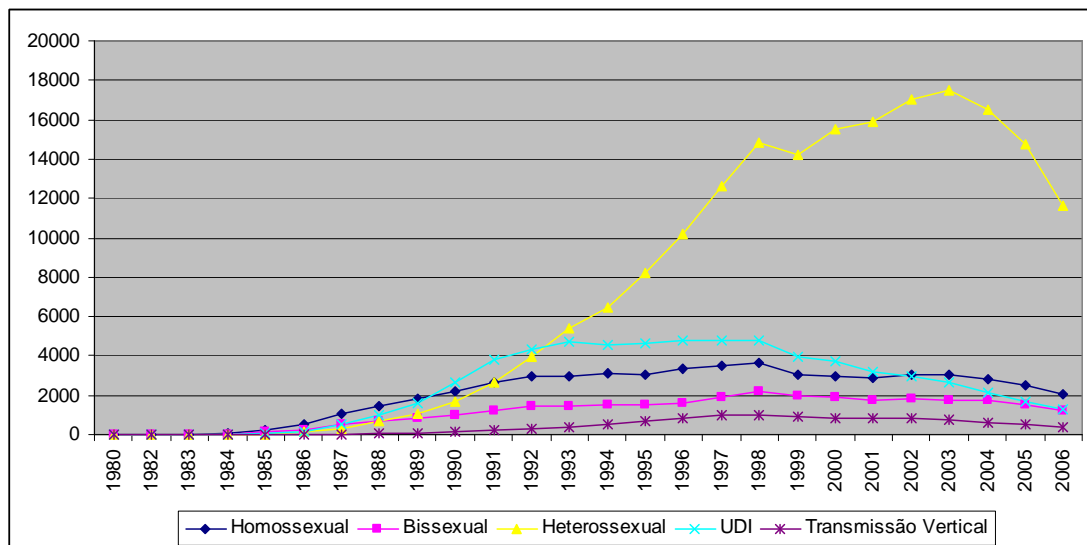
O governo brasileiro adotou políticas públicas controversas para conter o avanço da epidemia no país. Por exemplo, o acesso universal e gratuito a medicamentos antiretrovirais (Lei Federal 9313/96), ações de prevenção com populações específicas (profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homossexuais, por exemplo) (MS 2001), a produção de medicamentos anti-retrovirais através de licenciamento compulsório (Decreto nº 6.108, de 4 de maio de 2007), negociações de descontos substanciais junto à indústria farmacêutica (Nunn et al. 2007), parcerias com organização da sociedade civil (Galvão 2000), entre outros.

Os resultados desse conjunto de ações pode ser percebido na expressiva redução da mortalidade, morbidade, hospitalizações e aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil, que passou de 18 para 58 meses logo após a introdução da terapia de alta potência, e segue aumentando (Marins et al. 2003; Teixeira et al. 2004; Campos et al. 2005; Hacker et al. 2004; Dourado et al. 2006). Além disso, em 2000, a epidemia de AIDS efetiva correspondia apenas à metade dos casos estimados pelo Banco Mundial para aquele ano (1,2 milhões).



O relatório da UNAIDS (2007) aponta que o Brasil conta com 1/3 das pessoas vivendo com HIV na América Latina. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o país tem uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos. Como reflexo da grande diversidade socio-geográfica, a epidemia vem apresentando sucessivas alterações desde o início dos anos 80 (Bastos & Barcelos 1995; Fonseca et al. 2002). Nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência de AIDS tende à estabilização, ao passo que nas regiões Norte e Nordeste, a tendência é ainda de crescimento moderado (Boletim Epidemiológico 2007). Destacam-se ainda a diminuição da prevalência da infecção pelo em usuários de drogas injetáveis (UDI) e o aumento dos casos de AIDS em mulheres, cuja infecção é atribuída principalmente ao comportamento sexual de seus parceiros (Figura 1) (Fonseca & Bastos 2007).

**Figura 1. Casos de AIDS segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006.**



Fonte: MS/SVS/PN-AIDS, 2008.

O “modelo” brasileiro para combate a AIDS ganhou reconhecimento internacional (NYT 2001; Okie 2006; Berkman et al. 2005; Levi & Vitoria 2002; Oliveira-Cruz 2005; Galvão 2002). Estudos sugerem os determinantes institucionais para o sucesso dessas ações (Nunn 2007, Gauri & Lieberman 2006, Biel 2004). Tais como reabertura democrática,

participação do movimento social de AIDS, estrutura centralizada e verticalizada do Programa Nacional de AIDS.

As ações de controle da epidemia de AIDS no Brasil foram iniciadas no âmbito local. O estado de São Paulo foi pioneiro no reconhecimento da AIDS como problema de saúde pública e na adoção de estratégias para conter a epidemia no final dos anos 80 (Galvão 2000, Petersen et al. 2006). Foi somente em 1992 que o Ministério da Saúde, como autoridade sanitária nacional, declarou o combate a AIDS como prioridade de saúde (Machado 2006). Desde então, o Programa Nacional de AIDS tem sido o principal articulador da política nacional de controle da epidemia.

Durante o período 1994 e 2007 o PN AIDS contou com três acordos de empréstimo com o Bando Mundial e uma contrapartida do governo brasileiro, para financiar as ações de prevenção e tratamento da AIDS, totalizando 425 milhões de dólares (World Bank 2004). Os dados da Tabela 1 representam os valores desembolsados pelo governo brasileiro junto ao Banco Mundial no período 1994-2006 para controle da epidemia de AIDS e o valor pago para amortização da dívida, segundo acordo de empréstimo (STN 2006).

**Tabela 1. Valores\* desembolsados e amortizados junto ao Banco Mundial, segundo acordo de empréstimo. Brasil, 1994-2006.**

Período	Contrato	Desembolsado	Amortização
1994	IBRD 36590 (AIDS I)	35,244,074.44	0.00
1995	IBRD 36590 (AIDS I)	21,924,233.65	0.00
1996	IBRD 36590 (AIDS I)	55,389,597.61	0.00
1997	IBRD 36590 (AIDS I)	29,936,265.47	0.00
1998	IBRD 36590 (AIDS I)	17,278,986.15	0.00
1999	IBRD 36590 (AIDS I)	0.00	14,907,552.39
2000	IBRD 36590 (AIDS I)	0.00	14,260,147.31
2001	IBRD 36590 (AIDS I)	0.00	13,587,834.26
2002	IBRD 36590 (AIDS I)	0.00	14,069,682.86
2003	IBRD 36590 (AIDS I)	0.00	15,449,584.24
2004	IBRD 36590 (AIDS I)	0.00	16,023,307.02
2005	IBRD 36590 (AIDS I)	0.00	15,599,182.89
2006	IBRD 36590 (AIDS I)	0.00	8,249,132.65
1999	IBRD 43920 (AIDS II)	36,102,075.71	0.00
2000	IBRD 43920 (AIDS II)	31,925,036.81	0.00
2001	IBRD 43920 (AIDS II)	38,137,170.33	0.00
2002	IBRD 43920 (AIDS II)	42,946,040.53	0.00

2003	IBRD 43920 (AIDS II)	12,389,277.72	0.00
2004	IBRD 43920 (AIDS II)	0.00	18,273,440.36
2005	IBRD 43920 (AIDS II)	0.00	18,129,320.47
2006	IBRD 43920 (AIDS II)	0.00	8,855,111.87
2003	IBRD 47130 (AIDS III)	1,000,000.00	0.00
2004	IBRD 47130 (AIDS III)	7,148,823.33	0.00
2005	IBRD 47130 (AIDS III)	33,227,714.35	0.00
2006	IBRD 47130 (AIDS III)	13,824,631.96	0.00

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional, Brasil, 2006.

\*valores em dólares

É interessante notar que o Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a receber recursos do Banco Mundial para desenvolver estratégias de combate à AIDS (World Bank 2004). Os três empréstimos adotaram estratégias semelhantes: ações de prevenção implementadas por ONG; capacitação de serviços de saúde para pacientes com AIDS e desenvolvimento institucional. Uma das principais lições apreendidas através da assistência do Banco Mundial ao Brasil é de que o envolvimento do Banco Mundial garantiu legitimidade a ações de prevenção controversas como troca de seringas, ações de prevenção junto a presidiários e profissionais do sexo. Além disso, em epidemias concentradas, ações de prevenção com populações sob particular risco podem ser altamente efetivas se desenvolvidas por e com comunidades sob risco e, principalmente, se realizadas de forma a respeitar os direitos humanos (World Bank 2004).

Até 2002, os recursos do Programa de AIDS, referentes ao acordo de empréstimo com o Banco Mundial (AIDS II), eram descentralizados a 26 estados, Distrito Federal e 150 municípios estratégicos através de convênio que era um dos instrumentos de transferência dos recursos da saúde na época. O que diferenciava os convênios celebrados pelo PN AIDS dos demais convênios estabelecidos pelo Ministério da Saúde era o plano de trabalho – Plano Operativo Anual (POA) –, com o propósito de programar a aplicação dos recursos e acompanhar a execução, seguindo as regras do Banco Mundial. Os convênios tinham um objeto e uma temporalidade específica. Além disso, a transferência era descontinuada, uma vez que o estados e municípios deveriam solicitar uma parcela dos recursos disponíveis, prestar contas e em seguida solicitar uma nova parcela.

As ações de prevenção com populações específicas (usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, entre outros) eram realizadas pelas Organizações da Sociedade Civil e selecionados diretamente pelo PN AIDS, através de editais de seleção (World Bank 2004a). Os dados do quadro 1 referem-se ao número de projetos financiados pelo PN AIDS para OSC e os valores referentes a esses projetos no período 1999-2007. Observa-se que o gasto médio com esses projetos variou entre 15 e 23 mil reais, sendo as principais organizações responsáveis pela implementação dessas ações as OSC e os organismos municipais (Quadro 2).

**Quadro 1. Número de projetos financiados para OSC segundo valor total e médio. Dados referentes a 9415 projetos\*. Brasil, 2007.**

Ano	N	valor total	valor médio	valor	
				mínimo	máximo
1999	678	10.415.973,72	15362,79	154,64	161036,09
2000	1025	17.538.626,09	17110,85	154,56	1163394,65
2001	1333	24.468.213,78	18355,75	165,68	205650,46
2002	2188	36.185.201,54	16538,03	176,38	191224,83
2003	1362	32.082.259,73	23555,26	170,43	153399,72
2004	678	16.643.963,97	24548,62	153,90	137421,62
2005	1066	26.177.813,14	24557,05	181,03	5854525,85
2006	691	19.554.232,42	28298,46	153,81	1137503,40
2007	394	9.214.027,70	23385,86	243,10	209450,42

Fonte: PN AIDS, 2007.

\* Exclui 54 projetos com valores inferiores a 150 reais.

Valores reais

**Quadro 2. Tipo de instituição executora. Dados referentes a 9415 projetos\*. Brasil, 2007.**

Instituição	N	%
Não especificado	214	2,27
Fundação – Privada	4	0,04
Fundação – Pública	535	5,68
Instituto de Pesquisa	25	0,27
Secretaria Estadual de Saúde	470	4,99
Governo Federal	37	0,39
Agência Internacional	8	0,08
Secretaria Municipal de Saúde	1334	14,17
Organização de Sociedade Civil	6375	67,71
Universidade	413	4,39
Total	9415	100,00

Fonte: PN AIDS, 2007.

\* Exclui 54 projetos com valores inferiores a 150 reais.

Cabe aqui uma observação importante. Entre 1991 e 2001, o SUS se institucionalizou, com a discussão acerca das formas de transferência dos recursos para as instâncias subnacionais (Levcovitz et al. 2001). Por contar com um acordo de empréstimo externo, que apresentava regras próprias de transferência (transferência convencional), atreladas as exigências do Banco Mundial, o Programa Nacional de AIDS ficou “à margem” dessa discussão (Taglietta 2006).

O papel do Programa Nacional de AIDS é emitir normas gerais da política de combate ao HIV/AIDS para os serviços nos diversos níveis da esfera governamental, sendo ainda responsável pela provisão de suprimentos estratégicos, como anti-retrovirais e testes de carga viral e de contagem de linfócitos CD4 (Melchior et al. 2006; Nemes et al. 2004; Portela & Lotrowska 2006). A política de AIDS não se restringe ao Programa de AIDS e ao Ministério da Saúde. Outros Ministérios, como, por exemplo, o Ministério da Educação, desenvolvem também ações de prevenção. O Ministério das Relações Exteriores representa os interesses do governo brasileiro sobre a política nacional de combate ao HIV/AIDS no exterior.

Entretanto, a efetivação dessas ações depende do compromisso dos gestores locais. Por exemplo, segundo a política de distribuição de medicamentos, cabe à esfera federal a compra dos ARV e às esferas municipal/estadual a compra dos demais (Deliberação CIB nº 107/2002). Há uma elevada interrupção na disponibilidade de medicamentos para a profilaxia e tratamento de infecções oportunistas, cuja aquisição e distribuição fica a cargo dos governos estaduais e municipais (Melchior et al. 2006). Outro exemplo apontado pelas autoras refere-se à disponibilidade de exames laboratoriais, onde os exames mais dependentes da rede de referência do SUS estão menos disponíveis.

Em 2002, o terceiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial enfatizava a descentralização do financiamento e das ações do programa para estados e municípios, em consonância com a política nacional de saúde (World Bank 2003). Através de uma decisão conjunta de representantes do Programa Nacional de AIDS, do Ministério da

Saúde, das instâncias estaduais e municipais e, da sociedade civil, concluiu-se que o mecanismo de “Incentivo” era o mais adequado para transferência (Taglietta 2006).

O termo “incentivo” refere-se a programas estratégicos e com recursos federais “carimbados” classificando a sua destinação. Por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família; Programa da Farmácia Básica; Saúde da Mulher e Saúde da Criança. Nesse sentido, Marques e Mendes (2003: 406) ressaltam que:

“ (...) chama atenção o fato de aumentar, a cada ano, o número de itens "carimbados", para os quais se destinam os recursos federais. Para se ter uma idéia, o Datasus registra, para 1997, apenas cinco tipos de despesa; para 1998, catorze; para 1999, 33; para 2000, 43; e, para 2001, o número de itens registrados atinge a cifra de 77. Esse crescimento dos itens de despesa não assume apenas seu aspecto contábil. Trata-se de recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, para o município ser merecedor dos recursos, é condição a implementação da política. Para ilustrar mais uma vez o nível de detalhamento e "engessamento" que está ocorrendo com os recursos federais repassados para os municípios, somente no ano de 2001, foram criados 25 itens como desdobramento das transferências para ações estratégicas. Essas ações compreendem, entre outras, campanha de oftalmologia, cirurgias de alta frequência, cirurgias eletivas, câncer de colo uterino, deficiência auditiva escolar, e deformidade crânio-facial. Para esse conjunto de ações estratégicas foram destinados, em 2001, 0,91% dos recursos federais gastos com ações e serviços de saúde. Embora esse percentual possa ser considerado pequeno, é indicativo do aprofundamento da política de financiamento da saúde assumida pelo governo federal nos últimos anos.”

Ainda nesse sentido, Lima (2007), afirma que é possível observar uma tendência crescente do Ministério da Saúde em vincular recursos transferidos a determinados programas e políticas definidos no âmbito nacional como forma de aumentar seu poder indutor e regulador sobre o sistema. Esses instrumentos “incentivam” políticas ou práticas aplicadas aos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviço. Essa característica remete novamente à autonomia do gestor local em estabelecer políticas voltadas para sua realidade.

O incentivo do Programa de AIDS foi baseado nos moldes que compõe o Piso da Atenção Básica (PAB) e foi aprovado em todas as instâncias de pactuação do SUS e conselhos de representação dos gestores. A principal diferença do Incentivo da AIDS para os demais incentivos é que o PN AIDS selecionou os estados e municípios que receberiam o recurso e estes deveriam se qualificar para tal (Taglietta 2006). A qualificação baseou-se na magnitude da epidemia no estado ou município; na capacidade de planejamento das ações em HIV/AIDS pelo gestor local do SUS; no estabelecimento de ações e metas de acordo com as características locais da epidemia de AIDS; e no processo de descentralização e regionalização, implementados com base na NOB/96 e na NOAS/02:

“O principal objetivo do Programa Nacional de AIDS (PN AIDS/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde) era a inversão do enfoque da programação e acompanhamento, até então majoritariamente financeiro, para ênfase no acompanhamento físico das ações executadas. Dessa forma é possível monitorar e avaliar a mudança no perfil da epidemia, uma vez que a execução de recursos financeiros não representa necessariamente maior ou menor resposta no enfrentamento da epidemia” (Taglietta 2006:50).

Com isso, os recursos do Programa de AIDS passaram a ser efetivamente transferidos para os 26 estados, Distrito Federal e para 456 dos mais de 5000 municípios brasileiros, localidades onde a epidemia de AIDS estava concentrada. Atualmente, são investidos aproximadamente R\$ 125,7 milhões, sendo R\$ 101,3 milhões destinados às ações das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, R\$ 22 milhões para organizações da sociedade civil e R\$ 2,4 milhões para a disponibilização de fórmula infantil, alternativa ao leite materno, para as crianças verticalmente expostas ao HIV, filhas de mães soropositivas (PN AIDS 2008).

Cabe ressaltar que os municípios não possuem obrigação de repassar os recursos para OSC. Porém, podem fazê-lo, caso queiram, sem valor determinado. Além disso, as alterações da programação proposta no PAM somente são possíveis mediante revisão das ações e metas e reapresentação ao Conselho de Saúde local, à Comissão Intergestores Bipartite - CIB e novamente à Comissão Intergestores Tripartite – CIT (Portaria Nº 1.071/2003).

As orientações para elaboração do PAM 2008 expressam claramente a necessidade de integração das ações com os demais serviços de saúde locais e a sustentabilidade das ações promovidas pelas OSC:

“Os gestores estaduais e municipais deverão se comprometer com o processo de descentralização dos projetos que estão sob a gestão financeira do PN-ST/Aids/SVS/MS e incluí-los na dinâmica estadual e nas relações com os municípios. Apoiar ações e projetos que visem a capacitação de pessoas que atuam nas OSC, sejam voluntárias ou remuneradas em seu quadro de recursos humanos, visando a sua gestão e sustentabilidade. Apoiar ações e projetos que contribuam na manutenção da estrutura organizacional.” (MS 2008:29)

O Quadro 3 compara os dois instrumentos jurídicos para transferência dos recursos adotados pelo Programa Nacional de Aids para os estados e municípios brasileiros no período 1994-2008. Recentemente foram realizados estudos sobre o período de transição do mecanismo convencional para a transferência fundo-a-fundo dos recursos do PN Aids (Taglietta 2006; Pires 2006; Silva 2006; Barbosa 2006).

**Quadro 3. Instrumentos jurídicos para transferência dos recursos do Programa Nacional de Aids para os estados e municípios brasileiros.**

	<b>Convênio (1994-2002)</b>	<b>Incentivo (2003-2008)</b>
Controle da execução financeira	Normas do Banco Mundial e instrução normativa 01/97 da Legislação Brasileira	Lei Federal 8666 e suas complementares
Distribuição do orçamento	Categoria de despesa, nas quais as despesas podem ser agrupadas em mais de uma natureza de despesa.	Orçamento público distribuído por natureza de despesa
Seleção dos estados e municípios	Os estados e municípios foram selecionados com base em critérios epidemiológicos e capacidade de implementação: recursos humanos adequados e co-financiamentos das ações dentro do sistema de saúde. Além disso tinham que assinar um contrato com o Ministério da Saúde concordando com os termos da transferência e apresentar o Plano Operacional Anual (POA) a ser aprovado pelo Banco Mundial.	Qualificação dos estados e municípios baseados na magnitude local da epidemia; na capacidade de planejamento das ações em HIV/Aids pelo gestor local; no estabelecimento de ações e metas de acordo com as características locais da epidemia; e no processo de descentralização e regionalização implementados com base na NOB/96 e na NOAS/02
Cobertura nas unidades da Federação	26 estados, Distrito Federal e 150 municípios estratégicos	26 estados, Distrito Federal e 410 municípios qualificados
Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40,47% em relação à população brasileira</li> <li>• 68,49%. em relação aos casos de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 54,52% em relação à população brasileira</li> <li>• 91,49% em relação aos casos</li> </ul>



	AIDS notificados	de AIDS notificados
Monitoramento da execução financeira	Sistema de informação utilizado para programação dos POA (Sistema de acompanhamento físico-financeiro – SIAFFO e Sistema de informação em AIDS – SIAIDS). O preenchimento não era obrigatório e não havia nenhuma penalidade imposta ao não preenchimento desse módulo. Além disso, os estados e municípios deveriam apresentar um relatório de despesas e pagamentos efetuados para o Banco Mundial, chamado de <i>Statement of expenditure</i> – SOE.	Monitoramento feito através do Sistema de Monitoramento dos PAM. As penalidades previstas na Portaria 1679/2004 estão relacionadas ao bloqueio do recurso e desqualificação para recebimento do recurso, ficando a responsabilidade pelas ações para o nível governamental imediatamente acima (conforme previsto na Lei 8080/90)
Instrumento de Programação	Plano Operativo Anual (POA) – plano de trabalho, onde eram definidos os passos para execução financeira. Os níveis de agregação eram: atividades, produtos, itens de subcomponente, subcomponentes, componentes, objetivos gerais e específicos. Todos os produtos eram pré-selecionados obedecendo a lógica do acordo de empréstimo com o Banco Mundial (Brasil 1999). Esses componentes eram então traduzidos em um plano de trabalho com metas e programação financeira (categorias de despesas) e agrupadas em natureza de despesa (rubrica).	Plano de Ações e Metas (PAM). Não tem como objetivo a elaboração de um plano de trabalho, mas sim programar as ações e metas a serem realizadas e alcançadas. Os níveis de agregação são: Promoção, prevenção e proteção; diagnóstico, tratamento e assistência; desenvolvimento institucional e gestão; parceira com organizações da sociedade civil (obrigatória apenas para estados e DF).
Programação financeira	Teto financeiro para cada categoria de despesa.	Não há tetos financeiros para os elementos de despesa.

Fonte: Adaptado da dissertação de mestrado profissional de Taglietta (2006); Banco Mundial 2004.

O Pacto de Gestão em 2006 (Portarias N° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e N° 699/GM, de 30 de março de 2006) buscou, entre outros, integrar as várias formas do repasse de recursos federais para estados e municípios em blocos de financiamento, radicalizando o processo de descentralização do SUS. Foge ao escopo desta tese discutir as implicações institucionais e o impacto mais amplos dessa política nas ações de combate a AIDS. O último capítulo desse estudo aprofunda o debate da descentralização sob a óptica específica dos projetos de prevenção com usuários de drogas injetáveis realizados por OSC e as implicações dessa política para o estado do Rio de Janeiro.

Anexo

**Quadro 4. Divisão dos três Poderes**

	Federal	Subnacional		
		Estadual	Municipal	Sub/supramunicipal
<b>Executivo</b>	<i>Presidente e vice presidente</i> , eleições gerais, eleitos pela maioria dos votos, com direito a segundo turno se nenhum candidato obtiver mais de 50% dos votos, 1 reeleição permitida, 4 anos de mandato.	26 estados e Distrito Federal, <i>governador e vice-governador</i> , eleições gerais, eleitos pela maioria dos votos, com direito a segundo turno se nenhum candidato obtiver mais de 50% dos votos, 1 reeleição permitida, 4 anos de mandato.	5592 municípios, <i>prefeito e vice-prefeito</i> , eleitos pela maioria dos votos, com direito a segundo turno caso nenhum candidato obtiver mais de 50% dos votos nos municípios com mais de 200 mil hab e por maioria simples naqueles com menos de 200 mil hab, 1 reeleição permitida, 4 anos de mandato.	<i>Consórcios intermunicipais</i> (arranjos entre municípios em assuntos de interesse comum). Dependem dos interesses negociados e recursos disponíveis. Presentes em algumas regiões metropolitanas, mas não são eleitos (criado pelas assembleias legislativas)
<b>Legislativo</b>	Bicameral: <i>Câmara dos Deputados</i> , 513 membros proporcionais à população de cada estado, porém, com um mínimo de 8 e um máximo de 70 por unidade da federação; mandato de 4 anos, eleitos pela população do estado, representação proporcional de lista aberta; reeleição permitida. <i>Senado</i> , 81 membros, 3 por estado e DF, mandato de 8 anos, eleitos pela população do estado; representação proporcional de lista aberta, reeleição permitida. 1/3 e 2/3 renovados em períodos alternados de 4 anos.	<i>Assembleia Legislativa</i> : tamanho determinado pela Constituição Federal, baseado no número de deputados federais. mandato de 4 anos, representação proporcional através de lista aberta, reeleição permitida.	<i>Câmara de Vereadores</i> : tamanho determinado pela Constituição Federal, com composição que varia de 9-21 em municípios com mais de 1 milhão de hab, 33-41 em municípios com 1-5 milhões de hab a 42-55 em municípios com mais de 5 milhões de hab; mandato de 4 anos, representação proporcional através de lista aberta, reeleição permitida.	Arranjos <i>ad hoc</i> decididos localmente
<b>Judiciário</b>	<i>Supremo Tribunal Federal</i> : 11 ministros, nomeados pelo presidente, confirmados pelo Senado através de maioria absoluta, idade entre 33-65 anos e com uma forte reputação Legal, aposentadoria compulsória aos 70 anos ou voluntária após 30 anos de serviço, e pelo menos 5 no judiciário.  <i>Superior Tribunal de Justiça</i> : 33 ministros, nomeados pelo presidente e confirmados pelo Senado. São oriundos de diferentes áreas do judiciário federal e estadual, advogados e	<i>Tribunal de Justiça</i> . Número de desembargadores varia de acordo com a constituição do estado.  <i>Tribunal de Contas Estadual</i> . Com legislação própria, mas em harmonia com as normas do Tribunal de Contas da União em termos de organização, composição e controle.  <i>Tribunais regionais</i> do sistema Federal (Justiça, Trabalho e Eleitoral)	Art 31 da Constituição Federal proíbe a criação de Tribunais de Contas Municipais. A supervisão e controle das contas municipais estão a cargo da Secretaria de Contas Municipais.	

	<p>procuradoria pública.</p> <p><i>Tribunal Superior do Trabalho:</i> 27 ministros, nomeados pelo presidente, confirmados pelo Senado e oriundos de diversas áreas.</p> <p><i>Tribunal Superior Eleitoral:</i> 7 ministros (3 votados pelo STF, 2 pelo STJ e 2 nomeados pelo presidente)</p> <p><i>Tribunal de Contas da União:</i> 9 ministros (1/3 nomeado pelo presidente e 2/3 pelo congresso)</p>			
--	--	--	--	--

Fonte: Wilson et al. Governance in the Americas: decentralization, democracy and subnational government in Brazil, Mexico and the USA. Indiana: University of Notre Dame Press, 2008.

## Capítulo II – Políticas públicas em HIV/AIDS e uso de drogas no Brasil, 1995-2007

O presente capítulo traça uma crônica das políticas públicas de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis entre 1995 e 2007 no Brasil. Analisam-se, sucessivamente, os padrões de consumo de drogas no país, o desafio colocado pela emergência da epidemia de HIV/AIDS na população de usuários de drogas e a resposta brasileira.

### Padrões de consumo de drogas no Brasil

O consumo de drogas está imerso em um emaranhado de fenômenos sociais, culturais e individuais, que o determinam e modulam. É também importante reconhecer que os danos decorrentes desse uso não se limitam à saúde individual, mas se estendem à saúde pública de forma mais abrangente, em termos de bem-estar coletivo, isso além dos efeitos que o tráfico de drogas e as políticas de drogas podem determinar em termos do próprio tecido social, como no caso do impacto dos confrontos violentos em torno do tráfico de drogas sobre as taxas de mortalidade nas grandes cidades brasileiras e diversas metrópoles latino-americanas (Bastos et al., 2007).

O atual cenário brasileiro de uso de drogas vem experimentando alterações substanciais, coma a dinâmica transição entre vias de uso de drogas como a cocaína (Dunn & Laranjeira 1999). Nos últimos anos, observou-se uma redução expressiva no consumo de cocaína injetável. Inicialmente, este consumo não havia experimentado uma redução em diversas localidades situadas em Santa Catarina e Rio Grande do Sul (havendo mesmo aumentado, em localidades específicas) (Bastos et al. 2005; Hacker et al. 2006). Em anos mais recentes, entretanto, mesmo nessas localidades, observa-se um declínio no uso de cocaína injetável (Inciardi et al. 2006). Por outro lado, vem sendo observado um aumento progressivo do consumo de cocaína sob a forma de pó (aspirada) e de pedras de *crack* (fumado ou, muito eventualmente, injetado) (Inciardi et al., 2006), além da entrada em cena de diversas substâncias novas, como as “drogas sintéticas” (“design drugs”) (Battisti et al. 2006), além

da disseminação do consumo de drogas de uso tradicional, como os solventes à base de tolueno (Thiessen & Barros 2004).

Segundo dados da Pesquisa Domiciliar realizada pelo Cebrid (2005), a prevalência de uso na vida de cocaína nas 108 maiores cidades do país foi de 2,9%, prevalência esta próxima aos dados registrados na Alemanha (3,2%), porém bastante inferiores aos EUA, com 14,2%, e algo inferiores aos do Chile, com 5,3%. A Região Sudeste foi aquela onde se verificaram as maiores prevalências de consumo na vida (3,7%), sendo a menor prevalência registrada na região Norte, com uma prevalência de, aproximadamente, 1% (Cebrid 2005).

A cocaína e alguns de seus derivados são produzidos em países vizinhos (Bolívia, Colômbia e Peru) e posteriormente traficados para o Brasil (UNODC 2007). O *crack* é produzido, em geral, localmente, a partir da pasta de coca ou da pasta base da cocaína. A prevalência de uso de *crack* na vida no Brasil aumentou de 0,4% para 0,8%, entre 2001 e 2005 (UNODC 2007).

Por outro lado, a maconha é cultivada no Brasil, em regiões conhecidas como o Polígono da Maconha (Nordeste) e, de forma mais difusa e menos pronunciada, em diversas outras regiões, como em comunidades de plantadores nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Dados da pesquisa do Cebrid/Senad apontam que a prevalência de uso de maconha na vida foi mais elevada na Região Sudeste (10,3%). Esta é também a droga ilícita mais frequentemente utilizada pelos estudantes entrevistados pela pesquisa Cebrid (2005), com 65,1% das respostas.

Atualmente, o Brasil é o maior mercado de opiáceos na América do Sul (600.000 pessoas, ou 0,5% da população geral entre 12-65 anos). Neste grupo, a substância mais frequente consumida são os opiáceos sintéticos, visto que a prevalência global do uso de heroína é inferior a 0,05% (UNODC 2007). As anfetaminas consumidas no país são principalmente trazidas da Europa e da Argentina e são habitualmente utilizadas por caminhoneiros brasileiros, sob a forma de misturas de estimulantes de composição variável, conhecidas como “rebite” (Malta et al. 2006).

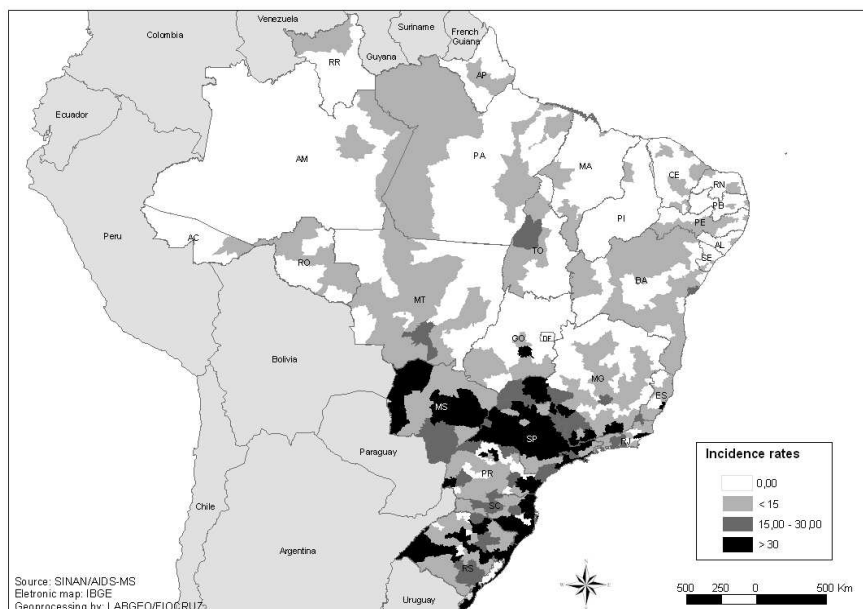
Segundo dados do relatório do escritório regional da UNODC no Brasil (UNODC 2008), o país continua a ser usado como rota de tráfico de drogas provenientes da Colômbia, Bolívia e Peru, destinada aos Estados Unidos e a Europa, com frequência crescente, via África, dada a pressão sobre as rotas mais tradicionais, como a transcaribenha, rumo ao litoral da Flórida. Esse pode ser um fator relevante para o aumento do consumo de drogas em regiões por onde a droga transita. Análises da distribuição regional do uso de cocaína mostram que o Sudeste e o Sul são as regiões mais afetadas, enquanto o Nordeste e o Norte registram um consumo mais moderado. É importante ressaltar que o número de usuários de cocaína (dentre eles, ainda que em minoria, de cocaína injetável) e de casos de HIV/AIDS notificados é bem mais elevado nas regiões em que a droga transita, do que nas demais áreas do país (Hacker et al., 2006), seguindo um padrão já descrito na Ásia, com relação aos opiáceos, especialmente a heroína injetável (Beyrer et al 2000).

#### Perfil da epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil

A epidemia do HIV/AIDS no Brasil é bastante heterogênea, variando de acordo com a região geográfica e subpopulações afetadas.

A droga de escolha da população de usuários de drogas injetáveis no Brasil é a cocaína (Carvalho et al. 1996; Telles et al. 1997; Caiaffa 2001). A partir dos anos 90, o tráfico e o consumo de cocaína e a disseminação do HIV/AIDS e outras infecções de transmissão sanguínea entre UDI mostram-se especialmente relevantes em algumas regiões do país (Sudeste, Sul, parte meridional do Nordeste e parte do Centro-oeste) (Caiaffa et al. 2003; Hacker et al. 2006), afetando, expressivamente, nessas regiões, populações residentes, não apenas nas principais áreas metropolitanas, como também em municípios de médio porte (Szwarcwald et al. 2000; Hacker et al. 2006) (Figura 2). Alguns municípios no litoral de Santa Catarina e Rio Grande do Sul — entre eles Itajaí e Balneário de Camburiú — registraram, ao longo da segunda metade da década de 1990 e início da presente década, mais de 50% de todos os casos de Aids entre UDI (Bastos et al. 2002) (Figura 1), com um declínio expressivo em anos recentes.

**Figura 2. Incidência acumulada de AIDS (por 100.000 habitantes) entre UDI. Brasil, 1984-2000.**



Fonte: Hacker et al. 2006

Além da infecção pelo HIV, outras infecções/doenças de transmissão sanguínea 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 HTLV/II, endêmica na Bahia, além do histórico de surtos de malária transmitida por equipamentos de injeção compartilhados (Bastos et al. 1999).

Em um estudo multicêntrico, coordenado pela Organização Mundial de Saúde, entre 1999-2001, evidenciou-se uma redução substancial das taxas de infecção para o HIV, de 25% (Guimarães et al. 2001), para, aproximadamente, 8%, no Rio de Janeiro, em paralelo ao declínio das taxas de infecção referentes a outros patógenos, como os vírus das hepatites B e C (Hacker et al. 2005; Bastos et al. 2005). Declínio de natureza similar foi igualmente observado em duas outras cidades brasileiras onde o estudo foi desenvolvido: Santos, São Paulo, e Salvador, Bahia (Mesquita. 2003; MS 2001).

As razões para o declínio observado nas três cidades compreendem a saturação desse segmento populacional, cujo contingente de suscetíveis é relativamente restrito (Walker et al. 2004), transformações na cena de uso, privilegiando o uso não injetável da cocaína (Mesquita et al. 2003; Inciardi et al. 2006), a mudança espontânea do comportamento dos UDI (no sentido de comportamentos mais seguros) (Hacker et al. 2005; Inciardi et al. 2006) e o papel de programas de prevenção, apoiando os usuários de drogas e reforçando sua mudança comportamental no sentido de práticas de menor risco (Bastos et al. 2005).

Entretanto, a região Sul e o Centro-Oeste ainda apresentam um quadro preocupante, a despeito da implementação dos programas de troca de seringas, ao longo dos anos 90. A prevalência do HIV não declinou nos estados do Sul do Brasil e, pelo contrário, até muito recentemente, estudos indicavam um aumento das taxas de infecção pelo HIV em cidades como Porto Alegre (Caiaffa et al. 2003, Hacker et al. 2006). Uma possível hipótese para a progressão da epidemia nessas regiões ao longo de vários anos refere-se à dificuldade em operacionalizar os programas de troca de seringas nessas regiões e a limitação da sua cobertura (Bastos et al. 2006).

Em suma, a epidemia de AIDS entre UDI no Brasil tem lugar em um cenário complexo e em constante transformação, tanto em relação ao tráfico e consumo de drogas, como à disseminação do HIV em populações e localidades específicas (Szwarcwald et al. 2000). 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, como é o caso da maioria de municípios da região sudeste.

### Marcos iniciais das políticas de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas

O primeiro caso de infecção pelo HIV entre UDI, no Brasil, foi registrado no Estado de São Paulo, em 1982. Na cidade de Santos, em 1989, mais de 50% dos casos de AIDS tinham como forma de transmissão o compartilhamento de equipamentos de injeção pelos UDI



(Mesquita 1998). Uma das alternativas para melhorar a prevenção e assistência a essa população seria (e é) a implantação de programas de redução de danos, que vinham ganhando destaque no cenário internacional desde o início da década de 80.

A primeira tentativa de implantar as estratégias de redução de danos no Brasil ocorreu na cidade de Santos, São Paulo, em 1989. Porém, à época, o Ministério Público de São Paulo entrou com ações cíveis e criminais contra os formuladores do programa e da prefeitura de Santos. O argumento legal se baseou na Lei 6368/76, então vigente. Os promotores interpretaram as iniciativas de troca de seringas como uma forma de “estimular o consumo de drogas” (Mesquita 1998).

O ano de 1990 assinala o início de uma série de pesquisas que buscavam avaliar a situação da epidemia de AIDS entre os UDI no Brasil. A partir deste ano, teve lugar a primeira fase do Estudo Multicêntrico da Organização Mundial de Saúde, envolvendo treze cidades no mundo (Stimson et al. 1998).

Entre elas estavam o Rio de Janeiro e Santos. Essa pesquisa permitiu obter dados sobre o perfil do UDI e do HIV/AIDS nestas duas cidades. Os dados coletados foram importantes para a formulação das estratégias locais e nacionais de redução de danos (Bueno & Mesquita 2000).

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

O primeiro programa brasileiro de troca de seringas (PTS) foi efetivamente implantado em Salvador, Bahia, em março de 1995. O programa teve início com uma série de ações preventivas voltadas para os UDI, mais tarde consolidadas no primeiro programa brasileiro de Redução de Danos. O Programa foi fundado por profissionais do Centro de Estudos e

Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), um serviço de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, com o apoio técnico e financeiro da Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos da Bahia (Andrade et al. 2001; Andrade et al. 2001a). Além disso, foram realizadas capacitações com policiais e a mídia local publicou artigos com entrevistas com usuários de drogas, profissionais de saúde e grupos religiosos. Após seis meses de funcionamento, o programa recebeu a visita de um representante do Programa Nacional de AIDS/Ministério da Saúde. Baseado nessa visita, a representante se mostrou sensibilizada com a questão e então inicia-se o esforço – com o apoio do governo federal – de implantar esses programas em outros estados (Andrade et al. 2001a).

O sistema de governo federalista permite aos municípios implantar ações inovadoras de saúde que, se bem sucedidas, podem ser replicadas a outros estados e municípios. Um outro exemplo disso é o Programa de Saúde na Família (PSF). A gênese do PSF foram as experiências de práticas de saúde com os agentes comunitários, que vinham sendo desenvolvidas de forma focalizada em algumas regiões do país (nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, neste se constituindo como uma política estadual) e, em seguida, institucionalizado pelo Ministério da Saúde (Viana & Dal Poz 2005).

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

Os programas paulistas passaram a funcionar na clandestinidade, assim como outros programas, em várias cidades brasileiras, sofrendo com isso diversas conseqüências negativas, como, por exemplo, a apreensão de material usado para prevenção e retaliação por parte dos policiais (Bueno, 1998).

O primeiro empréstimo do Banco Mundial, destinado ao combate da epidemia, foi assinado em 1993 e, gradualmente, impulsionou o movimento de redução de danos no país, vencidas as resistências iniciais. A esses recursos, cabe acrescentar 10 milhões de dólares (doados a fundo perdido), do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional das Drogas (UNDCP), com o objetivo específico de prevenir a epidemia de AIDS entre os UDI. Esses financiamentos serviram para apoiar as iniciativas de redução de danos em todo o país.

O Banco Mundial foi um forte incentivador dessas ações. A principal motivação dos gestores do Banco foram os estudos e pesquisas que comprovavam que as estratégias de prevenção à AIDS entre populações vulneráveis seriam mais custo-efetivas que ações de tratamento e cuidado de pacientes vivendo com HIV/AIDS (World Bank 1997). Estudos comprovaram o custo-efetividade dos PTS na redução da transmissão da hepatite C (Pollack 2001), na redução da transmissão do HIV/AIDS (Monterroso et al. 2000; Des Jarlais 1996) e na redução de comportamentos de risco (Bluthenthal et al. 1998; Singer et al. 1997) dos usuários acessados pelos PRD.

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

Durante a organização da conferência, em 1997, iniciou-se um processo de articulação nacional de profissionais que trabalhavam com redução de danos. Nessas reuniões foram criadas duas associações de redutores de danos<sup>6</sup>: uma no estado de São Paulo, a Associação Paulista de Redutores de Danos – APRENDA, e outra nacional, a Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA. Nesta mesma época estava sendo formulada a proposta de constituir uma Associação Latino-Americana de RD, congregando as ONG de todo o

---

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

Continente (Bueno 1998). Em março deste mesmo ano foi aprovada a primeira Lei Estadual de Redução de Danos, em São Paulo (Lei Estadual nº 9.758/97).

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

**Implantação dos projetos de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis no âmbito do acordo de empréstimo com o Banco Mundial**

Os programas de troca de seringas, financiados pelo Ministério da Saúde, foram implantados, majoritariamente, através das ONG. A principal vantagem era a flexibilidade dessas organizações para desenvolver ações inovadoras de troca de seringas e estratégias de prevenção a AIDS com usuários de drogas frente às resistências e dificuldades encontradas no âmbito do próprio Estado. Essa população, altamente marginalizada, dificilmente teria acesso aos serviços de saúde por intermédio dos meios convencionais de porta de entrada no SUS. Dados da Tabela 2 sugerem que aproximadamente 57% desses projetos foram implementados através de organizações não-governamentais e, aproximadamente 33%, por organismos municipais.

Por outro lado, de modo a garantir a continuidade dessas ações, os coordenadores de projetos tinham de, constantemente, disputar novos recursos. Os dados da tabela 3 indicam que a grande maioria dos projetos tinha duração de 1 a 2 anos (98%). A contratação de serviços através das ONGs, a despeito das vantagens acima mencionadas, pode determinar uma série de dilemas (Smith 2005), como, por exemplo, a dificuldade de monitoramento

das ações; a obscura estrutura de governança (diferente das organizações com fins lucrativos que contam com acionistas e/ou um comitê diretor); a dificuldade de sustentar financeiramente e com infraestrutura adequada as ações em curso; e a possibilidade de fragmentação, que pode levar a uma sobreposição de programas.

**Tabela 2. Distribuição dos projetos voltados para população de usuários de drogas e drogas injetáveis por tipo de instituição responsável. Brasil, 1999-2007 (dados referentes a 822 projetos\*)**

Tipo de instituição	N	%
ONG	466	56,69
Secretaria Municipal de Saúde	267	32,48
Secretaria Estadual de Saúde	54	6,57
Fundação Pública	18	2,19
Universidade	14	1,70
Organismo Federal	3	0,36
Total	822	100,00

Fonte: Programa Nacional de AIDS, Ministério da Saúde, 2006.

\*Exclui 8 projetos com dados faltantes

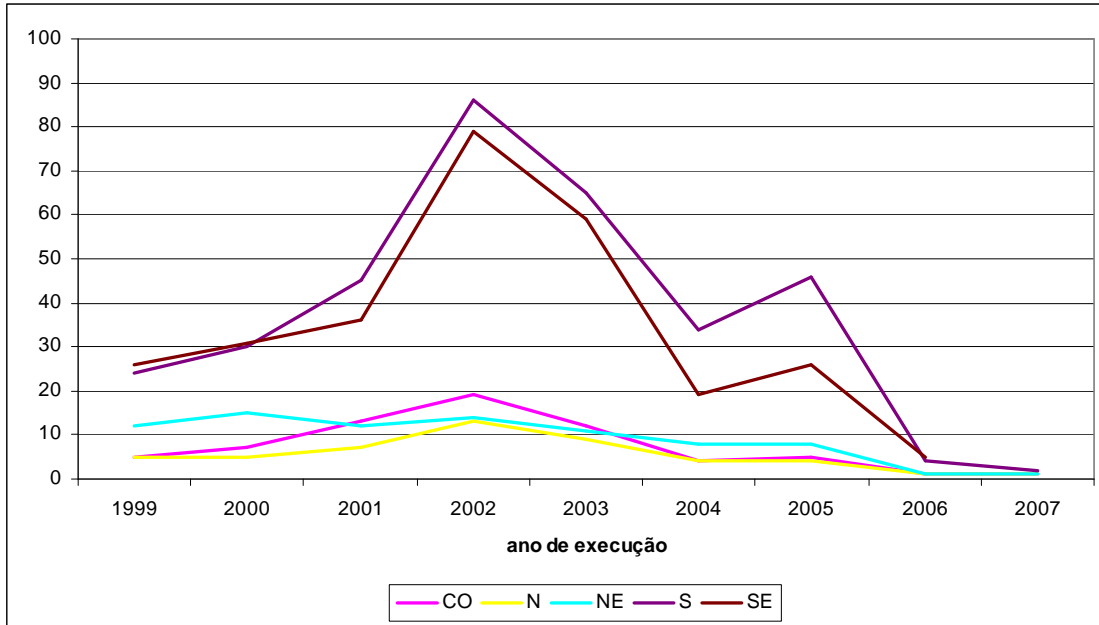
**Tabela 3. Distribuição dos projetos voltados para a população de usuários de drogas e drogas injetáveis por período de execução. Brasil, 1999-2007 (dados referentes a 830 projetos)**

Execução	N	%
Ano 1	399	48,07
Ano 2	332	40,00
Ano 3	78	9,40
Ano 4	18	2,17
Ano 5	3	0,36
Total	830	100,00

Fonte: Programa Nacional de AIDS, Ministério da Saúde, 2006.

O maior número de projetos para prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis foram implementados nas Regiões Sul e Sudeste (Figura 3). Observa-se um aumento progressivo do número de projetos financiados entre 1999 e 2002, seguidos por um declínio significativo no período 2002-2004, o que poderia ser parcialmente explicado pela política de descentralização das ações do Programa Nacional de DST/AIDS (tema discutido na seção subsequente), além de uma possível perda de ímpeto e fragmentação do movimento de RD no país. Esses projetos passaram a ser financiados pelos estados e municípios, em 2002. O gasto médio com os programas de redução de danos variou de R\$ 10 mil a 50 mil ao longo do período 1999-2005 (Figura 4).

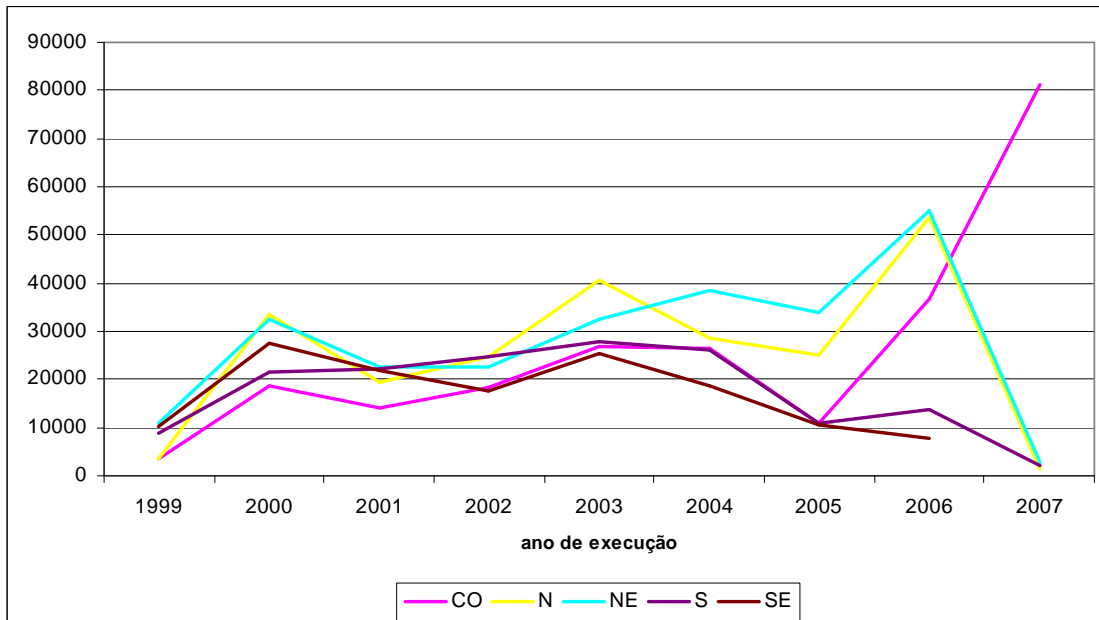
**Figura 3. Evolução do número de projetos para população de usuários de drogas e drogas injetáveis financiados pelo PN AIDS por ano de execução segundo Região Geográfica. Brasil, 1999-2007 (dados referentes a 815 projetos)\*.**



Fonte: Programa Nacional de AIDS, Ministério da Saúde, 2006.

\*Exclui 15 projetos com dados faltantes (*missing data*)

**Figura 4. Evolução do gasto médio com projetos para população de usuários de drogas e drogas injetáveis financiados pelo PN AIDS por ano de execução segundo Região Geográfica. Brasil, 1999-2007 (dados referentes a 815 projetos)\*.**



Fonte: Programa Nacional de AIDS, Ministério da Saúde, 2006.

\*Exclui 15 projetos com dados faltantes (*missing data*)

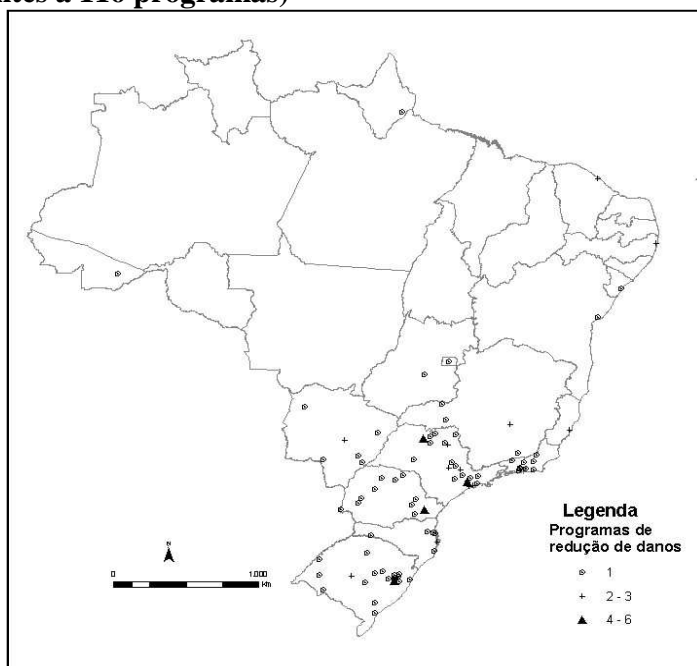
Valores reais

## Descentralização dos projetos de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis

Um estudo sobre a implementação de PRD no Brasil, realizado em 2004, indica que a localização geográfica desses programas obedecia, *grosso modo*, à mesma lógica espacial da epidemia de AIDS entre UDI – vide Figura 5 (Fonseca et al. 2006).

As estratégias de redução de danos no Brasil foram claramente uma política de saúde implementada “de cima-para baixo”, com forte indução do governo federal, ao contrário do que ocorreu em outros países, como a Holanda, onde essas iniciativas partiram dos próprios usuários de drogas. O Ministério da Saúde centralizou a implementação dos programas até 2002 (Fonseca et al. 2007).

**Figura 5. Localização dos PRD no Brasil, por município e estado. Brasil, 2004 (dados referentes a 116 programas)**



Fonte: Fonseca et al. 2006

Como parte do processo de descentralização das ações e do financiamento do Programa Nacional de AIDS, os projetos de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis foram devolvidos a estados e municípios. Esses projetos passariam, em tese, a integrar o

Plano de Ações e Metas (PAM) dos estados ou municípios, com componente das ações para populações vulneráveis, ou através da contratação desses serviços pelas Organizações Não-Governamentais (de acordo com as regras de transferência do Incentivo, 10% do valor deveria ser, obrigatoriamente, repassado às OSC de cada Unidade da Federação).

Dados da Tabela 4 apresentam o número e valor total de projetos financiados através da transferência de recursos para OSC via editais de seleção dos estados, em 2005 (PN AIDS 2008a). As organizações da sociedade civil dos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Santa Catarina e São Paulo foram as mais bem-sucedidas em garantir recursos para suas ações, apesar do número reduzido de programas em operação naqueles locais. É interessante notar que, no estado do Rio Grande do Sul, onde a epidemia de AIDS entre usuário de drogas ainda representava então um grave problema de saúde pública, foi selecionado um único projeto direcionado à prevenção a AIDS entre UDI.

**Tabela 4. Distribuição dos projetos (Número e valor total\*) financiados através da transferência de recursos para OSC via editais de seleção dos estados, segundo UF. Brasil, 2005.**

	N	Valor
AP	1	23.223,60
BA	1	31.380,00
CE	1	22.290,00
ES	2	<b>76.612,86</b>
GO	1	25.000,00
MA	1	45.000,00
MG	2	<b>92.078,96</b>
MS	1	30.622,00
PA	1	10.000,00
PE	1	20.000,00
RJ	1	31.960,00
RS	1	21.995,00
SC	2	<b>97.545,40</b>
SP	9	<b>717.693,30</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1.245.401,00</b>

Fonte: PN AIDS, 2008.

\* Dados referentes ao valor financiado (valores nominais).

Um estudo de caso sobre o Rio de Janeiro (Fonseca et al. 2007; reproduzido nesta tese) apontou que a descentralização das ações e do financiamento para os programas de troca de seringas no estado deu lugar a um “desfinanciamento” dessas ações no estado. Uma hipótese a ser investigada é que a possível estrutura de veto a programas desta natureza (freqüentemente controversos) ou os eventuais constrangimentos políticos na arena estadual



e municipal podem ter sido maiores e mais intensos no âmbito local do que no âmbito do Ministério da Saúde. Uma possibilidade se refere aos obstáculos no âmbito do executivo estadual, interpostos por grupos religiosos ou lideranças conservadoras refratárias às práticas dos interessados (*stakeholders*) na implementação destas políticas.

Por outro lado, cabe observar que um retrocesso no âmbito das ações de redução de danos pode se traduzir em risco de reemergência da epidemia de AIDS entre UDI ou na reemergência de outros agravos de saúde pública nesta população, como as hepatites B e C ou a tuberculose. Por exemplo, a história da saúde pública mostra que uma epidemia de tuberculose multi-resistente se seguiu ao desmonte dos programas de controle da tuberculose em Nova York (Frieden et al. 2003).

Nos Estados Unidos, onde não existe financiamento federal para essas ações devido a um veto federal que já dura décadas (Lurie 1995), e jamais revogado (a despeito de alguma sinalização nesse sentido, no âmbito da gestão Clinton), os estados podem optar por financiar ou não esses programas. Diversos estudos identificam preditores sociais e políticos para a presença/ausência de programas de trocas de seringas em cidades norte-americanas (Tempalski et al. 2007; Dowing et al. 2005; Gent 2000). Um fator comum a todos esses estudos é a presença de grupos de interesse em prol da redução de danos como preditor independente da presença de programas de RD numa dada localidade. Por outro lado, de forma algo surpreendente, a necessidade dessas ações do ponto de vista da saúde pública, ou seja, a presença/ausência numa dada localidade de uma epidemia de AIDS de magnitude expressiva entre usuários de drogas injetáveis não foi identificada como um preditor relevante (Tempalski et al. 2007).

Outra importante mudança institucional, ocorrida no Brasil, nos últimos anos, foi a implantação de Projetos Piloto de RD no âmbito dos Serviços de Atendimento Especializado para AIDS (SAE) (Ministério da Saúde 2008a). Essas ações continuaram centralizadas no Programa Nacional de AIDS. Até o momento, foram capacitados 110 serviços para atendimento dessa população. Além disso, a Coordenação de Saúde Mental tem incentivado iniciativas de redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Drogas (CAPS-AD). Existem atualmente no Brasil aproximadamente 110 CAPS-AD que, potencialmente, estariam capacitados a acolher e atender essa população.

Integrar as ações de redução de danos integradas aos serviços convencionais do SUS implica em alguns desafios, como a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, que, em alguns casos, não são receptivos a essas estratégias e não trabalham de bom grado com a população de usuários de drogas e outras populações marginalizadas.

O desafio maior para a formulação de políticas em saúde pública está em controlar a epidemia em locais que contam com epidemias estabilizadas em patamares elevados ou em locais em que a epidemia está no momento em ascensão, como em certas localidades do Centro-oeste e do Sul do Brasil.

#### A legislação sobre redução de danos

Em 2000, devido à crescente relevância da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis e ao acúmulo de evidências favoráveis aos Programas de Troca de Seringas em todo mundo, foi apresentado o projeto de Lei Federal 1.279/99 que dispõe sobre o fornecimento de seringas e agulhas descartáveis e esterilizadas em centros e entidades de tratamento e recuperação de usuários de drogas credenciados. Este projeto segue (no momento, em que redigimos este capítulo, maio de 2008) tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.

#### **Quadro 5. Legislação Estadual em Redução de Danos. Brasil 1997-2006**

<b>Estado</b>	<b>Lei Número</b>	<b>Ano</b>	<b>Partido do autor</b>	<b>Partido do Governador</b>	<b>Descrição</b>
SP	9.758	1997	PT	PMDB	Autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e dá outras providências.
SC	11.063	1998	PT	PMDB	Autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e estabelece outras providências
RS	11.562	2000	PSDB	PT	Trata das atividades de redução de danos entre usuários de drogas endovenosas [sic], visando prevenir e reduzir a transmissão de doenças e da síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS/SIDA, e dá outras providências.
ES	6.769	2001	PTB	PSDB	Dispõe sobre a distribuição de seringas descartáveis aos usuários de drogas e fornecimento de preservativos por hotéis, motéis e estabelecimentos similares.
MS	2.404	2002	PPS	PT	Disciplina atividades de redução de danos entre usuários de drogas endovenosas [sic], visando prevenir e reduzir a

					transmissão de doenças e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e dá outras providências.
MG	16.279	2006	PT	PSDB	Dispõe sobre a atuação do estado na prevenção, no tratamento e na redução de danos causados à saúde pelo uso abusivo de álcool e outras drogas e altera o art. 3º da Lei nº 12.296, de 13 de setembro de 1996.

Nesse ínterim, alguns estados e municípios brasileiros adotaram leis que regulamentam as controversas ações de troca de seringas em suas respectivas jurisdições. Em princípio, estados e municípios são autônomos quanto a conduzir as suas políticas de saúde, educação, meio-ambiente, transporte etc. (ainda que, habitualmente, venham a requerer o apoio e a concordância do governo federal para desenvolver políticas consistentes, a exemplo do funcionamento do Sistema Único de Saúde) (Costa 2005).

Fato é que, valendo-se da competência para legislar sobre as ações de proteção e defesa da saúde (artigo 24 da Constituição Federal), alguns estados (Quadro 5) aprovaram, em suas respectivas legislações, as atividades de redução de danos enquanto uma estratégia de controle da epidemia de AIDS. Essas leis têm o papel fundamental de integrar as ações de redução de danos às políticas públicas de saúde e garantir aos profissionais que trabalham “na ponta” (na cena de uso) respaldo legal para que possam desenvolver essas ações, sem a interferência da polícia.

Não é possível afirmar com certeza por que alguns estados e municípios adotaram leis referentes aos programas de troca de seringas e outros não. Dados da literatura de ciência política sugerem que a pressão dos grupos de interesse, o arranjo institucional do sistema político, as janelas de oportunidade para aprovação de um projeto de lei, a agenda partidária, a opinião pública são fatores que podem favorecer ou constranger a aprovação dessas políticas (Lurie 1995, Gent 2000). Uma hipótese a ser investigada é que as associações regionais de redução de danos, valendo-se de “janelas de oportunidade”, poderiam ter influenciado os formuladores de políticas públicas a adotar uma agenda de prevenção à AIDS entre usuários de drogas nessas localidades. Supõe-se ainda, baseado nos dados ora disponíveis, que o apoio financeiro e institucional do Ministério da Saúde e do Banco Mundial pode ter funcionado como a mola propulsora para o desenvolvimento de um *lobby* em prol de uma política de drogas mais flexível.

Entender a adoção dessas políticas no nível local é fundamental para compreender o processo democrático de forma geral. Quais os grupos efetivamente ouvidos, como são atendidas as suas necessidades e de que maneira o processo de tomada de decisão é pactuado e implementado nos diferentes contextos políticos. Estas são questões centrais para informar de que maneira as necessidades de um grupo particular são atendidas no contexto político brasileiro. Estudos futuros nessa área deverão focar como os vários grupos de interesse e indivíduos envolvidos nas decisões locais responderam e respondem à epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Esses estudos são interessantes não apenas para tomadores de decisão e ativistas, mas também para pesquisadores de políticas urbanas e formulação de políticas públicas de um modo geral.

Por fim, em 2002 a legislação brasileira anti-drogas passou por uma primeira reformulação, com a substituição da lei 6869/76. A nova legislação previa sanções penais menos rígidas aos usuários de drogas frente à legislação anterior (Esta questão será detalhada no capítulo subsequente)

### Posicionamento do governo brasileiro sobre RD

O governo brasileiro adotou medidas significativas em prol da política de redução de danos e da não criminalização do uso de drogas. Em 2005, o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, editou uma portaria (Nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005) que regulamentou as ações de redução de danos com o objetivo de diminuir as taxas de infecção pelo HIV e hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis. Nesse mesmo ano foi aprovada a primeira Política Nacional Anti-drogas brasileira que incluía um capítulo sobre as ações de Redução de Danos (Brasil, 2005).

Em 2006, a Legislação Nacional Anti-drogas sofreu uma nova reformulação (Lei 11.343/2006) (Quadro 6). De acordo com a nova legislação, o usuário de drogas deixa de ser punido com prisão. Cabem, no máximo, penas alternativas de 3 (três) tipos (advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo).

**Quadro 6. Principais reformulações na legislação anti-drogas. Brasil, 2002-2006**

Lei 10.409/2002	Lei 11.343/2006
<b>Traficante de drogas</b>	
Reclusão de 3 a 15 anos, e pagamento de 50 a 360 dias-multa.	Reclusão de 5 a 15 anos e pagamento de 500 a 1.500 dias-multa.
<b>Usuário de drogas</b>	
Pode ser punido com até 10 tipos de penas alternativas; ou dois anos de prisão.	Não é punido com prisão. Cabe, no máximo, penas alternativas de 3 tipos (advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo).
<b>Quem oferece droga a terceiros</b>	
Não há punição.	Detenção de 6 meses a 1 ano, e pagamento de 700 a 1.500 dias-multa
<b>Financiamento</b>	
Não há punição.	Reclusão, de 8 a 20 anos, e pagamento de 1.500 a 4.000 dias-multa.
<b>Informante</b>	
Não há a figura de informante ou colaborador do tráfico de drogas.	Reclusão, de 2 a 6 anos, e pagamento de 300 a 700 dias-multa.

Além disso, o governo brasileiro, durante a 49ª Sessão da Comissão de Drogas Narcóticas do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, em 2006, apresentou uma declaração (Anexo):

“O Brasil reafirma sua posição de que a estratégia de prevenção e controle da epidemia de HIV/AIDS e outras infecções transmitidas pelo sangue baseada na redução de danos é uma medida que se tem evidenciado eficaz por meio de estudos científicos, e que garante a proteção dos direitos humanos e a implementação de uma política de saúde pública e de inclusão social. (...)

O Brasil reafirma aos Estados-Membros sua convicção sobre a existência de diferentes abordagens na atenção aos usuários de drogas não somente baseadas na abstinência como forma de reduzir riscos à saúde.

O Brasil reafirma ainda a manutenção das iniciativas de redução de danos como parte da estratégia de redução da demanda em sua Política Nacional sobre Drogas considerando que elas protegem e preservam a saúde dessa população específica, limitando a transmissão do vírus por meio do compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas e garantindo o acesso universal e gratuito ao tratamento.”

Essas decisões e ações deixam claro o posicionamento do governo brasileiro, amparado, pelo Programa Nacional de DST/AIDS – Ministério da Saúde, com relação às ações de redução de danos como iniciativa para prevenir a epidemia de HIV e hepatites entre usuários de drogas injetáveis.

Apesar do apoio político e técnico do governo federal, não foram realizados estudos de monitoramento e avaliação dos Projetos implementados pelo governo, o que torna difícil afirmar qual o papel especificamente desempenhado pelos Programas de Redução de Danos no inegável declínio da epidemia de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis brasileiros.

### Monitoramento e avaliação das ações de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil

A grande dificuldade em monitorar e avaliar as intervenções para usuários de drogas injetáveis é o acesso a essa população e a definição de amostras representativas do universo pesquisado, especialmente ao longo do tempo. A população de usuários de drogas injetáveis é habitualmente estigmatizada e oculta (não enumerável). Portanto, é extremamente difícil obter amostras representativas do universo sob estudo para a elaboração de *surveys* sobre o comportamento dessa população, que possam ser replicados ao longo do tempo. Estabelecer medidas a partir dos usuários de drogas injetáveis que buscam tratamento em clínicas ou estatísticas de segurança pública sobre delitos envolvendo drogas podem produzir informações altamente enviesadas. Além disso, o uso de metodologias qualitativas representa uma alternativa para o desenvolvimento de iniciativas de monitoramento e avaliação destas ações, vide, por exemplo, Malta (2006).

A Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS da 26ª Sessão Especial das Nações Unidas (UNGASS) estabeleceu, entre outros, indicadores para avaliar a mudança de comportamento entre usuários de drogas (Quadro 7) (UNGASS 2001, 2005, 2008).

**Quadro 7. Indicadores da UNGASS relativos à mudança de comportamento entre usuários de drogas injetáveis (2002-2008).**

	UNGASS 2002	UNGASS 2005	UNGASS 2008
<b>Indicadores</b>	Percentage of injection drug users that adopted behaviors which reduced the risk of HIV transmission  (Percentual de usuários de drogas que adotaram comportamentos que	Percentage of injecting drug users who have adopted behaviours that reduce transmission of HIV, i.e. who both avoid sharing equipment and use condoms, in the last 12 months (for countries where injecting drug use is an	Percentage of injecting drug users reporting the use of a condom the last time they had sexual intercourse  (Percentual de usuários de drogas que relataram o uso de preservativo na última relação sexual)

	reduzem o risco de transmissão do HIV)	established mode of HIV transmission)  (Percentual de usuários de drogas que adotaram comportamentos que reduzem o risco de transmissão do HIV, isto é, que tanto evitaram compartilhar seringas como utilizaram preservativos, nos últimos 12 meses (para países onde o uso injetável de drogas é um modo relevante de transmissão do HIV)	Percentage of injecting drug users reporting the use of sterile injecting equipment the last time they injected  (Percentual de usuários de drogas injetáveis que relataram o uso de equipamento injetável estéril na última vez que se injetaram)
--	--	---	--

Fonte: UNGASS 2002-2008.

Apesar de relevantes para o monitoramento da epidemia de AIDS no Brasil, os indicadores sobre mudança de comportamento entre usuários de drogas injetáveis não foram contemplados pelo sistema de monitoramento do Programa Nacional de AIDS (Monitoraids), devido à não disponibilidade desses dados (Barbosa-Junior et al. 2006).

Porém, dados das duas rodadas do Projeto AjUDE fornecem informações sobre usuários de drogas injetáveis que compartilham/não compartilham seringas. Este estudo, apesar de ser o mais abrangente estudo nacional já realizado, está longe de ter representatividade nacional, tendo sido realizado em 6 (seis) cidades brasileiras, e deveria ser urgentemente atualizado, já que seus dados se referem ao início da presente década (2000-2001) (Caiaffa et al. 2003; Caiaffa et al. 2003a; Caiaffa et al. 2006)

O Programa Nacional de AIDS vem desenvolvendo esforços para adaptar e implementar metodologias de amostragem em populações de difícil acesso, utilizando a estratégia denominada *Respondent-Driven Sampling*, mais tais estudos ainda não foram iniciados no que diz respeito à população de usuários de drogas (julho de 2008).

Com relação aos serviços para essa população, o indicador da UNGASS foi desenvolvido para medir a extensão em que os serviços de prevenção à AIDS são disponibilizados para pessoas que utilizam drogas injetáveis (Quadro 8).

### Quadro 8. Indicador para mensurar o resultado dos programas de redução de danos.

<b>Propósito</b>	Avaliar a implementação de programas e serviços para a prevenção da transmissão do HIV associado ao uso de drogas
<b>Aplicabilidade</b>	Países em que os usuários de drogas representam uma via relevante de transmissão do HIV
<b>Freqüência</b>	Bianual
<b>Ferramentas de mensuração</b>	Métodos de estimativa da prevalência tendo o número regular de usuários de drogas como denominador, e estatísticas dos serviços de redução de danos e serviços de tratamento como numerador
<b>Método de mensuração</b>	A partir de dados e informações disponíveis, a proporção de usuários de drogas injetáveis regulares, que foram, no último mês, acionados pelos serviços de redução de danos, multiplicado pelo número de usuários de drogas em tratamento para dependência química – ou seja, em tratamento visando à abstinência ou em terapia de substituição (por exemplo, com metadona).
<b>Denominador</b>	Número total estimado de usuários de drogas injetáveis, desagregado por sexo – se possível.

Fonte: WHO 2005 (Biregional Strategy Plan).

O indicador de monitoramento do Plano de Ações e Metas (instrumento normativo que orienta a transferência fundo-a-fundo dos recursos do PN AIDS para os estados e municípios) sobre redução de danos prevê apenas a cobertura dessas ações no âmbito do município (Quadro 9):

### Quadro 9. Indicador de cobertura das ações de prevenção para populações vulneráveis, Plano de Ações e Metas – Programa Nacional de AIDS.

<b>Diretriz relacionada</b>	Aumento da cobertura das ações de prevenção para usuários de drogas injetáveis (UDI)
<b>Definição</b>	Número de UDI que participaram de intervenções estruturadas em redução de danos com a finalidade de prevenção da infecção pelo HIV.  Considerar UDI exclusivamente os usuários(as) de drogas através da via injetável. São consideradas intervenções estruturadas: ações educativas, encaminhamento para diagnóstico e/ou tratamento das HIV/Aids e outras DST, disponibilização de material educativo/informativo e disponibilização de insumos de prevenção. Estas podem acontecer em campo ou em serviço. Chamamos de ações educativas: abordagem face-a-face, acolhimento/aconselhamento, trabalho em grupo, capacitação de liderança, fortalecimento da organização do movimento social. São insumos de prevenção: preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e <i>kit</i> de redução de danos.
<b>Interpretação</b>	Indicativo do número de UDI que estavam participando de programas de redução de danos no município
<b>Método de cálculo</b>	Somatório do número de UDI que estavam participando de programas de redução de danos, independentemente da instituição que os implementou.
<b>Limitação</b>	Dificuldade de monitorar as intervenções que foram realmente estruturadas, inconsistência das fontes, sistemas informativos não implantados, conhecimento desigual dos sistemas de informação.
<b>Periodicidade</b>	Semestral
<b>Fonte</b>	Essas informações podem ser encontradas em relatórios das instituições que realizaram as intervenções.
<b>Quem deve preencher</b>	Municípios

Fonte: PN AIDS/Ministério da Saúde, 2008.



Além desses indicadores, da órbita da vigilância em saúde, um modelo, hoje clássico, de avaliação de programas de troca de seringas foi proposto por Kaplan e Heimer (1994). Os autores formularam uma teoria matemática de disseminação do HIV e outros patógenos de transmissão parenteral (como o vírus da hepatite C), baseada na circulação de seringas, e o monitoramento do seu tempo de circulação e das suas (seringas e agulhas) respectivas taxas de contaminação, ao invés dos métodos mais tradicionais de avaliação das mudanças de comportamento dos usuários de drogas e mensuração das taxas de infecção nesta população. Monitorar o retorno das seringas é importante para avaliar se a implementação dos programas de trocas de seringas é capaz de reduzir de fato o tempo de circulação de seringas potencialmente contaminadas e, conseqüentemente, a chance das pessoas que as utilizam, de as utilizarem mais de uma vez, de forma compartilhada.

No Brasil, um único estudo, até o momento (Bastos et al. 2006), utilizou esta estratégia de avaliação, concluindo que as seringas e agulhas distribuídas retornavam mais lentamente do que o desejado (e esperado no modelo clássico de Kaplan e Heimer), basicamente em função da criação, por parte dos próprios usuários de drogas, de estoques de equipamentos de injeção, com redistribuição (e/ou venda) das seringas por eles estocadas. Portanto, o impacto de redução do tempo de circulação das seringas não-estéreis se mostrou, na prática, aquém do desejável.

No Brasil, foram feitas algumas tentativas de avaliação dos PRD (CLAVES 1998; World Bank 1998; World Bank 2004; Fonseca et al. 2006), além das já mencionadas primeira e segunda rodadas do projeto AjUDE, que não constitui propriamente um projeto de avaliação, no sentido estrito do termo, mas sim de um projeto de pesquisa em epidemiologia aplicada.

O estudo realizado pelo Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES 1998), em 12 PRD, no ano de 1998, apontou, entre outras coisas, a necessidade de: promover atividades de sensibilização em todos os níveis da sociedade para a importância da RD, aplicação diferenciada dessas estratégias em cada município, reformulação das legislações estaduais e federal referentes às ações de RD, garantia de atendimento integral dos usuários de drogas no âmbito do SUS (visando tanto ao

tratamento de reabilitação quanto ao tratamento para HIV e hepatite, e manutenção e recuperação da saúde), e de reforçar o treinamento e a supervisão dos redutores de danos, entre outras sugestões e recomendações então emitidas.

Por terem sido, em grande parte, financiados pelo Banco Mundial (Projeto AIDS I, II e III), os programas de prevenção para usuários de drogas injetáveis foram foco da avaliação por parte do próprio Banco. Porém não foram desenvolvidos indicadores para avaliação dessas ações em um momento anterior à implementação dos programas. O relatório elaborado pelo Banco Mundial dos Projetos AIDS I e AIDS II identificou como inadequados os sistemas de vigilância relacionados ao HIV e a padrões de comportamento (ênfase nos comportamentos de maior risco), bem como os programas de monitoramento e avaliação das ações implementadas. O relatório afirma que “é difícil confirmar o que foi efetivamente alcançado pelo programa brasileiro de HIV/AIDS e definir a contribuição do Banco Mundial para a questão.” (Banco Mundial 2004:p. i).

Um estudo sobre 45 programas de redução de danos em operação no Brasil, em 2004, apontou para diversos pontos, tanto negativos como positivos desses programas: deficiência quanto à cobertura das ações, embora com uma adesão satisfatória dos usuários de drogas; procedimentos adequados de documentação e registro (como resultado das necessidades formais de financiamento, especialmente por parte do governo federal); descontinuidade do fluxo de insumos essenciais à operação desses programas; inserção precária dos profissionais atuantes nos programas. Uma minoria de programas conseguiu conjugar, de forma considerada satisfatória, a distribuição e o recolhimento de seringas e agulhas usadas. O apoio principal fornecido aos PRD era proveniente de instituições públicas (federais, estaduais e municipais) e o apoio, técnico e financeiro, do Programa Nacional de DST/AIDS se mostrou central ao funcionamento desses programas (Fonseca et al. 2006).

O monitoramento e avaliação dos programas é (deveria ser) um componente essencial para a formulação de políticas e requer informação acurada sobre os beneficiários das ações e dos programas implementados. No caso das ações em redução de danos, por lidar com um tema controverso, que é a troca de seringas, essas informações são cruciais para influenciar os formuladores de políticas e a opinião pública.

É importante ressaltar que os programas de redução de danos foram implementados num momento em que o Programa Nacional de AIDS tinha como foco o fortalecimento institucional e das ações de *advocacy* das organizações da sociedade civil. Apesar dos esforços para intensificar o Monitoramento e Avaliação (M&A) dos projetos financiados pelo PN AIDS, ainda não foram desenvolvidos estudos específicos para os PRD sob estes aspectos. O único indicador proposto no âmbito do Plano de Ações e Metas (PAM) focaliza tão-somente a cobertura das ações no âmbito do município.

Em suma, podemos afirmar que:

As iniciativas brasileiras se basearam fundamentalmente em pesquisas epidemiológicas para avaliar a situação da epidemia nessa população (Barcellos & Bastos 1996; Bastos et al 1993; Telles et al 1997; Bastos et al 1999; Oliveira et al 1999; Bueno & Mesquita 2000; OMS 2001; Carvalho & Bueno 2000; Caiaffa et al 2003; Caiaffa et al. 2003a; Caiaffa et al. 2006).

A tentativa de implementação dos Programas de RD no Brasil se deu no âmbito local, mas foi somente com os recursos do acordo de empréstimo com o Banco Mundial, em 1996, que esses programas ganharam impulso e âmbito propriamente nacional. O quadro 10 resume a cronologia de eventos sobre prolíticas pública de prevenção a AIDS entre UDI no Brasil entre 1982-2007. Os programas de RD foram implementados, em sua maioria, em parceria com organizações da sociedade civil (Fonseca et al. 2006).

No período entre 1996 e 2008 surgiram diversas associações regionais de redução de danos, com objetivo de fortalecer esses grupos no nível local. Existem atualmente duas associações nacionais que defendem os interesses desses grupos (Associação Brasileira de Redução de Danos e Rede Brasileira de Redução de Danos), além de uma associação que representa os grupos de RD da América Latina (Rede Latino Americana de Redução de Danos). Esses grupos contaram com apoio institucional e financeiro do PN AIDS para fortalecer seu poder de *advocacy*. Por exemplo, o encontro realizado em São Paulo, em 2001 – “Arena de Redução de Danos”, os Encontros Nacionais realizados anualmente pela ABORDA e diversos projetos locais para associações regionais foram amplamente

financiados com recursos do PN AIDS. Esse apoio fortaleceu os grupos de interesse e criou um *lobby* em prol da Redução de Danos (Anexo 1 sumariza a agenda de articulação da REDUC com parlamentares em relação a legislação nacional e estaduais em redução de danos). Esse tema será debatido no próximo capítulo.

Esses grupos foram bem sucedidos em garantir a aprovação de leis estaduais e municipais que regulamentam as controversas ações de troca de seringas em suas respectivas jurisdições. Além disso, foram bem sucedidos em garantir a inserção de um capítulo sobre RD na Política Nacional Anti-drogas, publicada em 2005.

**Quadro 10.** Cronologia de eventos sobre políticas públicas de prevenção a AIDS entre UDI no Brasil, 1982-2007.

1980	1982	Diagnosticado o primeiro caso de AIDS entre UDI no Brasil
	1989	Tentativa de implantação do primeiro PRD em Santos, São Paulo
1990	1990	Estudo Multicentrico da OMS – Fase I
	1994	Projeto Brasil – Ministério da Saúde
	1994	Estudo Multicêntrico da OMS – Fase II
	1995	Primeiro Programa de Redução de Danos/UFBA (Bahia)
	1996	Financiamento dos PRD com recurso do Banco Mundial
	1997	Formação da Associação Paulista de Redutores de Danos – APRENDA
	1997	Formação da Associação Brasileira de Redução de Danos – ABORDA
	1998	Formação da Rede Brasileira de Redução de Danos – REDUC
	1998	IX Conferência Internacional de Redução de Danos
	1998	Projeto AjUDE Brasil
	2000	2000
2000		II Encontro Nacional de Redução de Danos
2001		Arena de Redução de Danos
2001		III Encontro Nacional de Redução de Danos
2002		1ª Reformulação na legislação nacional anti-drogas (Lei Nº 10.409/2002)
2002		VI Encontro Nacional de Redução de Danos
2004		Descentralização da seleção de projetos para RD para estados e municípios
2005		Projeto Piloto RD em SAE e Coordenação de Saúde Mental
2005		Portaria Ministerial regulamentando RD (Portaria Nº. 1.028/2005)
2005		Política Nacional Antidrogas (Resolução Nº3/GSIPR/CH/Conad/2005)
2006		2ª Reformulação na legislação anti-drogas (Lei Nº 11.343/2006)
2006		49ª Sessão da Comissão de Drogas Narcóticas - Declaração de Viena
2006		I Encontro Nacional de Redução de Danos em Serviços de Saúde
2006		VI Encontro Nacional de Redução de Danos

Fonte: Organizado pela autora.

É evidente o posicionamento do governo brasileiro – tanto executivo quanto legislativo – sobre uma política de drogas menos repressora. As alterações na legislação anti-drogas, em 2002 e, posteriormente, em 2006, aliados ao documento oficial defendido na 49ª Sessão da

Comissão de Drogas Narcóticas do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas deixa claro que o país defende uma política de drogas menos repressora ao usuário de drogas e baseada em medidas socio-educativas.

Os estudos epidemiológicos do HIV/AIDS entre UDI no Brasil evidenciam uma redução significativa da epidemia nessa população, na maioria das regiões brasileiras (Bastos et al. 2005; Hacker et al. 2005; Inciardi et al. 2006). Porém é difícil afirmar qual o papel específico dos programas de redução de danos no controle da epidemia nessa população, uma vez que praticamente não foram realizadas ações de monitoramento e avaliação dos programas.

Os poucos estudos realizados sobre a operação cotidiana dos Programas de Redução de Danos no Brasil evidenciam uma frágil estrutura de governança das ONGs que desenvolvem essas ações; baixa capacidade de garantir recursos estáveis e dificuldade em conjugar, de forma considerada satisfatória, a distribuição e o recolhimento de seringas e agulhas usadas (CLAVES 1998; Fonseca et al. 2006; Bastos et al. 2006).

Os principais desafios às ações de prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis atualmente são a descentralização dos programas para os estados e municípios (Fonseca et al. 2007), a inserção dessas ações no âmbito das ações regulares do Sistema Único de Saúde (Plano Integrado de Redução de Danos no SUS 2008) e a ausência de uma política de monitoramento e avaliação dos programas (Fonseca et al. 2006).

Anexo 1. Declaration by the Brazilian Government on harm reduction as a public health strategy, presented at the United Nations Economic and Social Council 49th session of the Commission on Narcotic Drugs – 2006.

The Brazilian Government has made strenuous efforts with its programmes and activities to contain HIV/AIDS and other blood-transmissible diseases associated with the use of injectable drugs. It is our firm belief that the pattern of drug use is directly related to drugs supply and the behaviour of the drugs market, both of which are capable of bringing about important changes in drugs consumption, with a major impact on the economic development of countries.

Brazil reaffirms its position, which is that the strategy - based on harm reduction - of prevention and control of the HIV/AIDS epidemic and of other infections transmitted by blood, has been shown by scientific studies to be an effective method for assuring the protection of human rights as well as for advancing a policy that embraces both public health and social inclusion.

The controversy surrounding harm reduction as a public health strategy has given rise to many doubts and fallacies. It is therefore important to clarify for public opinion that harm reduction is indeed an efficient public health strategy. The conservative argument alleging that harm reduction can encourage drug use is false, as can be justified by checking the data assembled by the Brazilian Government regarding control of the HIV/AIDS epidemic among injecting drug users.

The harm reduction strategy in the public health field was adopted by Brazil's Ministry of Health in 1994. This strategy was responsible for a change in the profile of the AIDS epidemic throughout the entire country. In 1994, 21.4% of all cases of AIDS notified in the country were related directly or indirectly with injecting drug use. But over the next ten years, with the adoption and expansion of harm reduction activities, cases of AIDS among injecting drug users fell by 62% (Source: Epidemiological Bulletin, Ministry of Health, 2004).

It is estimated that Brazil possesses around 193,000 injecting drug users, with 76% of these belonging to a harm reduction group. Brazil has made efforts to encourage development of specifically targeted activities with HIV-positive users of injecting drugs through an unprecedented programme in the area of public policy aimed at up-scaling adherence to antiretroviral treatment and at the same time at observing how ARVs interact with the drugs used by IDUs.

Brazil possesses 105 Psychosocial Care Centres for treating users of alcohol and other drugs (CAPS-AD). This public network of psychosocial care undertakes drug prevention and treatment activities. The Ministry of Health invested over US\$6 million in this network in 2005 alone.

In the context of the agreements established between member countries of the United Nations, Brazil is a signatory to the commitments entered into at the 2001 General Assembly Special Session on HIV/AIDS, where harm reduction was defined as a target to be achieved by 2005. The subject of harm reduction is also clearly addressed in the document called 'Intensifying HIV Prevention: a UNAIDS policy position paper', ratified by the UNAIDS Programme Coordination Board. In September 2005, the United Nations Assembly sanctioned the defense of universal access to treatment and prevention and, in order to endorse this decision, Brazil carried out a regional consultation with other countries in Latin America and the Caribbean. In fact, we plan to undertake in April 2006 the first ever global consultation with sex workers. In this respect, mobilization by member countries in this Assembly and by civil society as a whole to support a global consultation regarding universal access for injecting drug users and harm reduction as a public health strategy, is both timely and urgent.

Data from around the world proves that it is certainly possible to involve drug users in HIV prevention activities, to encourage them to get treatment for drugs abuse and to broaden the range of services available for them.

Apart from promoting the practical benefits of needle exchange and reduction in equipment-sharing, harm reduction policies address a further important feature: respect for

people's human rights. Harm reduction therefore can contribute to reducing prejudice and to guaranteeing drug users the right to health and to affirmation of citizenship. The issue of harm reduction needs to be publicly aired and placed firmly on the policy agenda as a public health question.

Brazil reaffirms to the Member States that different approaches do exist for addressing the problem of drug use. It is important to note that these approaches do not regard abstinence alone as a form of reducing the risks to health from drugs.

Brazil reaffirms its conviction that this policy is the way to protect and preserve the health of this population group by restricting transmission of the virus via contaminated needle and syringe-sharing and by ensuring drug users universal and free access to treatment.



## Anexo 2. Agenda de ativismo em redução de danos 2005-2006.

**Quadro 11.** Agenda de articulação da REDUC com parlamentares em relação à legislação nacional e às legislações estaduais em redução de danos. Informação referente ao ano de 2005 e 2006.

2005	<p><i>Fevereiro</i> - Articulações representantes do Legislativo e OSC (Organizações da Sociedade Civil) para divulgação da RD e dos projetos.</p> <p><i>Março</i> - Participação na Câmara de Vereadores do Guarujá de debate sobre o PL (projeto de Lei ) do Dep. Fausto Figueira sobre Direitos dos Usuários de Drogas (março)</p> <p>A REDUC articulou com os vereadores da cidade de SP: Paulo Teixeira, Soninha e Simão Pedro. Por terem um trabalho importante na RD também foram convidados os deputados estaduais Fausto Figueira e Simão Pedro, pois possuem PL para promover e prevenir a saúde dos UD. Coube a Reduc o envio de convites aos parlamentares, solicitar a Câmara de Vereadores de SP para o ato de lançamento da Rede Verde através do ver. Paulo Teixeira e divulgação do evento</p> <p>Reunião com parlamentares, em momentos distintos, para discussão do tema RD, com foco no projeto “Por uma política de drogas eficaz”, enfocando as leis e PL existentes.</p> <p>Participação na escrita e no movimento para aprovação do PL do deputado estadual Fausto Figueira sobre Direito dos Usuários. Reunião com o deputado e assessores. A REDUC se comprometeu com a ampla divulgação da lei, do veto e apoio à iniciativa de revisão do veto.</p> <p>Reunião com ONG IEPAS sobre estratégias a serem adotadas para a aprovação do PL do dep. Fausto Figueira, que foi aprovada na Câmara, mas não promulgada pelo governador de SP Geraldo Alckmin</p> <p><i>Agosto</i> - Visita à Deputada Federal Telma de Souza no Congresso Nacional – líder da Frente Parlamentar de Luta Contra a AIDS.</p> <p>Programa de Orientação e Atendimento à Dependências. Câmara Municipal de São Paulo - Paulo Teixeira, Deputados Fausto Figueira e Simão Pedro. Debate com parlamentares que discutem a questão de drogas e direitos dos usuários</p> <p>Jantar oficial com autoridades e o Prefeito de Santos</p> <p>Participação e apoio no evento sobre legalização da Cannabis – Câmara Municipal de São Paulo.</p>
2006	<p><i>Abril</i> - Audiência pública para comemoração da lei dos “Direitos dos Usuários de Drogas”, junto ao deputado estadual Fausto Figueira e RELARD.</p> <p><i>Mai</i> - Reunião na SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas –Reunião com Vladimir Stempliuk, coordenador geral do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas e Doralice Oliveira Gomes, Coordenadora Geral da prevenção. Pauta - discussão para composição nas políticas de drogas, para a garantia dos direitos dos usuários de drogas; discussão sobre as estratégias de redução de danos adotadas pela SENAD, articulação com a sociedade civil. Desdobramentos da Reunião: a equipe da SENAD mostrou-se bastante receptiva ao trabalho em parceria com a REDUC e na discussão de projetos que visem aproximar a redução de danos à vida das pessoas, aos profissionais de saúde e que incidam na qualidade de vida dos usuários de drogas e sua rede de interação social.</p> <p>REDUC não conseguiu cumprir uma agenda com o Gen Paulo Roberto Uchôa e Dra Paulina Arruda, em 23 de maio e busca nova possibilidade de encontro para retomada de discussão sobre</p>

<p>política de drogas.</p> <p><i>Agosto</i> - Jantar com a deputada Telma de Souza – Líder da Frente Parlamentar de Luta contra a AIDS</p> <p><i>Setembro</i> – REDUC inseriu na pauta sobre legislação da reunião do Comitê Estadual de Redução de Danos, a participação do vereador de São Paulo Paulo Teixeira e do Deputado Estadual Fausto Figueira. Estes dois parlamentares tem legislações sobre drogas, visando fazer valer os direitos dos usuários no acesso a saúde, respeito ao cidadão e garantia de cuidados a ele e sua rede de interação social. A proposta da REDUC visa abrir um amplo debate entre parlamentares, redutores de danos, gestores, profissionais de saúde, dentre outros atores, para que possamos intervir na política de drogas, validando as estratégias de redução de danos como eficazes na atenção aos usuários de drogas.</p> <p><i>Outubro</i> - 1º reunião no Gabinete do vereador Paulo Teixeira com Daniela Trigueiros e Maurides Ribeiro, da REDUC e Cristiano Maronna do IBCCRIM – Instituto Brasileiro de Ciências Criminais para discussão de idéias e propostas para a elaboração e atualização da Política de Drogas do Brasil.</p> <p><i>Novembro</i> - reunião com Deputado estadual Simão Pedro - acompanhamento e discussão da lei de disponibilização de água em casas noturnas.</p>
---

Fonte: REDUC 2005, 2006.

## **Capítulo III – Os Tratados Internacionais Anti-drogas e o Brasil: Políticas, Desafios e Perspectivas**

### **Resumo**

Os Tratados Internacionais Anti-drogas das Nações Unidas regulam a política de drogas dos países signatários. O capítulo faz um retrospecto sobre a gênese desses acordos, analisa aspectos da formulação de políticas no âmbito da Comissão de Narcóticos e discute os avanços e barreiras para a implementação de políticas menos repressivas no Brasil. A emergência da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis trouxe à tona uma nova questão na agenda internacional, contribuindo para a consolidação de um movimento internacional de redução de danos (RD). Os defensores da RD apóiam, em geral, a descriminalização do uso de drogas (ainda que não tenham posição de consenso acerca da sua comercialização) e a adoção de medidas de saúde pública pragmáticas. Ao longo dos últimos anos, o Brasil passou de receptor de ajuda internacional, a fornecedor de recursos e de novas propostas. Há que ter claro que os Tratados Internacionais não são auto-aplicáveis. Cada país, de acordo com suas regras, implementa sua política de drogas, dentro de certos balizamentos. Recentemente, a política nacional de drogas brasileira passou por reformulações que reduziram o papel do Direito Penal no trato da questão, abrindo espaço para medidas sócio-educativas. As principais instâncias que vêm atuando no sentido de uma política de drogas menos repressiva no Brasil são o Programa Nacional de AIDS, e o Ministério da Saúde, de um modo geral. O Programa Nacional de AIDS teve também influência na consolidação de uma coalizão de interesses em prol da RD. Posteriormente, estes grupos de interesse atuaram como fonte de pressão sobre estados e municípios visando à aprovação de leis que regulam as ações de RD.

### **Introdução**

O uso de substâncias psicoativas (como as bebidas alcoólicas e as substâncias que hoje denominamos drogas, como a tintura de ópio) está presente na sociedade, ao que parece, desde a pré-história. Cabe observar ainda que estados de embriaguez e outras formas de alteração da percepção e comportamento não são exclusividade das sociedades

humanas. Diferentes animais ingerem de forma proposital frutos e raízes que alteram seus comportamentos (Jonas & Jonas, 1980).

Há farta documentação referente ao consumo do ópio por parte dos antigos egípcios, gregos e romanos, com finalidade religiosa e recreativa (Duarte, 2005; Bellis, 1981). Os médicos romanos e árabes, e, séculos mais tarde, os médicos ingleses, utilizavam a tintura de ópio (extraída da papoula) extensivamente para tratar afecções como as disenterias e outras síndromes diarréicas (no que não diferem em nada de nós, que utilizamos até hoje produtos à base da tintura de ópio, como o elixir paregórico, com a mesma finalidade) e “doenças dos olhos”. Até o século XVI, o uso medicinal do ópio estava solidamente estabelecido, em diversos países da Europa, especialmente na Inglaterra (Berridge & Edwards, 1981).

Até o início do século XIX acreditava-se que o consumo de ópio não causava qualquer malefício. A substância era utilizada de forma regular por intelectuais como o escritor norte-americano Edgard Allan Poe ou o escritor inglês Thomas de Quincey. No seu famoso relato autobiográfico, *Confessions of an English Opium Eater*, publicada pela primeira vez em 1822, de Quincey descreve os prazeres, as alucinações e as dores provocadas pelo consumo contínuo de grandes quantidades de ópio (de Quincey, 1888 [1882]).

Neste mesmo período, uma outra substância com poderes anestésicos e estimulantes começava a circular na Europa — a cocaína. A cocaína (e outros alcalóides da coca) era há muito utilizada pelas populações nativas da região andina da América do Sul (no que hoje seria o território ocupado pelo Peru, Bolívia e Colômbia), sendo originalmente consumida sob a forma de folhas de coca mascadas ou infusões (chás) de folha de coca. A coca foi levada para a Europa em pequenas quantidades pelos conquistadores espanhóis, ao longo dos séculos XVII-XIX. Em 1863, o químico francês Angelo Mariani criou o Vinho Mariani, uma mistura de vinho e infusão de coca, que rapidamente se tornou popular em toda a Europa (Allen, 1987). Por essa mesma época, a companhia química e farmacêutica Merck sintetizou a cocaína me pó, a partir de folhas de coca maceradas e purificadas (Byck, 1975).

As propriedades anestésicas da cocaína (nos dias de hoje empregadas amplamente sob a forma de seus derivados, como a xilocaína, anestésico utilizado em odontologia e diversas outras cirurgias de pequeno porte) foram originalmente descobertas por um médico russo, Vassili von Anrep, em 1880, quando este percebeu a perda de sensibilidade

decorrente no local da injeção após a administração da cocaína. Anrep era professor de Sigmund Freud, porém, à época, o interesse principal de Freud não se dirigia às propriedades anestésicas locais da cocaína, mas sim ao seu potencial estimulante. Um contemporâneo e colega de Freud, Karl Koller, acabou por introduzir a cocaína na cirurgia oftálmica (Byck, 1975).

Freud fez uso da cocaína em diversos momentos e, em 1884/1885, publicou uma série de artigos sobre o tema, relatando os efeitos benéficos da cocaína no tratamento da fadiga, impotência e depressão. A fama da cocaína atravessou o Atlântico e, em 1886, John Styth, nos Estados Unidos, desenvolveu uma bebida estimulante à base de infusão de coca e cafeína, conhecida como Coca-Cola (que, desde 1901, contém diferentes alcalóides, mas não mais a cocaína) (Allen 1987).

Como demonstram os exemplos históricos mencionados acima, até meados do século XIX, a produção, a comercialização e o consumo de substâncias hoje classificadas como drogas, como a cocaína e o ópio e seus derivados, era amplamente difundido.

Como uma substância tão largamente consumida, como o ópio, com benefícios amplamente reconhecidos pela medicina (tanto que, até hoje, os opiáceos continuam a ser os principais analgésicos utilizados na prática médica e cirúrgica no manejo de dores de grande intensidade), se tornou um problema?

Berridge & Edwards (1981) afirmam que a questão de modo algum se limita às propriedades da(s) substância(s) em si (afinal, suas propriedades farmacológicas se mantêm idênticas ao longo dos séculos), mais sim ao contexto social e econômico e aos usos específicos (frequentemente, com finalidades contrastantes) das diferentes substâncias, hoje consideradas lícitas ou ilícitas. As mortes associadas ao uso inadequado e à adulteração dos derivados do ópio constituem uma das razões que fizeram com que os médicos ingleses, pela primeira vez, questionassem o livre consumo destas substâncias. Mas, não resta dúvida, de que as razões de Estado prevalecem na proibição subsequente do ópio e seus derivados, e de outras substâncias psicoativas, como veremos a seguir.

## A regulação internacional sobre drogas

### A Gênese dos Tratados Internacionais

O primeiro grande conflito relacionado ao comércio de drogas ficou conhecido como a “Guerra do Ópio”. À época, a Inglaterra mantinha um intenso comércio com a

China, comercializando o ópio trazido basicamente da Índia. O ópio representava metade das exportações inglesas para a China, em 1839. O governo chinês em resposta à elevada importação e consumo de ópio, publicou um decreto proibindo a importação do ópio e mandou queimar 20 mil caixas apreendidas de comerciantes ingleses que operavam ilegalmente. Essas ações resultaram em duas guerras entre esses países, em 1839-42 e 1856-60. A China foi derrotada em ambos conflitos, e foi obrigada a fazer profundas concessões.

Em 1842, foi assinado o Tratado de Nanquin, que obrigou a China a abrir seus portos para a entrada do ópio (e outras mercadorias), trazido da Índia e Turquia, e a entregar a Ilha de Hong Kong (que permaneceu sob domínio inglês até 1997) (Bentham 1998; Berridge & Edwards 1981).

Os desdobramentos desses conflitos deram lugar a uma tentativa de regulação da produção, comercialização e consumo do ópio, podendo ser considerado um marco dos futuros tratados internacionais de regulação das substâncias hoje denominadas drogas.

Como mostra o pesquisador alemão Sebastian Scheerer (1993), o então denominado “Problema do Ópio”, gradualmente, sob forte pressão dos países hegemônicos na então Liga das Nações, transformou-se no “Problema das Drogas”, com a proibição sucessiva da produção, comercialização e consumo, de mais e mais substâncias, sucessivamente incluídas nos acordos internacionais.

Como mostra Scheerer (1993), até setembro de 1910, havia conflitos entre as duas potências então hegemônicas — Inglaterra e Estados Unidos da América (EUA) — sobre como regular a comercialização do ópio, coexistindo dois tratados de natureza distinta, ambos de abrangência regional, a Comissão Filipina do Ópio, de 1903, sob a égide norte-americana, e a Comissão de Changai, de 1909, que ratificava as decisões decorrentes da vitória inglesa na Guerra do Ópio.

Uma das particularidades do conflito entre as duas potências era decorrente do esforço norte-americano de quebrar o monopólio neocolonial inglês do ópio e outros produtos do *Commonwealth* (com destaque, no caso do ópio, para a Índia).

Ainda segundo Scheerer (1993), o propósito primeiro, portanto, da convocação de uma Conferência Internacional sobre o Ópio, por parte dos EUA, formulada em 1909, era aparar as arestas entre as duas potências hegemônicas, basicamente tornando internacionais as convenções, até então regionais, sobre o ópio. À Inglaterra interessava um controle brando sobre o ópio (sobre o qual detinha um controle monopolista) e um controle rígido

sobre a morfina (derivado do ópio) e, particularmente, sobre a cocaína que, como vimos, era fabricada por indústrias farmacêuticas, como a Merck e outras companhias de capital alemão, país que era o grande rival da Inglaterra no continente europeu. A contraproposta inglesa à convocação norte-americana, formulada em setembro de 1909, foi finalizada um ano depois e enviada, em setembro de 1910, à diplomacia norte-americana.

Deslocando o foco da conferência do comércio monopolista do ópio (embora, ao longo do processo, tenha cedido quanto a esse ponto) para a produção farmacêutica de morfina e cocaína por parte do seu rival político e econômico, o Império Alemão, a Inglaterra aplicou um golpe de mestre no contexto da diplomacia internacional, passando de vilã neocolonialista à guardiã da temperança, ameaçada pela produção desenfreada de morfina e cocaína e pelo consumo abusivo de ambas as substâncias. A guerra contra a cocaína movida pela Inglaterra vinha ainda ao encontro dos esforços norte-americanos de controlar o seu uso, que vinha até então se materializando através da proibição da comercialização e uso da cocaína no âmbito de várias legislações estaduais norte-americanas.

A Conferência internacional acabou por se materializar em 1912, em Haia, na Holanda, e contou com 12 países. O entrelaçamento das formulações da Inglaterra, daí em diante com o apoio enfático dos EUA, em contraposição à posição do Império alemão, com o apoio de países sob sua órbita de influência e países com uma postura mais liberal, como a França, fizeram com que as deliberações da Conferência de Haia não fossem ratificadas pelos países membros da Liga das Nações se não a partir da convocação de sucessivas reuniões subsequentes, num período que se estende por 9 anos. A ratificação completa e definitiva da Convenção de Haia, que incluía a proibição da produção, comercialização e consumo de diferentes substâncias, como a cocaína e a morfina (excluindo o uso médico, quanto a esta última), só ocorreu de fato em 1919, já no contexto do Tratado de Versailles, após a derrota da Alemanha e seus aliados na I Guerra Mundial (Scheerer, 1993).

Nascia a partir daí o atual sistema de controle de diferentes drogas, sob a hegemonia incontestada da Inglaterra e EUA, e, em um momento posterior, sob a hegemonia absoluta e praticamente exclusiva dos EUA.

### Os Tratados Internacionais

Os protocolos conhecidos como as Convenções de Drogas da Organização das Nações Unidas (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 atrelam a política de drogas mundial à força das convenções internacionais, e, em boa medida, subordinam as políticas nacionais referentes às drogas, daí em diante, ditas ilícitas. Essas convenções se revestem de grande força e autoridade, uma vez que foram ratificadas por 160 nações. Esses acordos impõem limites sociais, culturais e mesmo morais ao comércio e consumo das substâncias psicoativas, definindo as linhas que distinguem o que é lícito e ilícito.

**1961 – Convenção Única de Narcóticos.** Esta convenção definiu duas formas de controle das drogas. A primeira delas tem por objetivo limitar a posse, o uso, o comércio, a distribuição, a importação, a manufatura e a produção de drogas exclusivamente para uso médico e científico. A segunda normatiza o combate ao tráfico de drogas através da cooperação internacional, visando desencorajar, e, se possível, impedir o tráfico de drogas.

Esta convenção definiu as substâncias sobre controle, tomando por base o grau de perigo ou abuso, potencial dependência e uso médico das diferentes substâncias (o que é objeto de críticas importantes de profissionais da área que, freqüentemente, discordam dos critérios adotados e das evidências em que estes se baseariam).

As substâncias incluídas no Grupo I estão sujeitas a todas as medidas de controle previstas na Convenção, e incluem a heroína, a cocaína e a maconha. O Grupo II compreende substâncias habitualmente utilizadas com finalidade médica e que requereriam um controle menor, pois apresentariam um potencial de abuso menor. A codeína (analgésico e antitussígeno [i.e. produto empregado em xaropes contra a tosse] opiáceo), por exemplo, está incluída neste segundo grupo. O Grupo III contempla as exceções, como, por exemplo, uma série de substâncias farmacêuticas preparadas com resíduos de substâncias passíveis de abuso, e, portanto, com baixo potencial de abuso ou efeito danoso. O Grupo IV inclui as substâncias essenciais à prática médica e à investigação científica.

Além disso, nessa Convenção foi instituída o *International Narcotics Control Board* (INCB), órgão que tem por responsabilidade supervisionar a implementação das convenções de controle das drogas.

**1977 – Convenção em Drogas Psicotrópicas.** Estabeleceu o sistema de controle internacional para outras substâncias psicotrópicas, como os barbitúricos, o ácido lisérgico (LSD) e as anfetaminas. Esta convenção teve por objetivo discutir a diversificação e a



expansão do abuso de drogas no mundo e introduzir o controle sobre as drogas sintéticas, de acordo com o seu potencial de abuso e valor terapêutico.

### **1988 – Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas.**

O crescente problema do tráfico de drogas ao longo dos anos 1970 e 80 motivou a convocação de uma nova reunião das Nações Unidas visando estabelecer medidas abrangentes para lidar com essa questão. Esta convenção estabeleceu novas medidas contra o comércio de drogas, lavagem de dinheiro e produção e comercialização de precursores químicos utilizados na fabricação de diferentes substâncias psicoativas. Todos os países signatários dessa Convenção devem definir como crime a posse ou cultivo de narcóticos ou drogas psicotrópicas para consumo pessoal. O ato de estimular outra pessoa a consumir drogas também é definido como crime sob essa convenção.

O propósito das duas primeiras Convenções foi estabelecer uma regulamentação internacional sobre quais substâncias poderiam ser utilizadas com finalidade médica e científica e quais deveriam restringidas em função do seu potencial de abuso e dependência. Ficou a cargo da Organização Mundial da Saúde — OMS (a agência das Nações Unidas com poder normativo na área da saúde) avaliar cada uma das substâncias psicoativas e orientar a Comissão de Drogas Narcóticas (CDN) sobre a classificação das diferentes substâncias nos diferentes grupos compreendidos nas Convenções de 1961 e 1971 (Bewley-Taylor, 2003).

Essas convenções foram uma resposta a questões sociais e políticas relacionadas ao uso de drogas em momentos determinados da história. A necessidade de estabelecer um código comum que harmonizasse a resposta das diferentes nações ao problema do consumo de drogas, estabelecer os limites para o seu uso medicinal e científico e criar medidas de controle do tráfico de drogas integra os esforços de sedimentação de uma ordem global.

Porém, basicamente ao longo dos anos 1980 as políticas supranacionais anti-drogas entraram em crise. Levine (2003) aponta três fatores críticos que contribuíram para isso: 1) a emergência e expansão do movimento de “redução de danos”<sup>7</sup>, em resposta, especialmente, à crescente epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis, b) a crescente oposição às políticas de drogas de cunho essencialmente coercitivo e punitivo,

---

<sup>7</sup> O movimento de redução de danos emerge nos anos 1980 como uma resposta pragmática à epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis, embora tenha raízes bastante mais antigas, que datam do Relatório Rolleston, publicado na década de 1930, na Inglaterra.

que criminalizam o usuário de drogas, c) a incapacidade das políticas proibicionistas em limitar o cultivo e o consumo da maconha, droga que ganha grande aceitação social nos anos 1960/70.

### Convenções Internacionais e Saúde Pública: Diálogo e contradição

Pretendemos neste capítulo focalizar o primeiro tópico mencionado acima. As duas primeiras Convenções precedem a emergência da epidemia de AIDS, tendo sido a terceira Convenção aprovada antes que se consolidasse o conhecimento de que o uso de drogas injetáveis poderia representar um problema relevante na dinâmica global da epidemia de AIDS (Wolfe & Malinowska-Sempruch, 2004).

Em países como a China e em toda a região do Leste Europeu a epidemia de HIV/AIDS é fortemente influenciada pela disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis. Em 2005, o uso de equipamentos de injeção contaminados nos países do Leste Europeu esteve associado a quase dois terços (63%) dos novos casos de AIDS em que a informação sobre o modo de transmissão estava disponível (EuroHIV, 2005).

Os dados de 2005 apontam que a epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis na China atingiu proporções alarmantes. Quase a metade (44%) das pessoas vivendo com HIV na China foram infectadas em função do uso de seringas e agulhas contaminadas (UNAIDS, 2006; WHO, 2006).

Além disso, cerca de um milhão e meio de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS vivem hoje nos Estados Unidos, e 13% delas são usuários de drogas injetáveis (UNAIDS, 2006).

Pensava-se até pouco tempo atrás que o uso de drogas injetáveis não desempenhava um papel relevante na epidemia em curso na África subsaariana, mas trabalhos recentes mostram que esta visão não é correta, e que o uso compartilhado de drogas injetáveis constitui um dos componentes relevantes em diversas epidemias da África subsaariana (Beckerleg et al., 2006; McCurdy et al., 2006), duramente afetada pela disseminação da epidemia em decorrência das relações sexuais desprotegidas.

Em resposta à disseminação da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis, diversas estratégias de saúde pública foram desenvolvidas. Defensores dessas ações enfatizam o papel central da adoção, em momento o mais precoce possível, de medidas de saúde pública com adequada cobertura, como programas de troca de seringas e, mais recentemente, a expansão de salas de uso mais seguro para usuários de drogas

injetáveis (Kerr et al., 2005). Além disso, esses profissionais e ativistas defendem uma política de drogas mais tolerante e menos coercitiva.

As epidemias que envolvem patógenos de transmissão sanguínea e/ou sexual e que tem no compartilhamento de seringas e outros equipamentos de injeção um componente essencial caracterizam-se por uma disseminação particularmente rápida e extensa (Rhodes et al., 2002).

A estigmatização e a marginalização dos usuários de drogas injetáveis fazem com eles se isolem e evitem o contato com serviços sociais e de saúde, isso, somado ao permanente risco de serem presos, estimula a auto-administração de drogas em locais ermos e em contextos sem nenhuma higiene, o que favorece a não desinfecção dos equipamentos de injeção/uso exclusivo de equipamento estéril, e o compartilhamento inseguro de seringas potencialmente contaminadas.

As imposições legais impedem o desenvolvimento de medidas de saúde pública, em diferentes locais, como na não implementação de programas de manutenção com metadona na Rússia ou na proibição de utilizar verbas federais no financiamento de programas de troca de seringas nos EUA, essenciais ao adequado manejo de usuários de drogas com quadros graves de dependência e sob particular risco de se infectar por diferentes patógenos e de *overdose*. A terapia de manutenção por metadona é até hoje proibida em países como a Rússia, com base na inclusão da metadona entre as substâncias incluídas no Grupo I da Convenção de 1961, a despeito de amplas evidências científicas em prol do uso da metadona na prevenção da disseminação do HIV/AIDS (Kerr et al., 2004).

Feito este retrospecto histórico, discutimos, brevemente, as principais características das forças que atuam no sentido de constranger a adoção de políticas públicas mais flexíveis e pragmáticas de drogas:

- 1) Existe na literatura um consenso de que os Tratados Internacionais Anti-Drogas limitam a ação individual dos países. Pretendemos discutir alguns fatores envolvidos na formulação de políticas (*policy-making*) da Comissão de Narcóticos das Nações Unidas.
- 2) Por outro lado, políticas, quaisquer que sejam elas, não são implementadas num vácuo, mas sim no contexto político-institucional de cada país. Cabe compreender: Em que medida os marcos institucionais de uma dada nação podem constranger ou facilitar a adoção das estratégias de redução de danos, como os programas de troca de seringas e agulhas? A partir do caso brasileiro,

discutiremos brevemente como algumas características da formulação de políticas ao nível internacional têm influenciado a política de drogas no atual cenário brasileiro e vice-versa.

## Considerações sobre a formulação de políticas no contexto da UNODC e a participação do Brasil

As Convenções Anti-Drogas descritas acima têm por objetivo regular o uso de diferentes substâncias químicas para uso medicinal e, ao mesmo tempo, estabelecer normas visando prevenir e controlar o abuso de algumas dessas substâncias. Quase todos os países signatários adotaram leis restritivas ao consumo de drogas, alinhando suas políticas nacionais às normas internacionais. Para melhor compreender como opera, na prática, o processo político envolvido na formulação e aplicação da legislação supranacional identificaremos três pontos relevantes: a estrutura de veto adotada pelas Nações Unidas, a burocracia institucional do Escritório de Combate ao Crime e Drogas (UNODC) e a alocação de recursos em rubricas pré-definidas por parte dos países membros (através do financiamento de ações específicas).

### As decisões políticas

As decisões no âmbito da Comissão de Narcóticos são tomadas por meio de consenso, assim como ocorre na Assembleia Geral da ONU. Na forma como é adotado pelas Nações Unidas, o consenso tem por objetivo estimular o processo de negociação e o debate em torno de um determinado tema, sem a necessidade de recorrer à votação. Se algum membro da Comissão se opuser a uma resolução em particular, a mesma deverá ser negociada pelo tempo que se fizer necessário, até que se chegue a um denominador comum. Não raro, é possível encontrar relatos de chefes de delegações que afirmam cooperar com o consenso, que, no entanto, caso as decisões pudessem ser de fato votadas, prefeririam se abster. Afirmativas como essa sublinham os pontos fracos desse tipo de negociação e eventual acordo (Osmanczyk, 1990).

Uma vez que as decisões sejam efetivamente tomadas, elas só poderão ser alteradas com base em um novo consenso. Isto se aplica literalmente às Convenções Anti-Drogas. Caso se deseje alterar as normas regulatórias propostas pelos três Tratados, hoje vigentes, todos os países signatários deverão estar de acordo.

A maioria dos países membros das Nações Unidas têm, ao longo dos anos, se oposto a mudanças na legislação supranacional anti-drogas. Países com orientação majoritariamente conservadora, como os Estados Unidos, a Suécia e o Japão apóiam a manutenção (quando não a escalada proibicionista) do *status quo*, ao passo que o Reino Unido (não de forma sistemática, sob a administração Tony Blair) e a Holanda têm habitualmente se situado em pólo oposto.

O Brasil tem tido uma participação importante nas reuniões das Nações Unidas e em outros fóruns internacionais correlatos. Por ocasião da 49ª Sessão da Comissão de Narcóticos, em 2006, representantes do governo brasileiro apresentaram um documento, a partir de uma proposta sugerida pelo Programa Nacional de DST/AIDS e pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, relatando a experiência com as ações de redução de danos no país (PN DST/AIDS, 2006). No ano seguinte, por ocasião da 50ª Sessão, o representante do governo do Reino Unido e presidente da Associação Internacional de Redução de Danos (IRHA), Gerry Stimson, apresentou um documento à Comissão, com evidências documentando a disseminação da AIDS entre usuários de drogas injetáveis em diversos países em desenvolvimento. Foi também mencionado o apoio técnico e financeiro que o Reino Unido tem fornecido à China, Rússia, Quênia, países da Ásia Central e ao Vietnã, visando ao controle da epidemia (Stimson 2006; Declaração de Viena, 2006).

Para complicar ainda mais o debate, algumas delegações que representam os países são compostas exclusivamente por profissionais não-especializados, geralmente representantes dos Ministérios das Relações Exteriores de cada país e diplomatas com pouco ou conhecimento específico sobre o tema. Esse é mais um dos fatores a perpetuar a inércia da Comissão (Fazey, 2003).

As reuniões que formularam os três Tratados Anti-Drogas hoje vigentes representaram “janelas de oportunidade”, onde teria sido possível mudar o rumo das políticas de drogas no mundo, caso houvesse vontade política para tal. As motivações políticas (*politics*) subjacentes às decisões adotadas pelos representantes dos países membros no contexto das sessões de discussão da Comissão de Narcóticos — referentes à regulação do consumo e do comércio, assim como aos marcos que norteiam a prevenção — resultou na atual política (*policy*) de drogas. Uma vez traçados os rumos dessa política, os custos e as dificuldades envolvidas no sentido de alterá-las se mostra particularmente elevado, fazendo-se necessário aguardar o momento estratégico para que o problema volte à pauta dos debates na arena política decisória (Kingdom, 1995).

### A administração das decisões da Comissão de Narcóticos

As decisões políticas da Comissão de Narcóticos são formalmente supervisionadas pelo *staff* de profissionais que trabalham no Escritório de Combate ao Crime e Drogas (*United Nations Office on Drugs and Crime* – UNODC), em Viena, Áustria. A UNODC tem por objetivo apoiar e assistir os países membros na implementação e ratificação dos acordos firmados no âmbito da Comissão de Narcóticos e na formulação e aplicação da legislação doméstica em drogas, crime e terrorismo (UNODC, 2007). A literatura internacional mostra que a formulação e a implementação das políticas é bastante dependente das ações da burocracia institucional (Page 1985; Allison & Zelikow, 1999). Segundo esses autores, o *staff* que administra as decisões políticas não tem uma postura neutra e desempenha um papel importante, principalmente na orientação dos gastos públicos relativos às políticas de drogas.

O quadro organizacional e institucional descrito por Fazey (2003) mostra que os especialistas da UNODC sofrem um forte constrangimento quando se fala em mudar o *status quo*. A falta de estabilidade do vínculo empregatício desses profissionais e a diversidade cultural (incluindo a falta de fluência nos idiomas oficiais da instituição) impedem um funcionamento mais eficiente da organização. Além disso, o fato de mais de 80% dos recursos do fundo da UNODC serem destinados a projetos com finalidades específicas, impede que o seu Diretor Executivo proponha projetos alternativos àqueles formulados pelos países doadores.

As políticas efetivamente adotadas são determinadas não apenas pela Comissão de Narcóticos, mas também pelos países membros, de forma individual, na medida em que são direcionados recursos para projetos específicos. A título de exemplo, observa-se que, ao longo de muitos anos, os recursos destinados pelos Estados Unidos à Organização não podiam ser utilizados para financiar, por exemplo, programas de troca de seringas.

Uma forma encontrada para contornar imposições dessa natureza foi financiar os projetos de redução de danos por meio de “pacotes” de ações voltadas para a prevenção e educação em AIDS. O projeto brasileiro de controle da AIDS, financiado parcialmente pelo Banco Mundial e pela UNODC, lançou mão dessa estratégia, na implementação de suas ações de redução de danos (Fazey, 2003). O papel desses recursos se mostrou fundamental no financiamento dos Programas de Troca de Seringas brasileiros, como evidenciado por trabalho anterior dos autores do presente capítulo (Fonseca et al., 2006).

Além disso, o Escritório da UNODC no Brasil vem desenvolvendo projetos que contemplam ações abrangentes de prevenção à AIDS e ao uso de drogas. Essa rubrica representa o maior investimento do Escritório, no Brasil, no período 2006-2009 (Quadro 12). Esses dados evidenciam um forte incentivo às ações de redução de danos e prevenção à AIDS entre usuários de drogas, em contraposição a ações de cunho repressivo vigentes em contextos políticos anteriores.

**Quadro 12. Dados de financiamento UNODC/Brasil referentes ao período 2006-2009\*.**

<b>Objetivo</b>	<b>Total</b>
Promover a prevenção ao uso de drogas e HIV/AIDS	18.300.700
Contribuir com os esforços nacionais para controlar o crime organizado e o tráfico de drogas	14.324.200
Contribuir com a prevenção à violência e ao crime urbano no nível comunitário	1.800.000
Cooperar com o governo brasileiro na redução de práticas de corrupção e seu impacto no desenvolvimento do país	3.305.400
<b>Total</b>	<b>37.730.300</b>

Fonte: Marco estratégico para o programa Brasil. UNODC, 2006.

\* Dados referentes ao total de despesas (fundos assegurados e a serem levantados)

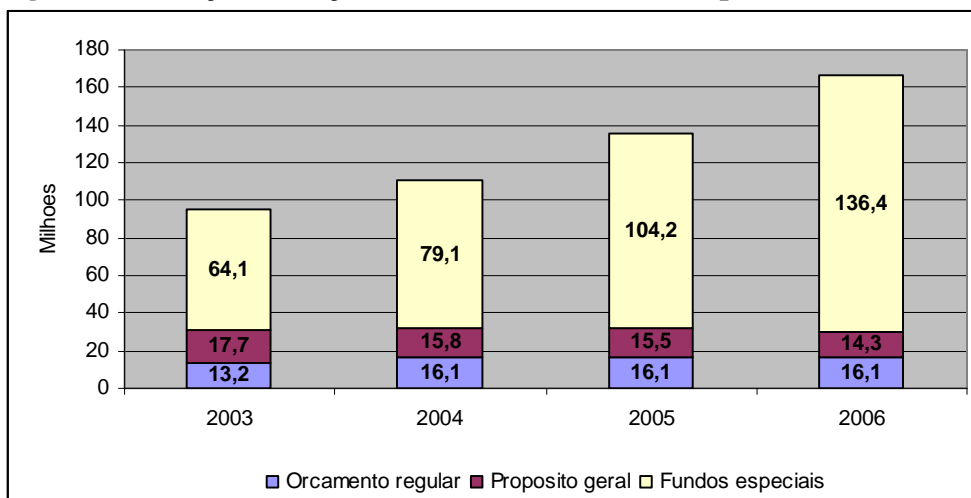
Valores nominais

### O financiamento dos projetos

Aproximadamente 90% do orçamento da UNODC é proveniente da doação voluntária de recursos por parte dos países membros, ao passo que apenas 10% se refere ao orçamento regular, repassado pelas Nações Unidas. Os recursos provenientes dos países membros podem ser compostos por: doações com finalidade específica (*earmarked*) — direcionadas a determinados projetos; e recursos com propósito mais amplo — investidos de acordo com as orientações do Diretor Executivo do órgão (Fazey, 2003; UNODC, 2007).

Os dados que constam da Figura 6 indicam uma tendência crescente, com mais de 50% do orçamento global da instituição destinada de antemão a finalidades específicas. No ano de 2006, mais de 80% do orçamento do órgão foi direcionado para projetos escolhidos pelos doadores. Isso evidencia o limite operacional imposto aos gestores da UNODC, no sentido de tentar flexibilizar suas inversões financeiras e projetos.

**Figura 6. Evolução do orçamento total da UNODC no período 2003-2006.**



Fonte: Adaptado do UNODC Annual Report, 2007.

Atualmente, figura entre os doadores principais da UNODC a União Européia, e, entre os países individuais, a Suécia, os Estados Unidos e o Reino Unido, respectivamente (Quadro 13). O grupo dos “principais doadores” é constituído por 21 países, ao passo que o grupo dos “doadores emergentes” é constituído por 38 países, correspondendo a, respectivamente, 62% e 32% do orçamento global do órgão. Um achado especialmente relevante refere-se ao fato do Brasil ter doado, em 2006, US\$ 36 milhões ao fundo para projetos específicos de combate às drogas. Esse valor ultrapassa as contribuições mais importantes dos principais doadores tradicionais. Infelizmente, esses dados não são públicos e não foi possível levantar informações sobre a origem desses recursos.

**Quadro 13. Ranking das doações ao fundo contra drogas e crime da UNODC por grupo de países, 2006**

	Doador	Fundos específicos	Propósito geral	Total	%
Principais doadores	1. União Européia	15.843.519		15.843.519	17.1
	2. Suécia	10.959.126	2.268.306	13.227.432	14.3
	3. EUA	11.145.536	1.000.000	12.145.536	13.1
	4. Reino Unido	10.856.569		10.856.569	11.7
	<b>Total do grupo</b>	<b>80.439.006</b>	<b>13.290.888</b>	<b>93.729.894</b>	
Doadores emergentes	<b>1. Brasil</b>	<b>36.767.671</b>		<b>36.767.671</b>	<b>75.7</b>
	2. Colômbia	6.198.810		6.198.810	12.8
	3. México	1.487.333	100.000	1.587.333	3.3
	<b>Total do grupo</b>	<b>47.292.843</b>	<b>1.026.615</b>	<b>48.319.458</b>	

Fonte: Adaptado do UNODC Annual Report, 2007



Em última instância, os tratados internacionais ditam as regras do jogo quanto à regulação das drogas medicinais e narcóticos. Como mostrado anteriormente, mudar o *status quo* exige obter um consenso entre todos os países membros, tarefa extremamente complexa e de execução particularmente morosa. Porém, algumas alternativas poderiam vir a ser adotadas pelos países que pretendem adotar políticas de drogas mais flexíveis:

- 1) Uma alternativa radical seria dissociar (“romper”) as políticas nacionais dos tratados internacionais, o que deixaria os formuladores nacionais de políticas de drogas inteiramente livres para direcionar a política local no sentido que lhes parecer mais apropriado. Essa alternativa é claramente radical e pode dar lugar a consequências imprevisíveis para a ordem política global. Os acordos multilaterais são importantes no sentido de estabelecer um consenso sobre determinados assuntos. Uma vez quebrada a aliança, isso pode ter consequências para a credibilidade do país em outras áreas. Além disso, o mais das vezes, os políticos e técnicos locais não têm um interesse firme no sentido de defender e arcar com os custos políticos e econômicos potencialmente associados a um tema tão polêmico como o consumo e o comércio de drogas.
- 2) Os tratados anti-drogas não são auto-aplicáveis. Isso significa que as convenções impõem restrições à formulação das leis nacionais, porém os países contam com alguma margem de manobra quanto à formulação de suas políticas domésticas. Alguns países argumentam, nesse sentido, que controlar a epidemia de AIDS entre usuários de drogas é uma questão mais premente frente a combater o consumo abusivo de drogas *per se*. Alinham-se nessa posição, países como o Reino Unido, o Canadá e a Holanda. A política de drogas holandesa distingue claramente a comercialização e o consumo da maconha do comércio e consumo das drogas ditas “pesadas” (como a cocaína e a heroína), e permite o uso da maconha em cafés, onde o usuário não necessariamente adquire a droga (algumas *coffee shops* também comercializam a maconha), mas podem usá-la sem restrições. Outros exemplos são o da Austrália e Canadá, que disponibilizam salas de uso mais seguro para usuários de drogas injetáveis, e, ainda uma vez, o Canadá, que autorizou o uso medicinal da maconha. Na Suíça e Espanha é permitido aos médicos prescrever heroína a pacientes dependentes dessa substância, que apresentem quadros graves de

dependência e não respondam adequadamente à terapia de manutenção com a metadona (March et al., 2006).

Todas essas iniciativas foram criticadas pelo INCB (International Narcotics Control Board). Porém, ao contrário do que habitualmente se pensa, esta agência não tem o poder de arbitrar interpretações conflitantes das Convenções (Bewley-Taylor, 2003). Além dos constrangimentos internacionais, uma variável importante e que deve ser levada em consideração é o contexto político-institucional em que essas políticas são implementadas. Essas variáveis permitem aos países adotar políticas diferenciadas, mesmo sob um regulamento internacional único.

### Políticas, desafios e perspectivas de mudança no Brasil

Os Tratados Internacionais de drogas não são implementados num vácuo. Como visto acima, os países apresentam diferentes alternativas para lidar com a regulação das drogas, variando de um extremo proibicionista, como o modelo norte-americano, a um extremo liberal, como o holandês e o britânico (Fonseca & Bastos, 2005). O processo por meio do qual uma política é discutida, aprovada e implementada tem impacto sobre a natureza das políticas públicas efetivamente adotadas. Esse contexto molda e tem profundo impacto no sucesso ou falha de qualquer política. A formulação de políticas é complexa e resulta da interação de múltiplos atores, com diferentes poderes, objetivos e interesses. Existe ainda uma variedade de arenas onde as decisões são tomadas e com diferentes regras, que determinam o modo “como o jogo é jogado” (Stein et al., 2005:7). Discutiremos a seguir alguns impasses e os avanços enfrentados no contexto da reformulação da política de drogas no Brasil.

#### O sistema político

Recentemente, o governo brasileiro empreendeu duas reformulações na sua política nacional anti-drogas, em substituição à antiga Lei 6.368, de 1976, que criminalizava o uso de drogas. Segundo a legislação aprovada em 2002 (Lei 10.409), o usuário de drogas era punido com até 10 distintas modalidades de penas alternativas ou dois anos de prisão. Essa primeira alteração na legislação abriu um precedente para que uma nova proposta, sancionada pelo Presidente Luis Inácio Lula da Silva, quatro anos mais tarde (Lei

11.343/06), emergisse. A nova legislação estabelece uma distinção clara entre a posse e uso de pequenas quantidades de drogas e o tráfico de drogas. Sob essa perspectiva, o usuário de drogas será punido por meio de penas alternativas e não mais através do encarceramento. Essa alteração pode ser considerada um avanço relevante, pois descriminaliza o uso de drogas e permite uma intervenção menos pronunciada do Direito Penal sob a conduta individual, diminuindo o contingente da população carcerária (Bastos et al., 2007).

Mudar uma legislação, seja no Brasil ou em qualquer outro país, especialmente, em um país grande e heterogêneo, não constitui tarefa fácil. O funcionamento de um Estado federalista é complexo e não necessariamente harmônico. Existem diversos atores em cena, com diferentes interesses e diferentes capacidades de impor veto às propostas de mudança mais controversas. Mudanças na legislação brasileira exigem a obtenção da maioria nas duas casas legislativas e a sanção do presidente da república. A fragmentação do sistema partidário no Brasil representa um dos maiores obstáculos à formação de coalizões consistentes e sólidas visando implementar quaisquer mudanças. Somado a isso, o presidente, no Brasil, tem um papel preeminente na definição da agenda política e na formulação de propostas (poderes pró-ativos: pode legislar através de decretos-lei, tem poder sobre o orçamento e pode designar os ministros; e poderes reativos: como vetar parcialmente os projetos de lei (Costa 2005; Stein et al. 2005)).

Assim, para aprovar uma legislação ousada como a que propõe reformulações da política de drogas, um conjunto de atores deve estar de acordo com essas mudanças. O primeiro discurso do Presidente Lula sobre o crime organizado e a segurança pública foi recebido com otimismo pelos ativistas em prol de uma política de drogas menos repressiva. Além disso, o Ministro da Justiça, alguns dias antes, havia declarado a um Comitê no Congresso, ser favorável à descriminalização do uso de drogas (Narconews 2003). Este, assim como outros fatores discutidos mais adiante, favoreceram a aprovação da nova legislação.

Por outro lado, Projeto de Lei Federal 1.279/99, que dispõe sobre o fornecimento de seringas e agulhas descartáveis e esterilizadas em centros e entidades de tratamento e recuperação de usuários de drogas credenciados segue (no momento em que redigimos este capítulo, junho de 2007) tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. O projeto aguarda uma janela de oportunidade para que seja votado em plenário.

Alguns estados e municípios brasileiros já contam com leis que regulamentam as ações de redução de danos em suas respectivas jurisdições. Em princípio, os estados e municípios são autônomos quanto a conduzir as suas políticas de saúde, educação, meio-ambiente, transporte etc. (ainda que, habitualmente, precisem do apoio e concordância do governo federal para desenvolver políticas consistentes, a exemplo do funcionamento do Sistema Único de Saúde) (Costa 2005). Fato é que, valendo-se da competência para legislar sobre as ações de proteção e defesa da saúde (artigo 24 da Constituição Federal), estados como São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Minas Gerais e municípios como Vitória, São Paulo, entre outros, aprovaram em suas respectivas legislações, as atividades de redução de danos como uma forma de controlar a epidemia de AIDS. Essas leis têm o papel fundamental de integrar as ações de redução de danos às políticas públicas de saúde e garantir aos profissionais que trabalham “na ponta” (na cena de uso) respaldo legal para desenvolverem essas ações, sem a interferência da polícia (Karam, 2003).

### Burocracia institucional

O esforço para mudar a política de drogas no Brasil conta ainda com dois atores-chave: a burocracia institucional e o movimento social. Estes podem ser considerados os motores que impulsionaram o processo acima descrito. A burocracia institucional desempenha um papel importante no sistema democrático e na aplicação das decisões políticas (Page, 1995; Allison & Zelikow, 1999). Os burocratas são o que Kingdom (1995) denominou “comunidades de especialistas”, que fornecem aos agentes executivos informações e estatísticas que definem os problemas de maneira a colocá-los à frente da agenda pública. Segundo o autor, a fonte de influência desses agentes se deve, particularmente, à longevidade da carreira pública (enquanto os políticos se alternam no poder, os burocratas permanecem), e sua expertise (especialização em determinada área), além de sua relação com o Congresso e os grupos de interesse.

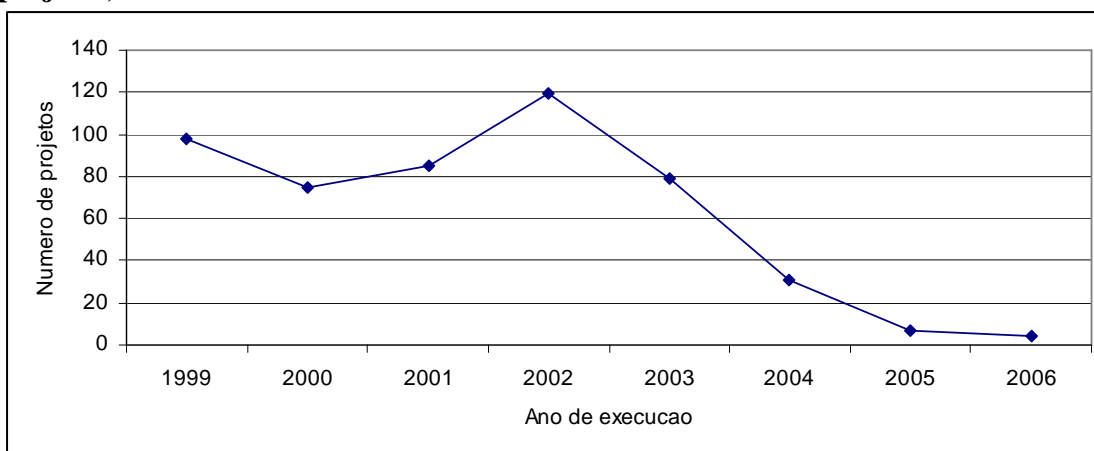
A burocracia no Brasil é, em grande parte, autônoma e especializada. Composta por um quadro permanente de servidores públicos recrutados pelo mérito e incorporados ao Estado em planos de carreira, com incentivos que favorecem a performance profissional (Stein et al. 2005). Essa característica da burocracia institucional brasileira em certas áreas, como saúde e ciência & tecnologia, facilitou a sensibilização dos gestores estaduais (principalmente em SP, RJ, BA e RS) e federais para a adoção de uma resposta pragmática

e de saúde pública frente à então crescente epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis, em meados da década de 90. Os estudos e pesquisas, financiados, inicialmente pela Organização Mundial de Saúde, constituíram a linha de base para a ampla implantação de Programas de Troca de Seringas nos anos 90 e início da presente década.

Derivam daí algumas questões importantes. *Primeiro*, apesar do recrutamento e seleção dos funcionários da administração pública ser feito com base em critérios meritocráticos, existem outras formas de ingresso no serviço público, especialmente em caráter temporário. Por exemplo, a ampla composição do quadro de profissionais do Programa Nacional de AIDS é oriunda do movimento de ONG AIDS, de profissionais de saúde e pessoas vivendo com HIV/AIDS que tinham interesse direto na implantação de programas de redução de danos no Brasil. Os funcionários do PN DST AIDS são, geralmente, contratados como profissionais que atuam na Assessoria Técnica e exercem funções pontuais, remunerados com recursos dos acordos de empréstimo internacional. A contratação de um corpo técnico envolvido com as questões de drogas e AIDS levou os grupos de interesse para o centro das instâncias decisórias e favoreceu a alocação de recursos específicos para essas ações. Para uma discussão mais detalhada desses tópicos, ver Nunn (2007).

*Segundo*, apesar de ainda não contar com uma Lei Federal que regule as ações de Redução de Danos no Brasil, o Ministério da Saúde editou uma portaria (antecipando-se à possível aprovação dessa lei), que autoriza a distribuição de insumos de prevenção a AIDS para usuários de drogas injetáveis (Portaria nº. 1.028, de 4 de julho de 2005). Essa medida não solucionou em definitivo o problema, mas contribuiu para tirar da informalidade programas que vinham funcionando há mais de 10 anos e que, constantemente, sofriam com a repressão policial ou eram acusados de colaborar com o uso de drogas.

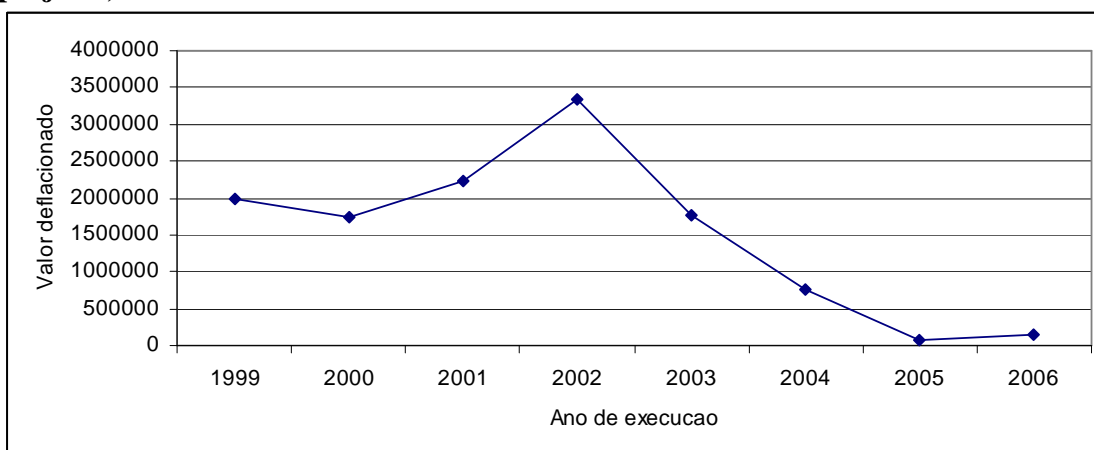
**Figura 7. Evolução do número de projetos para população de usuários de drogas financiados pelo PN AIDS\* por ano de execução. Brasil, dados referentes a 498 projetos, 1999-2007.**



Fonte: Programa Nacional de DST/AIDS, 2006

\*Exclui projetos financiados para órgãos governamentais

**Figura 8. Evolução dos gastos com projetos para população de usuários de drogas financiados pelo PN AIDS\* por ano de execução. Brasil, dados referentes a 498 projetos, 1999-2007.**



Fonte: Programa Nacional de DST/AIDS, 2006

\*Exclui projetos financiados para órgãos governamentais

Valores reais

*Terceiro*, o Programa Nacional de AIDS, através do acordo de empréstimo com o Banco Mundial, financiou amplamente as ações dirigidas aos usuários de drogas no Brasil, criando uma coalização de interesses que mais tarde se tornaria fundamental no redirecionamento das políticas públicas de drogas. Um estudo anterior aponta que os Programas de Redução de Danos no Brasil são fortemente dependentes desse recurso para desenvolverem suas ações (Fonseca et al. 2006). Entre os anos de 2000 e 2002 houve um crescimento constante no número de projetos financiados para a população de usuários de

drogas (Figuras 7 e 8). Em 2002, foram financiados 119 projetos, num total de R\$ 3 milhões de recursos investidos. Com a descentralização de recursos do Programa Nacional de AIDS, em 2003, esses projetos passaram a ser de responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Fonseca et al. no prelo).

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a receber ajuda externa do Banco para desenvolver ações de prevenção à AIDS (World Bank 2005). Baseados em uma agenda de maximização do custo-efetividade, os economistas do Banco desenvolveram uma estratégia de alocar recursos para populações específicas, centrais à dinâmica de epidemias concentradas, como a brasileira, como os usuários de drogas injetáveis e os profissionais do sexo, particularmente vulneráveis à disseminação do HIV. Por outro lado, os financiadores internacionais se recusavam a disponibilizar financiamento para as ações de tratamento, diagnóstico e aquisição de medicamentos para AIDS (Ainsworth e Over 1997). Era mais vantajoso prevenir novas infecções do que investir no dispendioso tratamento para os doentes de AIDS. A dupla fonte de recursos do Programa Nacional de AIDS permitiu aos gestores alocar os recursos da fonte Tesouro Nacional nas ações de diagnóstico e aquisição de medicamentos para AIDS, ao passo que a fonte de recursos do acordo de empréstimo permitiu desenvolver ações de fortalecimento das ONGs e a implementar estratégias de prevenção junto a populações específicas.

O PN AIDS e o Ministério da Saúde desempenharam um papel importante no financiamento do movimento de redução de danos e na capacitação de ativistas e técnicos. A partir dessas evidências, podemos afirmar, que a coalizão de interesses em prol da Redução de Danos se nucleou em torno do PN AIDS e dele se nutriu. Esse apoio influenciou fortemente a agenda da política pública de drogas no Brasil, como veremos a seguir.

### Movimento social

Os grupos de interesse são compostos por indivíduos que se organizam entre si para compartilhar interesses comuns e influenciar as políticas públicas e as decisões econômicas. Eles clarificam e articulam as preferências dos cidadãos, alertam os formuladores de políticas sobre a prioridade de suas propostas e sugerem formas de tornar as políticas mais aceitáveis ou aconselham a respeito de seus danos potenciais. Alguns exemplos de grupos de interesse são: as companhias farmacêuticas e suas associações de classe, as associações médicas, os sindicatos e as organizações da sociedade civil. Os grupos de interesse são

importantes também para educar seus membros e a população quanto a determinadas questões e ajudá-los a implementar uma agenda pública apropriada. Eles monitoram a atividade pública e privada, e alertam a sociedade quando uma idéia prejudicial (segundo a sua perspectiva) é proposta. Assim como os partidos políticos, estes grupos promovem uma ligação entre os cidadãos e o governo (Weissert & Weissert 2002).

Os primeiros movimentos de Redução de Danos no Brasil surgiram no final dos anos 90. Nesta época, já havia alguns projetos piloto de intervenção, financiados a partir de um estudo multicêntrico realizado pela OMS. A Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) e a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD) têm desempenhado um papel relevante na formação e treinamento de profissionais para atuar nas atividades de campo, na sensibilização dos gestores locais para a implementação dessas estratégias e na pressão sobre políticos e gestores públicos visando à adoção de uma legislação de drogas menos repressiva. Além disso, existem aproximadamente 14 associações regionais com finalidades similares, que dão suporte aos programas estaduais e municipais.

Diversos encontros são realizados todos os anos, reunindo os membros dessas associações, visando discutir os rumos da política de drogas e trocar experiências sobre diversas iniciativas desenvolvidas em todo país. Em 2001, um encontro promovido pelo Programa Nacional de AIDS e pelo escritório da UNODC Brasil, conhecido como Arena de Redução de Danos, reuniu vários especialistas e representantes da sociedade civil para discutir, entre outras questões, a necessidade de uma nova legislação sobre drogas. Neste mesmo ano, a SENAD aprovou o Plano Nacional Anti-drogas, incluindo um capítulo sobre a importância das ações de Redução de Danos. Recursos do Fundo Nacional Anti-drogas (FUNAD) foram alocados neste mesmo ano para a prevenção à AIDS entre usuários de drogas (*Interamerican Observatory on Drugs* 2002).

Os ativistas da Redução de Danos tiveram ainda uma participação importante na aprovação de diversas leis estaduais e municipais. A aprovação da primeira Lei Estadual teve lugar em São Paulo. Em 1997, um projeto que regulamentava as ações foi aprovado na Assembléia Legislativa, mas ficou aguardando a sanção do então governador Mario Covas, por seis meses. O período de realização da IX Conferência Internacional de Redução de Danos, em São Paulo, em 1998, que contou com a presença de profissionais, pesquisadores e do movimento de redução de danos internacional foi o momento oportuno para pressionar o governador a aprovar a legislação: “Passamos as semanas anteriores à conferência



pressionando o governador para que ele assinasse a lei. E reservamos o Palácio do Governo para a cerimônia de abertura da conferência. A conferência estava marcada para ter início no sábado à noite. O governador assinou a lei algumas horas antes, no sábado pela manhã” (Mesquita 2003 [on-line]).

No ano seguinte, as ações de redução de danos foram regulamentadas no estado de Santa Catarina. Segundo Mesquita (2003), o governador de Santa Catarina estava sendo acusado de corrupção e aparecia constantemente na mídia: “Ele precisava de algo para distrair a mídia. Alguém [dando a impressão que ele mesmo, Fabio] sugeriu ao governador que se ele aprovasse uma lei que protegesse as ações de redução de danos e a troca de seringas para usuários de drogas, já que as pessoas e a mídia falariam disso por duas ou três semanas” (*op. cit.*).

### Constrangimentos

Por outro lado, há, no Brasil (como em diversos outros países), fatores que dificultam a adoção de políticas mais flexíveis e pragmáticas, por exemplo: a política de segurança pública (ao enfatizar a vertente de repressão), os movimentos de base religiosa e a violência estrutural que atemoriza os moradores dos centros urbanos, dificultando sobremaneira a proposição de uma agenda pública dirigida às drogas mais reflexiva e equilibrada. Apesar dos avanços descritos, ainda existem [e, muito provavelmente, sempre existirão] defensores de uma política fundamentalmente ou exclusivamente repressiva.

As políticas de segurança nacional e estadual nem sempre estão de acordo com as proposições orientadas pela proteção e promoção da saúde pública. Por exemplo, o governo do Estado do Rio de Janeiro, durante a gestão do Secretário de Segurança Anthony Garotinho, em 2002, tinha uma posição conservadora com relação à questão. Mas, a despeito das diferentes medidas adotadas durante seu mandato, o problema da violência e do consumo de drogas não diminuíram no Estado.

A violência prejudica e mesmo impede a implementação de ações de redução de danos. Em um artigo recente, Rhodes et al. (2006) discutem o papel do contexto em que as ações de RD são (ou não) implementadas. O argumento central dos autores é de que é preciso ir além da dimensão individual de avaliar o risco e que as estratégias para minimizá-los passam, necessariamente, pela dimensão contextual e social. Nesse sentido, Bastos et al. (2007) relatam a dificuldade de implementar ações de saúde pública em

favelas do Rio de Janeiro, face aos constantes conflitos de facções rivais e entre facções criminosas e a polícia.

Além disso, a Igreja Católica, no Brasil, permanece como uma instituição de referência, capaz de propor valores no campo social e promover ativamente suas posições. As ações de defesa dos direitos humanos, luta em favor dos pobres, indígenas e marginalizados lhe confere grande credibilidade frente à sociedade, mesmo para os não-católicos (Andrade 2004), conferindo peso às suas posições sobre o aborto, o controle da natalidade e outros pontos polêmicos. Do mesmo modo, as ações desenvolvidas pela comunidade de evangélicos se mostram crescentemente influentes na sociedade brasileira. A posição explícita dessas instâncias acerca das medidas de prevenção à AIDS e fração expressiva do eleitorado que apóia esses pontos de vista constituem um incentivo para que os políticos brasileiros defendam posições conservadoras, como uma forma de angariar simpatias e o voto destes eleitores.

## Conclusão

Os Tratados Internacionais sobre drogas representaram uma resposta social e política dos países para a regulação do uso de drogas em um determinado período da história. A necessidade de se estabelecer uma ordem supranacional e que harmonizasse a questão culminou na aprovação das três Convenções Anti-drogas. Uma vez traçado o rumo da política global, os custos implicados no rompimento com as regras pactuadas ou mesmo na modificação dessa legislação podem ser muito elevados. A necessidade de se obter um consenso entre todos os países membros da Comissão de Narcóticos das Nações Unidas torna ainda mais moroso esse processo.

Com a emergência da epidemia de AIDS e a organização dos usuários de drogas, um novo cenário veio à tona na agenda política internacional. Diversos países enfrentaram e enfrentam epidemias que têm no uso compartilhado de drogas injetáveis elemento central à sua dinâmica, o que implica na adoção de medidas de saúde pública, desencorajadas e mesmo limitadas pelas Convenções em vigor.

O Brasil tem tido uma participação importante nas arenas de debate internacional. Em particular, o Programa de AIDS tem sido um importante formulador de sugestões inovadoras visando contornar os limites impostos pelas regras internacionais. Ao longo dos últimos anos, o Brasil passou de receptor de ajuda, a fornecedor de recursos e novas

propostas. A doação do governo brasileiro, em 2006, ao Fundo Especial de Combate às Drogas e Crime foi o maior entre todos os doadores (principais e emergentes). Além disso, o escritório da UNODC no Brasil tem investido amplamente nas ações de prevenção à AIDS em usuários de drogas, em parceria com o Ministério da Saúde.

As Convenções internacionais permitem aos países uma razoável margem de manobra. A principal instância definidora da agenda das políticas públicas de drogas menos repressoras no Brasil tem sido o Programa Nacional de AIDS e o Ministério da Saúde de um modo geral (com papel relevante da Coordenação de Saúde Mental). O fato de contar com uma burocracia especializada e sensível aos riscos e danos associados ao compartilhamento de equipamentos de injeção potencialmente contaminados facilitou a adoção de medidas pragmáticas de saúde pública por parte dos gestores do Ministério da Saúde. A inserção de grupos de interesse nas instâncias decisórias do Programa Nacional de AIDS e o empréstimo contraído junto ao Banco Mundial permitiram o financiamento de ações de redução de danos em todo o país. O Programa Nacional teve também grande influência na consolidação de uma coalizão de interesses em prol da redução de danos, que vem desempenhando um papel fundamental na aprovação de leis estaduais e na nova legislação federal sobre drogas.

Apesar dos avanços inegáveis da política nacional de drogas, ainda há muito para ser conquistado. Ainda tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei que regulamenta as ações de redução de danos. Há ainda uma série de constrangimentos a serem vencidos, como resistências locais à plena implementação das políticas de redução de danos, provavelmente associados a descontinuidades e recuos ora detectáveis no contexto da descentralização dessas ações (Fonseca et al. no prelo).

Alguns fatores relevantes para a análise das políticas de drogas não foram discutidos aqui em detalhe, mas têm importância fundamental no funcionamento do sistema político e na implementação ou não de políticas públicas: a atuação dos diferentes partidos políticos, o judiciário e o aparato policial, a opinião pública e a mídia. Por exemplo, o Partido dos Trabalhadores (PT) tem funcionado como um dos principais apoios das políticas de redução de danos. Porém, existem fissuras ideológicas relevantes no âmbito do próprio partido quanto a esses temas.

As possíveis mudanças da política de drogas constituem uma questão fundamental no mundo contemporâneo. O consumo de drogas é um “problema” que gira em torno de questões morais controversas. Assim como a obesidade e o fumo, e de forma mais

marcadamente moral, lidar com estilos de vida é sempre uma questão complexa e potencialmente polêmica. Apesar da ratificação pelo conjunto das nações das Convenções das Nações Unidas, existem atualmente diferentes respostas para lidar com a questão das drogas — oscilando entre pólos libertário e bastante conservadores. Quais os fatores envolvidos na adoção concreta dessas políticas em cada contexto? Quais as variáveis-chave a serem analisadas? De que maneira as políticas de drogas emergem na agenda política atual? O marco teórico-metodológico da Ciência Política contemporânea oferece uma gama de possibilidades a serem exploradas (Immergut 1992; Kingdom 1995; Haas 1992; March & Olsen 1989; DiMaggio & Powell 1991; Steinmo et al. 1992). O objetivo do presente texto foi tão-somente lançar luz sobre esse complexo debate e propor novas linhas de investigação no Brasil. Muito há por se fazer, seja no campo da pesquisa, como das urgentes reformas de cunho prático e abrangência social.

## Agradecimentos

Elize Massard da Fonseca é bolsista do Programa de Doutorado com Estágio no Exterior da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (PDEE/CAPES), Ministério da Educação. A revisão de literatura desse estudo foi realizada na biblioteca da *University of Michigan*, Estados Unidos, durante o estágio de doutorado da bolsista. Os autores gostariam de agradecer a Jairo da Matta, mestre em Políticas Públicas e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, pelos comentários ao texto. Os pontos de vista apresentados são exclusivamente de responsabilidade dos autores.

## Referências bibliográficas

Allen D. The cocaine crisis. New York: Plenum Press; 1987.

Allison G, Zelikow. Essence of decision: explaining the Cuban missile crisis [2<sup>nd</sup> edition]. New York: Longman; 1999.

Andrade P. A Igreja Católica e o Estado Brasileiro. In: Avelar L, Cintra A, organizadores. Sistema Político Brasileiro: uma introdução. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp Ed., 2004. p. 317-330

Andrade T, Dourado M, Farias A, Castro B. Redução de danos e a redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: Ministério da Saúde. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Bastos F, Caiaffa W, Rossi D, Vila M, Malta M. The children of mama coca: Coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America. International Journal of drug policy 2007; 18: 99-106.

Beckerleg S, Telfer M, Sadiq A. A rapid assessment of heroin use in Mombasa, Kenya. Subst Use Misuse. 2006; 41(6-7):1029-44.

Bellis D. Heroin and Politicians: the failure of public policy to control addiction in America. Connecticut: Greenwood Press; 1981.

Berridge V, Edwards G. Opium and the people. New York: Allen lane/St Martin`s Press; 1981.

Bewley-Taylor D. Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities. International Journal of Drug Policy 2003; 14: 171-179.

Byck R, editor. The Cocaine Papers by Sigmund Freud. Nova York: Plume (reedição); 1975.

Costa V. Federalismo: as relações intergovernamentais. In: Avelar L, Cintra A, organizadores. Sistema Político Brasileiro: uma introdução. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp Ed; 2004. p. 173-184.

De Quincey T. Confessions of an English Opium-eater. Oxford: Oxford University Press; 1998.

Declaração de Viena. Redução de danos como estratégia de saúde pública: Intervenção Brasileira. Documento apresentado na Comissão de Drogas Narcóticas - 49ª Sessão. Viena, 13 a 17 de março de 2006. <http://www.aids.gov.br/data/documents> (acessado em 13 de mar de 2006)

DiMaggio P and Powell W, editors, *The New Institutionalism in Organizational Analysis* Chicago: University of Chicago Press; 1991.

Duarte D. Uma Breve História do Ópio e dos Opióides. *Rev Bras Anesthesiol.* 2005; 55: 1: 135 – 146.

EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005. 20 No. 73. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2005.

Fazey C. The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: politics, policies and prospect for change. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14:155-69.

Fonseca E, Bastos F. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: Gilberta Acselrad, organizadora. *Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 289-310.

Fonseca E, Nunn A, Souza P, Bastos F, Ribeiro J. Descentralização, AIDS e Redução de Danos: A implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo).

Fonseca E, Ribeiro J, Bertoni N, Bastos F. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cadernos de Saude Publica* 2006; 22(4):761-70.

Haas P. Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization* 1992; 46(1):1-37.

Jonas DF, Jonas AD. A bioanthropological overview of addiction. *NIDA Res Monogr.* 1980; 30:269-77.

Karam ML. Redução de danos, ética e lei. In: Sampaio C, Campos M, organizadores. *Drogas, Dignidade & Inclusão Social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda; 2003. p. 45-97.

Kerr T, Tyndall M, Li K, Montaner J, Wood E. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet* 2005; 366(9482):316-8.

Kerr T, Wodak A, Elliott R, Montaner JS, Wood E. Opioid substitution and HIV/AIDS treatment and prevention. *Lancet* 2004; 364(9449):1918-9.

Kingdom J. *Agendas, alternatives and public policies* [2<sup>nd</sup> edition]. New York, Harper Collins College Publishers; 1995.

Interamerican Observatory on Drugs. Fortalecimento institucional/ estratégia nacional antidrogas – 2002. <http://www.cicad.oas.org/OID/Countries/Brasil/MEM/Brasil01-02PORT.pdf> (acessado em 29 de maio de 2007).

Lei Nº 6.368 – de 21 de outubro de 1976 – DOU 22/10/76.

Lei Nº 10.409 – de 11 de janeiro de 2002 - DOU 14/1/2002.

[Lei Nº 11.343 – de 23 de agosto de 2006](#) – DOU 24/8/2006.

March J and Olsen J, *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics* New York: Free Press, 1989.

March JC, Oviedo-Joekes E, Perea-Milla E, Carrasco F; PEPSA team. Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *J Subst Abuse Treat.* 2006; 31(2):203-11.

McCurdy SA, Ross MW, Kilonzo GP, Leshabari MT, Williams ML. HIV/AIDS and injection drug use in the neighborhoods of Dar es Salaam, Tanzania. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 82 Suppl 1:S23-7.

Mesquita F. Entrevista ao Narconews: “Fábio Mesquita no limiar da vitória” (2003). <http://www.narconews.com/Issue30/artigo780.html> (acessado em 27 de maio de 2007).

Narconews. Lula: A Guerra das Drogas é uma Guerra de Classes (29/4/03). <http://www.narconews.com/Issue30/artigo773.html> (acessado em 29 de maio de 2007).

Nunn A. *The politics of life and death: historical institutional analysis of antiretroviral drug policy in Brazil* [Tese de Doutorado]. Boston: Harvard School of Public Health, Harvard University; 2007.

Osmanczyk E. *The encyclopedia of the United Nations and International Relations* [2<sup>nd</sup> edition]. London: Taylor & Francis; 1990.

Page E. *Political authority and bureaucratic power: a comparative analysis.* Knoxville: University of Tennessee Press; 1985.

Programa Nacional de DST e AIDS. Brasil reafirma eficácia da política de redução de danos como estratégia de saúde pública (13/03/06). <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISE77B47C8ITEMIDD447BD52D2FE4FD493F5F7E0CEB8309FPTBRIE.htm> (acessado em 29 de maio de 2007).

Rhodes T, Lowndes C, Judd A, Mikhailova LA, Sarang A, Rylkov A, Tichonov M, Lewis K, Ulyanova N, Alpatova T, Karavashkin V, Khutorskoy M, Hickman M, Parry JV, Renton A. Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS* 2002; 6;16(13):F25-31.

Scheerer, S. Estabelecendo o controle sobre a cocaína. In: Bastos, FI & Gonçalves, OD, editors *Drogas: É legal? Um debate autorizado.* Rio de Janeiro: Imago editora; 1993. p. 169-192.

Stein E, Tommasi M, Echebarria K, Lora E, Payne, coordinators. *The politics of policies: economic and social progress in Latin America.* New York: Inter-American Development Bank; 2005.



Steinmo S, Thelen K, and Longstreth F, editors, Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.

Stimson G. UN Commission on Narcotic Drugs: 50th session. UK intervention on agenda item 5(b): world situation with regard to drug abuse.

<http://www.ihra.net/uploads/downloads/NewsItems/CND2007SpeechGStimson.pdf>

(acessado em 29 de maio de 2007).

UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2006.

UNODC. About us. <http://www.unodc.org/unodc/en/about.html> (acessado em 29 de maio de 2007).

UNODC. Marco Estratégico-UNODC Brasil - 2006-2009. (agosto de 2006)

[http://www.unodc.org/pdf/brazil/portugues\\_final2.pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/portugues_final2.pdf) (acessado em 29 de maio de 2007).

UNODC. Annual Report – 2006.

[www.unodc.org/pdf/annual\\_report\\_2007/AR06\\_fullreport.pdf](http://www.unodc.org/pdf/annual_report_2007/AR06_fullreport.pdf) (acessado em 29 de maio de 2007).

US Centers for Disease Control and Prevention. Twenty-five years of HIV/AIDS—United States, 1981–2006. Morbidity and Mortality Weekly Report 2006; 55(21):588–605.

Weir E. Raves: a review of the culture, the drugs and the prevention of harm. CMAJ 2000;162(13):1843-8.

Weissert C, Weissert W. Governing Health: the politics of health policy [2<sup>nd</sup> edition]. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2002.

WHO. World Health Report. Geneva: WHO; 2006.

Wolfe D., Malinowska K. Illicit Drug Policies and Global HIV Epidemic: effects of UN and national government approaches. New York: International Harm Reduction Development, 2004.

World Bank. Confronting AIDS. New York: Oxford University Press; 1999.

World Bank. Committing to Results: Improving the Effectiveness of HIV/AIDS Assistance. Washington DC: World Bank; 2005.

## **Capítulo IV – Descentralização, AIDS e Redução de Danos: A implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil<sup>8</sup>**

### **Resumo**

O artigo avalia como a descentralização dos recursos e ações do Programa Nacional de AIDS influenciou as transferências de recursos para os Programas de Prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Rio de Janeiro (1999-2006). Foram avaliados os efeitos da política de descentralização sobre as transferências de recursos para os Programas de Redução de Danos (PRD) no Rio de Janeiro (RJ). A descentralização das transferências para os PRD no RJ se efetivou em 2006, com a virtual supressão do financiamento federal direto, obrigando estes programas a buscarem fontes alternativas de financiamento. Constata-se uma fragilidade dos PRD no estado, agravada pela redução recente do volume de recursos. Dos 22 programas, existentes em 2002, o estado passou a contar, em 2006, com apenas 2 programas, financiados pelo estado e por um município. A descontinuidade dessas ações pode vir a favorecer a reemergência da epidemia de AIDS nesta população, o que reclama um processo de descentralização mais gradual e melhor pactuado dessas iniciativas.

### **Abstract**

The paper assesses how decentralization of resources and initiatives implemented by the National Program on AIDS impacted the transference of funds directed to the Programs aiming to prevent HIV/AIDS among injecting drug users in Rio de Janeiro (1999-2006). The effects of the decentralization policy on Rio de Janeiro's Syringe Exchange Programs (SEPs) are assessed in detail. Decentralization actually took place in Rio de Janeiro in 2006, with the virtual suppression of any direct transference from the federal government. The suppression of direct transfereces forced the SEPs to seek alternative funding sources. The structure of local SEPs seems to be frail, and have been made even more precarious with the current funding constraints. From a set of 22 SEPs, in 2002, just two are still in operation in 2006, basically funded by the state health secretariat and one municipality. The current discontinuity of SEPs operations may favor the reemergence of AIDS in the

---

<sup>8</sup> Fonseca, E., Nunn, A., Souza, PB., Bastos, FI., Ribeiro, JM. 2007. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil *Cad Saude Publica*, Brazil, 23:9 2134-2144 .

population of drug users, and speak in favor of a smoother and better regulated decentralization process.

## Introdução

Pouco se sabe sobre como os arranjos institucionais afetam as respostas governamentais para o HIV/AIDS. Em países como Uganda, a resposta à epidemia de HIV/AIDS tem sido centralizada pelo governo federal desde os anos 1990. As autoridades vêm, desde então, encorajando o estabelecimento e a consolidação de organizações da sociedade civil, com o propósito de lutar pelos seus interesses e buscar financiamento internacional <sup>1</sup>. No Brasil, ao contrário, as organizações da sociedade civil (OSC) desempenharam um papel especialmente relevante na institucionalização do programa de AIDS, já nos seus primórdios, e especialmente a partir de 1992 <sup>2</sup>.

O Programa Nacional de AIDS/Ministério da Saúde financiou as ações de prevenção à AIDS no Brasil de 1993 a 2002 através de convênios firmados com 27 estados e 177 municípios estratégicos. Além disso, foram também financiados, nesse mesmo período, 976 projetos de organizações da sociedade civil, 186 deles projetos de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis. A principal fonte de recursos, neste período, foi proveniente dos acordos de empréstimo do Banco Mundial ao governo brasileiro, conhecidos como “AIDS I” e “AIDS II”, que totalizaram US\$ 350 milhões. Os acordos de empréstimo do Banco Mundial favoreceram principalmente as ações de prevenção ao HIV/AIDS em populações específicas, como os usuários de drogas injetáveis (UDI), implementadas, em grande medida, pelas OSC <sup>3</sup>.

Até 2002, os recursos eram repassados aos estados e municípios estratégicos, através do mecanismo de convênio firmado com o Programa Nacional de AIDS e através de concorrências públicas com as organizações da sociedade civil. Entretanto, o mecanismo convenial se mostrou limitado, burocrático e pouco flexível devido às regras impostas pelo Banco Mundial e pela legislação brasileira referente a acordos desta natureza <sup>4</sup>. Gradualmente, o Programa Nacional de AIDS foi se inserindo nas regras mais abrangentes de transferência de recursos da política nacional de saúde.

O Brasil representa um caso paradigmático no processo de descentralização das ações de HIV/AIDS. O Brasil conta com um sistema de saúde orientado à descentralização <sup>5, 6</sup> e também com um dos maiores e mais abrangentes programas de HIV/AIDS entre os países em desenvolvimento <sup>7,8</sup>. Embora o programa de AIDS brasileiro tenha sido, desde a

sua implantação, em 1985, altamente centralizado, seus gestores procederam, a partir de 2000, às primeiras iniciativas de descentralização. As seleções públicas para projetos de Organizações da Sociedade Civil passaram, desde então, à responsabilidade dos maiores estados, como Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Ceará<sup>9</sup>.

Um novo arranjo institucional do Programa Nacional de AIDS começou a ser delineado no ano de 2002. Um novo contrato foi estabelecido com o Banco Mundial, o assim denominado “AIDS III”, com duração de 3 anos. O valor do projeto foi desta feita de U\$ 100 milhões, com uma contrapartida equivalente do governo brasileiro. As metas desse acordo enfatizam a descentralização do financiamento e da administração das atividades do programa para estados e municípios, em consonância com a política nacional de saúde<sup>10</sup>.

Os recursos do Programa de AIDS passaram a ser efetivamente transferidos para os 27 estados e para 424 dos mais de 5000 municípios brasileiros, localidades onde a epidemia de AIDS estava concentrada. Atualmente, são investidos aproximadamente R\$ 124 milhões, a cada ano, no contexto dessa política de progressiva descentralização, sendo 10% desse valor obrigatoriamente repassado às OSC de cada Unidade da Federação ou Município<sup>11</sup>.

Com isso, o financiamento passou a ser transferido diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (transferências fundo-a-fundo), respeitada a lógica da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria 2314/02)<sup>12</sup>. Foi adotado o modelo de “incentivo”, uma vez que já havia recursos sendo transferidos fundo-a-fundo para algumas ações de controle do HIV/AIDS. Isso permitiu a pactuação de Planos de Ações e Metas entre os gestores do SUS, respeitados os diferentes graus de autonomia e capacitação desses níveis governamentais, bem como a flexibilidade necessária face à extensão e heterogeneidade territorial e às diferentes características e complexidades de que a epidemia da AIDS se reveste nas várias regiões e localidades do país.

O Plano de Ações e Metas passou a ser o instrumento utilizado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde para a qualificação dos gestores no recebimento do incentivo, possibilitando a integração dos planos e metas locais à política nacional de controle da epidemia de AIDS<sup>13</sup>.

As seleções públicas para projetos das OSC passaram a ser de responsabilidade exclusiva da Secretarias Estaduais de Saúde, que devem repassar 10% dos recursos

transferidos para projetos das OSC, obedecendo a critérios referentes às características epidemiológicas, geográficas e demográficas das diferentes localidades, levando-se ainda em conta a factibilidade e o custo-efetividade dessas ações. Nenhum recurso foi destinado especificamente para esse fim no Plano de Ações e Metas dos Municípios<sup>13</sup>.

O monitoramento dos Planos de Ações e Metas é de responsabilidade das instâncias envolvidas. No nível federal o monitoramento está a cargo do PN AIDS e no nível local a cargo de estados e municípios. O sistema de monitoramento foi aprovado pela portaria 1.679/04 e é alimentado eletronicamente, sendo as informações abertas à consulta pública.

Procede-se ao acompanhamento da evolução de 5 categorias: metas do PAM, indicadores e índice composto de DST, execução dos recursos financeiros, parcerias com OSC e cumprimento das ações pactuadas nas comissões intergestoras para disponibilização dos insumos estratégicos (medicamentos [para] DST, infecções oportunistas e preservativos).

As ações de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis, que, no Brasil, são majoritariamente implementadas por Organizações da Sociedade Civil e basicamente financiadas pelo Programa Nacional de AIDS<sup>14</sup>, passaram, em 2002, a ser selecionadas através de concorrência pública ao nível dos estados e municípios.

A seguir serão descritas algumas características da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis e o perfil da epidemia de AIDS nessa população específica no Brasil e no Rio de Janeiro.

#### Programas de Prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis

As ações de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil são conhecidas como Programas de Redução de Danos. Através desses programas, os UDI têm acesso a seringas novas/estéreis, mediante a troca por seringas usadas, recolhidas da comunidade, reduzindo com isso a circulação de seringas potencialmente contaminadas. Além disso, tais programas proporcionam uma oportunidade única de contatar uma população de difícil acesso, e de implementar, de forma integrada, diversas medidas de saúde pública, como: distribuição de preservativos, aconselhamento, vacinação para a hepatite B e encaminhamento dos usuários de drogas a serviços de tratamento<sup>15</sup>.

O Brasil tem tido uma importante influência nas políticas internacionais de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Recentemente, na 49ª Sessão da Comissão de Narcóticos da ONU, o país reafirmou sua aposta nas estratégias de Redução

A epidemia de AIDS no Brasil tem evoluído de forma heterogênea, em função da região geográfica e das populações mais afetadas em cada contexto. Os usuários de drogas injetáveis desempenharam um papel relevante na dinâmica da epidemia em algumas regiões do país (Sudeste, Sul, parte meridional do Nordeste e parte do Centro-oeste)<sup>17, 18</sup>, afetando, expressivamente, nestas regiões, populações residentes não apenas nas principais áreas metropolitanas, como também em municípios de médio porte<sup>18, 19</sup>.

Recentemente, observa-se um declínio das taxas de infecção pelo HIV entre UDI em diversas regiões brasileiras (com exceção do litoral sul), além de um declínio na participação proporcional dos UDI enquanto categoria de exposição nas respectivas epidemias locais e regionais de AIDS<sup>20</sup>. As razões para o declínio observado em três cidades que integraram estudo multicêntrico e forma avaliadas de forma coordenada (Rio de Janeiro, Santos e Salvador) compreendem a saturação desse segmento populacional, cujo contingente de suscetíveis é relativamente restrito, transformações na cena de uso, com uma redução do contingente de usuários injetáveis em atividade<sup>21</sup>, a mudança espontânea do comportamento dos UDI (no sentido de comportamentos mais seguros) além do papel de programas preventivos, apoiando os usuários de drogas e reforçando sua mudança comportamental espontânea, no sentido de práticas de menor risco<sup>20</sup>.

Com o suporte financeiro e institucional do Programa Nacional de AIDS, no ano de 1996, foram implementadas seis experiências-piloto em diferentes cidades do país, onde a epidemia de AIDS entre UDI tinha magnitude relevante, uma delas no Rio de Janeiro. Transcorridos 10 anos do início dessas atividades, o último cadastro oficial do Ministério da Saúde, divulgado em 2005, aponta para um universo de 152 programas de redução de danos no Brasil<sup>22</sup>.

No ano de 2001, seguindo a experiência de outros estados, como São Paulo, parlamentares, ativistas, usuários de drogas e profissionais de saúde envolvidos nas ações de redução de danos no Rio de Janeiro apoiaram a apresentação de um projeto de lei que regulamentasse essas ações no estado, e tornasse essas iniciativas menos vulneráveis às injunções da legislação federal de drogas (restritiva, e potencialmente punitiva, quanto a estas iniciativas e similares). O projeto de lei foi, entretanto, vetado, por duas vezes na Assembléia Legislativa naquele mesmo ano.

No ano de 2002, mesmo sem contar com a regulamentação legal dessas ações no estado do Rio de Janeiro, o Programa Nacional de AIDS capacitou, através de uma OSC do estado, 12 municípios no sentido de que eles viessem a desenvolver atividades de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Além disso, as OSC podiam apresentar projetos de prevenção dirigidos a essa população específica ao Programa Nacional de AIDS, através de concorrência pública para ações da sociedade civil organizada.

Foi somente no ano de 2003, com o pleno desdobramento do processo de descentralização dos recursos e das ações do Programa Nacional de AIDS para os estados e municípios, que o estado do Rio de Janeiro passou a destinar 10% do volume total desse financiamento para as OSC. Dessa forma, os programas passaram a ser financiados diretamente pelos municípios ou através dos estados, mediante seleção pública de projetos para as OSC.

O presente artigo tem por objetivo avaliar como a descentralização dos recursos e das ações do Programa Nacional de AIDS influenciou as transferências para os Programas Prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Rio de Janeiro, no período 1999-2006.

## Metodologia

O artigo compila e analisa dados referentes à série histórica de alocação de recursos federais referentes às ações de HIV/AIDS transferidos fundo-a-fundo para estados e municípios, no período 2001-2005, na sua relação com as transferências totais do SUS referentes ao mesmo período.

Foram também avaliados os recursos federais transferidos fundo-a-fundo para as cinco macro-regiões brasileiras e para o estado do Rio de Janeiro, discriminados pela natureza das despesas (ações estratégicas; ações estratégicas AIH; fórmula infantil adicional [ou seja, suplementação para recém-nascidos de mães com HIV/AIDS]; incentivo PN AIDS; incentivo [às] Casa de Apoio e co-financiamento para realização de carga viral e CD4/CD8) e pelo total de recursos alocados no âmbito do SUS. Avaliou-se a evolução do processo de descentralização dos recursos do Programa Nacional para estados e municípios. Para a construção dessas duas séries históricas foram utilizadas informações provenientes do Data SUS/Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que os dados aqui tabulados são referentes às transferências diretas do Ministério da Saúde para estados e municípios. Dessa forma, os dispêndios efetivos do SUS podem ser maiores do que aqueles indicados nas tabelas. Optou-se por utilizar esses dados, uma vez que se trata de artigo que focaliza o processo de descentralização de recursos federais e os mecanismos de transferências resultantes da mudança institucional no âmbito da estrutura de financiamento do Programa Nacional de AIDS. O gasto real com as ações de prevenção e assistência para o HIV/AIDS é certamente maior do que o aqui tabulado, uma vez que não estão aí incluídos os gastos federais operacionalizados através de convênios e os recursos próprios de estados e municípios.

Todos os valores foram deflacionados utilizando o Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), relativo ao mês de dezembro de cada ano que integra a série histórica.

A análise longitudinal dos possíveis impactos da descentralização sobre o financiamento dos programas de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Rio de Janeiro foi realizada com base na evolução dos gastos com esses programas por parte das três esferas de governo, no período 1999-2006. Objetivou-se avaliar a participação dos estados e municípios no financiamento de ações de redução de danos após a descentralização dos recursos do Programa Nacional de AIDS, em 2002. Além disso, avaliou-se a sustentabilidade dessas ações por parte das instituições executoras. Para isso, foram analisados o período de execução e a continuidade dos projetos financiados pelo Programa Nacional de AIDS, pelas secretarias municipais e pela Secretaria Estadual de Saúde. Os dados foram fornecidos pela Unidade de Planejamento do Programa Nacional de AIDS, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e pela Associação Carioca de Redução de Danos.

## Resultados

### Evolução das transferências fundo-a-fundo do Programa Nacional de AIDS/Ministério da Saúde para estados e municípios no período 2001 a 2005

O Quadro 1 representa o volume total de recursos federais transferidos para os estados e municípios, segundo rubrica de despesa. Observa-se um aumento consistente, ano a ano, na série 2001-2005, das transferências para estados e municípios, em valores



nominais, de R\$ 19 para R\$ 113 milhões. As transferências para os municípios, gradualmente, se sobrepõem às transferências estaduais, especialmente a partir de 2004, quando totalizam R\$ 48 milhões para os estados e R\$ 69 milhões para os municípios. Esse comportamento também pode ser percebido no conjunto geral das transferências no âmbito do SUS, uma vez que, no ano de 2001, foram transferidos R\$ 14 bilhões, quantia que passa para R\$ 21 bilhões, em 2005.

Quadro 1. Volume total de recurso transferido da União para estados e municípios para ações HIV/AIDS e em relação ao total do SUS. Período 2001-2005.

Ano	Estados (R\$ milhão)	Municípios (R\$ milhão)	Total AIDS (R\$ milhão)	Total SUS (R\$ Bilhão)	% AIDS/SUS
2001	19.0	0	19.0	14.4	0,13
2002	33.9	1.0	34.9	15.8	0,22
2003	57.3	40.6	97.9	17.4	0,56
2004	48.4	69.7	118.1	19.4	0,61
2005	43.0	70.6	113.6	21.0	0,54

Fonte: Data SUS/Ministério da Saúde, 2006

Os gastos referentes aos estados com ações de controle e assistência ao HIV/AIDS passam a constar das tabulações orçamentárias em 2001, com uma transferência de R\$ 19 milhões aos estados, não havendo à época qualquer transferência para os municípios. Já em 2002, o volume de recursos praticamente dobra no âmbito dos estados, representando 1,54% das transferências totais do SUS, e são registradas as primeiras transferências para os municípios. No ano seguinte, o valor transferido praticamente dobra para os estados, representando R\$ 23 milhões a mais no âmbito das transferências estaduais. Porém o maior aumento se verifica no âmbito dos recursos repassados aos municípios, com um aumento da ordem de 35 vezes (R\$ 39 milhões a mais), seguindo o padrão observado para o conjunto do SUS.

Em 2005, esse padrão de transferências financeiras se fortalece, e as transferências de AIDS para os municípios (R\$ 70 milhões) suplantam as transferências referentes aos estados (R\$ 43 milhões). Essas sucessivas alterações na partição de recursos nas diferentes esferas do poder público atestam a vitalidade do modelo de transferência de um modo geral, e de como o financiamento específico das ações em AIDS acompanhou esse mecanismo mais abrangente de transferência.

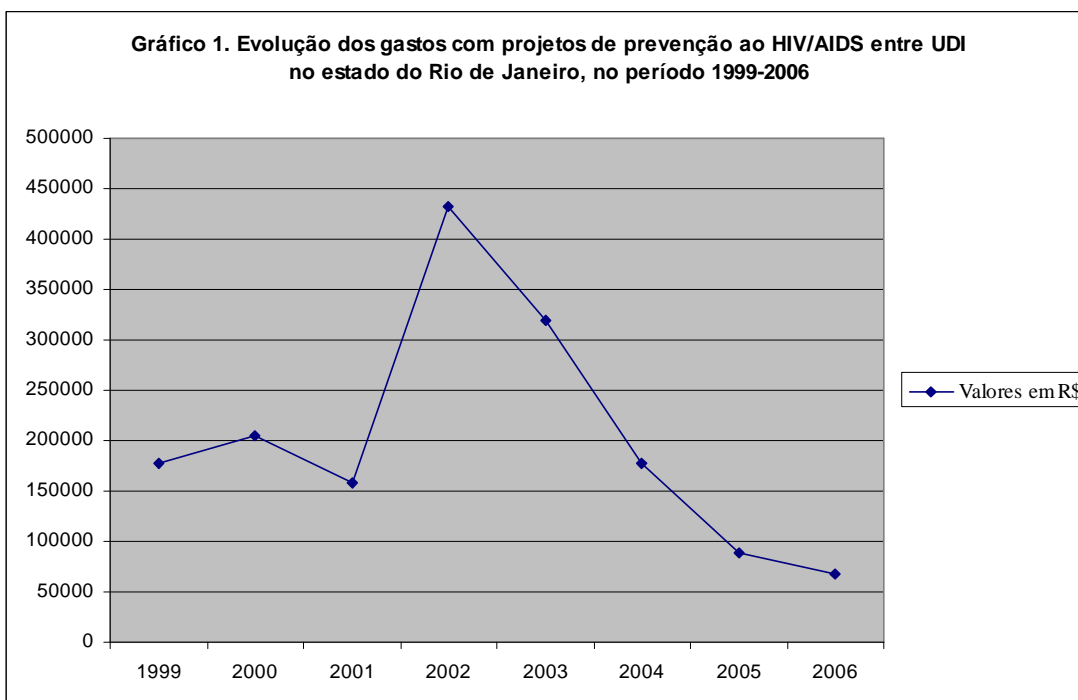
## INSERE QUADRO 2

Os dados do quadro 2 sumarizam a distribuição regional dos recursos federais transferidos segundo categorias de despesa. Observa-se que a região Sudeste e a região Sul eram, até 2002, as mais favorecidas pelas transferências de recursos. A partir de 2003, as transferências para o Nordeste se equiparam às transferências para a região Sul, representando, respectivamente, 17,27% e 17,02% do total transferido para a AIDS, em 2003, e 17,42% e 18,13%, em 2004. No ano seguinte, as transferências para a região Nordeste suplantam as transferências para a região Sul (20,30% e 17,36%).

O principal volume de recurso transferido e que foi aumentando ano a ano, entre 2002 a 2005, refere-se à rubrica de “Incentivo do Programa Nacional de HIV/AIDS”, com 61,41%, 83,48% e 85,05%, respectivamente. Essa rubrica traduz o principal efeito da mudança no arranjo institucional da política de financiamento das ações de controle ao HIV/AIDS no Brasil, pois representam os recursos investidos nos Planos de Ações e Metas apresentados pelos estados e municípios.

Gastos com os projetos de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Rio de Janeiro, no período 1999 a 2006.

O Gráfico 1 representa o volume total de gastos com os projetos de prevenção ao HIV/AIDS na população de usuários de drogas injetáveis no Rio de Janeiro. Os gastos aumentam, de forma consistente, até atingir um pico em 2002, com um investimento de R\$ 432 mil. Um dos fatores relevantes para o aumento no gasto com esses projetos foi a capacitação de 12 municípios para que eles desenvolvessem ações de redução de danos entre UDI naquele ano. Esse gasto possivelmente representa uma transição para as novas regras de transferência do Programa Nacional de AIDS, conforme demonstradas no Quadro 1. Observa-se que, especialmente em 2004, os gastos com esses programas diminuíram drasticamente para R\$ 176 mil.



Fonte: PN AIDS/Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do RJ, 2006

Os dados do Quadro 3 sugerem que a descentralização só ocorreu efetivamente no estado do Rio de Janeiro em 2006. Foram financiados em 2006 apenas dois programas, através da Secretaria Estadual de Saúde, um deles através de uma Secretaria Municipal de Saúde e um segundo programa através do Programa Nacional de AIDS, com um volume total de recursos de R\$ 68 mil. Essas informações sugerem que esses programas desempenharam um papel secundário e contaram com um aporte residual de recursos no Rio de Janeiro.

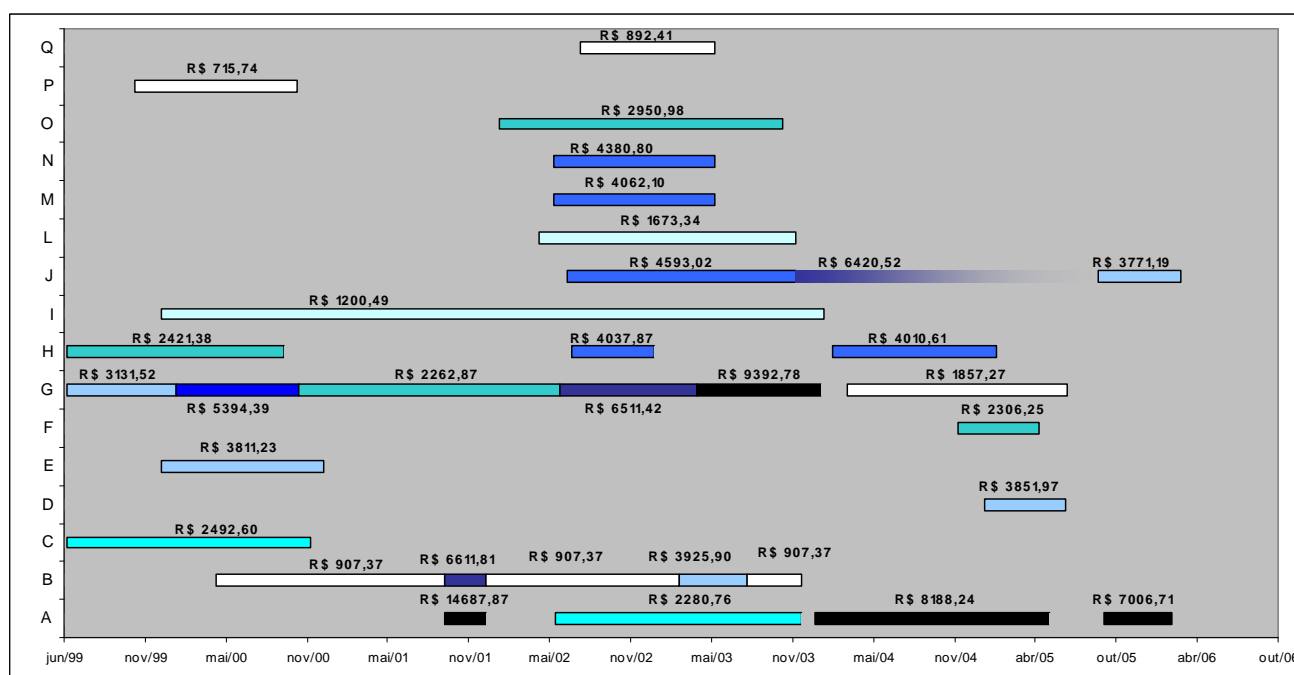
Quadro 3. Número de PRD e volume de recurso investido pelas 3 esferas de governo, no período de 1999-2006. Rio de Janeiro, 2006.

Ano	N projetos	Fonte	Valor (R\$ Milhares)
1999	4	PN AIDS	177
2000	7	PN AIDS	205
2001	4	PN AIDS	157
2002	22	PN AIDS	432
2003	17	PN AIDS	319
2004	15	PN AIDS	176
2005	10	PN AIDS	89
2006	2	SES	32
2006	1	SM	31
2006	1	PN AIDS	4

Fonte: PN AIDS/Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do RJ, 2006

Em relação à sustentabilidade dos projetos de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis financiados pelo Programa Nacional de AIDS é possível perceber no Gráfico 2 uma descontinuidade nas instituições que executaram essas ações. Apenas 3 instituições conseguiram se manter estáveis por mais de três anos (A/B, G e I). As demais instituições (em número de 12) experimentaram uma descontinuidade das suas atividades.

Gráfico 2. Número de Programas de Redução de Danos implementados no Rio de Janeiro segundo período de execução e recursos recebidos. Rio de Janeiro, 1999-2006.



Fonte: PN AIDS/Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde RJ

\*Valores nominais

As cores mais escuras representam maior volume de recurso.

## Discussão

O arranjo institucional previsto na Portaria Nº 2314/02<sup>12</sup> reorientou a estrutura de financiamento da política de controle do HIV/AIDS no Brasil de forma evidente, a partir do ano de 2002. Devido ao grau de descentralização do financiamento já existente no setor saúde, o Programa Nacional de AIDS foi realinhando, paulatinamente, sua estratégia de implementação de ações, de modo a adaptar-se às regras da política de saúde no Brasil. Os dados apresentados demonstram o vigor do modelo de descentralização no financiamento

no SUS, uma vez que os recursos transferidos através do mecanismo fundo-a-fundo aos estados e municípios aumentaram dramaticamente nos últimos 5 anos.

Por ser este o padrão institucional dominante do SUS, seria de se esperar que o financiamento da AIDS tivesse as despesas com ações para controle do HIV/AIDS transferidas através das normas previstas na política nacional de saúde. Cedo ou tarde, o Programa de AIDS seria constrangido a se incorporar a esse modelo.

O fato de os recursos da AIDS serem, *grosso modo*, transferidos para os estados e municípios desloca a disputa do financiamento para as arenas políticas estaduais e regionais, tendo como instrumento de alocação o Plano de Ações e Metas (PAM), através da CIB e CIT. Isso aumenta o poder de decisão dos governos estaduais e municipais acerca de quais projetos deverão ser financiados. Dessa forma, as organizações que pleiteiam recursos no campo da AIDS, como as instituições executoras de programas de redução de danos, têm de sair da esfera federal para disputar seus projetos no âmbito de estados e municípios.

A região Sudeste e, mais recentemente, a região Nordeste são as maiores beneficiárias das transferências federais. O elevado investimento na região Sudeste segue a concentração espacial da epidemia de AIDS, que afeta substancialmente a população dessa região. Por outro lado, as diferenças no volume de recursos alocados nas regiões Sul e Nordeste parecem refletir a Portaria 2129/03, que elevou os valores transferidos para R\$ 75.000,00, com relação aos municípios que contavam até então com valores de referência inferior, e aumentou em 33% os valores de referência para os estados e municípios da região Norte e Nordeste. Essa medida teve por objetivo reduzir as diferenças regionais e implementar uma resposta à AIDS no Norte e Nordeste, face à tendência de interiorização da epidemia<sup>18,19</sup>. Uma segunda hipótese a ser investigada é a influência dos políticos e instituições regionais do Nordeste nas decisões referentes à alocação desses recursos, seja com propósitos clientelísticos, seja com vista a uma maior equidade, em se tratando de uma região sabidamente mais pobre e com menor infra-estrutura.

O mecanismo convencional, que possibilitava ao Programa Nacional de AIDS contratar diretamente ações de prevenção a AIDS, inclusive na órbita da redução de danos, está em franco declínio. As ações diretamente financiadas pelo PN AIDS em redução de danos correspondem às atividades de fortalecimento de redes de redução de danos e eventos como treinamento e seminários<sup>23</sup>.

Os resultados da descentralização das ações de HIV/AIDS para os estados e municípios no Brasil são coerentes com o desenho institucional do SUS, porém, os efeitos desse processo em relação às ações de prevenção e assistência devem ser melhor investigados.

O estudo de caso dos PRD no Rio de Janeiro sugere que a descentralização das transferências para os PRD no RJ só se mostrou efetiva a partir de 2006, com a supressão do financiamento direto do PN AIDS aos PRD, o que obrigou os programas a buscarem fontes alternativas de financiamento. Os recursos transferidos a esses programas e o número de programas financiados foi se reduzindo consideravelmente, ao longo dos últimos três anos, o que pode se traduzir em um retrocesso nas políticas de prevenção ao HIV/AIDS entre UDI no estado.

Uma hipótese a ser investigada é que a estrutura de veto ou os constrangimentos políticos (à plena operação desses programas) no plano estadual e municipal pode ter sido maior ao nível local do que no âmbito do Ministério da Saúde. Uma possibilidade se refere a obstáculos no âmbito do executivo governamental estadual interpostos por grupos religiosos ou lideranças conservadoras refratárias às práticas dos interessados na implementação destas políticas (*stakeholders*). Mesmo com o apoio do Banco Mundial e do Ministério da Saúde, que contribuiriam para aumentar a legitimidade e a aceitabilidade dessas ações, as estratégias de redução de danos no Rio de Janeiro parecem não se mostrar sustentáveis, uma vez iniciado o processo de descentralização.

A descentralização dos recursos para projetos de RD no Rio de Janeiro fez com que os programas de redução de danos passassem a ser selecionados pelas secretarias municipais e estadual de saúde. Os gestores municipais e estaduais passaram a ter autonomia quanto às suas decisões de investir ou não em redução de danos. Considerando-se que a epidemia de AIDS local não é especialmente relevante entre os usuários de drogas injetáveis (sua magnitude no início da epidemia era basicamente função do fato da epidemia nacional ter-se iniciado no Rio de Janeiro e São Paulo) e se mostra claramente declinante em anos recentes<sup>20</sup>, é provável que os gestores prefiram investir em outras ações, e não em prevenção ao HIV/AIDS entre UDI.

A maior proximidade dos executores de PRD junto aos governos locais parece não ter influenciado a agenda de redução de danos no estado e nos municípios. Aparentemente, está em curso um fenômeno de progressiva fragilização das instituições e dos grupos de interesse, que atuam de forma descontinuada e fragmentária no estado. Isso pode estar

igualmente associado ao fato dessas instituições não conseguirem lidar adequadamente com esse novo modelo.

Um estudo mais aprofundado se faz necessário. Mudar o arranjo institucional de uma política bem sucedida, como a política para o HIV/AIDS no Brasil implica desafios e riscos. Um retrocesso das ações de RD pode se traduzir em risco de reemergência da epidemia de AIDS entre UDI ou na reemergência de outros agravos de saúde pública nesta população, como as hepatites B e C ou a tuberculose. O exemplo da epidemia de tuberculose multi-resistente que se seguiu ao desmonte dos programas de controle de Nova York deve ser sempre lembrado<sup>24</sup>.

Atingir as regiões onde a epidemia é ainda incipiente, consolidar atividades de prevenção à AIDS entre UDI e promover uma reversão da epidemia em regiões com epidemias maduras e estáveis constituem os eixos fundamentais das políticas públicas em HIV/AIDS em todo o mundo. As lições do sucesso alcançadas pelos programas de Nova York na reversão de uma das mais extensas epidemias de AIDS entre UDI em todo o mundo devem nos servir de exemplo<sup>25</sup>.

Estudos futuros deverão conhecer em maior detalhe a estrutura de financiamento em paralelo às transferências de recursos fundo-a-fundo, ou seja, os gastos diretos do Programa Nacional de AIDS, dos estados e dos municípios com as ações de redução de danos. Entrevistas com gestores estaduais, municipais e com os executores das ações de redução de danos podem contribuir para uma melhor compreensão de como vem se dando a migração dos recursos para RD do governo federal para as esferas estadual e municipal. É importante também analisar as diferenças regionais, os pontos de veto e de facilitação da política RD no Brasil.

De modo similar à dinâmica observada em diferentes países em desenvolvimento, na África, Ásia, América Latina e Leste Europeu, que, simultaneamente, descentralizaram seus sistemas de saúde e expandiram suas políticas públicas em respostas ao HIV/AIDS, estudos de *como* e *se* a descentralização facilita ou limita as respostas dos países em desenvolvimento ao HIV/AIDS serão de extrema relevância para as pesquisas em políticas públicas no presente e futuro próximo.

## Agradecimentos

Projeto parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, com referência à Projeto de Tese de Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Os autores gostariam de agradecer a Unidade de Planejamento Programa Nacional de DST/AIDS, em especial a Manoel Alves e ao Programa Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro, que tornaram possível este estudo preliminar.



## Referências bibliográficas

1. Putzel J. The Politics of Action on AIDS: A Case Study of Uganda. *Public Administration and Development* 2004 24(1): 19-30.
2. Galvão J. AIDS no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia. Rio de Janeiro, ABIA, 2000.
3. Banco Mundial. Departamento de Avaliação de Operações. Primeiro e segundo Projetos de controle de AIDS e DST: relatório de avaliação de desempenho de Projeto. Banco Mundial: 2004.
4. Taglietta M. Comunicação pessoal (03 de maio de 2006)
5. Arretche M. Toward a Unified and More Equitable System: Health Reform in Kaufman R e Nelson J. *Brazil Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization and Globalization in Latin America*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2004.
6. Samuels, D. Assessing civil-military relations in postauthoritarian Brazil in Kingstone P. e Power T. (organizadores). *Democratic Brazil: Actors, Institutions, and Processes*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1999.
7. Levi G. e Vitória M. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS*. 2002 16(18):2373-2383
8. Berkman A, Garcia J, Munoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health*. 2005 95(7):1162-72
9. Ministério da Saúde. Parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC), no âmbito da política de incentivo HIV/aids e outras DST (anexo 3). In: Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST e AIDS. Norma Técnica - Incentivo HIV/Aids e outras DST - n.º 01/2002.
10. Banco Mundial. Brasil- BR Projeto de Controle de AIDS e DST III. Relatório n.º PID 11512, 2003.
11. Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST e AIDS. Política de incentivo. [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) (acessado em 22 de mar de 2006).
12. Brasil. Portaria Ministerial N.º 2314, de 20 de dezembro de 2002. Institui o Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST e aprova as normas relativas a este.
13. Ministério da Saúde. Norma Técnica - Incentivo HIV/Aids e outras DST - n.º 01/2002.
14. Fonseca E, Ribeiro J, Bertoni N, Bastos F. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006, 22(4): 761-770
15. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST/Aids. Manual de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

16. Conselho Econômico e Social das Nações Unidas. [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) (acessado em 13 de mar de 2006)
17. Caiaffa, WT, Proietti, FA, Carneiro-Proietti, AB, Mingoti, SA, Doneda, D, Gandolfi, D; Epidemiological Study of Injection Drug Users in Brazil (AjUDE-Brasil Project). The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users. *Clin Infect Dis* 2003; 37 (Suppl 5): s376-81
18. Hacker, MA; Leite, IC; Renton, A; Guillen, TT & Bastos, FI (2006). Reconstructing the AIDS epidemic among Brazilian injection drug users. *Cadernos de Saúde Pública* 22(4): 751-760
19. Szwarcwald C, Bastos F, Esteves M, Andrade C. The spread of the AIDS epidemic in Brazil from 1987 to 1996: a spatial analysis. *Cad. Saúde Pública*, 2000, 16 (suppl.1): 07-19.
20. Bastos F, Bongertz V, Teixeira S, Morgado M, Hacker M. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2005; 100:91-6
21. Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo P, et al. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 28:298-302
22. CN Saúde Mental 2005. Lista de Programas de Redução de Danos.
23. Brito I. Entrevista em 22 nov de 2005.
24. Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, Watt CJ, Dye C. Tuberculosis. *Lancet*. 2003 Sep 13;362 (9387):887-99.
25. Des Jarlais DC, Marmor M, Friedmann P, Titus S, Aviles E, Deren S, Torian L, Glebatis D, Murrill C, Monterroso E, Friedman SR. HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. *Am J Public Health*. 2000 90(3):352-9.

Quadro 2. Distribuição regional dos recursos federais transferidos segundo categorias de despesa para AIDS. Brasil 2001-2005.

	Região/UF	Ações Estratégicas (Milhares)	Ações Estratégicas - AIH (Milhares)	Fórmula Infantil Adicional (Milhares)	Incentivo PN AIDS (Milhares)	Incentivo Casa de Apoio (Milhares)	Co-financ CV & TCD4/CD8 (Milhares)	Total AIDS (Milhares)	% (região/total AIDS)	Total SUS (Milhões)
<b>2001</b>	Norte						418	418	<b>2,1</b>	880
	Nordeste	72					1.630	1.702	<b>8,7</b>	3.838
	Sudeste	25					12.776	12.801	<b>65,4</b>	6.688
	Sul	351					3.408	3.760	<b>19,2</b>	2.111
	Centro-Oeste	62					829	892	<b>4,6</b>	917
	<b>Total</b>	<b>511</b>					<b>19.063</b>	<b>19.574</b>	<b>100,0</b>	<b>14.435</b>
<b>2002</b>	Norte	19					606	625	<b>1,9</b>	976
	Nordeste	236					2.858	309	<b>1,0</b>	4.159
	Sudeste	538					21.846	22.385	<b>69,4</b>	7.328
	Sul	684					6.283	6.968	<b>21,6</b>	2.313
	Centro-Oeste	258					1.696	1.955	<b>6,1</b>	1.029
	<b>Total</b>	<b>1.737</b>					<b>33.292</b>	<b>32.242</b>	<b>100,0</b>	<b>15.807</b>
<b>2003</b>	Norte	78	10	61	3.328		462	3.930	<b>4,0</b>	1.102
	Nordeste	344	50	171	13.775		2.657	16.999	<b>17,3</b>	4.693
	Sudeste	2.233	210	966	30.285		20.699	54.395	<b>55,3</b>	7.916
	Sul	874	129	267	9.025		6.457	16.755	<b>17,0</b>	2.516
	Centro-Oeste	370	8	58	4.042		1.888	6.367	<b>6,5</b>	1.186
	<b>Total</b>	<b>3.901</b>	<b>399</b>	<b>1.526</b>	<b>60.456</b>		<b>32.165</b>	<b>98.448</b>	<b>100,0</b>	<b>17.414</b>
<b>2004</b>	Norte	165	265	48	5.641		86	6.208	<b>5,2</b>	1.293
	Nordeste	655	223	203	18.870		874	20.828	<b>17,4</b>	5.407
	Sudeste	5.166	611	1.528	49.958		5.276	62.540	<b>52,3</b>	8.581
	Sul	1.140	284	475	18.015		1.756	21.673	<b>18,1</b>	2.779
	Centro-Oeste	572	18	92	7.339		305	8.328	<b>7,0</b>	1.345
	<b>Total</b>	<b>7.701</b>	<b>1.404</b>	<b>2.348</b>	<b>99.825</b>		<b>8.300</b>	<b>119.579</b>	<b>100,0</b>	<b>19.408</b>
<b>2005</b>	Norte	187	205	96	5.919	274		6.682	<b>5,9</b>	1.475
	Nordeste	944	613	297	20.259	972		23.087	<b>20,3</b>	5.927
	Sudeste	5.150	1.131	484	46.607	2.480		55.855	<b>49,1</b>	9.209
	Sul	1.194	350	427	16.884	888		19.745	<b>17,4</b>	2.987
	Centro-Oeste	617	154	58	7.060	467		8.357	<b>7,3</b>	1.467
	<b>Total</b>	<b>8.093</b>	<b>2.454</b>	<b>1.365</b>	<b>96.731</b>	<b>5.084</b>		<b>113.728</b>	<b>100,0</b>	<b>21.068</b>

Fonte: Data SUS, 2006.

## Conclusões

Esta tese de doutorado analisou a resposta brasileira de prevenção à epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, no período de 1995-2007. Os principais resultados podem ser assim sumarizados:

As primeiras tentativas de implementação dos programas de prevenção a AIDS entre UDI no Brasil se deram no âmbito local. Foi somente com o aporte financeiro representado pelos recursos do Banco Mundial, em 1996, que enfatizava a adoção de medidas de prevenção com essa população, como estratégia custo-efetiva de combater a epidemia de AIDS em países em desenvolvimento, que esses programas ganharam impulso e âmbito propriamente nacional. Além disso, os recursos do Banco Mundial permitiram a contratação de um corpo técnico sensibilizado com as questões de Drogas-AIDS e fez com que os grupos de interesse abrissem interlocução com o centro das instâncias decisórias federais, favorecendo ainda a alocação de recursos específicos para essas ações de prevenção.

Os estudos e pesquisas epidemiológicos permitiram esboçar uma linha de base que subsidiou a implantação de Programas de Troca de Seringas ao longo dos anos 90 e início da presente década. O caráter centralizador, verticalizado e o poder indutor de políticas do Programa Nacional de AIDS privilegiaram ações de prevenção a AIDS entre populações marginalizadas, que dificilmente teriam acesso aos serviços de saúde por intermédio dos meios convencionais de porta de entrada no SUS. No período 1996-2007 surgiram diversas associações regionais de redução de danos, com o objetivo de fortalecer essas ações no nível local. Essas associações contaram com apoio institucional e financeiro do PN AIDS para fortalecer seu poder de *advocacy*, que mais tarde se tornaria fundamental no redirecionamento das políticas públicas de drogas no país.

Houve uma mudança evidente nesses últimos 12 anos no posicionamento do governo brasileiro – tanto na esfera executiva quanto legislativa – com relação a uma política de drogas menos repressora ao nível nacional e supranacional (na inter-relação do Brasil com outros países e organismos internacionais). O Programa Nacional de AIDS

desempenhou um papel crucial ao contribuir com a sua expertise em drogas e AIDS para a reformulação das regulações nacionais anti-drogas e atuou junto ao Ministério das Relações Exteriores na defesa de políticas supranacionais de redução de danos como medida sócio-educativa e efetiva para prevenção do HIV/AIDS. Além disso, o Programa Nacional de AIDS tem feito esforços no sentido de descentralizar e integrar as ações de prevenção à AIDS entre UDI no âmbito do Sistema Único de Saúde. As associações locais de redução de danos desempenharam papel relevante na regulamentação das ações de troca de seringas em diversos estados e municípios brasileiros.

Os principais desafios às ações de prevenção a AIDS entre usuários de drogas injetáveis atualmente são:

1) a transferência da responsabilidade em financiar e implementar os programas de prevenção a AIDS entre UDI para os estados e municípios. O estudo sobre a experiência do Rio de Janeiro sugere uma fragilidade desses programas em disputar recursos na arena local. A descontinuidade dessas ações pode vir a favorecer a reemergência da epidemia de AIDS nesta população, o que reclama um processo de descentralização mais gradual e melhor pactuado dessas iniciativas;

2) a inserção dessas ações no âmbito das ações regulares do Sistema Único de Saúde requer capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, que, em alguns casos, não são receptivos a essas estratégias e não trabalham de bom grado com a população de usuários de drogas e outras populações marginalizadas e;

3) a ausência de uma política de monitoramento e avaliação dos programas. Os estudos epidemiológicos do HIV/AIDS entre UDI no Brasil evidenciam uma redução expressiva da epidemia nessa população, na maioria das regiões brasileiras. Porém é difícil identificar qual o papel específico dos programas de redução de danos no controle da epidemia nessa população, uma vez que praticamente não foram realizadas ações de monitoramento e avaliação dos programas.

### *Limitações do estudo*

Esta pesquisa objetivou estudar a ação política do governo brasileiro na prevenção da AIDS entre UDI no Brasil. Como limitação deste estudo, merece destaque a ausência de entrevistas em profundidade com as elites decisórias, a cargo da formulação e implementação destas políticas. Esta poderia ter sido uma etapa fundamental para compreender os constrangimentos e facilitadores desse processo.

Além disso, por limitações de tempo e de recursos necessários a uma pesquisa de doutorado não foram investigadas as diferenças regionais dessas políticas. Uma análise dos múltiplos fatores (determinação multicausal) envolvidos na implementação de controversas ações de troca de seringas e aprovação de legislações regulamentando redução de danos no âmbito local também se faz necessária. Entretanto, a presente análise histórica da implementação das políticas de prevenção a AIDS entre UDI poderá subsidiar estudos futuros nesse sentido.

Estudos de monitoramento e avaliação de programas constituem uma importante ferramenta para os gestores em saúde pública, por proporcionarem um retorno sobre o andamento e resultado de ações por eles implementadas. Porém, pesquisas no campo das políticas públicas podem complementar essas avaliações e fornecer relevantes informações, como, por exemplo, por que essas ações foram priorizadas por alguns governos locais e não por outros. Na conjuntura atual, em que o Programa de AIDS e o Ministério da Saúde têm incentivado e descentralizado as ações de prevenção à AIDS entre UDI ao nível local, compreender melhor esse processo é vital para garantir a continuidade das ações de controle ao HIV/AIDS em UDI.

Muito foi, sem dúvida, conquistado, a partir da ação concertada de instâncias governamentais diversas, lideranças da sociedade civil, pesquisadores, instituições nacionais e internacionais de fomento e cooperação. O que já foi obtido não deve ser visto, entretanto, com leniência com relação ao futuro ou indiferença quanto às relevantes dificuldades do presente, mas sim como um estímulo a uma agenda renovada de

prevenção e intervenção. A redução do enorme sofrimento e das mortes impostas pela epidemia de AIDS à população de usuários de drogas mostrou-se um objetivo factível e realista. A falência das utopias de uma sociedade livre de drogas para todo e sempre, a partir de soluções grandiloqüentes, representa um estímulo a mais para ações tão firmes como cautelosas, que não percam de vista a magnitude do desafio a ser enfrentado, mas que respeitem integralmente os achados da ciência, a vida em sociedade e os direitos humanos.

## Referencias Bibliográficas

Abrucio L. Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec/ USP, 1998.

Aceijas C, Stimson G, Hickman M and Rhodes T, on behalf of the United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. AIDS 2004, 18:2295–2303

Achmat, Z. e J. Simcock. Combining prevention, treatment and care: lessons from South Africa. AIDS Care, 2007 v.21, n.Suppl 4, p.S11-20.

Andrade T, Dourado M, Farias A, Castro B. Redução de danos e a redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: Ministério da Saúde. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Andrade T, Lurie P, et al. The Opening of South America's First Needle Exchange Program and an Epidemic of Crack Use in Salvador, Bahia-Brazil. AIDS and Behavior, 2001, Vol. 5, No. 1: 51-64.

Ainsworth, M. e M. Over. Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. A World Bank Policy Research Report.; World Bank. 1997

Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra E. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. International Journal of Health Services, Volume 30, Number 1, Pages 129–162, 2000

Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência e Saúde Coletiva 2003 8(2): 331-345

Arretche, M. Toward a Unified and More Equitable System: Health Reform in Brazil Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization and Globalization in Latin America. R. Kaufman and J. Nelson. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 2004.

Avelar L, Cintra A. Sistema Político Brasileiro: uma Introdução. Rio de Janeiro/São Paulo: UNESP, 2004.

Bacha E. Os mitos de uma década: ensaios sobre a economia brasileira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974

Baggaley, R., M. Boily, *et al.* Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and



blood transfusion: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 2006 v.20, n.6, p.805-12.

Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc. saúde coletiva*, 2001, vol.6, no.2, p.329-339.

Ball, A. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction*, v.102, n.5, p.684-90. 2007.

Banco Mundial. Avanços no Desenvolvimento. DOI:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/HOMEPORTUGUESE/EXTPAISES/EXTLACINPOR/BRAZILINPOREXTN/0,,menuPK:3817185~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:3817167,00.html> Acessado em dezembro de 2007

Barbosa R. Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências, Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2006

Barbosa Junior A, Pascom AR, Szwarcwald CL, Dhalia Cde B, Monteiro L, Simão MB. Proposed UNGASS indicators and the monitoring of the AIDS epidemic in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2006 Apr;40 Suppl:94-100.

Bastos FI, Barcellos C, Telles PR. A Geopolítica da AIDS entre Usários de Drogas Injetáveis. *BOLETIM ABIA*, 1995, n. 27, p. 5-6.

Bastos FI, Barcellos C, Lowndes CM, Friedman SR. Double Infection with HIV and Malaria among Brazilian IDUs: A New Challenge? *Addiction*. 94 (8):1165-1174, 1999.

Bastos, F., V. Bongertz, *et al.* Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, v.100, n.1, p.91-6. 2005.

Bastos, F., W. Caiaffa, *et al.* The children of mama coca: coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America. *Int J Drug Policy*, 2007 v.18, n.2, p.99-106.

Bastos FI, Pina M, Szwarcwald CL. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *International Journal of Drug Policy*. 2002 13 (2): 137- 44.

Bastos FI, Strathdee SA. Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Soc Sci Med*. 2000 Dec;51(12):1771-82

Battisti MC, Noto AR, Nappo S, Carlini Ede A. A profile of Ecstasy (MDMA) use in São Paulo, Brazil: an ethnographic study. *J Psychoactive Drugs*. 2006 Mar;38(1):13-8.

Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health*. 2005 Jul;95(7):1162-72.

Beyrer C, Razak MH, Lisam K, Chen J, Lui W, Yu XF. Overland heroin trafficking routes and HIV-1 spread in south and south-east Asia. *AIDS*. 2000 Jan 7;14(1):75-83.

Biel J. The Activist State: global pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil. *Social Text* 80, 2004 Vol. 22, No. 3.

Bluthenthal RN, Kral AH, Erringer EA, Edlin BR. Use of an illegal syringe exchange and injection-related risk behaviors among street-recruited injection drug users in Oakland, California, 1992 to 1995. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1998; 18(5):505-11.

Boletim Epidemiológico AIDS- Ano IV nº 1 - julho a dezembro de 2006/janeiro a junho de 2007. DOI:

[http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B721527B6-FE7A-40DF-91C4-098BE8C704E0%7D/Boletim2007\\_internet090108.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B721527B6-FE7A-40DF-91C4-098BE8C704E0%7D/Boletim2007_internet090108.pdf) Acessado em Outubro 2006.

Bokhari, A., N. Nizamani, *et al.* HIV risk in Karachi and Lahore, Pakistan: an emerging epidemic in injecting and commercial sex networks. *Int J STD AIDS*, 2007 v.18, n.7, p.486-92.

Bueno R. Estratégias de Redução de Danos em Santos, SP. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

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 v.22, n.4, p.871-9.

Buss P, Gadelha C. Health care system in transition: Brazil. Part 1: an outline of Brazil's health care system reform. *Journal of Public Health Medicine*. 1996; 18 (3): 289-95.

Caiaffa W. Projeto AjUDE-BRASIL. Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos apoiados pela CN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Caiaffa WT, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Mingoti SA, Doneda D, Gandolfi D et al. Epidemiological Study of Injection Drug Users in Brazil (AjUDE-Brasil Project). The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users. *Clin Infect Dis* 2003a; 37 (Suppl 5): s376-81.

Campos DP, Ribeiro SR, Grinsztejn B, Veloso VG, Valente JG, et al. Survival of AIDS patients using two case definitions, Rio de Janeiro, Brazil, 1986–2003. *AIDS* 2005 19: S22–26.

Carvalho G. A inconstitucional administração pósconstitucional do SUS através de normas operacionais. *Rev C S Col* 2001; 6(2): 435-444.

Carvalho HE, Bueno R. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In: Mesquita F, Seibel S, organizadores. *Consumo de drogas: desafios e perspectivas*. São Paulo: Ed. Hucitec; 2000.

Carvalho HB, Mesquita F, Massad E et al. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. *Journal of AIDS* 1996; 12(1): 84-92

Cebriad. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2005 (2005). DOI: <http://200.144.91.102/cebridweb/conteudo.aspx?cd=644>

Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde. CLAVES. Avaliação dos Projetos de Redução de Danos (PRD). Relatório Final de Pesquisa; 1998. (mimeo)

Cohn A. From policy inequality to a proposal of equity: political process and health care in the municipality of Sao Paulo. *International Journal of Health Services* 1992; 22 (4): 767-81.

Costa N. Política social e ajuste macroeconômico. *Cad. Saúde Pública*, 2002 18(Suplemento):13-21.

Costa V. Federalismo: as relações intergovernamentais. In: Avelar L, Cintra A, organizadores. *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp Ed; 2004. p. 173-184.

Degenhardt, L., A. Roxburgh, *et al.* The epidemiology of methamphetamine use and harm in Australia. *Drug Alcohol Rev*, 2008 v.27, n.3, p.243-52.

Des Jarlais, D., H. Hagan, *et al.* Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA*, 1995 v.274, n.15, p.1226-31.

Des Jarlais, D., M. Marmor, *et al.* HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. *Am J Public Health*, 2000 v.90, n.3, p.352-9.

Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D, Titus S, Shi Q, Perlis T et al. HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet*, 1996a, v. 348, 987-991.

Dourado I, Veras MA, Barreira D, De Brito AM (2006) Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saude Publica* 40: 91–97.

Downing M, Riess T, Vernon K, Mulia N, Hollinquest M, McKnight C, Des Jarlais D and Edlin B. What's community got to do with it? Implementation models of Syringe Exchange Programs. *AIDS Educ Prev*. 2005 February ; 17(1): 68–78.

Dunn J, Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration--characteristics, direction and associated variables. *Addiction*. 1999 Jun;94(6):813-24.

Elias P, Marques, RM & Mendes, A 2001. O financiamento e a política de saúde. *Revista USP* 51:6-15

Emmanuel, F. e M. Fatima. Coverage to curb the emerging HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: delivering prevention services where most needed. *Int J Drug Policy*., 2008 v.Suppl 1, p.S59-64.

Faveret Filho e Oliveira PJA. A universalização excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IEI, 1989.

Financial Times. Brazil wins second key investment rating. 29 de maio de 2008.

Fonseca M, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de AIDS no Brasil, 1989-1997. *Revista de Saúde Pública*, 2002 v. 36, n. 6, p. 678-685.

Fonseca M, Bastos FI. Twenty-five Years of AIDS in Brazil: Principal Epidemiological Findings, 1980-2005. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, 2007 v. 23, p. S333-S344.

Fonseca, E., A. Nunn, et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2007 v.23, n.9, p.2134-2144.

Fonseca, E., J. Ribeiro, et al. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saude Publica*, v.22, n.4, p.761-70. 2006.

Galvão, J. AIDS no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia. Rio de Janeiro, ABIA, 2000.

Galvão, J. Access to Antiretroviral Drugs in Brazil. *The Lancet* 2002 360(9348): 1862-65.

Gauri V, Lieberman E. Boundary Institutions and HIV/AIDS Policy in Brazil and South Africa. *Studies in Comparative International Development*, 2006

Gent C. Needle exchange policy adoption in American cities: Why not? *Policy Sciences* 33: 125-153, 2000

George, A. e McKeown, T. Case Studies and Theories of Organizational Decision Making. *Advances in Information Processing in Organizations* 1985 2: 21-58.

Guimarães ML, Bastos FI, Telles PR, Galvão-Castro B, Diaz RS, Bongertz V et al. Retrovirus infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City, Brazil: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-infection with HTLV-I/II. *Journal of Clinical Virology* 2001; 21(2):143-51

Graham L, Rowland A. Two Centuries of federalism in Brazil, Mexico and the USA. IN: Wilson et al. *Governance in the Americas: decentralization, democracy and subnational government in Brazil, Mexico and the USA*. Indiana: University of Notre Dame Press, 2008.

Hacker M, Friedman S, Telles P, Teixeira S, Bongertz V, Morgado M, et al. The role of "long-term" and "new" injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Use Misuse* 2005; 40:99-123

Hacker M, Petersen M, Enriquez M, Bastos F (2004) Highly active antiretroviral therapy in Brazil: The challenge of universal access in a context of social inequality. *Rev Panam Salud Publica* 16: 78–83.

Hacker MA, Leite IC, Renton A, Torres TG, Gracie R, Bastos FI. Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2006 Apr;22(4):751-60

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1999. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 99). Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2005. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 05). Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Divisão Regional  
Acessado em dezembro de 2007. <http://www.ibge.gov.br>

IHRA. *The Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*. London: International Harm Reduction Association, 2008.

Inciardi, J., H. Surratt, *et al.* Changing patterns of cocaine use and hiv risks in the south of Brazil. *J Psychoactive Drugs.*, v.38, n.3, p.305-10. 2006.

Kaplan EH, Heimer R. A circulation theory of needle exchange. *AIDS* 1994; 8: 567-74

- Kingdom, J. Agendas, Alternatives and Public Policies (2nd edition). New York: HarperCollins, 1993.
- Kritski A e Ruffino-Netto A. Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. 2000 INT J TUBERC LUNG DIS 4(7):622–626
- Labra ME. A qualidade da representação dos usuários nos conselhos distritais de saúde no Rio de Janeiro e a dimensão associativa. Relatório de pesquisa. Fiocruz, 2002.
- Lau, J., J. Zhang, et al. Comparing prevalence of condom use among 15,379 female sex workers injecting or not injecting drugs in China. Sex Transm Dis, 2007 v.34, n.11, p.908-16.
- Leal, Victor Nunes. Coronelismo, enxada e voto. São Paulo: Alfa-Omega, 1948.
- Levcovitz et al. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva, 2001 6 (2): 269-291.
- Levi, G.C. and Vitoria, M.A. Fighting Against AIDS: The Brazilian Experience. AIDS 2002 12(16): 2373-83.
- Lima L. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2007 12(2): 511-522
- Lucchese P. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2003 8(2): 439-448.
- Lucchese 2004. Introdução: Políticas Públicas em Saúde. [http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page\\_show\\_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=\(\\*\)\\*\(introduction/\(channel\)\)](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=(*)*(introduction/(channel)))
- Lurie P. When science and politics collide: the federal response to needle-exchange programs. Bull N Y Acad Med. 1995 Winter;72(2):380-96.
- Machado C. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2006 20(1): 44-49.
- Malta, M., F. Bastos, et al. A qualitative assessment of long distance truck drivers' vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, southern Brazil. AIDS Care, v.18, n.5, p.489-96. 2006.
- Marins JR, Jamal L, Chen S, Barros M, Hudes E, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. AIDS 2003 17: 1675–1682.

Marques RM e Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde na Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003 8(2): 403-415.

Melamed C e Costa NR. Inovações no financiamento federal da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003 8(2): 393-401

Melchior R, Nemes MI, Basso CR, Castanheira ER, Alves MT, Buchalla CM, Donini AA. Evaluation of the organizational structure of HIV/AIDS outpatient care in Brazil *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):143-51

Mesquita F. Dar oportunidade de vida ao Usuário de drogas Injetáveis – Polêmica Nacional. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. Troca de seringas: drogas e Aids. *Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Mesquita, F., D. Doneda, *et al*. Brazilian response to the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among injection drug users. *Clin Infect Dis*, 2003 v.15, n.37 Suppl 5, p.S382-5.

Ministério da Saúde. Manual de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde. 2001

Ministério da Saúde, 2001. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST AIDS. Orientações para elaboração do Plano de Ações e Metas para 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Monterroso ER, Hamburger ME, Vlahov D, Des Jarlais DC, Ouellet LJ, Altice FL, et al. Prevention of HIV infection in street-recruited injection drug users. The Collaborative Injection Drug User Study (CIDUS). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000; 25(1):63-70.

Mukherjee JS, Farmer PE, Niyizonkiza D, McCorkle L, Vanderwarker C, Teixeira P, Kim JY. Tackling HIV in resource poor countries. *BMJ*. 2003 Nov 8;327(7423):1104-6.

Normand, J., D. Vlahov, *et al*. Preventing HIV Transmission: The role of sterile needles and bleach. Washington DC: National Academy Press. 1995

Nunn A. The politics of life and death: historical institutional analysis of antiretroviral drug policy in Brazil [Tese de Doutorado]. Boston: Harvard School of Public Health, Harvard University; 2007.

Nemes MI, Castanheira ER, Melchior R, Alves MT, Basso CR. Evaluating quality of care in an AIDS program: health services research issues in Brazil *Cad Saude Publica*. 2004;20 Suppl 2:S310-21

New York Times. Look at Brazil. 21 de janeiro de 2001.

O Globo. Fitch é a segunda grande agência a conceder grau de investimento ao Brasil. 29 de maio de 2008.

Okie S. Fighting HIV — Lessons from Brazil. 2006 *N Engl J Med* 354;19

Oliveira-Cruz V et al Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS ‘success story’ – can others do it? *Tropical Medicine and International Health* 2004 9(2):292–297

Oliveira J e Fleury S. (Im)Previdência Social. Petrópolis: Vozes, 1986.

OMS. Harm Reduction Approaches to Injecting Drug Use. 2003.

\_\_\_\_\_. The Warsaw Declaration: A Framework for Effective Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use: UNAIDS, Health Canada, The Open Society Institute, and the Canadian International Development Agency. 2003.

Pereira C. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira - 1985-1989. *Dados*, 1996, vol.39, n. 3

Petersen ML, Travassos C, Bastos FI, Hacker M, Beck E, Noronha J Brazil. In: Eduard Beck; Nicholas Mays; Alan Whiteside; Jose Zuniga. (Org.). *The HIV pandemic: local and global implications*. 1 ed. Nova York/Londres: Oxford University Press, 2006, v. 1, p. 429-446.

PN AIDS. Política de Incentivo. DOI:  
<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISF64655C6PTBRIE.htm>  
Acessao em Juno de 2008

PN AIDS. Transferência fundo a fundo para OSC. DOI:  
<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS22550F08PTBRIE.htm> Acessado em Juno de 2008a

Pollack HA. Cost-effectiveness of harm reduction in preventing hepatitis C among injection drug users. *Med Decis Making* 2001;21(5):357-67.



Portela M, Lotrowska M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil Rev Saúde Pública 2006;40(Supl):70-9

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas de desenvolvimento humano no Brasil (IDH-M). Brasília: PNUD; 2005.

Przeworki A, Stokes S, Manin B. Democracy, Accountability, and Representation. New York: Cambridge University Press, 1999.

Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC). Ações da Reduc em 2005. <http://www.reduc.org.br/pages.php?recid=109> Acessado em Março 2008

Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC). Ações da Reduc em 2006. <http://www.reduc.org.br/pages.php?recid=104> Acessado em Março 2008

Rhodes, T., Stimson, G. V., Crofts, N. et al. Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response. AIDS. 1999 13, S259± S269.

Salomon, J., D. Hogan, *et al.* Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. PLoS Med, 2005 v.2, n.1, p.e16.

Sarang, A., T. Rhodes, *et al.* Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage. Int J Drug Policy, 2008 v.Suppl 1, p.S25-36.

Secretaria do Tesouro Nacional. Dados fornecidos através do correio eletrônico. Outubro de 2006.

Shah A. The new fiscal federalism in Brazil. World Bank Discussion Paper 124. Whashington DC: World Bank, 1991

Silva F. Os Programas Municipais de DST/AIDS da Região Metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas? [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

Singer M, Himmelgreen D, Weeks MR, Radda KE, Martinez R. Changing the environment of AIDS risk: findings on syringe exchange and pharmacy sales of syringes in Hartford, CT. Med Anthropol. 1997 Dec;18(1):107-30.

Smith, S. NGO and contracting. In: Ferlie E, Lynn Jr L, Pollitt C. Oxford Handbook of Public Management. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Spink et al. Decentralization and Subnational State. Wilson et al. Governance in the Americas: decentralization, democracy and subnational government in Brazil, Mexico and the USA. Indiana: University of Notre Dame Press, 2008.

- Stimson, G. e A. Ball. *Drug Injecting and HIV Infection*. Londres: UCL Press/WHO. 1998
- Stoltz, J., E. Wood, *et al.* Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *J Public Health*, 2007 v.29, n.135-9.
- Strathdee, S. e S. Sherman. The role of sexual transmission of HIV infection among injection and non-injection drug users. *J Urban Health*, 2003 v.80, n.4 Suppl 3, p.iii7-14.
- Strathdee, S. A., van Ameijden, E., Mesquita, F. et al. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS*, 1998 12, S71±79.
- Sullivan, L., D. Metzger, *et al.* Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users. *Addiction*, 2005 v.100, n.2, p.150-8.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, Andrade CT. The spread of the AIDS epidemic in Brazil from 1987 to 1996: a spatial analysis. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16 (suppl.1): 07-19.
- Taglietta M. Avaliação da Implantação do Incentivo no Âmbito do programa Nacional de HIV/Aids e outras DST em dois Municípios do Estado de São Paulo [Dissertação de Mestrado Profissional ]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
- Teixeira P, Vitoria MA, Barcarolo J (2004) Antiretroviral treatment in resource-poor settings: The Brazilian experience. *AIDS* 18: S5–7.
- Telles, P. R. (1999). Preventing HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases among injecting drug users in Rio de Janeiro, *International Journal of Drug Policy*.
- Telles P, Bastos FI, Guydish J, Inciardi JA, Surrat HL. Pearl, M., Hearst, N. Risk behavior and HIV seroprevalence among IUDs in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS* 1997; 11 (Suppl 1): s35-42.
- Tempalski B, Flom P, Friedman S, Des Jarlais D, Friedman J, McKnight C and Risa Friedman R. Social and Political Factors Predicting the Presence of Syringe Exchange Programs in 96 US Metropolitan Areas. *American Journal of Public Health*. March 2007, Vol 97, No, 3
- The Economist. Argentina, Brazil and the IMF. 20 de dezembro de 2005.
- The Economist. The delights of dullness. 17 de abril de 2008.
- Thiesen F, Barros H. Measuring inhalant abuse among homeless youth in southern Brazil. *J Psychoactive Drugs* 2004; 36:201-5

UNAIDS. UNAIDS Country Report: Brazil. UNAIDS, 2007.

UNAIDS. Report of the Commission on AIDS in Asia. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2008.

UN Commission on Narcotic Drugs. Preventing the transmission of HIV among drug abusers. UN Commission on Narcotic Drugs 2002.

UNGASS. Declaration of Commitment on HIV/AIDS: United Nations General Assembly Special Session dedicated to HIV/AIDS. 2001.

Wilson R, Ward P, Spink P, Rodriguez V. Governance in the Americas: Decentralization, Democracy, and Subnational Government in Brazil, Mexico, and the USA [1<sup>st</sup> edition]. University of Notre Dame Press, 2008.

UNODC 2008. Relatório Mundial sobre Drogas 2008 do UNODC. DOI: [http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease\\_20080626.html](http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20080626.html) Acessado em julho de 2008.

UNODC. Marco Estratégico-UNODC Brasil - 2006-2009. (agosto de 2006) [http://www.unodc.org/pdf/brazil/portugues\\_final2.pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/portugues_final2.pdf) (acessado em 29 de maio de 2007).

Viana AL, Lima LD, Oliveira RG, Heimann LS, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002 v. 18, p. 139-151.

Wagner G. Efeitos Paradoxias da descentralização no Sistema Único de Saúde. In: Fleury, Sônia. (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, v. 1, p. 417-442.

Walker N, Stover J, Stanecki K, Zaniewski A, Grassly N, Garcia-Calleja J, et al. The workbook approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low level and concentrated epidemics. Sex Transm Infect 2004; 80:i10-13

Weyland K. Social Movements and the State: The Politics of Health Reform in Brazil. World Development, 1995 (23) 10: 1699-1712.

Wilson et al. Governance in the Americas: decentralization, democracy and subnational government in Brazil, Mexico and the USA. Indiana: University of Notre Dame Press, 2008.

Wodak, A. e A. Cooney. Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of International Evidence. Substance Use & Misuse, 2006 v.41, p.777-813.

World Bank. Implementation Completion Report. Human Development Sector Management Unit, Brazil Country Management Unit, Latin America and the Caribbean Region, 1998.

World Bank. Project performance assessment report Brazil: first and second AIDS and STD control projects. Sector and Thematic Evaluation Group Operations Evaluation Department, 2004.

World Bank. The Effectiveness of the World Bank's HIV/AIDS Assistance: Preliminary Findings from an Independent Evaluation. XVth International AIDS Conference. Bangkok, Thailand, 11-16 July 2004