

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

Políticas de Redução de Danos no Brasil e as Lições Aprendidas de um
Modelo Americano

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

Aline Inglez de Souza Dias

Orientador
José Mendes Ribeiro
(ENSP/Fiocruz)

Co-orientador
Francisco Inácio Bastos
(CICT/Fiocruz)

Setembro, 2008

Agradecimentos

Aos meus orientadores, José Mendes Ribeiro e Francisco Inácio Bastos, que me deram todo o apoio possível durante todo o programa, mesmo de longe. Contribuíram, cada um a seu modo, no desenvolvimento desse trabalho e em sua constante superação, me mostrando que tudo sempre pode ser melhorado. Minha profunda e sincera gratidão pela confiança, dedicação e compreensão de vocês.

À minha família. Meus pais, que me deram sempre apoio e incentivo em meu crescimento acadêmico. Minha mãe e minhas irmãs, que me ajudaram a cuidar do meu bem mais precioso, meu filho Pedro, me dando tranquilidade para concluir esse trabalho. Meu marido, que foi um grande incentivador da minha entrada no programa e um otimista incorrigível, me dando apoio quando eu pensava que tudo poderia estar perdido.

Ao coordenador da subárea de Políticas Públicas e Saúde, Nilson do Rosário, que me apoiou desde o início do programa e contribuiu com valorosas sugestões na qualificação do projeto dessa dissertação e mais adiante, com suas construtivas críticas ao trabalho final.

Ao Marcelo Cruz, pela disponibilidade em participar da banca, na qualificação e na defesa dessa dissertação, e por suas pertinentes contribuições ao trabalho.

À Kimberly Page-Shafer, investigadora principal do UFO Study, por sua imensa disponibilidade, generosidade e amizade. Agradeço pela oportunidade de fazer parte desse projeto e por todo o suporte na elaboração de meu primeiro artigo, como primeira autora. Também agradeço a todos os integrantes do UFO, que me receberam e contribuíram para esse trabalho.

Ao Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, pela oportunidade e por todo o suporte oferecido, viabilizando a conclusão desse trabalho. Agradeço a todos os professores do curso e funcionários da ENSP, sempre muito atenciosos e solícitos.

A todos que direta ou indiretamente me ajudaram a desenvolver e concluir este trabalho.

Resumo

As políticas públicas voltadas para o consumo de drogas no Brasil, durante muito tempo enfatizaram a repressão, mantendo o uso de drogas basicamente atrelado ao campo da justiça. Nesse cenário, pouco espaço restava para o exercício da saúde pública. Nesse sentido, as ações de redução de danos desempenharam um papel central no campo da saúde pública. Contudo, é importante destacar que os resultados das estratégias da redução de danos estão circunscritos ao campo da saúde, não interferindo com outros problemas significativos relacionados ao consumo de drogas tais como: tráfico, crime organizado, lavagem de dinheiro e sobrecarga do sistema penitenciário. Tendo em vista o cenário nacional e internacional das políticas sobre drogas e da redução de danos, pretendemos trabalhar na linha de lições aprendidas, registrando e discutindo as práticas observadas em um modelo americano de pesquisa e atendimento aos UDI: o *UFO (You Find-Out) Study*. Nesse sentido, foram considerados aspectos tais como acesso ao usuário, aderência aos serviços, dificuldades de financiamento e avaliação de resultados. As etapas do estudo envolveram pesquisa documental, observação sistemática do trabalho com a elaboração de um diário de campo, participação em reuniões de equipe e entrevistas com informantes chave. A partir desse estudo, destacamos algumas características do projeto UFO que poderiam contribuir para a formulação de políticas de redução de danos no cenário brasileiro. O UFO parece ser um bom exemplo de aplicação de iniciativas de redução de danos associadas à pesquisa, no atendimento a usuários de drogas injetáveis. O projeto tem obtido relativo sucesso no acesso e adesão dessa população, que de outra forma, talvez não tivesse meios de acessar serviços sociais e de saúde e, conseqüentemente, diminuir os riscos e danos associados ao uso injetável de drogas.

Palavras-chave: Redução de Danos; Uso de Drogas; Políticas de Saúde; Prevenção.

Abstract

Public policies on drug consumption in Brazil, has long emphasized the repression, keeping drug use basically tied to the field of justice. Given the scenario where little room was left to public health interventions, harm reduction strategies played a central role in the field of drug use. It is important to highlight that the results of the mentioned strategies are limited to the field of health, although we recognize the existence of others significant problems related to drug use such as trafficking, organized crime, money laundering and overloading of the prison system. Considering national and international scenarios on drug policies, we presented some of the lessons learned through observing and recording the practices of an American model of research and care for IDUs: the UFO (You Find Out) Study. In that sense, were considered issues such as access to the user, adherence to services, difficulties in financing and outcome evaluation. The stages of the study involved documental research, systematic observation of the field work, participation in team meetings and interviews with key informants. We highlighted some of the UFO features that could contribute to the formulation of harm reduction policies in Brazil. The UFO appears to be a good example of implementation of harm reduction initiatives associated with research, in response to injecting drug users. The project has achieved relative success regarding access and adherence of that population, which otherwise, might not have means to access social and health services and, consequently, reduce risks and harms associated with injecting drug use.

Key words: Harm Reduction; Drug Use; Health Policies; Prevention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO, 06

Políticas de Redução de Danos, 10

CAPÍTULO 1 – O modelo UFO, 16

1.1- Métodos, 18

1.2- Marco legal e aspectos institucionais nas políticas de redução de danos nos EUA, 19

1.3- Cronologia e evolução do UFO, 26

1.4-O UFO atualmente, 27

CAPÍTULO 2 – Lições aprendidas no modelo UFO para a experiência brasileira, 36

Quadro 1- Vantagens e desvantagens do UFO e dos programas brasileiros, 44

CAPÍTULO 3 – The epidemiology of alcohol and other psychoactive substances in Latin America and the Caribbean (artigo submetido à Revista Panamericana de Salud), 45

CAPÍTULO 4 – Trends in methamphetamine use in young injection drug users in San Francisco from 1998 to 2004: the UFO Study (artigo publicado no Drug and Alcohol Review), 77

CAPÍTULO 5 – A perspectiva da saúde pública e as políticas de redução de danos, 86

CONSIDERAÇÕES FINAIS, 94

BIBLIOGRAFIA, 99

INTRODUÇÃO

As políticas públicas voltadas para o consumo de drogas no Brasil foram, durante muito tempo, pouco sólidas e estruturadas, enfatizando a vertente da repressão, mantendo o uso de drogas basicamente atrelado ao campo da justiça e não da saúde pública. O estigma associado ao consumo e à oferta de drogas ilícitas (vinculadas à marginalidade e à violência) manteve as autoridades mais ocupadas com a “guerra às drogas” do que com os riscos à saúde e à qualidade de vida dos usuários.

Além disso, apesar de as autoridades com frequência utilizarem recomendações da ciência para a formulação de políticas públicas, nem sempre estas foram levadas em consideração, especialmente quando não estão em sintonia com as políticas vigentes. Intervenções que dizem respeito a uma população marginalizada e estigmatizada, como no caso dos usuários de drogas, ainda que sob recomendação da comunidade científica, na prática, são muito mais controversas e encontram barreiras em sua implementação (Lurie, 1995).

Pela ilegalidade do uso de drogas, a prevenção e o tratamento ao consumo prejudicial foram postos em segundo plano, em relação à repressão ao comércio e consumo e à centralização dos esforços terapêuticos (por vezes, compulsórios) voltados para a abstinência (Delgado, 2005). Nesse cenário, pouco espaço restava para o exercício da saúde pública, já que as drogas eram questão de polícia, não de saúde.

Ressaltamos, contudo, que a dimensão abordada neste trabalho é a do consumidor, diz respeito à esfera da saúde, representando apenas uma parte fracionária de todos os problemas envolvidos no consumo de drogas. Muitas são as questões envolvidas no uso de drogas como o tráfico, o crime organizado, a lavagem de dinheiro, mas não pretendemos dar conta de tais questões já que se referem à dimensão jurídica do problema.

Um capítulo à parte no cenário das políticas públicas brasileiras voltadas para as drogas, diz respeito ao uso de drogas injetáveis. Essa forma de uso pode causar sérios danos ao usuário, seu círculo social mais próximo e mesmo à sociedade como um todo. Entre os potenciais danos, estão envolvidos riscos tais como o de *overdose*, da transmissão do HIV e de hepatites virais, entre outros (Des Jarlais et al., 1996; Bluthenthal, 2000; Des Jarlais, 2005).

Nesse sentido, as ações designadas como de *redução de danos* desempenharam um papel central no campo da saúde pública. Trata-se de um conjunto de estratégias orientadas para a prevenção de conseqüências danosas à saúde, que podem advir do uso de drogas, sem, necessariamente, reduzir ou interromper o consumo (Brasil, 2001).

As estratégias de redução de danos não são novidade, ao contrário do que se possa pensar, tendo suas origens no início do século XX (décadas de 1920/30), com a prescrição controlada de opiáceos na Inglaterra. Contudo, sua difusão se deu mais recentemente, entre meados da década de 80 e início da década de 90, com a expansão global da epidemia de HIV/AIDS e a necessidade de se controlar a transmissão entre os usuários de drogas injetáveis (Van den Hock et al., 1989, Des Jarlais et al., 1995).

Atualmente, prover acesso e incentivar a utilização de material para injeção estéril por usuários de drogas injetáveis (UDI) é considerado um dos componentes fundamentais para qualquer programa eficaz de prevenção de HIV, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003).

Tendo em vista o cenário nacional e internacional das políticas sobre drogas e da redução de danos, pretendemos trabalhar na linha de lições aprendidas, registrando e discutindo as práticas observadas em um modelo de pesquisa e atendimento aos UDI: o *UFO (You Find-Out) Study*. Tal projeto, que abriga vários estudos e serviços destinados a essa população, funciona na cidade de São Francisco, estado americano da Califórnia. São Francisco é, reconhecidamente, a cidade da América do Norte que faz o maior volume de troca de seringas, abrigando um programa (HIV Prevention Project) que coordena 13 locais de troca de seringas regulares, além de outros programas “alternativos” ou irregulares e *Secondary Exchange* (Hahn et al., 2001). A troca secundária de seringas é um fenômeno que emergiu como mais um desdobramento do trabalho desenvolvido pelos programas de troca de seringas (PTS), quando indivíduos adquirem seringas estéreis em PTS ou outras fontes seguras de equipamento de injeção, e as redistribuem para outros UDI. A troca secundária favorece a extensão dos PTS, aumentando sua cobertura e, conseqüentemente, a eficácia dos PTS (Valente et al., 1998).

O presente estudo está dividido em quatro partes, a primeira trata da descrição do caso UFO, um projeto americano de pesquisa/ intervenção, que atende usuários de drogas injetáveis, do qual pude participar por pouco mais de um ano, como encarregada pela troca de seringas. A segunda parte trata da epidemiologia do álcool e

outras drogas na América Latina e Caribe e a carga de doenças associadas ao consumo dessas substâncias, sob a forma de um artigo que será publicado em breve, na Revista Panamericana de Saúde. A terceira parte também é apresentada sob a forma de um artigo, sobre a tendência temporal do uso de metanfetamina entre os jovens usuários de drogas atendidos no UFO. Esse artigo foi publicado em maio de 2008, no periódico *Drug and Alcohol Review*. A quarta e última parte, discute pontos em comum e de divergência entre o UFO e os programas brasileiros de redução de danos, bem como as lições aprendidas de tal programa, aplicáveis às políticas brasileiras de atenção ao usuário de drogas.

O UFO Study é um projeto de pesquisa/intervenção, que tem como objetivo principal investigar a infecção pelo vírus do HIV e das hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). A pesquisa proposta envolve a discussão dos métodos de acesso aos UDIs, processo em que os projetos de prevenção no Brasil têm se visto às voltas com dificuldades, bem como as propostas de parcerias e financiamentos de que tal modelo lança mão e as questões institucionais, considerando as dimensões políticas mais amplas em que o projeto está inserido. O UFO já existe há mais de dez anos, e vem conseguindo suporte tanto de organizações não-governamentais, como do governo federal americano (apenas com propósitos de pesquisa) e do município de São Francisco, Califórnia (distribuição de seringas e equipamento de injeção segura) (Ochoa et al., 2004).

Minha relação com o projeto se deu por circunstâncias pessoais quando, em julho de 2006, tive a oportunidade de morar na cidade de São Francisco por um ano. Logo em seguida à minha chegada, entrei em contato com a pesquisadora responsável pelo projeto, Dra. Kimberly Page-Shafer que, ao saber de meus interesses acadêmicos e profissionais, ofereceu a oportunidade de estagiar no UFO Study.

Quanto aos artigos que integram essa dissertação, apresentados na sua segunda e terceira seções, cabe observar que o primeiro é uma revisão de literatura sobre a carga de doenças associada ao consumo de álcool e drogas na América Latina e no Caribe. Durante a confecção de tal artigo, minha participação se deu na revisão bibliográfica e elaboração da segunda parte do texto, sobre outras drogas.

Essa publicação proporciona um panorama geral do uso de álcool e outras drogas na região, baseado em dados coletado de fontes tais como relatórios de organizações internacionais, artigos científicos publicados e documentos eletrônicos

disponíveis em páginas oficiais. Esse artigo evidencia a amplitude da carga de doenças causada pela morbidade resultante do consumo de substâncias psicoativas.

O segundo artigo apresenta dados sobre tendências do uso de metanfetamina entre os UDI jovens de São Francisco, participantes do UFO Study. Trata-se de um estudo seccional, baseado na análise secundária de dados coletados na primeira entrevista conduzida entre os participantes do UFO. Nesse artigo, participei da análise quantitativa dos dados, da revisão de literatura e confecção do texto.

Trata-se de um recorte do estudo maior, que foi pensado em função do destaque que tem sido dado ao uso das anfetaminas, tanto pelas políticas de saúde locais quanto nacionais. A elaboração desse artigo se deu durante a experiência de estágio no UFO Study e como pré-requisito para a conclusão de curso (*Writing Sabbatical*) realizado no *Center for AIDS Prevention, University of California, San Francisco* (CAPS/UCSF).

Como tema central dessa dissertação, apresentaremos uma discussão sobre as lições aprendidas no projeto UFO, trazendo este como um modelo relevante no acesso e no atendimento ao usuário de drogas. Tal capítulo abordará temas como o acesso ao usuário, a aderência aos serviços, dificuldades de financiamento e avaliação de resultados.

Finalmente, o último capítulo tratará da redução de danos enquanto abordagem afinada à perspectiva da saúde pública, na atenção ao uso de drogas. Também será apresentada uma breve discussão sobre a inserção das políticas de redução de danos, no atual contexto da saúde pública no Brasil.

A seguir, apresento como parte introdutória ao trabalho, um breve histórico das estratégias de redução de danos, no mundo, que tiveram início com a prescrição de opiáceos a usuários de drogas, no Reino Unido, nas décadas de 20 e 30 do século XX, e que, em um momento posterior, objetivaram conter o avanço da então nascente epidemia de HIV. Será discutido como essas estratégias se depararam com diversas barreiras políticas, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, e continuam enfrentando obstáculos e resistências nos dias de hoje. Além disso, discutem-se as dificuldades de implementação dessas estratégias e dos desafios no atendimento aos UDI. Apresenta-se ainda um panorama geral dos dados epidemiológicos das infecções pelo HIV e pelo vírus da hepatite C (HCV) e sua relação com o uso de drogas injetáveis.

Políticas de Redução de Danos

O modelo patológico de adicção e o Relatório Rolleston

Os antecedentes das propostas e políticas de redução de danos são remotos, ao contrário do que se possa pensar, tendo o Relatório Rolleston, de 1926, publicado no Reino Unido, como o primeiro documento oficial de um estado nacional a recomendar a terapia de manutenção de uma substância psicoativa (o ópio) através de prescrição médica visando evitar os sintomas decorrentes da abstinência e o envolvimento dos usuários com o então nascente mercado ilícito de algumas drogas (Berridge, 1988). O Relatório Departamental sobre a Adicção à Morfina e Heroína foi encomendado por Sir Humphrey Rolleston (que mais tarde emprestou seu nome ao documento) a uma Comissão de Notáveis, após a aprovação do primeiro *Dangerous Drugs Act*, de 1920, responsável pela implementação das exigências e normas internacionais para o controle de drogas (Berridge & Mars, 2004).

Apesar do ópio ter sido reconhecidamente utilizado por suas propriedades medicinais, desde o século XIX, suas propriedades adictivas haviam sido observadas e registradas há mais tempo na literatura médica, com trabalhos datando de 1700 (Parssinen & Kerner, 1980). Contudo, em 1856, com o advento da seringa hipodérmica, foi possível utilizar a então denominada *Morphia* (alcalóide do ópio) por via injetável, o que tornou a adicção um fenômeno preocupante para os membros da comunidade médica européia (Parssinen & Kerner, 1980).

Existiram três momentos marcantes no passado de uso de drogas na sociedade ocidental. No primeiro deles, em meados de 1890, a droga aparece sob a forma de substância de uso recreativo, especialmente entre artistas e freqüentadores de círculos literários. O segundo, durante a Primeira Guerra Mundial, entre 1914 e 1918, quando o uso da droga se estende para grupos mais amplos de consumidores, se tornando mais visível para a sociedade. Nessa época, na Europa, irrompeu a chamada “Epidemia da Cocaína”, quando esta passou a ser usada e comercializada em uma escala mais ampla, especialmente por prostitutas e militares. Finalmente, em 1920, com a aprovação do *Dangerous Drugs Acts*, na Inglaterra, o uso recreativo de drogas – ou uso não médico, especialmente da cocaína e do ópio, passa a ser perseguido pelas autoridades (Berridge, 1988).

Na Inglaterra de 1924, sob a alegação sensacionalista da mídia da época que alertava a população para os perigos de uma suposta epidemia de uso de drogas que se disseminava pelos grandes centros urbanos, o Ministério da Saúde nomeou um Comitê composto exclusivamente por médicos renomados para investigar os riscos da adicção às drogas (Parssinen & Kerner, 1980), o que deu origem ao já citado Relatório Rolleston.

O referido relatório ressaltou que a adicção deveria ser vista e tratada como uma manifestação patológica de uma doença crônica e não como uma questão moral. Contrariando o modelo americano de tratamento da adicção da mesma época, que previa a abstinência a ser obtida de forma abrupta (Musto, 1989), o modelo inglês recomendava a manutenção da droga e sua diminuição gradual, administrada de acordo com as necessidades de cada paciente (Parssinen & Kerner, 1980).

A recomendação do relatório quanto à terapia de manutenção (sob controle médico), com a prescrição médica de morfina ou heroína estaria restrita aos casos em que os pacientes apresentassem graves sintomas, uma vez descontinuada a administração da substância, ou nos casos em que o indivíduo fosse capaz de levar uma vida considerada “normal” e “produtiva” quando em uso de quantidades pequenas da droga a que o paciente fosse considerado adicto (Parssinen & Kerner, 1980).

Os princípios da redução de danos, na verdade, se desenvolveram a partir das recomendações britânicas para regulação do uso de drogas, “oficializados” com a elaboração do Relatório Rolleston. Contudo, em meados da década de 1960, com a difusão do uso de heroína, as autoridades do Reino Unido responderam de forma conservadora, mas não radical, mantendo a política de prescrições médicas para a heroína, porém, passando a exercer controle mais rigoroso sobre a classe médica (muitos médicos se tornaram usuários e outros prescreviam então de forma pouco responsável) (Ghodse & Kaplan, 1988).

No final da década de 1970, na Inglaterra, a política de manutenção foi substituída pela política de tratamento visando exclusivamente à abstinência. Com a emergência das epidemias de hepatite B e C e, um pouco mais tarde, com a difusão do vírus da AIDS (HIV), os princípios da redução de danos foram retomados, tornando-se, em 1988, o carro-chefe das políticas públicas britânicas para o uso de drogas (Berridge & Mars, 2004).

Início dos Programas de Troca de Seringas

Os programas de troca de seringas foram, inicialmente, estabelecidos em resposta às epidemias de hepatite B e C, entre usuários de drogas injetáveis. O primeiro movimento nessa direção se deu em Edimburgo, na Escócia, entre 1982 e 1984, através de um farmacêutico local que iniciou a distribuição de equipamentos de injeção estéril entre usuários de drogas injetáveis (Wodak & Cooney, 2005).

Em 1984, em Amsterdã, na Holanda, o primeiro programa de troca de seringas foi implementado pelos próprios usuários, também em resposta a um surto de hepatite B e C (Van Den Hock et al, 1989). Pouco tempo depois, com o surgimento do HIV/AIDS, programas como esse começaram rapidamente a se difundir por outras partes do mundo (Wodak & Cooney, 2005; Dehne et al., 1999; Wood et al., 2000). Os objetivos desses programas se concentravam na diminuição da circulação de equipamentos de injeção contaminados e, conseqüentemente, no esforço de conter a transmissão parenteral de doenças entre os usuários de drogas injetáveis (Bastos & Strathdee, 2000).

Desde meados da década de 1980, inúmeros países desenvolvidos e um número crescente de países em desenvolvimento deram início à implementação de programas de troca de seringas, os chamados *NEPs (Needle Exchange Programs)* ou *SEPs (Syringe Exchange Programs)*, como um componente central das estratégias de redução de danos voltadas para os usuários de drogas injetáveis (UDIs) (Bastos & Strathdee, 2000).

HIV/HCV e uso de drogas injetáveis

Usuários de drogas injetáveis têm sido identificados por inúmeras pesquisas e compilações de dados como importantes atores na epidemia mundial de HIV e outras infecções transmitidas por via sanguínea.

No Brasil, 112.996 casos de AIDS foram registrados de 2001 a 2005 e calcula-se que, de 1980 a 2006, 19,8% de todos os casos registrados, estejam relacionados ao uso de drogas injetáveis (Ministério da Saúde, 2005).

Países como a China e a Rússia, onde o uso de drogas injetáveis está relacionado a, respectivamente, 42% (Qian, 2006) e 60% (Hamers, 2003) de todos os casos de AIDS registrados, apresentam epidemias concentradas de HIV, com baixa prevalência da infecção na população total, mas altas taxas em determinadas populações vulneráveis, como é o caso dos UDIs.

Nos EUA, estima-se que, em 2005, cerca de 1,2 milhões de pessoas estivessem vivendo com HIV (UNAIDS, 2006). O uso de drogas injetáveis nesse país se apresenta como o terceiro principal fator de risco para o HIV, correspondendo a cerca de 17% do total de casos registrados (CDC, 2006). Contudo, é importante ressaltar que no relatório dos *Centers for Disease Control and Prevention* não haviam sido incluídos dados de estados com as maiores taxas de incidência de AIDS, como a Califórnia, Illinois, Maryland e Pensilvânia.

Na cidade de São Francisco, a epidemia continua a se disseminar, embora em ritmo mais lento, tendo como principal população sob risco os HSH (homens que fazem sexo com homem) – correspondendo a cerca de 73% do total de casos registrados. O total cumulativo de casos já registrados na cidade é de, aproximadamente, 26.609 indivíduos, representando 3% do número de casos acumulados em nível nacional. Os UDIs respondiam por cerca de 10% das pessoas vivendo com HIV, em 2005, na cidade de São Francisco (SFDPH, 2005).

Embora, historicamente, a transmissão do HIV tenha se apresentado como o grande “fantasma” relacionado ao uso de drogas injetáveis, atualmente, usuários de drogas injetáveis em diversos contextos estão, antes de tudo, infectados pelo vírus da hepatite C (HCV). A co-infecção HIV/HCV se apresenta como importante fator associado às altas taxas de morbidade e mortalidade entre as pessoas vivendo com AIDS (Cargill, 2005)

Em todo mundo, estima-se que 90% de todos os casos reportados de infecção por HCV estejam relacionados ao uso de drogas injetáveis (CDC, 1998). Aproximadamente 80% das infecções por HCV resultam em infecções crônicas e 25% das infecções crônicas levam a sérias complicações tais como o desenvolvimento de cirrose e carcinoma hepatocelular (Des Jarlais et al., 2005) .

Em termos de saúde pública, a emergência dos casos de hepatite C é, atualmente, a principal ameaça associada ao uso de drogas injetáveis. No Brasil, estima-se que cerca de 2,5 a 4,9% da população apresente anticorpos para HCV, o que representa de 3,9 a 7,6 milhões de indivíduos portadores do vírus (Brandão et al., 2002). A transmissão sangüínea do HCV é apontada como mais eficiente que a do HIV, sendo inclusive freqüente através do compartilhamento de equipamentos para preparação da droga tais como colheres, água e algodão (Des Jarlais et al., 2005). A alta transmissibilidade do HCV por via sanguínea é um dos fatores que justificam sua

elevada incidência, em relação à infecção por HIV, entre UDIs (Strathdee & Patterson, 2006).

Mais grave ainda é a co-infecção por HIV e HCV, o que pode comprometer o tratamento de ambas as infecções. Estudos mostram que o HIV pode acelerar o progresso da hepatite C, embora ainda não se saiba se o contrário também é verdadeiro (Sulkowski & Thomas, 2003), o que parece evidente em estudos mais recentes (Préau et al, 2006). Alguns estudos apontam para uma maior taxa de mortalidade entre os pacientes infectados pelo HIV também infectados pelo HCV (Rey et al, 2004), embora outros fatores como a intensidade do tratamento antiretroviral (em geral em doses menos intensas, já que a medicação tem efeitos hepatotóxicos) aplicado a esses pacientes possa estar também associada à sobremortalidade dos coinfectados (Marins et al., 2005).

O Início dos Programas de Redução de Danos no Brasil

A primeira tentativa de controlar a disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis se deu na cidade de Santos, Estado de São Paulo, através de sua Secretaria Municipal de Saúde (Mesquita et al., 2003). No final da década de 1980, Santos apresentava um das taxas mais elevadas de infecção pelo HIV/AIDS em todo o Brasil, em relação ao tamanho de sua população total. Preocupados com essa situação e influenciados pela experiência internacional, autoridades da área da saúde decidiram implementar o primeiro programa de troca de seringas do Brasil, em 1989 (Mesquita et al., 2003).

Contudo, essa iniciativa foi fortemente contestada pelo Ministério Público de São Paulo, que moveu ações civis e criminais contra os organizadores do programa, alegando que o programa estimularia o consumo de drogas (Mesquita, 1998). Apesar de apoiado pelo governo federal, o governo da cidade de Santos enfrentou dificuldades em levar o programa adiante e, como consequência, se viu forçado a interrompê-lo, por um longo período de tempo.

Finalmente, em setembro de 1994, o Conselho Federal de Entorpecentes (Confem), órgão ligado ao Ministério da Justiça, por meio de parecer favorável, autorizou a troca de seringas no país, quando associada à pesquisa (Oliveira, et al. 2003). Tal decisão constitui um marco importante nas políticas públicas de saúde voltadas para o uso de drogas no Brasil.

O primeiro programa brasileiro de redução de danos (incluindo atividades de prevenção e informação, além da troca de seringas) foi implementado em Salvador, Bahia, em 1995, por iniciativa da Universidade Federal da Bahia e contando com recursos municipais e estaduais (Andrade, 2001).

Em 1996, foram implementados seis novos programas de redução de danos, em diferentes estados do Brasil, a partir da elaboração de projetos pela Coordenação de DST/AIDS, do Ministério da Saúde. Entretanto, o impasse legal se mantinha, por conta da Legislação Brasileira sobre Entorpecentes, a Lei nº6.368, datada de 1976. Para resolver esse impasse, já que a mencionada lei facultava interpretações que se contrapunham à troca de seringas, o governo do estado de São Paulo, no dia 15 de março de 1998, durante a IX Conferência Internacional de Redução de Danos, sancionou a lei de autoria do deputado Paulo Teixeira, regulamentada como Lei nº 9.758, que autorizava a troca de seringas e agulhas descartáveis naquele estado. Desde então outros estados e municípios aprovaram leis semelhantes (Oliveira et al., 2003).

Em 2003, mais de 150 programas de redução de danos estavam em funcionamento no Brasil. Todos esses programas eram apoiados politicamente pelo Ministério da Saúde e muitos deles eram também financiados, majoritariamente ou mesmo exclusivamente, pelo referido Ministério (Mesquita et al., 2003)

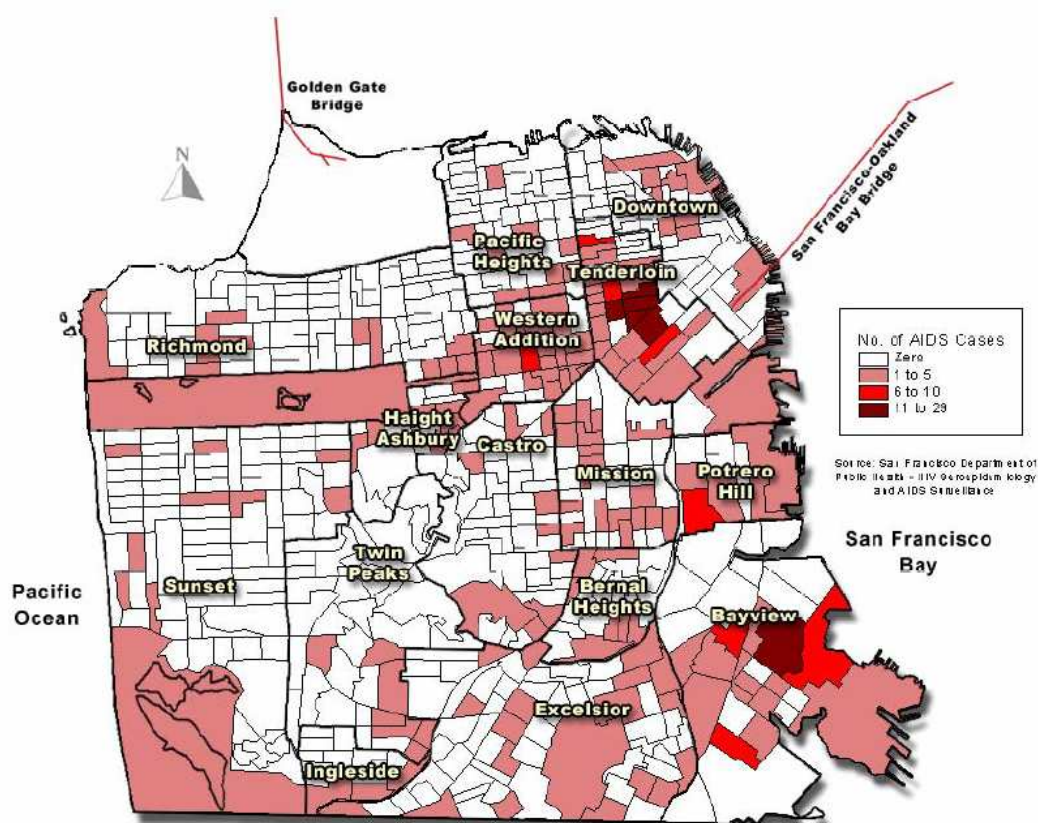
Atualmente, os números referentes aos programas em operação são mais modestos, com cerca de 134 programas de redução de danos no Brasil, distribuídos por 15 estados e concentrados predominantemente nas regiões sul e sudeste. Em sua maioria, tais programas são executados por instituições governamentais, universidades, ONGs e secretarias de saúde (Fonseca et al., 2006). Esses projetos, para além da troca de seringas, tornaram-se pontos de referência e ajuda para uma população estigmatizada e marginalizada que é a dos usuários de drogas injetáveis.

CAPÍTULO 1:

O modelo UFO (You Find-Out)

Trata-se de um projeto colaborativo de pesquisa, voltado para jovens usuários de drogas injetáveis, e que envolve a participação de várias instituições tais como: ONGs (*Food Runners, Blood Centers of the Pacific* e *SOS*), governo local (*San Francisco Public Health Department*), uma instituição acadêmica (*California University, San Francisco*). O projeto está situado no bairro do Tenderloin, uma das áreas mais pobres da cidade de São Francisco, que concentra pessoas infectadas pelo HIV (mapa 1).

Mapa 1- Distribuição dos UDIs vivendo com HIV em San Francisco, 2000.



Fonte: Departamento de Saúde Pública de San Francisco/ Atlas HIV/AIDS, 1991-2000 (Disponível no end. Eletrônico: <http://www.sfdph.org/PHP/RptsHIVAIDS/SFAtlasHIVAIDS19912000/web03idu.pdf>)

Segundo os fundadores do programa, o UFO Study pode ser definido resumidamente:

“The ‘You Find-Out’ (UFO) Study, named by the young injectors it studies, brings together a diverse and inter-disciplinary team of epidemiologists, outreach workers, physicians, interviewers and counselors. Its goal is good science and good service, approached pragmatically. The community-based organization involves the researcher to further the agency’s mission; the researcher involves the community-based organization to successfully complete the study. Both parties invite at-risk youth to become part of the planning and execution of the project”.(Ochoa, 2004)

O presente capítulo sumariza os achados da autora a partir da sua experiência de estágio no UFO Study e de pesquisa documental. O meu primeiro contato com tal projeto se deu a partir de trabalho voluntário, realizado no setor de testagem do projeto, que serviu para estabelecer uma primeira interação com a equipe do projeto e com os seus participantes. O período de minha entrada para o projeto coincidiu com a obtenção de recursos materiais do governo municipal para implementar a troca de seringas (que, na verdade, já ocorria informalmente).

Por conta dos impedimentos e restrições impostos pelo governo federal, no financiamento de projetos de pesquisa, nenhum dos trabalhadores vinculados formalmente (remunerados por verba de origem federal), poderia exercer a atividade de troca de seringas. Eu então, no papel de estagiária voluntária, fui solicitada a realizar tal papel, passando a ser responsável pela troca de seringas do UFO, quando pude ter um contato direto com os seus participantes/usuários. Permaneci exercendo tal função de outubro de 2006 até o final de novembro de 2007. Logo em seguida ao início de minha participação na troca de seringas, solicitei a autorização da investigadora principal do UFO, para conduzir a pesquisa que deu origem ao presente trabalho.

A seguir apresentarei os procedimentos metodológicos envolvidos nesse estudo, seguido pelo marco legal, que contextualiza os aspectos institucionais das políticas de redução de danos nos Estados Unidos. Também apresentaremos uma breve descrição da cronologia e evolução do projeto, desde sua criação e sua situação atual. Finalmente, os resultados serão apresentados, abordando dados como financiamento, cobertura e acesso ao usuário.

1.1- Métodos

As etapas do estudo incluíram pesquisa documental, observação sistemática do trabalho através da construção de um diário de campo, participação em reuniões de equipe de campo e equipe de pesquisadores e coordenadores e entrevistas com informantes chave. Tais etapas serão descritas mais detalhadamente em seguida.

A pesquisa documental foi desenvolvida através de recursos eletrônicos de busca como o Medline e o Google. e relatórios oficiais disponíveis na Internet, nos *sites* do Departamento de Saúde Pública de São Francisco. Também foram pesquisados documentos disponíveis em bibliotecas públicas e universitárias. Além disso, o próprio UFO possui um vasto arquivo de material publicado e não publicado, documentando suas atividades desde o início. Tal material contribuiu na compreensão da história e desenvolvimento do referido programa.

A observação do trabalho de campo aconteceu de agosto de 2006 até novembro de 2007, contando com a utilização de diário de campo sistemático para o registro das atividades observadas. As observações aconteciam semanalmente, durante o período de recepção dos participantes nos projeto, onde eu atuei na troca de seringas e distribuição de equipamento estéril de injeção.

Também participei de três reuniões da equipe de campo, que incluía *outreach workers*, entrevistadores, enfermeiros e o coordenador de campo. Tal reunião tinha por objetivo discutir os casos de UDI com problemas de saúde e sociais mais graves, a soroconversão dos mesmos e problemas institucionais. Além disso, também estive presente em duas reuniões da equipe de pesquisadores e coordenadores, onde eram discutidos os relatórios prestados pela equipe de campo, os dados e resultados de pesquisa, questões de orçamento e problemas institucionais.

Como conseqüência de minha participação no projeto, tive a oportunidade de realizar diversas entrevistas informais, com *outreach workers*, entrevistadores e enfermeiros. Também conduzi três entrevistas formais com o coordenador de campo do UFO, a diretora de projeto e a investigadora principal. Tais entrevistas foram de suma importância no sentido de preencher lacunas abertas durante o processo de observação, no cotidiano das atividades do UFO.

É importante esclarecer que minha participação no projeto foi inicialmente conflituosa, já que minha inserção se deu através da investigadora principal, o que gerou uma certa postura defensiva por parte da equipe de campo. Tais conflitos foram

sendo solucionados ao longo de minha permanência no projeto, mas resultaram em algumas barreiras, dificultando o acesso a certos informantes e a continuidade de minha participação nas reuniões de equipe.

1.2- Marco legal e aspectos institucionais nas políticas de redução de danos nos EUA

Considerando que os Estados Unidos apresentam características de uma nação federativa, trataremos o marco legal, nas políticas de drogas, em termos de planos nacional, estadual e municipal. É importante ressaltar que apesar das políticas nacionais de drogas serem severamente repressivas, existe uma certa autonomia conferida aos estados, que, dentro de certos limites, seguem sua própria posição frente a questões como a autorização para a troca de seringas e a descriminalização de certas drogas.

Plano Nacional

O órgão nacional regulador das políticas de controle de drogas nos Estados Unidos é o Escritório Nacional de Políticas de Controle de Drogas da Casa Branca – *The White House Office of National Drug Control Policy* (ONDCP), que foi estabelecido pelo Ato Anti-Abuso de Drogas, em 1988. O principal papel dessa agência é estabelecer políticas, prioridades e objetivos para o Programa Nacional de Controle de Drogas. As metas desse programa incluem a redução do uso das drogas consideradas ilícitas; da manufatura e do tráfico dessas drogas; do crime e violência associados ao consumo de drogas e das conseqüências do consumo de drogas para a saúde (ONDCP, 2007).

Anualmente, o ONDCP publica um documento intitulado *Estratégia Nacional para o Controle de Drogas*, estabelecendo as metas nacionais para a política de drogas durante o respectivo ano. Independente das mudanças de governo, ao longo dos anos, os objetivos da agência têm se limitado ao enfoque na diminuição da prevalência do uso de drogas (especialmente entre a população mais jovem), negligenciando estratégias de redução dos possíveis danos à sociedade, associados à produção, consumo e distribuição das drogas (Reuter & Caulkins, 1995).

Afinado com os requerimentos legislativos do Ato Anti-Abuso de Drogas, de 1988, a administração Bush estabeleceu estratégias, programas e orçamentos com

vistas a uma redução do consumo de drogas de 10%, nos primeiros dois anos de governo e de 25%, ao final de cinco anos. Nessa campanha, o governo federal também conta com a cooperação dos governos estaduais e entidades locais. É importante ressaltar, que entre os objetivos específicos das políticas de drogas desse governo não foram incluídos o consumo de álcool (com exceção do consumo por menores de 21 anos) e tabaco (ONDCP, 2007).

Na prática, tal política se manteve focada na punição à transgressão das leis referentes às drogas, levando a um considerável aumento do número de prisões nos últimos anos em todo o país. Enquanto estados e municípios têm lentamente aumentado o número de vagas para tratamento, o número de prisões efetuadas por consumo ou comercialização de drogas vem subindo dramaticamente. A criminalização do consumo de drogas expõe os UDI a um constante risco de encarceramento. Tal risco pode, direta ou indiretamente, favorecer a disseminação de infecções por HIV e hepatites virais entre essa população (Martinez et al., 2007).

Apesar de ser verdade que, de maneira geral, a prevalência de uso de drogas diminuiu significativamente, desde 1985, o mesmo não pode ser afirmado em relação ao consumo de risco ou problemático. Tal consumo vem crescendo nos Estados Unidos, podendo ser comprovado pelo número de admissões por problemas associados ao uso de drogas nas emergências dos hospitais. Pesquisas também apontam para um aumento na porcentagem de casos de HIV/AIDS e hepatites virais, envolvendo o uso de drogas injetáveis (Reuter & Caulkins, 1995).

Segundo o Relatório de Custos Econômicos do Abuso de Drogas nos Estados Unidos – *The Economic Costs of Drug Abuse in the United States, 1992-2002*, os custos do abuso de drogas no país, em 2002, foram estimados em 180,9 bilhões de dólares. Esse valor representa tanto o uso de serviços de saúde e custos penais quanto a perda de potencial produtivo de força de trabalho, devido às conseqüências do uso problemático da droga. De 1992 a 2002, os custos nacionais com o uso abusivo de drogas cresceram uma média de 5,3% por ano. No entanto, é importante considerar que o crescimento mais rápido esteve concentrado nos gastos com a justiça criminal e, particularmente, às prisões relativas ao consumo e comercialização de drogas. Já os gastos com conseqüências de saúde, tratamento e prevenção tiveram aumentos menos significativos. Os custos totais relativos à saúde em todo o país foram estimados em 16 bilhões de dólares no ano de 2002, enquanto os custos com o tratamento

especializado para o uso de drogas foram estimados em 6 bilhões de dólares no mesmo ano (ONDCP, 2004).

Quanto à prevenção, apesar do governo federal ser considerado a fonte primária de financiamento de tais serviços, os mesmos são executados através dos estados e governos locais. Estimativas apontam para um gasto total de 1,35 bilhões em prevenção do uso abusivo de drogas, em 2002, sendo que desse total, 1,2 bilhões foram financiados pelo governo federal e o restante pelos governos estaduais e locais. É importante ressaltar que nesse relatório não existe qualquer menção aos custos com programas de trocas de seringas. Sobre a situação dos mesmos perante o governo federal falaremos a seguir.

Programas de Troca de seringas nos Estados Unidos

Desde 1988, inúmeras sanções impostas pelo governo federal americano vêm dificultando a implementação e avaliação de programas e serviços de troca de seringas (PTS) no país (Vlahov, 2001). A legislação revisada incluiu proibições de utilização de verbas federais não apenas relativas ao financiamento de programas, mas até mesmo para pesquisas relacionadas à troca de seringas.

Ainda em 1988 foi realizada a primeira avaliação de efetividade de um programa de troca de seringas, na cidade de Amsterdã, Holanda (Buning, 1991). Esse estudo verificou uma diminuição na frequência de injeção e no compartilhamento de equipamento entre os participantes do programa. Enquanto outros países, como o Canadá, a Austrália e o Reino Unido, seguiam o exemplo holandês e iniciavam a implementação de programas de troca de seringas, em resposta à epidemia de HIV, e procediam à sua avaliação, os EUA continuavam impondo severas restrições a estas iniciativas (Vlahov et al., 2001).

A respeito da falta de apoio do governo e demais autoridades públicas, o primeiro programa de troca de seringas norte-americano foi implementado em Tacoma, no Estado de Washington, em 1988, por organizações não-governamentais (ONGs) como a *National AIDS Brigade* e a *North American Syringe Exchange Network* (Strathdee, 2001). No ano seguinte, em 1989, foram implementados programas de troca de seringas na Cidade de Nova Iorque, Estado de Nova Iorque; Portland, Estado do Oregon e São Francisco, na Califórnia (Watters et al., 1994).

Em 1990, com a aprovação do Ato Emergencial *Ryan White Comprehensive AIDS Resources*, de 1990, que previa a alocação de verba especial para o tratamento

da AIDS, a proibição de utilização de verba federal para financiar a distribuição de seringas foi reforçada. Contudo, um pouco mais tarde, em 1991, procedimentos administrativos do *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) foram modificados, sendo permitida a utilização de verba federal para financiar pesquisas de avaliação de PTS (Vlahov et al., 2001). Cabe ressaltar que as ONGs, desde o início desse processo, desempenharam um papel essencial, tanto na implantação dos programas em si, quanto no financiamento de pesquisas de avaliação de PTSs, ao passo que a utilização de verbas federais seguia sendo proibida.

Apesar da publicação de inúmeras pesquisas científicas, desde 1994, comprovando a eficácia da distribuição de material estéril na redução da transmissão do HIV e o não-aumento do consumo de drogas, a proibição de financiamento federal para programas de troca de seringas foi mantida (e continua em vigor até a presente data). Ainda assim, o número de PTS nos EUA continuou a crescer, totalizando, em 1995, setenta e sete programas em funcionamento (Normand et al., 1995).

Em abril de 1998, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (*Department of Health and Human Services*) admitiu a existência de evidências científicas comprovando que os PTSs constituíam meios efetivos na redução das taxas de transmissão e infecção pelo HIV e que não induziriam o aumento do consumo de drogas nos locais de sua atuação, anunciando que, ainda assim, o governo norte-americano manteria a proibição do uso de verbas federais no financiamento dos programas de troca de seringas. Entretanto, o mesmo departamento anunciou que comunidades locais poderiam decidir implementar PTSs utilizando recursos provenientes de outras fontes (Vlahov, 2001).

Atualmente, apesar da ausência de verbas federais no financiamento de programas de troca de seringas, alguns estados e governos municipais têm se proposto a financiar PTSs. Em um estudo recente nos EUA, sobre financiamento de programas de troca de seringas, foi constatado que o número de PTSs cresceu, de sessenta e oito, em 1994/5, para cento e cinquenta e quatro, em 2000, ou seja, num intervalo de cinco anos este número praticamente dobrou, sendo que destes, aproximadamente metade recebe financiamento de governos estaduais ou municipais (Des Jarlais, 2004). Como a proporção de programas financiados pelo governo se manteve em torno de 50%, ao passo que o número de programas cresceu nesses cinco anos, é possível afirmar que o investimento global de dinheiro público no financiamento dos programas de troca de seringas também aumentou.

Nos EUA, o financiamento público tem sido associado a uma maior abrangência dos serviços prestados pelos PTSs e a um número adequado de seringas distribuídas visando reduzir comportamentos de risco e a transmissão do HIV (Des Jarlais, 2004). Essa associação leva a pensar na importância de que mais governos locais e regionais passem a apoiar as estratégias de redução de danos em suas respectivas localidades, mantendo a qualidade e a cobertura e, conseqüentemente, a eficácia dos programas de troca de seringas. O financiamento federal ainda parece um ideal distante, por razões que serão mais detalhadamente estudadas ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Contexto estadual

O estado da Califórnia é o mais populoso do país, com 35.055.227 habitantes. Devido à diversidade cultural e geografia única, a Califórnia apresenta um variado leque de problemas relativos às drogas. As principais drogas consumidas no estado são: cocaína, tendo a cidade de Los Angeles como o maior centro de distribuição da droga para o restante do país; heroína; maconha, que se apresenta como a droga mais consumida em todo o estado; metanfetamina, considerada como a principal ameaça entre as drogas consumidas na Califórnia; drogas sintéticas (ex. ecstasy) e medicamentos controlados (ex. Vicodin-hidrocodona e Oxycontin-oxicodona) (ONDCP, 2006).

As políticas de drogas no Estado da Califórnia vêm passando por significativas reformas desde a década de 90 e já deram origem a algumas das leis consideradas mais progressistas em todo o país. Entre essas leis, estão incluídas iniciativas que permitem o uso de maconha para finalidades médicas (O'Connell & Bou-Matar, 2007), como o tratamento de pacientes com HIV (Institute of Medicine, 1999), por exemplo, e a substituição do encarceramento pelo tratamento para os usuários de drogas apreendidos pela justiça (Evans, Li & Hser, 2008).

Durante os anos 80, as prisões estaduais sofreram um inchamento da população carcerária, especialmente devido à política nacional de “guerra contra as drogas”, aumentando de 2.000 prisões por crimes relacionados às drogas, em 1980, para 45.000, em 1999. Atualmente, apesar do uso de drogas ainda ser tratado como crime, existe um esforço das autoridades estaduais em reduzir o número de prisões no caso de crimes não violentos envolvendo drogas (Drug Policy Alliance, 2007).

Outra mudança recente nas leis da Califórnia, foi assinada pelo atual governador Arnold Schwarzenegger em 2004, permitindo que qualquer pessoa maior de 21 anos compre até dez seringas estéreis nas farmácias, sem prescrição médica. Em seguida, o mesmo assinou uma outra lei restituindo o direito a benefícios de seguridade social a ex-prisioneiros por envolvimento com drogas, com a condição que os mesmos não estivessem mais fazendo uso delas (Drug Policy Alliance, 2007).

Em 2005, alguns avanços foram alcançados em relação à prevenção, quando o governo da Califórnia decidiu assinar uma lei que se propõe a facilitar a autorização de programas de troca de seringas por governos locais. Na verdade, antes dessa nova legislação, alguns condados já permitiam o funcionamento desses programas, no entanto, para mantê-los funcionando, legitimamente, precisavam decretar estado de emergência – devido à existência de uma crise de saúde pública local – a cada duas semanas. Atualmente, o Estado permite que os governos locais re-autorizem o funcionamento desses programas anualmente, sob a condição que os mesmos apresentem um relatório sobre os números locais de novas infecções e prevalência de doenças de transmissão sanguínea como o HIV e a hepatite C. Paradoxalmente, o Estado, no mesmo ano, vetou a proposta de lei que permitiria a utilização de fundos de prevenção ao HIV para financiar programas de troca de seringas, apesar do compartilhamento de material de injeção de drogas ter sido associado a, aproximadamente, 20% do total de casos reportados de AIDS em todo o Estado em 2003 (California Legislative Counsel, 2007).

O contexto municipal

Segundo o Departamento de Saúde Pública de San Francisco, a cidade abriga cerca de 17.000 usuários de drogas injetáveis, o que aponta para a importância do acesso ao material de injeção estéril como fundamental medida de saúde pública. Também se estima que, aproximadamente, 20% dos UDIs estejam infectados com o vírus da hepatite C. O governo atual apóia e financia programas de troca de seringas como medida preventiva na propagação de doenças de transmissão sanguínea entre os usuários de drogas, seus parceiros e filhos (San Francisco Department of Public Health, 2006).

Em San Francisco, de acordo com o relatório do Programa de Acesso ao Tratamento (TAP) para usuários de drogas, as substâncias mais consumidas pelos que procuram tratamento são heroína (31%), crack (28%), álcool (27%) e metanfetamina

(11%) e o uso injetável é a forma predominante de administração da droga entre 67% dos usuários (San Francisco Department of Public Health, 2001). Quanto ao uso injetável, um estudo realizado na cidade de San Francisco mostrou que entre 734 participantes, 13% testaram positivo para o HIV, 83% testaram positivo para hepatite C (anticorpo) e 16% compartilharam seringas nos últimos seis meses (San Francisco Department of Public Health, 2002).

O uso de drogas injetáveis entre heterossexuais é considerado o terceiro fator mais freqüente associado com a infecção pelo HIV, em San Francisco. Contudo, o número de novos casos de AIDS nessa população tem diminuído, contando em 2005, 797 UDIs com comportamento heterossexual com AIDS em San Francisco. (San Francisco Department of Public Health, 2005)

De acordo com o levantamento nacional de vigilância comportamental (*behavioral surveillance*) para o HIV, realizado em 2005, dos 569 UDIs entrevistados em San Francisco 13,8% referiram ser HIV positivo e 30,3% afirmaram ter utilizado agulhas e seringas previamente usadas por outra pessoa na metade das vezes que se injetaram. Em contrapartida, 81% dos entrevistados relataram ter utilizado os serviços dos programas de troca de seringas para obter material de injeção estéril, nos últimos 12 meses. (San Francisco Department of Public Health, 2005)

A legislação municipal admite que os custos do uso de drogas são elevados para a sociedade, mas privilegia políticas mais voltadas para a redução da demanda, e não para a redução da oferta e punição dos usuários. Uma das alternativas encontradas pelo governo municipal para reduzir a demanda de drogas foi determinar que os locais de trabalho exigissem que seus funcionários não fizessem uso de drogas como condição de obter e reter seus empregos (Artigo 40 do Código Municipal, 1989). De acordo com tal lei, os empregadores devem distribuir material educativo sobre os efeitos adversos das drogas (tanto as ilegais, quanto as controladas) aos funcionários e disponibilizar informações sobre os centros de tratamento existentes na cidade (City and County of San Francisco, 2005).

No código de saúde municipal, o artigo 32 reconhece a importância do acesso ao material de injeção estéril como uma forma eficaz de prevenir sua reutilização e, conseqüentemente, prevenir doenças como o HIV e a hepatite C. Dessa forma, tal código autoriza a venda de até 10 seringas estéreis, em farmácias regulares, sem a necessidade de prescrição médica, para qualquer pessoa maior de 18 anos. Tal lei

entrou em vigor em janeiro de 2005 e continuará válida até dezembro de 2010 (City and County of San Francisco, 2005).

1.3-Cronologia e evolução do UFO

O projeto UFO se desenvolveu a partir de pesquisa exploratória com jovens usuários de drogas injetáveis, em San Francisco, como um desdobramento do interesse de longo-prazo do investigador principal em estudos sobre a infecção pelo HIV entre UDIs. Foi então fundado, em 1996, com financiamento obtido pela *Kaiser Family Foundation*, um pequeno estudo, com base na comunidade local, sobre a prevalência do HIV entre UDIs.

Durante essa pesquisa, desenvolveu-se uma parceria entre a Universidade da Califórnia, San Francisco (UCSF) e o Haight Ashbury Youth Outreach Team (grupo de agentes comunitários jovens) (HAYOT), um dos serviços das Clínicas Gratuitas de Haight Ashbury (Haight Ashbury Free Clinics, Inc.) (HAFCI). Essa relação foi formalizada em 1997, através da obtenção de financiamento de dois anos para a pesquisa, da Universitywide AIDS Research Program (UARP). Tal financiamento permitiu uma investigação mais detalhada da dinâmica das infecções pelo HIV, HBV (vírus da hepatite B) e HCV (vírus da hepatite C) entre os jovens usuários de drogas, em quatro bairros da cidade de San Francisco (Ochoa, 2004).

Seguindo os princípios da redução de danos, a coordenação do projeto se preocupou em envolver usuários ativos e ex-usuários de drogas na elaboração e implementação dos serviços a serem prestados pelo projeto. Da mesma forma, jovens usuários de drogas também foram empregados como *peer-outreach* (pares com atuação comunitária) no estudo.

Com a progressiva aproximação dos usuários e suas reais necessidades e problemas, o projeto de pesquisa foi mudando seus focos e prioridades. A primeira mudança foi devida à percepção de que o HBV e, principalmente, o HCV se apresentavam como riscos mais eminentes do que o próprio HIV para essa população. Assim, apesar do projeto continuar testando os participantes para o HIV, a ênfase passou a ser a investigação das hepatites B e C. Posteriormente, os membros da equipe perceberam que os programas de troca de seringas poderiam proporcionar a

oportunidade de testar novas modalidades de intervenção entre a população estudada. Através de financiamentos suplementares, o estudo foi estendido ao programa de troca de seringas da cidade de Santa Cruz, vizinha a São Francisco.

Outro serviço que foi adicionado ao projeto em seguida, foi a vacinação dos participantes para o HBV. Inicialmente, tal serviço foi prestado como uma iniciativa de responsabilidade dos pesquisadores e profissionais de saúde para com a população estudada, porém, mais adiante, devido às dificuldades encontradas em fornecer as vacinas aos usuários, foi formulada uma investigação adicional, especificamente voltada para tal propósito. Finalmente, foi criado um projeto de pesquisa para prevenção de *overdose* entre os usuários, após perceberem que se tratava da principal causa de morte entre eles.

Em 1997, o projeto se consolidou, ficou mais conhecido entre a população alvo, ganhou sua designação atual e chegou a entrevistar 696 participantes entre 1997 e 1999. Uma análise preliminar mostrou que idade média dos participantes era de 22 anos, que seus participantes estavam injetando drogas há cinco anos em média, que a grande maioria havia participado de programas de troca de seringa e que 46% da amostra havia utilizado uma seringa emprestada por outra pessoa no último ano.

1.4-O UFO atualmente

Como foi dito anteriormente, os objetivos do projeto foram mudando, conforme as demandas observadas pela equipe e requeridas pela própria população atendida foram se explicitando ao longo do tempo. Diante dessas novas demandas, o foco das investigações foi tomando novos rumos, assim como os serviços prestados pelo projeto. Os dois principais estudos em andamento, atualmente, se concentram na análise da dinâmica da infecção e prevenção da hepatite C.

Os participantes do projeto devem ter até 30 anos, ser usuário de drogas injetáveis, moradores de São Francisco. De um modo geral, a população atendida pelo UFO é constituída por jovens usuários que vivem em situação de rua ou que são sustentados por programas sociais do governo municipal ou estadual.

A equipe do projeto inclui pesquisadores da Universidade da Califórnia, um diretor de projeto, coordenadores de campo, entrevistadores, conselheiros e agentes comunitários/ saúde. Os participantes do estudo (ver perfil dos participantes na Tabela 1) são acessados através dos agentes comunitários (*outreach workers*), que procuram

por possíveis usuários de drogas injetáveis (UDIs) pelas ruas, em determinados bairros de São Francisco, por onde, tradicionalmente, estes usuários costumam circular. São jovens, em sua maioria, brancos, moradores de rua, que tem o inglês como língua nativa, e não outra das várias línguas faladas na cidade (Hahn, 2001; Davidson, 2002).

Tabela 1- Perfil dos participantes do UFO, 1998-2004

Características	Total (N=1445) n(%)
Idade Mediana (IQR)	22.0 (20-25)
Gênero	
Masculino	1.007(69.7)
Feminino	438(30.3)
Raça	
Branco	1.132(79.0)
Negros, asiáticos e outros	301(21.0)
Comportamento sexual	
HSH	359(25.0)
Não-HSH	640(44.5)
Mulheres	438(30.5)
Abrigados na noite anterior	
Não	1.044(72.7)
Sim	392(27.3)
Educação	
<ensino médio	721(50.2)
ensino médio	443(30.9)
>ensino médio	272(18.9)
Mediana de número de anos injetando (IQR)	4.4 (2-7)
Injetou todos os dias no último mês	
Não	934(64.8)
Sim	507(35.2)
Prevalência % (95% CI)	
HIV	3.6 (2.6-4.7)
HBV	20.9 (18.6-23.2)
HCV	38.7 (36.1-41.2)

Fonte: Banco de dados do *UFO Study*

O projeto recebe os participantes uma vez por semana, às terças-feiras, de 17:30 até 21:00. O campo acontece em uma clínica comunitária, que pertence ao município, situada em uma rua do bairro do Tenderloin, no centro da cidade de São Francisco. Essa clínica fica próxima a hotéis antigos, que abrigam programas sociais de moradia. Essa área também abriga uma das mais altas concentrações de pessoas vivendo com HIV da cidade.

Quando um participante é recebido pela primeira vez no UFO, ele é entrevistado por um dos membros da equipe e então é feita triagem de seu status sorológico para HIV e hepatites B e C. Ele passa por aconselhamento pré-teste e recebe a quantia de 10 dólares como compensação/incentivo pela sua participação na pesquisa. Os participantes selecionados para participar da pesquisa são recrutados dentre aqueles que não estão infectados pelo HCV e/ou HIV. Os que não são selecionados, em geral, continuam freqüentando o UFO, acessando os demais serviços. Os participantes elegíveis para a pesquisa são testados periodicamente para ter seu status sorológico acompanhado ao longo do tempo.

Retornando ao UFO para saber o resultado dos primeiros testes, o participante passa por aconselhamento pós-teste e recebe mais 20 dólares. Dependendo dos resultados dos testes, o participante é convidado a participar de um dos dois estudos que são acoplados ao projeto, o “acute UFO”, que investiga a conversão sorológica para o HCV, ou o “UFO Vax”, estudo-piloto que deverá testar, em breve, um produto candidato a vacina anti-HIV.

O UFO oferece diversos serviços aos usuários, tais como vacinação para as hepatites A e B e para a gripe; distribuição de seringas e equipamento descartável para injeção mais segura (*swab*, recipiente de metal para misturar e aquecer a droga, algodão, água destilada e bandagens); enfermagem e referência para serviços de saúde; distribuição de medicamentos (que não necessitam de prescrição), como, por exemplo, analgésicos, anti-térmicos, vitaminas, cálcio, antibiótico de uso tópico, entre outros; também recebem produtos de higiene pessoal e uma refeição. Mais recentemente, foi incluída no conjunto de serviços disponíveis aos participantes, a possibilidade de participar de grupos de apoio e orientação para pessoas que são portadoras de HCV. O projeto também recebe, eventualmente, doações de roupas, calçados e cobertores que são distribuídos aos participantes.

A partir das observações realizadas nesse campo, a grande maioria dos UDIs freqüenta o projeto semanalmente, não só no intuito de participar das pesquisas ou de obter equipamentos de injeção estéril ou comida. Na verdade, transformaram o UFO em um “ponto de encontro”, onde podem conversar entre eles, com os profissionais e buscar referências de serviços diversos.

Os problemas apresentados por esse grupo são os mais diversos, incluindo problemas sociais e de saúde. Muitos deles apresentam abscessos graves, problemas dermatológicos, infecções sexualmente transmissíveis e transtornos mentais. Alguns

relatam moradia fixa, em geral, em programa social do governo municipal, mas a grande maioria vive nas ruas da cidade. Alguns deles, eventualmente, deixam de frequentar o projeto por problemas com a justiça, alguns retornam ao projeto após passar alguns meses na prisão, ou terem sido forçados pela justiça a se tratar quanto ao abuso de drogas. Eventualmente, alguns participantes conseguem se engajar em programas de tratamento (por exemplo, programas de manutenção que utilizam a metadona e a buprenorfina) por vontade própria e conseguem parar de usar drogas.

Mas é possível ver, com clareza, que os problemas dessa população não se resumem ao uso de drogas. Condições de extrema pobreza, falta de emprego e de moradia, baixa escolaridade e precárias redes sociais e familiares de apoio, parecem ser alguns dos principais problemas enfrentados por esses jovens.

Financiamento

Atualmente, o componente de pesquisa do projeto é financiado por agências federais de pesquisa em saúde, tendo como principal fonte o National Institute on Drug Abuse (NIDA). Trata-se de um orçamento anual de cerca de quinhentos mil dólares sendo que, dessa quantia, cerca de um quarto é retido pela Universidade da Califórnia, para cobrir custos administrativos e impostos. Essa verba foi obtida, através de concorrência aberta a instituições universitárias e de pesquisa. É importante destacar que o acesso às informações sobre os gastos do projeto foi limitado, mas para fins de ilustração, especificarei alguns deles no presente tópico. Por se tratar de um financiamento do tipo misto, envolvendo diversas parcerias, não foi possível totalizar os gastos do projeto. Sobre as parcerias do UFO discutiremos em um tópico adiante.

O gasto do projeto com pessoal consome a maior parte do financiamento obtido pelo NIDA, que é de, aproximadamente, quarenta mil dólares por mês. Das pessoas que trabalham no campo, tanto os agentes comunitários/ saúde, quanto os conselheiros e entrevistadores, são pagos por hora e não possuem qualquer vínculo empregatício, apenas um contrato temporário. Já os funcionários ligados à coordenação do projeto são empregados regulares da universidade e recebem salário fixo.

Outro gasto relevante da pesquisa é o pagamento de incentivos/compensação financeira para os sujeitos da pesquisa, que totaliza cerca de quinze mil dólares ao mês. Outras despesas do projeto dizem respeito ao material utilizado pelos agentes de

saúde para facilitar a aproximação com os potenciais participantes (1.500/mês) e ao aluguel da clínica onde o projeto funciona (4.000/ mês).

As seringas estéreis não podem ser compradas com dinheiro federal, portanto, antes de outubro de 2006, o UFO recebia doações de material de outros PTS da cidade. Após essa data, a administração da cidade de São Francisco autorizou a compra desse material, utilizando parte do fundo para prevenção de HIV. Assim, o governo municipal, através de um acordo com a coordenação do UFO, concordou em doar oitocentos dólares mensais, em seringas e agulhas descartáveis, para serem distribuídos pelo projeto.

Cobertura

O UFO atende, mensalmente, cerca de 150 participantes da pesquisa e recebe outros 350 usuários que demandam seus serviços. Esses últimos, são ex-participantes da pesquisa, não foram considerados elegíveis para participar (por serem HCV+), apenas conhecem alguém que participa da pesquisa, ou ouviram falar dos serviços que o UFO presta.

Segundo o coordenador de campo do UFO, cerca de 25% dos potenciais candidatos são atingidos com sucesso pelos agentes de saúde. Muitos também chegam ao projeto espontaneamente, pela indicação de algum amigo ou conhecido.

O número de seringas distribuídas varia de 5.000 a 10.000 a cada mês. Os participantes não precisam trocá-las, apenas recebê-las. O projeto não conta com infra-estrutura adequada para descartar um número muito grande de seringas usadas, incentivando os usuários a levá-las a outro PTS.

Parcerias

O UFO, segundo a sua diretora, é um projeto muito caro, principalmente, devido ao alto custo de vida na cidade de São Francisco (segunda cidade mais cara dos EUA). Os salários e custos com aluguel são muito elevados, consumindo grande parte do orçamento do projeto. Por esse motivo, o UFO, com o propósito de realizar um atendimento mais adequado aos participantes, buscou parcerias com outras instituições.

Apenas uma das parcerias do UFO envolve contrato e pagamento: o *Blood Centers of the Pacific*. Trata-se de uma organização sem fins lucrativos, que funciona como banco de sangue, centro de testagem e centro de pesquisa. Esse centro recebe

dinheiro público, doações de instituições privadas e pagamento por serviços prestados a hospitais e outras instituições. No caso do UFO, o que existe é um contrato anual, no valor de 140.000 dólares, para a realização de testagem do material biológico coletado no âmbito do projeto. A equipe de pesquisa dessa organização também é parceira do UFO, colaborando com o componente de exames laboratoriais da pesquisa conduzida pelo UFO.

Outro importante parceiro do UFO é o Departamento de Saúde Pública de São Francisco. Esse departamento fornece todas as vacinas oferecidas no UFO, além de alocar uma enfermeira para o projeto, durante suas horas de atendimento, aos participantes. Como foi dito anteriormente, as seringas descartáveis também são doadas por esse mesmo departamento. Outra contribuição do governo municipal se efetiva através do Departamento de Desenvolvimento Urbano e Habitação, que aluga, a custos mais baixos que os de mercado, a clínica onde o UFO atende os participantes semanalmente.

Há cinco anos, o UFO assinou um acordo com o SOS (*Street Outreach Services*), ONG responsável por referir os participantes aos serviços sociais e de saúde disponíveis na cidade. Eles também distribuem material de higiene pessoal aos participantes e medicamentos que não precisam de prescrição.

Finalmente, existe uma parceria do UFO com outra ONG, *Food Runners*, que trabalha com diversos restaurantes na cidade, recolhendo o que não foi consumido durante o dia, distribuindo estes alimentos para instituições de caridade, projetos sociais e abrigos. Assim, essa ONG é responsável pelo fornecimento da comida que o UFO oferece aos participantes, durante o horário de atendimento, nas terças-feiras.

Estratégias de identificação e acesso ao usuário

O método que o UFO utiliza para fazer a primeira aproximação ao usuário é denominado “*peer outreach-based street recruitment*”, método que envolve a utilização de outreach workers, também usuários ou ex-usuários de drogas, que saem às ruas aos pares e abordam os potenciais participantes, convidando-os a fazer parte do estudo. Os *outreach workers* costumam encontrar pequenos grupos de usuários pelas ruas, com quem conversam e a quem distribuem preservativos e outros insumos, como equipamentos de injeção mais segura, meias limpas, linha e agulha de costura e barras de cereal. A partir desse vínculo inicial estabelecido e da confirmação do uso de drogas injetável, os usuários são convidados a participar do projeto.

É oferecida aos possíveis participantes uma pequena recompensa em dinheiro e acesso a vacinas para gripe, hepatite A e B, além de cuidados médicos básicos, como curativos e prescrições para medicamentos simples. Os agentes relatam que o índice de sucesso no recrutamento é elevado e que a grande maioria dos jovens convidados já havia ouvido falar do projeto antes. Em geral, os motivos para a recusa em participar do projeto incluem a falta de dinheiro para utilizar transporte público ou a longa distância a ser percorrida até a clínica.

Ao comparecerem ao projeto, os potenciais participantes respondem uma entrevista inicial para confirmação do seu uso de drogas injetáveis, bem como comportamentos de risco praticados por estes, características socioeconômicas e droga de escolha. Em geral, os *outreach workers*, que estabeleceram o primeiro contato com os usuários, ficam disponíveis no projeto no dia de atendimento recepcionando os potenciais participantes.

O sucesso do trabalho dos *outreach worker* é avaliado pelo índice de comparecimento dos UDIs ao projeto. Eles também devem apresentar semanalmente um relatório dos lugares por onde passaram e sobre o número de potenciais participantes abordados.

A troca de seringas no contexto de pesquisa x perspectiva da prevenção

Como mencionado brevemente, havia, no UFO, uma discordância em relação aos principais objetivos do projeto, na visão dos pesquisadores e da equipe de campo. A investigadora principal do programa, no início, segundo o coordenador de campo, não concordava com a perspectiva da redução de danos e especialmente com a distribuição de material descartável para injeção de drogas. Entretanto, aos poucos, a equipe conseguiu convencê-la da necessidade de prover seringas aos participantes do projeto.

A maior preocupação da equipe de campo era informar o UDI, trabalhar junto a esta população para melhorar a qualidade de vida destes. A meu ver, a maioria dos membros da equipe “militava” pelo direito dos usuários de usar drogas de forma mais segura, sem causar maiores risco à saúde e minimizando também os riscos sociais. Eles se preocupavam, por exemplo, em encaminhá-los para os diversos serviços sociais disponíveis na cidade, segundo as necessidades de cada um deles. Periodicamente, também ministravam cursos de aplicação de Naloxone (medicamento que é um antagonista dos opiáceos), no caso de uma *overdose* de heroína.

Por outro lado, o foco da equipe de pesquisadores eram os dados de pesquisa, que precisavam ser coletados da forma mais precisa possível. A prestação de serviços, como a vacinação, a distribuição de comida, a troca de seringas, encaminhamento para serviços sociais e de saúde pareciam secundários para esse grupo, basicamente artifícios para atrair os UDI.

O integrante da equipe que mediava a relação entre os trabalhadores de campo e os pesquisadores era o coordenador de campo. Ele era o responsável por levar aos entrevistadores, *outreach workers* e conselheiros, as diretrizes formuladas pelos pesquisadores e articular os interesses de ambos os grupos, buscando um “meio termo”. Ele negociava com os dois grupos as estratégias de funcionamento do programa e os limites impostos por ambos, garantindo a continuidade do trabalho.

Como já mencionado, os *outreach workers* eram cobrados quanto ao número de participantes recrutados semanalmente. O sucesso de seu trabalho dependia da abordagem de indivíduos que eram comprovadamente UDI, e de persuadi-los a comparecer ao programa. Assim, eles poderiam fazer um trabalho de prevenção com os UDI nas ruas, mas precisavam levar participantes ao projeto como prova da eficiência de seu trabalho. Dessa forma, a meu ver, garantia-se o cumprimento de ambos os objetivos: prevenção e pesquisa.

Além disso, de certa forma, os entrevistadores deveriam identificar se os participantes recrutados eram, de fato, UDI, se a maioria dos participantes era elegível para participar da pesquisa e receber os serviços oferecidos pelo UFO. Essa verificação não era feita pelos pesquisadores, mas sim por um outro grupo de trabalhadores de campo, também usuários ou ex-usuários de drogas, evitando o recrutamento de não-UDI.

A criminalização do usuário, a violência e a repressão: problemas comuns

Quanto à questão da violência e repressão policial, através de relatos dos *outreach workers* do UFO, foi possível notar os efeitos destes problemas sobre o trabalho e na interação com os usuários. No UFO, segundo relato dos *outreach workers*, algumas vezes, o medo da repressão policial deixava os potenciais participantes desconfiados, dificultando a aproximação.

No entanto, de acordo com as leis municipais de São Francisco, o usuário poderia portar até dez seringas, sem prescrição. Porém, se a polícia o flagrasse com um número maior que este, ele poderia ser preso. A polícia da cidade era vista pela

equipe e pelos usuários como sendo relativamente pacífica, e causadora de poucos incômodos aos usuários, de uma maneira geral. A cidade de São Francisco não enfrentava grandes problemas quanto à questão da violência, todavia, manifestações pontuais de violência podiam ocorrer.

Quanto aos *outreach workers*, não havia qualquer preocupação por parte destes em relação à abordagem policial, já que percebiam seu trabalho como legítimo e, inclusive, portavam documento que os identificava como empregados da Universidade da Califórnia, além de permissão para o porte de seringas e outros materiais para injeção segura.

CAPÍTULO 2:

Lições aprendidas no caso UFO para a experiência brasileira

Considerando os pontos de contato e divergência entre o UFO e os programas de troca de seringas brasileiros, serão apresentados a seguir os que se destacam entre eles (ver quadro 1, pág.40). Dessa forma, não se pretende fazer uma comparação entre tais modelos, já que se trata de contextos certamente distintos. Mas ao contrário, destacando as diferenças, é possível ter mais clareza quanto às lições aprendidas que poderiam ser aproveitadas para aprimorar as políticas brasileiras de redução de danos, assim como a execução de tais políticas.

Pontos em comum e específicos do UFO e do modelo brasileiro:

Associação da troca de seringas à pesquisa

No Brasil, o primeiro PTS foi implementado em Salvador, Bahia, em 1995, depois que o governo federal decidiu que programas de troca de seringas poderiam funcionar, contanto que estivessem associados a projetos de pesquisa. Contudo, apoio técnico e financeiro foi provido pelo governo estadual da Bahia e do município de Salvador (Andrade, 2001, Brasil, 2001b). Mas esse condicionamento durou pouco tempo e a troca de seringas foi autorizada pelo governo federal, como parte de um conjunto de medidas para reduzir a transmissão do HIV entre UDI.

A disseminação do HIV tornou os UDI e suas práticas mais visíveis no Brasil, legitimando, de certa forma, a necessidade da implementação de estratégias de redução de danos (Nardi & Rigoni, 2005). Por outro lado, a manutenção do foco exclusivamente na prevenção do HIV, tende a restringir as possibilidades de ações de redução de danos, que poderiam ser ampliadas e mesmo influenciar mudanças nas políticas de drogas num contexto mais geral. Nesse sentido, a associação da pesquisa científica aos PRD, incluindo a avaliação de projetos, deveria ser considerada como um elemento fundamental na consolidação e legitimação das estratégias de RD no Brasil.

Nos EUA, como já mencionado no capítulo 1, as políticas nacionais não permitem a utilização de verba federal no financiamento de programas de troca de seringas, ainda que associada à pesquisa, embora permita que governos locais disponibilizem outros recursos para o financiamento de PTS. Alguns são os estados e

municípios que têm se proposto a financiar PTSs, entre eles a cidade de São Francisco, onde a troca de seringas é autorizada pelo governo local como medida de prevenção à transmissão do HIV.

No UFO, o foco é a pesquisa e a troca de seringas é mais um serviço prestado, dentre tantos, não deixando de objetivar a prevenção, mas representando primordialmente um comprometimento ético da equipe de pesquisa de oferecer serviços à população estudada. Contudo, por ser majoritariamente financiado por verba federal, o UFO não pode incluir em seu orçamento formal e relatórios de resultados, a troca de seringas.

No entanto, através de acordo com o governo local, o projeto viabiliza a distribuição de seringas e kits de injeção mais segura, utilizando uma pequena verba recebida do município e mesmo doações de outros PTS. Além disso, através de parcerias com o município de São Francisco e ONGs, o UFO pode desenvolver outras estratégias de redução de danos como a vacinação para hepatites A e B, testagem para o HIV, orientação e distribuição de medicamento para evitar overdoses, encaminhamento para serviços de saúde, entre outros serviços já mencionados.

Mas é importante ressaltar que, no modelo UFO, sendo a pesquisa o foco do projeto, os resultados do projeto e sucesso na obtenção de novos financiamentos dependem, fundamentalmente, de uma constante produção científica. Dessa forma, a maioria das estratégias de redução de danos utilizadas no projeto tende a se transformar em dados de pesquisa, favorecendo um registro sistemático de tais práticas e a avaliação das mesmas. Nesse contexto, apesar do foco não ser a prevenção e sim a pesquisa, tal modelo permite que estratégias preventivas sejam reconhecidas e legitimadas, possibilitando uma maior contribuição para as políticas de drogas.

No caso do Brasil, podemos citar o exemplo do Programa de Redução de Danos do Distrito Federal (PRD-DF), que tem como foco de seu trabalho a prevenção do HIV/AIDS, do vírus da Hepatite C e de outras doenças sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas. Ele já funciona há mais de nove anos, recebendo financiamento proveniente de recursos federais e estaduais, destinados à prevenção do HIV. No entanto, desde 2005, com a passagem de recursos do Ministério da Saúde para a administração estadual (financiamento fundo a fundo), o montante disponível para o programa aumentou significativamente. Contudo, apesar dessa unificação de recursos, problemas

na sustentabilidade não deixaram de existir, especialmente devido às burocracias impostas pela administração estadual (Studart, 2007).

Legitimidade da compra e porte de seringas

No Brasil, o contexto de uma maior liberdade quanto à compra de seringas não condiciona o UDI à utilização de PTS para obter seringas. Em um estudo conduzido entre UDI vivendo com HIV em São Paulo, por exemplo, a farmácia foi o local mais procurado para obter agulhas e/ou seringas novas, referido por 86% dos entrevistados (Marchesini et al., 2007).

Estudos conduzidos pelo UFO mostraram que apesar da compra de seringas ser permitida pelo governo municipal, a grande maioria dos participantes entrevistados utilizaram primariamente PTS para obter equipamento estéril para injeção (Hahn et al., 2001). Nesse contexto, os PTS americanos parecem assumir um papel diferente dos PRD brasileiros, que funcionam num contexto onde a obtenção de seringas descartáveis é algo, a princípio, mais simples e acessível.

No entanto, no Brasil, o sucesso do acesso aos UDI e a eficácia dos PRD são medidos, justamente, pela quantidade de seringas distribuídas aos UDI participantes. Poucos são os PRD que, efetivamente, combinam a distribuição e a coleta de seringas usadas. A maioria dos programas enfoca apenas a distribuição de material estéril de injeção, quando a coleta tem um papel fundamental que é o de tirar seringas potencialmente contaminadas de circulação (Fonseca et al., 2006). O foco na distribuição não parece fazer muito sentido num contexto como o brasileiro, onde a aquisição de seringas não é uma prática proibida.

Em contrapartida, o sucesso do trabalho dos *outreach workers*, no UFO, é avaliado pelo índice de comparecimento dos UDI ao projeto. Os agentes devem provar seu sucesso na abordagem de novos UDI, trazendo-os ao projeto e participando no processo de adesão dos participantes à pesquisa e, conseqüentemente, aos serviços disponibilizados pelo projeto. Nesse modelo, a distribuição do equipamento de injeção tem, inicialmente, o papel de facilitar a abordagem dos potenciais participantes. Para os UDI que já participam do projeto, o fornecimento de seringas passa a ser um compromisso da equipe de contribuir para que os UDI evitem o compartilhamento do equipamento de injeção e a disseminação de doenças entre eles.

Acesso e adesão dos UDI aos programas

No Brasil, o acesso aos UDI acontece através dos redutores de danos (tradução de *outreach workers*), que são os agentes de saúde responsáveis pelo desenvolvimento das ações de redução de danos. São, em geral, pessoas com facilidade de penetração nos locais onde os usuários vivem ou fazem uso de drogas. Frequentemente são ex-usuários ou usuários na ativa, o que, potencialmente, pode facilitar a aceitação do trabalho entre os UDI acessados (Brasil, 2001).

Segundo Nardi e Rigoni (2005), os programas de redução de danos podem ser executados por entidades governamentais ou não-governamentais, contando com um coordenador e redutores contratados, que são responsáveis pela cobertura de áreas nas comunidades, denominadas “campos”. Os redutores devem exercer o papel de educadores em saúde na prevenção às DSTs, ao HIV, hepatites e outras doenças que podem advir ou ter alguma relação (direta ou indireta) com o uso de drogas. Eles buscam os UDI de forma ativa, dentro das comunidades, mapeando suas redes sociais, locais de uso e práticas de risco mais comuns.

O acesso aos UDI ocorre de forma semelhante no UFO, com a diferença que neste modelo, o foco não é desenvolver um trabalho de prevenção no campo, mas sim uma ponte, o estabelecimento de um vínculo inicial para trazer o UDI à pesquisa e aos serviços de saúde, tem a função de recrutar os UDI. Como já foi mencionado anteriormente, o método utilizado pelo UFO, denominado “*peer outreach-based street recruitment*”, envolve a utilização de *outreach workers*, também usuários ou ex-usuários de drogas, que desenvolvem seu trabalho abordando os potenciais participantes nas ruas e locais públicos da cidade.

Nesse primeiro contato dos *outreach workers* com os UDI, como forma de facilitar a abordagem, são distribuídos insumos tais como preservativos e equipamento de injeção estéril. Em seguida a esse primeiro contato, os UDI são então convidados a comparecer à clínica, onde o estudo recebe os participantes, que funciona uma vez por semana. É importante ressaltar que, embora a frequência da recepção aos participantes seja limitada, especialmente devido ao elevado valor do aluguel do espaço físico, a consistência do vínculo dos mesmos com a equipe parece compensar tal limitação. Essa metodologia de recrutamento dos participantes tem obtido razoável sucesso no acesso de UDIs ao programa: cerca de 400 pessoas frequentam o UFO a cada mês.

Um estudo conduzido em São Paulo aponta que o trabalho em campo, desenvolvido pelos redutores de danos, deve ter essa mesma função descrita no método de recrutamento do UFO, que é o de aproximar o usuário dos serviços de saúde. A distribuição de seringas e kits deve ser um facilitador para que o acesso e o vínculo com os UDIs possam ocorrer (Delbon et al., 2006). Contudo, ainda hoje, apesar das estratégias de redução de danos terem sido ampliadas para além do uso de drogas injetáveis, o foco ainda permanece no trabalho realizado no campo (Nardi & Rigoni, 2005). Ainda são muitas as barreiras e os desafios para inserir os UDI em uma rede de cuidados de saúde e sociais, para tirá-los da marginalidade e do isolamento.

No UFO, diversos fatores parecem contribuir para o sucesso na adesão dos participantes ao projeto. Um deles é a oferta de uma pequena compensação em dinheiro, prometida já no primeiro contato com os potenciais participantes, reforçando o comparecimento destes à clínica. A oferta de insumos e serviços no local onde a pesquisa acontece é outro ponto que parece favorecer a frequência dos UDI ao UFO. São oferecidas vacinas para gripe, hepatite A e B, além de cuidados médicos básicos como curativos e prescrições para medicamentos simples.

Em geral, os *outreach workers*, que estabeleceram o primeiro contato com os usuários, ficam disponíveis no projeto no dia de atendimento recepcionando os potenciais participantes. A manutenção do contato com os *outreach workers* também se mostra importante na adesão dos UDI ao programa.

Entre os PRD brasileiros, embora um estudo que avaliou 45 programas (Fonseca et al., 2006) aponte que a aderência dos UDI, na maioria dos PRD participantes, tenha sido considerada boa ou muito boa por seus administradores, não foram encontrados na literatura disponível dados de pesquisa que avaliassem, efetivamente, a adesão da clientela nesses programas.

Financiamento e sustentabilidade

A sustentabilidade da redução de danos no Brasil está atrelada às políticas de prevenção ao HIV, já que o financiamento para os PRD provém, majoritariamente, do Programa Nacional de DSTs/AIDS. A principal fonte desses financiamentos tem sido os acordos de empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro (Fonseca et al., 2007). A implementação desses programas são, em geral, conduzidas por universidades, entidades governamentais e ONGs (Fonseca et al, 2006).

Os financiamentos dos PRD duram, em geral, um ano e têm a possibilidade de continuação por mais um. Essa forma de funcionamento não possibilita o planejamento de ações de longo prazo, desfavorecendo a adesão dos UDI aos programas e a estabilidade dos redutores enquanto trabalhadores desses programas (Nardi & Rigoni, 2005). Além disso, as relações de trabalho dos membros das equipes dos PRD são, em geral, informais e os mesmos não possuem qualquer tipo de garantia trabalhista.

Segundo um estudo que avaliou 45 programas de redução de danos no Brasil (Fonseca et al, 2005), descontinuidade no financiamento dos programas e constante rotatividade de profissionais, por conta dessa instabilidade, foram considerados fatores que prejudicam as atividades dos programas. Além disso, os vínculos precários estabelecidos pelos profissionais com os PRD tendem a impedir a consolidação de uma cultura organizacional nesses programas.

Atualmente, tentativas como a de inserir a redução de danos nos serviços da Atenção Básica do SUS, vêm sendo buscadas no intuito de garantir uma maior sustentabilidade dessas ações. Tais iniciativas poderiam facilitar a construção de formas mais estáveis de contratação dos redutores e a continuidade dos programas, além de aproximar os UDI dos serviços de saúde.

No UFO, como já foi dito anteriormente, a maior parte do financiamento é obtido através de agências nacionais de pesquisa em saúde, sendo o National Institute on Drug Abuse (NIDA) a principal delas. Esses recursos são obtidos através de concorrência aberta a instituições universitárias e de pesquisa e passíveis de renovação anual, mediante nova submissão do projeto. Os recursos do projeto são repassados e administrados pela Universidade da Califórnia.

A maior parte do orçamento é destinada ao pagamento de pessoal, incluindo tanto a equipe de pesquisadores/coordenadores, quanto à equipe de campo. Contudo, os coordenadores do projeto e poucos trabalhadores de campo mais antigos são empregados formais, recebem salário fixo e têm garantias trabalhistas. Já os trabalhadores de campo, em sua maioria, têm contratos temporários e recebem por hora de trabalho.

Esse tipo de vínculo informal a que os trabalhadores de campo estão sujeitos, pode ser um fator que contribui para a alta rotatividade entre eles. Contudo, ainda assim é possível perceber um nível alto de comprometimento e profissionalismo entre

todos os membros da equipe, independente do tipo de vínculo trabalhista a que estão sujeitos.

Quanto à sustentabilidade do projeto, apesar de depender da aprovação das agências para renovar financiamentos, os coordenadores do UFO têm sido bem sucedidos na garantia da continuidade do trabalho. O UFO recentemente completou 10 de funcionamento, sofrendo apenas algumas pequenas interrupções parciais, ao longo desse tempo. Os coordenadores do projeto procuram, constantemente, buscar novas e diversas fontes de recursos para manter o projeto funcionando. Em geral, o UFO é sustentado por uma fonte que fornece um financiamento maior e por várias outras fontes que proporcionam financiamentos menos elevados. O sucesso na manutenção de recursos financeiros para o projeto é garantido, em grande parte, pela constante produção científica desenvolvida pela equipe de pesquisadores.

Repressão e violência

As questões envolvidas na ilegalidade das drogas e no contexto de repressão do cenário brasileiro são transpostas para o trabalho do redutor de danos, configurando seu trabalho como uma atividade de risco. Muitos são os riscos relacionados à violência nas comunidades onde o uso e a venda de drogas são mais explícitos, assim como a repressão policial é mais severa.

O tráfico de drogas movimenta um elevado volume de dinheiro e armas e tem sido associado a manifestações diversas de violência, nas principais metrópoles brasileiras. A violência se apresenta como uma constante nessas cidades, especialmente nos locais mais próximos às comunidades menos favorecidas, comumente dominadas pelas facções criminosas que comandam o tráfico de drogas. Diante desse cenário, não é necessário mencionar as dificuldades, encontradas com frequência, de circular nesses locais (Bastos et al. 2007).

Além disso, argumentos como os que confundem a troca de seringas com o incentivo ao uso de drogas, dificultam o papel do redutor, que ao invés de ser visto como um agente de saúde pode ser confundido como alguém ligado à marginalidade e à ilegalidade, tanto na comunidade, quanto pelas autoridades policiais (Nardi & Rigoni, 2005).

Em São Francisco, onde funciona o UFO, o medo da repressão policial, segundo relatos dos outreach workers, dificulta a abordagem dos UDI, mas não chega

a ser um empecilho ao trabalho. Segundo relato dos próprios UDI, a abordagem da polícia da cidade é considerada “pacífica”, considerando a média das forças policiais em outras cidades.

Como já foi dito anteriormente, a cidade de São Francisco também não enfrentava grandes problemas quanto à questão da violência, embora manifestações pontuais de violência ocorressem eventualmente. E quanto ao trabalho dos outreach workers, estes percebiam sua função como legítima e não se preocupavam com a abordagem policial. Além disso, todos os trabalhadores de campo portavam um documento que os identificava como prestadores de serviços à universidade e que os autorizava a portar mais seringas que o número autorizado para compra, pelo governo local.

Quadro 1- Vantagens e desvantagens do UFO e dos programas brasileiros.

	Vantagens	Desvantagens
UFO	<ul style="list-style-type: none"> -Profissionalismo; -Troca de seringas como meio de acesso e vinculação dos UDI aos serviços; -Apoio das autoridades locais; -Segurança no recrutamento dos UDI; -Envolvimento dos próprios UDI; -Troca de seringas associada à pesquisa e produção de conhecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Autoridades federais/ entidades financiadoras do projeto não apóiam a troca de seringas; -Financiamentos instáveis (no caso do projeto como um todo) e informais (no caso da compra do material para injeção); -Coordenação e equipe de campo apresentam objetivos diferentes quanto à troca de seringas; -Troca de seringas não é permitida pelos financiadores do projeto
Programas Brasileiros	<ul style="list-style-type: none"> -Flexibilidade; -Apoio e financiamento do governo federal; -Envolvimento e apoio comunitário; -Troca de seringas é permitida nacionalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Informalidade; -Troca de seringas como um fim em si mesmo; -Instabilidade de financiamento; -Insegurança no trabalho de campo, especialmente em relação às autoridades policiais; -Falta de uma rede estruturada para encaminhamento a serviços de saúde.

Fonte: Elaboração própria

CAPÍTULO 3:

The epidemiology of alcohol and other psychoactive substances in Latin América and the Caribbean (Epidemiologia do álcool e outras substâncias psicoativas na América latina e Caribe)

O artigo a ser apresentado a seguir, revisa a literatura disponível sobre o consumo de álcool e outras drogas e a carga de doenças associada a esse consumo, na América Latina e Caribe. Essa região enfrenta elevados ônus sociais e econômicos associados ao consumo de drogas. É significativo o número de danos e riscos à saúde que estão associados ao consumo destas substâncias, assim como são altas as taxas de mortalidade relacionadas direta ou indiretamente ao uso de drogas.

Em relação ao álcool, o consumo problemático está associado a diversas patologias hepáticas, como cirrose hepática, esteatose e hepatite alcoólica, sendo que a cirrose hepática é uma das principais causas mundiais de morbidade e mortalidade. O uso de álcool entre usuários de drogas injetáveis é um dos fatores mais importantes associados à transmissão de infecções virais como HIV, hepatite B e hepatite C. Além disso, é importante destacar que interações entre o álcool e a terapia antiretroviral e interações entre o álcool e os medicamentos utilizados para o tratamento das hepatites B e C também podem existir, na presença ou ausência da terapia anti-HIV (Neuman et al., 2006).

Comumente, dados os riscos epidemiológicos compartilhados, pacientes infectados pelo HIV também foram co-infectados por vírus como os das hepatites virais. Ao mesmo tempo, com frequência, a medicação utilizada por pacientes HIV positivo é hepatotóxica, contribuindo para danos ao fígado. Além disso, estudos sugerem que pacientes recebendo HAART e que fazem um uso excessivo de álcool, têm chances maiores de utilizar álcool e outras drogas, enquanto em tratamento, aumentando o risco do paciente desenvolver resistências às drogas de tratamento antiretroviral, progredindo para doenças hepáticas crônicas e não se beneficiando do tratamento. O uso excessivo de álcool também tem sido associado a dificuldades na aderência ao tratamento antiretroviral, bem como à indução de deficiências na função imunológica do organismo e ao aumento da incidência de doenças infecciosas (Neuman et al., 2006).

Quanto às demais drogas, apesar da relativa escassez de dados sobre o consumo de drogas ilícitas na América Latina e Caribe, estimativas apontam para o

uso de drogas como um importante problema de saúde pública nessa região. Contudo, entidades internacionais apontam para a subestimação da prevalência do uso de drogas nessa região, assim como no resto do mundo.

A prevalência das quatro maiores causas de morte prematura no mundo (overdose, HIV/AIDS, suicídio e trauma) é significativamente superior entre usuários de drogas ilícitas, em comparação com indivíduos que não utilizam substâncias psicoativas. O conceito de morte prematura foi definido pela Organização Mundial de Saúde como a morte ocorrida antes dos 65 anos de idade. A dependência às drogas também é apontada como uma das principais causas de invalidez entre trabalhadores, assim como as infecções pelos vírus das hepatites B e C, altamente prevalentes entre UDI (WHO, 2004).

Ainda que os estudos epidemiológicos sobre a epidemia de HIV e o uso de drogas injetáveis sejam escassos na América Latina e Caribe, é notável a participação dos usuários de drogas injetáveis na epidemia de HIV na referida região. No Brasil, por exemplo, em áreas industrializadas, especialmente no estado de São Paulo e, mais recentemente ao longo da costa de São Paulo, em direção ao sul do país, os UDIs têm contribuído de forma significativa para a disseminação do HIV. Na Argentina, o uso de drogas injetáveis participou, de forma crescente na epidemia do HIV, da metade ao final da década de 90, chegando a ser o principal fator de exposição ao vírus. Ao contrário do Brasil, onde os casos de HIV entre UDIs começaram a diminuir após o início da década de 90, na Argentina os casos de infecção por HIV entre UDIs aumentou de forma estável até a metade dos anos 90, se estabilizando na segunda metade dessa mesma década. (Hacker et al., 2005).

Já no cenário caribenho, desde as décadas de 70 e 80, se destacam o cultivo e consumo amplo de maconha e o uso incidental de cocaína. Contudo, no final da década de 80, o crack também foi difundido nessa região se tornando popular em alguns países do Caribe. Nessa mesma época, aumentos no consumo de cocaína ocorreram na América Central. Mas a cocaína injetada ainda é raramente utilizada na maioria dos países do Caribe (Hacker et al., 2005).

Capítulo 12

Epidemiología del abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas en América Latina y el Caribe

Maristela G Monteiro¹, Paulo Telles-Dias², Aline Inglez-Dias³

Parte I

El alcohol

Más de 60 enfermedades están directamente vinculadas con el consumo de alcohol, con una alta carga de morbilidad conexas, ubicándose primero entre 26 factores de riesgo en la Región de las Américas en el año 2000 (1, 2, 3). Existen abundantes datos que prueban que el consumo general de bebidas alcohólicas en una determinada población es un buen indicador acerca del porcentaje de bebedores excesivos existentes en dicha población y está relacionado con la mortalidad por todas las causas y con la mortalidad o la discapacidad provocadas específicamente por el alcohol (4). En consecuencia, se espera que cambiando los hábitos de consumo se logren producir modificaciones en la carga de morbilidad general y en la morbilidad específica por abuso del alcohol. Se puede entonces relacionar las tendencias nacionales y regionales sobre el consumo de alcohol con datos sobre enfermedades para que sean utilizados

¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, Estados Unidos de América.

² NEPAD/UERJ, Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil; TAPAS/UCSF, Universidad de California, San Francisco, Estados Unidos de América.

³ Fundación Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil.

como instrumentos de seguimiento de los cambios de políticas a nivel nacional y regional.

Dos son las dimensiones del consumo de alcohol que se vinculan con la carga de morbilidad: el volumen medio de consumo y los patrones de consumo (5). El volumen medio, o consumo per cápita, se relaciona principalmente con las consecuencias a largo plazo para la salud, incluido el alcoholismo. Si bien el volumen medio también se relaciona con consecuencias agudas, como son las lesiones, varios estudios indican que la capacidad de predecir tales lesiones aumenta al tomar en cuenta los patrones de consumo de bebidas alcohólicas (6). El patrón de consumo, -es decir cómo, cuándo y cuánto se bebe-, está también relacionado con enfermedades crónicas como la cardiopatía coronaria y la muerte súbita de origen cardíaco. Es importante poder cuantificar y vigilar ambas dimensiones del consumo de alcohol.

Hay una amplia variación en cuanto a las tasas de abstinencia entre hombres y mujeres en América Latina y el Caribe; en algunos países existen diferencias pequeñas y es alto el porcentaje de bebedores de ambos sexos; en otros, la tasa de abstinencia es relativamente elevada en ambos sexos; mientras que hay países donde la mayor parte del consumo corresponde a los hombres: las mujeres beben relativamente menos y en pocas ocasiones al año (8). Tal información es crucial cuando se compara el consumo per cápita entre diferentes países. Cuando se tienen en cuenta las tasas de abstinencia, la cantidad media de consumo por bebedor puede ser mucho más pequeña de lo previsto.

Las tasas de prevalencia de una serie de problemas relacionados con el alcohol pueden ser determinadas mediante encuestas y vinculadas con los patrones de consumo y las cantidades o la frecuencia de la ingesta. Puede ser útil obtener información sobre los

trastornos provocados por el consumo de alcohol utilizando instrumentos validados como la prueba AUDIT (9), el cuestionario CAGE (10) y los criterios de diagnóstico señalados en la CIE-10 o la DSM-IV. Esta información es importante a la hora de evaluar la cobertura de los servicios de tratamiento en un determinado país y cuando se planifica la organización de sistemas sanitarios de tratamiento para responder a los diversos problemas relacionados con el uso de esta sustancia.

La Tabla 1 muestra las características del consumo de alcohol entre los adultos en algunos países de las Américas en 2002 (promedio ponderado según la población, promediado para el período 2001-2003), mientras que la Tabla 2 proporciona un resumen de las características del consumo por subregión.

Tabla 1: Exposición al alcohol y características económicas de países selectos en las Américas 2002*

País (Clasificación OMS)	Consumo per cápita ¹	Consumo no registrado ²	Patrones de consumo	% abstemios		Consumo per cápita por bebedor ⁴	PIB per cápita \$ ⁵	PPA per cápita PPA \$ ⁶	Población de 15 años y mayor en 1000
				Hombres	Mujeres				
Argentina (B)	10.5	2.0	2	9	26	12.8	6,453	10,134	27,331
Barbados (B)	7.0	-0.5	2	29	70	14.1	9,176	14,716	214
Belice (B)	8.6	2.0	4	24	44	13.0	3,429	6,337	156
Bolivia (D)	6.34	3.0	3	24	45	9.7	1012	2403	5,276
Brasil (B)	8.8	3.0	3	13	31	11.3	3,560	7,480	127,411
Canadá (A)	9.8	2.0	2	18	26	12.5	23,950	28,155	25,516
Chile (B)	8.8	2.0	3	22	29	11.9	5,089	9432	11,569
Colombia (B)	7.8	2.0	3	5	21	8.9	1,977	6,243	29,554
Costa Rica (B)	7.7	2.0	3	33	66	15.1	4,208	8,454	2,852
Cuba (A)	4.5	2.0	2	29	70	9.0	-	-	8,915
Ecuador (D)	7.2	5.4	3	41	67	15.7	1,353	3,402	8,407
El Salvador (B)	5.6	2.0	4	9	38	-	2,128	4,727	4,243
EE.UU. (A)	9.6	1.0	2	34	54	17.2	34,789	34,430	228,220
Guatemala (D)	3.8	2.0	4	49	84	11.5	1,683	3,903	6,582
Guyana (B)	5.9	2.0	3	20	40	8.5	961	4,111	523
Haití (D)	7.5	0.0	2	58	62	18.8	470	1,663	4,967
Honduras (B)	4.7	2.0	4	72	84	21.4	921	2515	3,992
Jamaica (B)	3.9	2.0	2	38	61	7.8	2,904	3,548	1,767
México (B)	6.5	1.8	4	36	65	13.2	5,806	8,798	69,336
Nicaragua (D)	3.6	1.0	4	12	50	5.2	769	3098	3,057
Paraguay (B)	5.3	1.5	3	9	33	6.6	1,445	4,490	3,512
Perú (D)	9.9	5.9	3	20	29	13.1	2,085	4,820	17,761
República Dominicana (B)	7.5	1.0	2	12	35	9.7	2,481	6,682	5,617
Surinam (B)	6.2	0.0	3	30	55	-	2,216	-	302
Trinidad y Tobago (B)	4.3	0.0	2	29	70	8.7	6,689	9,234	991
Uruguay (B)	9.8	2.0	3	25	43	14.9	5,137	7,474	2,557
Venezuela (B)	9.0	2.0	3	19	39	12.7	4,377	5,259	17,072

1 en litros de alcohol puro incluyendo consumo no registrado

2 en litros de alcohol puro

3 puntaje de consumo de riesgo con 1 = menos y 4 = más perjudicial (para mayor explicación, ver texto)

4 consumo per cápita por bebedor en litros de alcohol puro, incluyendo consumo no registrado

5 Producto Interno Bruto en dólares de EE.UU.

6 Paridad de poder adquisitivo (PPA) en dólares internacionales

Fuente: Base de datos global de la OMS

Tabla 2: Características del consumo de alcohol en las subregiones OMS de las Américas (AMR) en 2002*

Región OMS*	Población adulta **	Porcentaje de abstemios		Consumo de alcohol†	Consumo no registrado	Valor del patrón	Bebida registrada como más consumida
		M	F				
AMR A	262,651	32	52	9.4	1.1	2.0	Cerveza (59%)
Estados Unidos de América	228,220	37	54	9.6	1.0	2	Cerveza (61%)
AMR B	311,514	18	39	8.4	2.6	3.1	Cerveza (59%)
Brasil	127,411	13	31	8.8	3.0	3	Cerveza (59%)
México	69,336	35	64	7.7	3.0	4	Cerveza (77%)
AMR D	46,049	32	51	7.4	4.0	3.1	Licores y cerveza (50% cada uno)
Perú	17,761	20	27	9.9	5.9	3	Cerveza (88%)
Región Americana OMS	620,213	25	45	8.7	2.1	2.6	Cerveza (58%)
Mundial	4,388,297	45	66	6.2	1.7	2.6	Licores (55%)

*Subgrupos regionales definidos por la Organización Mundial de la Salud:

AMR A: Canadá, Cuba, Estados Unidos de América. AMR B: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Grenada, Guayana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela. AMR D: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú.

** números en miles

† Consumo per cápita de adultos (edad 15+) para 2002 en litros de alcohol puro, derivado como el promedio de consumo anual de 2001 a 2003, incluyendo el consumo no registrado. Las cifras pueden derivarse de la FAO, World Drink Trends, o de la base de datos global de la OMS, dependiendo de su disponibilidad y exactitud.

La información sobre el consumo en niños y adolescentes ha sido recopilada mediante encuestas escolares patrocinadas por varios organismos, incluida la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA), los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). La Tabla 3 muestra algunos resultados de estas encuestas, que incluyen un número reducido de preguntas sobre el consumo de alcohol. Los resultados indican claramente que el consumo es frecuente entre niños y adolescentes, a pesar de las leyes existentes en la mayoría de los países que prohíben la venta a menores. La aceptación social del alcohol y la embriaguez, además de la comercialización generalizada de bebidas alcohólicas entre los jóvenes, pueden explicar estos resultados.

Tabla 3. Uso de alcohol entre jóvenes escolares (14 a 17 años de edad en países latinoamericanos selectos, 2001-2005*

País	Género	Uso durante la vida	Uso en el año anterior	Uso en el mes anterior
Venezuela	Mujeres	63.1%	42.8%	23.1%
	Hombres	68.2%	49.4%	27.8%
	Total	65.6%	45.9%	25.4%
México*	Mujeres	46%	-	35.2%
	Hombres	45.6%	-	35.1%
	Total	45.8%	-	35.2%
Panamá	Mujeres	63.7%	43.8%	27.2%
	Hombres	63.9%	46.7%	31.0%
	Total	63.8%	45.2%	28.8%
Guatemala	Mujeres	47.9%	27.7%	13.3%
	Hombres	53.9%	34.4%	19.3%
	Total	50.5%	30.6%	15.8%
Nicaragua	Mujeres	53.6%	32.3%	16.0%
	Hombres	65.7%	44.3%	26.1%
	Total	59.0%	37.7%	20.5%
Uruguay	Mujeres	77.1%	65.3%	48.2%
	Hombres	79.4%	68.9%	52.5%
	Total	78.2%	67.0%	50.1%
Paraguay	Mujeres	60.6%	49.0%	40.0%
	Hombres	58.7%	48.1%	40.4%
	Total	59.6%	48.6%	40.0%
Brasil	Mujeres	70.3%	68.8%	48.3%
	Hombres	68.4%	66.2%	47.8%
	Total	69.3%	67.4%	48.0%
Colombia	Mujeres	74.2%	63.1%	49.0%
	Hombres	79.1%	68.4%	55.3%
	Total	76.4%	65.4%	51.9%
Chile	Mujeres	69.5%	59.2%	40.2%
	Hombres	66.6%	54.6%	40.2%
	Total	68.1%	56.9%	40.1%
Bolivia	Mujeres	34.0%	22.7%	13.7%
	Hombres	44.3%	30.9%	19.3%
	Total	39.0%	26.7%	16.4%
Ecuador	Mujeres	58.0%	39.8%	25.3%
	Hombres	63.3%	43.7%	30.9%
	Total	60.5%	41.7%	28.0%
Perú	Mujeres	47.2%	35.0%	23.2%
	Hombres	65.7%	40.1%	28.6%
	Total	59.0%	37.5%	25.9%
Argentina	Mujeres	62.3%	50.0%	42.0%
	Hombres	65.7%	56.6%	46.0%
	Total	59.0%	53.0%	42.2%

* Rango de edades de 12-18 años de edad (Villatoro et al. 2005)

Fuente para Brasil: SENAD (Secretaría Nacional Antidrogas); Fuente para México: Villatoro et al. 2005; Fuente para otros países: encuestas escolares CICAD

Los análisis de los datos de mortalidad por causas relacionadas con el alcohol indican que el alcohol es responsable de la mayoría de las muertes de jóvenes de 15 a 29 años edad (7). Los datos sobre episodios de consumo excesivo de alcohol son más difíciles de comparar dadas las diferentes maneras de realizar las preguntas en las distintas encuestas. La Tabla 4 muestra los resultados de un estudio de la OPS sobre alcohol,

género, cultura y daños, donde se comparan los resultados de encuestas de población general realizadas en 10 países usando las mismas variables (8).

Tabla 4. Prevalencia de episodios de consumo intenso en países selectos de las Américas entre mujeres y hombres adultos*

País	General (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Argentina	30.07	55.52	9.62
Canadá	48.26	63.45	36.65
Brasil (I)	26.29	36.12	18.48
Brasil (II)	31.00	35.64	10.36
Belice	22.86	38.17	8.86
Nicaragua	16.8	40.23	6.64
Perú	37.2	59.06	26.11
México	28.54	56.60	9.04
Costa Rica	22.51	33.98	11.29
Uruguay	18.40	36.70	7.37
EE.UU.	26.93	37.87	16.80

Fuente: Encuestas multicéntricas por país de la OPS (en prensa)

Nota: Se determinó el consumo episódico intenso como: por lo menos un episodio de consumo de al menos cinco tragos en una sola sesión durante el año anterior.

Los datos sobre los daños relacionados con el alcohol son aún más escasos pues en la mayoría de las encuestas no se incluyen preguntas o análisis relacionados con esos daños y los estudios sobre consecuencias perjudiciales específicas del consumo de bebidas alcohólicas son limitados (por ejemplo, conducir bajo la influencia del alcohol o la concurrencia a los servicios de urgencias). En el mismo estudio de la OPS antes mencionado, se presentan los datos sobre agresiones y lesiones producidas después de ingerir bebidas alcohólicas (Tabla 5). Se observa una amplia variación entre los distintos países, pero las prevalencias son relativamente altas y compatibles con los cálculos sobre hábitos de consumo en los mismos países.

Tabla 5. Prevalencia de lesiones y agresiones luego de haber bebido, respectivamente, por país y por género*

	Prevalencia de peleas (%)		Prevalencia de lesiones (%)	
	M†	F†	M†	F†
Canadá	4.41	1.20	6.39	2.59
Argentina	8.41	1.83	9.24	0.94
EE.UU. (II)	21.72	8.68	10.27	2.36
Brasil (I)	9.90	2.99	4.88	1.40
Brasil (II)	32.88	33.41	34.75	0.00
Belice	11.94	4.83	4.06	0.98
México	5.68	0.49	7.17	0.62
Nicaragua	26.53	18.00	12.93	6.00
Perú	10.97	2.23	4.80	0.00
Costa Rica	23.52	6.22	6.69	2.60
Uruguay	4.59	0.80	3.61	0.53

Fuente: Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS (en prensa)

M= Masculino, F= Femenino

Nota: Se determinó el consumo episódico intenso como tener por lo menos un episodio de consumo de al menos cinco tragos en una sola sesión durante el pasado año.

Un análisis del año 2000 en cuanto a las repercusiones del consumo de alcohol como factor de riesgo sobre la mortalidad y los AVAD -(medición de los años de vida ajustada en función de la discapacidad y la mortalidad temprana)- indicó que el alcohol era el principal factor de riesgo en todos los países de América Latina y el Caribe (3), como revela la Tabla 6, donde se presentan los 10 principales factores por subregión. En el año 2002, en términos de carga de morbilidad, el alcohol causó aproximadamente 323 mil muertes, 6.5 millones de años de vida perdidos y 14.6 millones de años de vida ajustados a la discapacidad en la Región, abarcando resultados de enfermedad crónica y aguda de neonatos a ancianos (11).

Tabla 6. Principales factores de riesgo para la carga de morbilidad en el año 2000 en diferentes regiones de las Américas, clasificadas por porcentaje de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) perdidos, atribuibles a cada factor *

América D (Alta mortalidad infantil y adulta)	América B (Baja mortalidad infantil y adulta)	América A (Muy baja mortalidad infantil y adulta)			
AVAD totales (miles)	17 052	AVAD totales (miles)	80 437	AVAD totales (miles)	46 284
Alcohol	5.5	Alcohol	11.4	Tabaquismo	13.3
Bajo peso	5.3	Sobrepeso	4.2	Alcohol	7.8
Sexo no seguro	4.8	Hipertensión arterial	4.0	Sobrepeso	7.5
Agua y servicios sanitarios no seguros	4.3	Tabaquismo	3.7	Hipertensión arterial	6.0
Sobrepeso	2.4	Colesterol	2.3	Colesterol	5.3
Hipertensión arterial	2.2	Sexo no seguro	2.1	Baja ingesta de frutas y verduras	2.9
Deficiencia de hierro	1.9	Exposición a plomo	2.1	Inactividad física	2.7
Humo en interiores	1.9	Baja ingesta de frutas y verduras	1.8	Drogas ilícitas	2.6
Colesterol	1.1	Agua y servicios sanitarios no seguros	1.6	Sexo no seguro	1.1
Baja ingesta de frutas y verduras	0.8	Inactividad física	1.4	Deficiencia de hierro	1.0

*Definición de regiones: Las subagrupaciones regionales utilizadas fueron definidas por la OMS, basándose en niveles altos, medios o bajos de mortalidad adulta e infantil "A" significa muy baja mortalidad infantil y adulta de, "B" es baja mortalidad infantil y adulta, y "D" es alta mortalidad infantil y adulta.

América A: Canadá, Cuba, Estados Unidos de América; América B: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela; América D: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú

Discusión

A pesar de las grandes variaciones subregionales con respecto al consumo per cápita, el valor medio ponderado según la población en las Américas, es de 8,9 litros de alcohol, muy por encima del promedio mundial de 5,8 litros per cápita (3). Además, los episodios de consumo excesivo ocasional (atracones o binge-drinking -en inglés-) son muy frecuentes y conducen a un patrón de consumo de alcohol que es nocivo para la salud. Esto se traduce en problemas agudos de salud, como las lesiones intencionales y no intencionales, incluidos los homicidios, los accidentes de tránsito, la violencia, ahogamientos y suicidios. Al mismo tiempo, es una proporción importante de la población con trastornos por consumo de alcohol, en particular la dependencia, sufren problemas de salud crónicos que dan como resultado muchos años de vida perdidos a causa de discapacidades, que representan más de 50% del total de la carga de morbilidad relacionada con esta sustancia. Se calcula que más de 30 millones de

personas cumplieron los criterios de diagnóstico de trastornos provocados por el consumo de alcohol en América Latina y el Caribe y 75% de ellas no recibieron ningún tipo de atención (12).

La mayor parte de la carga de morbilidad relacionada con el consumo de alcohol en las Américas (77,4%) corresponde a la población de 15 a 44 años, lo que indica que se están perdiendo los años de vida más activos y productivos a causa de un factor prevenible (3). El desarrollo socioeconómico tiende a asociarse con niveles más altos de consumo, ya que las personas con más ingresos gastan más en bebidas alcohólicas (que se vuelven más accesibles y asequibles). Concomitantemente, para quienes viven en la pobreza, este tipo de gasto puede arruinar las finanzas de la familia y sus oportunidades de conseguir mejor educación, vivienda, nutrición, salud y acceso a otros bienes y servicios (13).

La ausencia de políticas nacionales eficaces es una importante barrera para cambiar la situación actual. El público está en gran medida desinformado acerca de lo que es adecuado y muy frecuentemente, cuando se proponen medidas de control, cree que corren peligro sus libertades personales. Las tendencias nacionales e internacionales pueden constituir información fundamental para los grupos de interés, el cuerpo legislativo y el público en la promoción de estrategias eficaces. Es necesario seguir mejorando la base de conocimientos acerca del consumo de alcohol y los hábitos de consumo, usar indicadores estandarizados y recopilar información sistemática por edad y por sexo en los países desarrollados y en desarrollo (1).

Parte II

Otras drogas⁴

En las Américas, el consumo de drogas ilícitas fue clasificado en el año 2000 como el octavo factor principal de riesgo, en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (3). En comparación con la bibliografía relativamente extensa acerca de los efectos del consumo de tabaco y alcohol, se conoce muy poco sobre los efectos nocivos a la salud que ocasiona el consumo de drogas ilícitas. La marihuana es la droga ilícita más ampliamente usada en las Américas, aproximadamente 37,6 millones de usuarios (162 millones de personas a nivel mundial); seguida de la cocaína, con 8,6 millones de usuarios (14,3 millones a nivel mundial); 5,7 millones de usuarios de anfetamina (25 millones a nivel mundial) y 2,7 millones de usuarios de éxtasis (10 millones a nivel mundial). Se calcula que el número de usuarios de opiáceos en las Américas es de alrededor de 2,1 millones (unos 16 millones a nivel mundial), de los cuales 1,5 millones son usuarios de heroína (11 millones a nivel mundial) (14).

Estudios de prevalencia - Impacto sobre la salud

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) calcula todos los años la prevalencia del uso de drogas ilícitas en cada país basándose en estudios locales, estudios especiales de grupos de población y evaluaciones de organismos de aplicación de la ley, o mediante cálculos tentativos. El consumo de drogas ilícitas en las Américas en 2007 se obtuvo principalmente a partir de los informes anuales enviados por los gobiernos a la ONUDD, complementados con otras

⁴ El uso de tabaco fue excluido del manuscrito por razones de espacio.

fuentes cuando fue necesario y se dispuso de ellas. Los detalles sobre la metodología usada para elaborar el documento se describen en la publicación “Informe mundial sobre las drogas 2007” (14).

Las variaciones en la calidad y la cantidad de datos disponibles crean graves problemas para la evaluación de la mortalidad y la carga de morbilidad atribuibles al uso de drogas ilícitas. Los cálculos sencillos de prevalencia, como la prevalencia anual, determinan la proporción de la población que alguna vez ha usado una droga ilícita y que probablemente corra un riesgo medio bajo, ya que puede incluir una única ocasión de consumo o un uso poco frecuente. En consecuencia, la mayoría de los hábitos comunes de uso informados en las encuestas de población están asociados a un aumento pequeño de la mortalidad o la carga de morbilidad (15).

La carga de morbilidad y los riesgos de mortalidad causados por el consumo de drogas ilícitas se vuelven mayores cuando se incrementa la frecuencia y la cantidad del consumo (16). En consecuencia, para contar con estimaciones más exactas de la carga de morbilidad atribuible a las mismas, es necesario calcular la prevalencia de los hábitos de consumo de aquellas más peligrosas. Esos hábitos presentan una prevalencia más alta en poblaciones marginalizadas u “ocultas” (ya que el uso de drogas ilícitas es un delito en casi todos los países), y entre los consumidores frecuentes de drogas inyectables (a diario o casi a diario) y que lo han hecho durante años. Este hábito de consumo expone altamente a los usuarios a una sobredosis mortal (17) y a contraer enfermedades virales transmitidas por sangre (18).

Definir la variable de interés es difícil debido a las deficiencias que presentan los datos sobre el consumo de drogas ilícitas recopilados por los países y a los desacuerdos sobre lo que constituye un consumo de drogas problemático. En el

informe de la OMS de 2004 (15) se expone con más detalle qué se entiende por “consumo problemático de drogas”. Este informe adoptó la definición elaborada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, que lo describe como “el consumo de drogas inyectables o el consumo por un tiempo prolongado o sistemático de opiáceos, cocaína o anfetaminas” (19).

La muerte prematura atribuible al consumo de drogas ilícitas se relaciona directamente con los hábitos de consumo. Los datos probatorios de estas causas provienen de los estudios sobre defunciones prematuras en los estudios de cohortes. Los usuarios de drogas ilícitas presentan, en comparación con sus coetáneos que no usan drogas ilícitas, tasas elevadas de cuatro causas principales de muerte prematura: la sobredosis de drogas, la infección por VIH/SIDA, el suicidio y las lesiones (15). La contribución del consumo de drogas ilícitas a la carga de morbilidad no se agota con la muerte prematura. Las causas principales de muerte prematura probablemente también provocan una morbilidad sustancial. La drogodependencia es también una causa de discapacidades, como las infecciones con hepatitis B y hepatitis C (sumamente frecuentes entre los consumidores de drogas inyectables). Sin embargo, la carga de morbilidad resultante del consumo de drogas ilícitas es difícil de cuantificar y probablemente sea en gran medida subestimada (15). Un análisis de los costos económicos del consumo de drogas (20) mostró que los costos de la mortalidad atribuible al consumo de drogas en los Estados Unidos fueron apenas una fracción de los atribuibles a la morbilidad en términos de gastos de atención de salud y deterioro de la productividad. La sobredosis no mortal, el sida, las hepatitis B y C, el intento de suicidio, las lesiones (por accidentes automovilísticos) y los trastornos psiquiátricos (como la dependencia) son algunos de los resultados principales del consumo de drogas ilícitas, que pueden generar una considerable morbilidad. En otro trabajo se

describen los detalles de los procedimientos empleados para determinar la mortalidad y la carga de morbilidad causadas por el consumo de este tipo de drogas (15).

En la Tabla 7 se resumen los cálculos de la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD) con respecto a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (opiáceos, cocaína, cannabis, anfetaminas y éxtasis) a nivel de país en las Américas (14).

Tabla 7: Prevalencia anual del uso de drogas (en los últimos 12 meses) como porcentaje de la población de 15-64 años de edad (salvo que se indique distinto), año de referencia: 2005 (salvo que se indique distinto)

	Opiáceos	Cocaína	Cannabis	Anfetaminas	Ecstasis
América Central					
Costa Rica	0.1*	0.4 (2000) 12-70	1.3 (2000/1) 12-70	1.0 (2000)	-
El Salvador	0.4 (2004)*	2.5 (2004)*	5.0 (2004) 12-45	0.6 (2003)*	0.1 (2003)*
Honduras	0.1 (1995)	0.9 (2005) 12-35	1.6 (2002)*	0.6 (2003)	0.2 (2003)*
Guatemala	0.2 *	1.2 (2003)*	9.1 (2003)	0.7 (2003)*	0.2 (2003)*
Panamá	0.2 **	1.2 (2003) 12-65	4.0 (2003)*	0.6 (2003)*	0.4 (2003)*
Nicaragua	-	1.0 (2003)*	2.2 (2002)*	0.8 (2003)*	0.1 (2003)*
Belize	-	0.7 (2002)*	6.7 (2003)*	-	0.2 (2003)*
América del Norte					
USA	0.6 (2000)	2.8 (2004)	12.6 (2004) 15-64	1.5 (2004)	1.0 (2004) 15-64
Canadá	0.4 (2000) 18+	2.3 (2004)	16.8 (2004) 15-64	0.8 (2004)	1.1 (2004)
Méjico	0.1 (2000)	0.4 (2002) 12-65	1.3 (2002) 15-65	0.1 (2002)	0.01 (2002)
América del Sur.					
Brasil	0.6 (2001) 12-65	0.4 (2001) 12-64	1.0 (2001) 12-65	0.3 (2001) 12-65	-
Chile	0.2 (2004)	1.8 (2004)	5.6 (2004)	0.4 (2004)	0.1 (2002)
Uruguay	0.2 (2003)*	0.3 (2001)	1.5 (2001) 13-64	0.1 (2004)	0.1 (2003)*
Venezuela	0.1 (2003)*	1.1 (2001)*	3.3 (2002)*	0.6 (2002)*	0.2 (2001)*
Ecuador	0.1 (1999)*	0.9 (1995)	3.0 (2002)*	0.3 (2003)*	0.3 (2003)*
Argentina	0.1 (2004)	0.3 (2004) 16-64	1.9 (2004) 16-65	0.4 (2001)*	0.1 (2004)
Colombia	0.1 (2004)*	0.8 (2003) 18-65	1.9 (2003) 18-65	0.2 (2001)*	0.3 (2001)*
Bolivia	0.04 **	1.9 (2005) 12-50	3.2 (2005) 12-50	0.1 (1998)*	-
Suriname	0.02 (1996)	0.5 (2002)*	2.0 (2002)*	0.6 (2002)*	0.1 (2002)*
Paraguay	-	0.7 (2003) 12-65	0.5 (2003) 12-65	0.7 (2003)*	0.1 (2003)*
Perú	-	0.7 (2002)	1.8 (2002) 12-64	0.1 (1998)*	0.1 (2002)
Guyana	-	-	2.6 (2002)*	-	0.1 (2002)*
El Caribe					
Bahamas	0.2 (2003)*	0.8 (2001)*	4.7 (2003)*	0.3 (2003)*	0.1 (2003)*
Rep Dominicana	0.1 (2001)*12-70	0.9 (2000) 12-70	1.9 (2000)	1.1 (2003)*	0.2 (2000)*
Antigua Barbuda	0.05 (2000)	0.1 (2000)	-	-	-
Barbados	0.01 **	1.0 (2002)*	7.3 (2002)*	0.2 (2002)*	0.3 (2002)*
Aruba	-	1.3 (1997)*	-	-	-
St. Lucía	-	1.0 (2002)*	-	-	-
Jamaica	-	0.9 (2001)*	10.7 (2001)*	-	-
Granada	-	0.9 (2003)*	6.7 (2003)*	-	-
Turks & Caicos	-	0.7 (2002)*	-	0.3 (2003)*	0.7 (2003)*

St. Vincent	-	0.7 (2002)*	-	-	-
Cayman	-	0.6 (2000)*	-	-	-
Haiti	-	0.3 (2000)	16.1 (2000)*	-	-

* UNODC estimados basados en estudios locales, estudios grupales sobre población especial y/o evaluaciones de agencias de aplicación de la ley.

** Estimados tentativos.

Fuentes: Cuestionarios de los informes anuales, Informes gubernamentales, Departamento de Estado de los Estados Unidos, Observatorio Europeo de Drogas (EMCDDA).

En la Tabla 8 se presenta la prevalencia estimada del consumo problemático de drogas ilícitas (por consiguiente, más vinculado con una carga de morbilidad), por subregión, en los últimos 12 meses, en personas mayores de 15 años, según datos de una encuesta del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Tabla 8. Prevalencia del uso problemático de drogas ilícitas en los últimos 12 meses entre personas >15 años de edad, por subregión. (PNUD, año 2000, prevalencia estimada derivada)*

Subregión	AMR-A	AMR-B	AMR-D
Población >15 años (000s)	255 420	297 625	44 658
Opiáceos	0.13	0.03	0.07
Cocaína	0.78	0.24	0.43
Anfetaminas	0.20	0.20	0.11

*Algunos estimados están basados en datos provenientes de un reducido número de países en la subregión

Según datos de un estudio realizado en Méjico (21), publicado en 2006, 10,4% de la población urbana adulta (equivalente a 5,2 millones de personas) había usado sustancias ilícitas en algún momento de su vida; la tasa correspondiente a los hombres era aproximadamente cinco veces superior a la tasa de las mujeres (18,2% los hombres y 3,6% las mujeres). La prevalencia general del consumo de drogas en los últimos 12 meses fue de 2,3% (3,5% los hombres y 1,2% las mujeres). Era más

probable que los hombres de 18 a 29 años informaran acerca del consumo, con tasas de 25,0% para el consumo en el curso de la vida y de 6,4% en los últimos 12 meses (21).

Una encuesta nacional de Chile realizada en 2004 por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (22) entre la población general de 12 a 64 años (8,7 millones de personas), mostró una prevalencia del consumo de drogas ilícitas en el último año de 5,8%. El consumo fue más frecuente en los jóvenes (15 a 35 años), con una prevalencia en el último año de alrededor de 11%.

En Colombia, una encuesta transversal con estudiantes de escuelas secundarias (con una edad media de 15,9 años) reveló una prevalencia del consumo de sustancias lícitas (excluyendo el alcohol y el tabaco) en el curso de la vida de 13,2% y de 4,5% durante el último año; y una prevalencia del consumo de drogas ilícitas en el curso de la vida de 13,7% y de 6,6% durante el último año. Los resultados indicaron que se produjo un aumento de la prevalencia desde 1996 y 1997 a 2004, especialmente del consumo de tranquilizantes (benzodiazepinas) entre mujeres y del uso de inhalantes entre hombres (23).

En un estudio epidemiológico multinacional llevado a cabo entre 1999 y 2000 en estudiantes de escuelas secundarias de siete países de América Latina para calcular la existencia y la concentración del consumo de drogas a nivel de las escuelas, las drogas usadas que se señalaron con mayor frecuencia fueron la marihuana o un inhalante, como los pegamentos, la gasolina o el diésel. (24).

Visión general sobre la epidemiología del uso de las principales drogas ilícitas en las Américas y sobre el uso inyectable de drogas

El consumo de opiáceos

Los Estados Unidos representan el mayor mercado para los opiáceos en las Américas, con cerca de 1,2 millones de usuarios de heroína (0,6% de la población de 15 a 64 años de edad); estas cifras están basadas en cálculos de usuarios crónicos y eventuales en el año 2000. Sin embargo, los datos sobre las tendencias indican que el consumo de heroína ha descendido desde ese año. Los resultados de encuestas domiciliarias parecen confirmarlo pues indican que había 380 mil usuarios de heroína en 2005 (0,2% de la población general de 12 y más años), una reducción con respecto a los 400 mil usuarios detectados en 2002. Esta tendencia también se refleja en los resultados de encuestas escolares en Estados Unidos y Canadá, que indicaron que el consumo de heroína está descendiendo después de los aumentos observados en los años noventa. En los Estados Unidos, la prevalencia anual del consumo de heroína en estudiantes del 12^o grado descendió de 1,5% a 0,8% entre 2000 y 2005-2006 (14).

Brasil es considerado el mayor mercado para los opiáceos en América del Sur. Según los resultados de la encuesta domiciliaria efectuada en 2005, 600 mil personas informaron consumo en el curso de la vida, lo que representa 0,5% de la población general de 12 a 65 años. Este mercado corresponde en gran parte al consumo de opiáceos sintéticos y la tasa de prevalencia del consumo de heroína es inferior a 0,05% (14). En una encuesta domiciliaria que incluyó las 107 ciudades brasileñas más grandes (con 41,3% del total de habitantes del país), la prevalencia en el curso de la vida calculada para el consumo de heroína fue de 0,1% (estimado de baja precisión) y para los opiáceos, de 1,4% (25).

La heroína es la sustancia más frecuentemente utilizada por los usuarios de drogas inyectables mejicanos. El aumento del cultivo de la adormidera, los precios más bajos de la heroína llamada “goma” y la mayor seguridad en los cruces de la frontera entre Méjico y los Estados Unidos, quizá sean factores contribuyentes al consumo de esta sustancia, especialmente en las ciudades fronterizas (26). Gran parte de esos usuarios se inyectan la droga y participan en prácticas que conllevan un alto riesgo de infección por virus transmitidos por la sangre, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis. También comienzan a aparecer casos de consumo de heroína en otras partes del país (27). En un estudio realizado en 2000 en un establecimiento carcelario de Ciudad Juárez, la prevalencia del consumo de drogas en el curso de la vida entre los internos fue de 69,8% (IC de 95%, 64,7-71,9); de este grupo, 26,4% (IC de 95%, 23,3-28,9) señalaron que habían consumido heroína en los últimos seis meses (28).

El consumo de cocaína

En una encuesta nacional realizada en 2004 en Chile por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (22), la prevalencia del consumo de clorhidrato (CLH) de cocaína en el curso de la vida fue de 1,3% y de pasta de cocaína 0,6%. En la población carcelaria las cifras fueron 57% para la cocaína en pasta y 44% para el CLH de cocaína. Uno de cada cuatro internos informó consumo frecuente de pasta de cocaína; uno de cada diez consumo frecuente de CLH de cocaína; el 5% señaló que se inyectaban drogas. Entre los estudiantes, la prevalencia en el último año fue de 2,6% para la pasta de cocaína y 2,9% el CLH de cocaína. Después del aumento ocurrido durante los años noventa, se observaron disminuciones pequeñas del consumo de cocaína en las encuestas domiciliarias anuales efectuadas entre 2000 y 2004. La

prevalencia anual en la población en general cayó de 1,9% en 2000 a 1,7% en 2004. Si sólo se considera al CLH de cocaína, la disminución fue de 1,5% en 2000 a 1,3% en 2004. El consumo general de cocaína parece haberse estabilizado en Chile. Los resultados de encuestas escolares también revelaron un nivel básicamente estable durante el período 2001-2005.

En Méjico, las tasas de consumo de cocaína en la población urbana, registradas en los 12 meses anteriores a la realización de las Encuestas Nacionales de Adicciones, aumentaron de 0,18% en 1988 a 0,45% en 1998 y se nivelaron en 0,38% en 2002 (21). El estudio reveló que las diferencias regionales son muy marcadas. Las tasas más altas de prevalencia se encontraron en los estados del norte (3,1% en el curso de la vida), en particular en los que lindaban con los Estados Unidos. En la región del centro fueron bajas (0,7%), al igual que en el sur del país (0,5%).

En Brasil, una encuesta domiciliaria nacional reveló que la prevalencia del consumo de (CLH) de cocaína en el curso de la vida era de 2,3% y el de crack, de 0,4% (25). En São Paulo, (el más grande centro metropolitano del país), un estudio realizado con consumidores de drogas tratados en hospitales psiquiátricos públicos encontró que la prevalencia del consumo de cocaína inhalada en el curso de la vida fue de 29,8% y el de crack, de 38,4%. Era más probable que los fumadores de crack tuvieran un bajo nivel educativo, no tuvieran empleo ni hogar, hubieran estado más frecuentemente en prisión y consumieran cantidades mayores de droga. Los usuarios de crack también declararon con más frecuencia que habían usado drogas mientras estaban en la cárcel (29). En otro estudio llevado a cabo en un centro para rehabilitación juvenil de São Paulo, 57% de los adolescentes informaron sobre consumo de cocaína en el curso de la vida y 42% señalaron que habían consumido crack (30). Encuestas realizadas en

escuelas revelaron un consumo estable de cocaína en el período 1997-2004 (31). El análisis de la distribución regional del consumo de cocaína en Brasil demuestra que las regiones del sudeste y del sur son las más afectadas, mientras que en el norte y nordeste el consumo es más moderado (14).

En un estudio epidemiológico multinacional (24) llevado a cabo en siete países de América Central y el Caribe con jóvenes escolarizados, los cálculos de la incidencia acumulada del consumo de crack y pasta de cocaína variaron desde menos de 1% en Panamá a entre 1% y 2% en los otros países participantes (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana).

En una encuesta entre estudiantes efectuada en Colombia (23), las tasas de prevalencia del consumo de cocaína entre 1997 y el 2004 fueron estables, con una prevalencia del consumo en el curso de la vida de 2,7% en 1997 y de 2,8% en 2004; de 2,2% en el último año en 1997 y de 2,3% en 2004; de 1,8% en el último mes en 1997 y de 1,8% en 2004; y una prevalencia en la última semana de 1,2% en 1997 y de 1,1% en 2004. En este último año, la prevalencia del consumo de basuco (pasta de cocaína) fue de 1,5% en el curso de la vida, de 1,3% en el último año, de 1,2% en el último mes y de 0,7% en la última semana.

Otra encuesta realizada en el año 2006 entre estudiantes de escuelas secundarias en nueve países sudamericanos (32), mostró que las tasas más altas de consumo de cocaína y de pasta base en los últimos 12 meses correspondieron a Argentina (2,5% y 1,6%, respectivamente) y Chile (2,4% y 2,1%), seguidos por Brasil (1,7% para el consumo de cocaína; no hay datos sobre pasta base), Colombia (1,7% y 1,3%), Uruguay (1,4% y 0,6%), Ecuador (1,2% y 0,8%), Perú (1,0% y 0,8%), Bolivia (0,9% y 0,8%) y Paraguay (0,6% y 0,5%). Se encontraron niveles bastante altos de consumo

de (CLH) de cocaína en Argentina (una prevalencia de 4,6% en el curso de la vida en estudiantes de 15-16 años) y Chile (4,3%), seguidos de Uruguay y Ecuador. Los niveles más bajos fueron informados por Paraguay (1,1%). En los tres países andinos, los niveles de consumo de cocaína en los estudiantes secundarios resultaron ser muy similares (1,9% a 2%), con niveles sólo marginalmente más altos notificados por Colombia. Los niveles más altos de consumo de cocaína base o pasta base se dan en Argentina, Chile y Bolivia.

Finalmente, en un estudio realizado en Ecuador (33) entre estudiantes universitarios, cuya edad promedio era de 20 años, el consumo de cocaína tuvo una prevalencia en el curso de la vida de 1,7%, similar a la observada en 1996-1997.

El consumo de cannabis

En el estudio epidemiológico multinacional (24) llevado a cabo en siete países de América Central y el Caribe (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana), se estimó que entre 4% y 5% de los jóvenes habían consumido marihuana en al menos una ocasión. Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 en Méjico (21), el cannabis fue la droga de mayor consumo, con tasas que mostraron una disminución casi insignificante: 1,21% en 1988, 1,03% en 1998 y 0,61%, en 2002.

La encuesta nacional efectuada en 2004 en Chile por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (22), mostró que la prevalencia del consumo de cannabis en el curso de la vida era de 5,3% (fue la droga ilícita usada con mayor frecuencia). En la población carcelaria, la cifra fue de 88%. En los estudiantes, la prevalencia en el último año fue de 15,2%. En Colombia, según la encuesta entre estudiantes

anteriormente mencionada (23), el cannabis fue la sustancia ilícita usada con mayor frecuencia, con una prevalencia de consumo de alrededor de 5,5% en el curso de la vida, de alrededor de 4,4% en el último año, de 3,4% en el último mes y de 2,3% en la última semana. El consumo de cannabis en el último año subió de 1,5% a 4,4% entre 1996-1997 y 2004.

En Brasil, la prevalencia anual del consumo de cannabis aumentó de 1% en 2001 a 2,6% en 2005; la prevalencia en el curso de la vida en 2005 fue de 6,9% (34). En el estudio llevado a cabo en un centro para rehabilitación juvenil en São Paulo, 83% de los adolescentes informaron que habían consumido marihuana en el curso de su vida (30). En Ecuador, en el estudio realizado entre estudiantes universitarios cuya edad promedio era de 20 años, el cannabis fue la droga ilícita más consumida, con una prevalencia en el curso de la vida de 3% (33).

El cannabis fue la droga ilícita con la más alta prevalencia de consumo en los estudiantes de escuelas secundarias de nueve países sudamericanos (CICAD, 2006) (32), con excepción de Brasil, donde era mayor la prevalencia del consumo de solventes. Chile presentó la más alta prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses (12,7%), seguido de Uruguay (8,5%), Colombia (7,1%), Argentina (6,7%), Brasil (5,1%), Ecuador (3,6%), Paraguay (2,7%), Perú (2,6%) y Bolivia (2,3%).

El consumo de cannabis por estudiantes del 12^o grado en los Estados Unidos descendió 18% entre 1997 y 2006 y es considerablemente menor (29% más bajo) que el informado hace tres decenios. También se observó una marcada disminución del consumo en estudiantes de escuelas secundarias de Ontario, Canadá (se redujo 19% entre 2003 y 2005). Se observó además una disminución del consumo en la población

en general. Los datos de encuestas domiciliarias de la población en general indicaron que en los Estados Unidos el consumo de esta sustancia descendió de 11% en 2002 a 10,4% en 2005 (35). En comparación con el valor máximo alcanzado en 1979 (16,6%) (36), el consumo de cannabis se redujo en 37%.

Uso de drogas inyectables (UDI)

Aunque son escasos los estudios epidemiológicos sobre el uso de drogas inyectables (UDI) y crack en América Latina y el Caribe, un creciente cúmulo de pruebas muestra el impacto que tiene este comportamiento en la salud pública, especialmente con relación al VIH y VHC. Mientras que el UDI está estrechamente relacionado con la epidemia de infección por el VIH en algunos países (Brasil, Argentina, Puerto Rico, Bermudas, Haití, Las Bahamas y Guayana Francesa), su participación en la epidemia es aparentemente insignificante en la mayoría de los demás países (37). El crack también ha sido vinculado con la epidemia (por transmisión sexual) en países como Jamaica y Trinidad Tobago (37). Las infecciones por el VIH asociadas al UDI han disminuido en América Latina, especialmente en los países donde es más antigua la epidemia. Esta situación puede ser resultado de la introducción de programas de reducción de daños (38).

En un estudio realizado en Méjico para investigar el perfil epidemiológico de la infección por el VHC en personas que se inyectan drogas, la mediana de la edad de la primera inyección fue de 19,5 años (amplitud entre cuartiles [AEC]: 16 a 25 años) y la mediana de los años transcurridos desde la primera inyección fue de 12,5 años (AEC: 8 a 19 años). La prevalencia general de anticuerpos contra el VIH y contra el VHC fue de 94,6% y de 2,8%, respectivamente. La prevalencia de todos los comportamientos de riesgo asociados con el VHC fue extremadamente alta en las personas encuestadas

que se inyectaban drogas. Hubo un alto porcentaje que había compartido el equipo de inyección en los seis últimos meses, tanto ofreciéndolo a otros usuarios (87,3%) como recibiendo de ellos (85,3%) (39).

En São Paulo, Brasil, el estudio transversal realizado en consumidores de drogas asistidos en hospitales psiquiátricos públicos encontró una prevalencia baja de consumo de drogas IV (1.6%) (29). Otro estudio en São Paulo (30) reveló que 5,5% de los adolescentes encarcelados informaron el uso de drogas inyectables y 2% señaló que se habían inyectado drogas en el mes previo a ser encarcelados. Un tercer estudio efectuado en esa ciudad (40), investigó la correlación entre las seroprevalencias del VIH y el VHC en prisioneros alojados en el establecimiento carcelario más grande de América del Sur (alrededor de 4.900 presos). Los resultados de este estudio indicaron que la transmisión del VIH en esa población se produce predominantemente a causa de la exposición parenteral por la inyección de drogas (principalmente cocaína) y que aumenta con el tiempo de encarcelamiento. Las prevalencias generales encontradas fueron las siguientes: VIH, 16% (IC de 95%: 13-19%); VHC, 34% (IC de 95%: 30-38%); y sífilis, 18% (IC de 95%: 15-21%).

En un estudio sobre el uso de drogas inyectables efectuado en Buenos Aires, Argentina, los datos recopilados desde 1998 a 2003 indicaron que la sustancia inyectada con mayor frecuencia era la cocaína (87,1%), seguida de la morfina (10%). Alrededor de 35,3% de las personas que se inyectaban drogas habían usado sal de anfetaminas en el pasado (“usaron alguna vez”), pero ninguno lo hacía en el momento del estudio, ya que esta sustancia fue reemplazada a mediados de los años ochenta por la cocaína, más fácilmente disponible y accesible. Entretanto, hubo una disminución en la frecuencia actual de inyección en las personas que se inyectaban drogas, en

comparación con 1998, particularmente en el caso de la inyección diaria, que descendió de 43,6% en 1998 a 5% en 2003 (41).

Discusión

Las limitaciones principales que padecen los cálculos relacionados con el consumo de drogas ilícitas son el resultado de la escasez de datos sobre la prevalencia del consumo de las mismas en América Latina. Según el Informe Mundial Sobre las Drogas (UNODC 2007) (14), estas limitaciones se derivan del hecho de que la mayoría de los países carecen de los sistemas de monitoreo requeridos para producir datos fidedignos, integrales e internacionalmente comparables. En muchos casos, se proporcionan datos conforme al mejor juicio de los expertos. En consecuencia, es necesario depender de estimaciones indirectas, derivadas de cálculos de prevalencia inexactos. Aún los cálculos indirectos son difíciles de realizar porque el consumo de estas drogas es ilegal, estigmatizado y escondido.

A pesar de que el consumo de sustancias es un problema de salud pública importante en América Latina y el Caribe, con países que dejan de ser sólo productores o de tránsito para convertirse en consumidores (27), los estudios epidemiológicos existentes se limitan principalmente a describir el hecho y los factores de riesgo, sin proveer prácticamente ningún dato sobre la utilización de servicios (42). Estos estudios también tienden a usar diferentes metodologías, lo cual vuelve particularmente difícil la comparación de los datos entre los países.

Por otro lado, el consumo de sustancias ilícitas es mucho más frecuente en ciertos grupos vulnerables, como niños y adultos que viven en la calle, personas sin hogar y población carcelaria, entre otros, cuya cobertura en encuestas domiciliarias o

escolares es a menudo problemática. Asimismo, la proporción de jóvenes que asisten a las escuelas varía considerablemente entre los países latinoamericanos; las tasas de deserción pueden llegar a 40% o más. Esto significa que, en algunos países, los niveles de consumo de drogas entre los jóvenes escolarizados no son necesariamente representativos de los niveles de consumo de los jóvenes en general. Los datos parecen indicar que los países más desarrollados de América Latina enfrentan los niveles más altos de consumo de cocaína entre estudiantes. Al mismo tiempo, como probablemente en estos países haya una proporción alta de niños de la calle, quienes se sabe que presentan niveles de consumo aún mayores, la imagen real sigue siendo poco clara.

Se carece también de datos sobre el riesgo de mortalidad y morbilidad por algunas causas en los usuarios de drogas ilícitas. Y prácticamente no existen estudios sobre los factores (ambientales, culturales o del comportamiento) que puedan determinar la proporción de casos de muerte por cualquier causa particular atribuibles al consumo perjudicial de drogas ilícitas (WHO 2004) (15).

La mayoría de los cálculos de prevalencia varían según los supuestos y la metodología empleados. Los datos proporcionados por la ONUDD no tienen la misma fiabilidad que las encuestas domiciliarias en gran escala utilizadas en los países desarrollados. Lamentablemente, el costo de esas encuestas hace inviable su uso en los países en desarrollo. La escasez de datos sobre los que se basan los cálculos de prevalencia anual no permite identificar tendencias claras a corto plazo. Los datos sobre las tasas de dependencia de sustancias y la morbilidad asociada son también muy limitados, dificultando el cálculo de las repercusiones del consumo de drogas ilícitas en la salud y la sociedad. Se necesitan entonces sistemas de monitoreo y datos fidedignos y

comparables de los países de la Región para conocer más a fondo los importantes problemas y necesidades que deben ser enfrentados.

Más allá de algunos programas de reducción de daños encaminados a frenar la epidemia de infección por el VIH, en gran medida, no se conocen las necesidades de servicios de las personas con dependencia de sustancias y uso problemático de drogas. La respuesta de tratamiento parece débil y los niveles de cobertura son muy bajos.

Para abordar los problemas ya identificados, la Región se vería beneficiada con una mejor colaboración de la investigación internacional, al igual que el establecimiento de una red amplia entre los grupos de investigación latinoamericanos. El trabajo en conjunto y el intercambio de información permitiría crear un consenso general para identificar los factores determinantes modificables de los problemas relacionados con las drogas que los países tienen en común, así como compartir modelos de prevención y tratamiento eficaces, que ya hayan tenido éxito.

References

1. World Health Organization. World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
2. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos C T, Frick U, Jernigan D. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*. 2003b;9:157-164.
3. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas, implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health*. 2005;18 (4/5):241-248.
4. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al: *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
5. Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, Frick U. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*. 2003a; 9:47-156.
6. Rehm J, Ashley MJ, Room R, Single E, Bondy S, Ferrence R, et al: *Drinking patterns and their consequences: Report from an international meeting*. *Addiction*. 1996; 91:1615-1621.
7. World Health Organization. *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: WHO; 2000.

8. Pan American Health Organization. Alcohol, gender, culture and harms in the Americas: PAHO Multicentric Study final report. Washington DC: PAHO; 2007.
9. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. WHO/MSD/MSB/01.6a. Geneva: World Health Organization; 2001.
10. Ewing JA. Detecting Alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA 1984;252:1905-1907.
11. Monteiro M. Alcohol y Salud Publica en la Américas: un caso para la acción. Washington DC, OPS; 2007.
12. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(4/5), 229-40.
13. Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M, Medina-Mora ME, Monteiro M, Parry C, Partanen J, Riley L, Saxena S. Alcohol in developing societies: a public health approach. Finnish Foundation for Alcohol Studies volume 46; 2002.
14. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2007. Vienna, UNODC 2007. Available at: [ww.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf](http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf)
15. World Health Organization. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors, Vol. 1. Edited by Ezzati Majid, López AD, Rodgers A. & Murray ChJL Geneva: WHO; 2004.
16. Fischer B, Kendall P, Rehm J, Room R. Charting WHO-goals for licit and illicit drugs for the year 2000: are we “on track”? Public Health. 1997;111:271-275.
17. Warner-Smith M, Darke S, Lynskey M, Hall W. Heroin overdose: causes and consequences. Addiction. 2001;96:1113-1125.
18. Ross M, Wodak A, Loxley W, Stowe A, Drury M. Staying negative. Summary of the results of the Australian National AIDS and Injecting Drug Use Study. ANAIDUS: Sydney; 1992.
19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU member states. Lisbon: EMCDDA; 1999.
20. National Institute on Drug Abuse. The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States; 1992. Available at: <http://165.112.78.61/EconomicCosts/Index.html>
21. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J, et al. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(4): 265–76
22. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile. CONACE; 2006. Available at: http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Obser_ok.pdf
23. Martinez-Mantilla JA, Amaya-Naranjo W, Campillo HA, Rueda-Jaimes GE, Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA. Substance abuse amongst adolescents. Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. Rev. Salud Pública. 2007;9(2):215-229. Available at: www.scielosp.org
24. Dormitzer CM., Gonzalez GB, Penna M, Bejarano J, Obando P, Sanchez M et al. The PACARDO research project: youthful drug involvement in Central America and the Dominican Republic. Rev Panam Salud Publica. June 2004;15(6):400-416.

25. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Use of psychotropic drugs in Brazil: household survey in the 107 biggest Brazilian cities - 2001. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(special edition):888-95.
26. Bucardo J, Brouwer KC, Magis-Rodriguez C, Ramos R, Fraga M, Perez SG, et al. Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: Implications for the prevention of blood borne infections. *Drug and Alcohol Dependence*. September 2005;79(Issue 3,1):281-293.
27. Medina-Mora ME, Cravioto P, Ortiz A, Kuri P, Villatoro J. Mexico: systems for the epidemiological diagnosis of drug abuse. *Bulletin on Narcotics*. 2003;vol.LV(1& 2):105-119.
28. Cravioto P, Medina-Mora ME, Rosa B, Galvan F, Tapia-Conyer R. Heroin consumption patterns in a northern Mexican border prison: obstacles to treatment access. *Salud pública Méx*. May/June 2003;45(3):181-190.
29. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatrics hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública*. Dec 2003;37(6):751-759.
30. Peres CA, Paiva V, Silveira F, Peres RA, Hearst N. AIDS prevention among incarcerated teenagers, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2002 Aug;36(4):76-81. Available from: www.scielosp.org
31. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotropicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Publica de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, São Paulo: CEBRID; 2004.
32. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Jovenes y Drogas en Países Sudamericanos: un desafío para las políticas publicas. CICAD; September 2006. Available at: www.cicad.oas.org/oid
33. Chavez KAP, O'Brien B, Pillon SC. Drugs use and risk behavior in a university community. *Rev Latino-Am Enfermagem*. Dec 2005;13(spe2):1194-1200. Available from: www.scielo.br
34. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País. Sao Paulo: CEBRID; 2005.
35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2005 National Survey on Drug Use & Health. Rockville MD: SAMHSA; Sept. 2006.
36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Preliminary Results from the 1996 Household Survey on Drug Abuse. SAMHSA; August 1997.
37. UNAIDS, The Joint United Nations Program on HIV/ AIDS/ World Health Organization. AIDS Epidemic update: <http://www.unaids.org>. December 2006.
38. Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saúde Pública*. April 2006;vol.22(4):761-770.
39. White EF, Garfein RS, Brouwer KC, Lozada R, Ramos R, Fiirestone-Cruz M, et al. Prevalence of hepatitis C virus and HIV infection among injection drug users in two Mexican cities bordering the U.S. *Salud pública Méx*. 2007;49(3):165-172.
40. Burattini MN, Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Carvalho HB. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Rev Saúde Pública*. Oct 2000;34(5):431-436. Available from: www.scielo.br

41. Rossi D, Pia Pawlowicz M, Rangugni V, Zunino SD, Goltzman P, Cymerman P et al. The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cad. Saúde Pública*. Apr. 2006;22(4):741-750.
42. Aguilar-Gaxiola S, Medina-Mora ME, Magana CG, Vega WA, Alejo-Garcia C, Quintanar TR, et al. Illicit drug use research in Latin America: Epidemiology, service use and HIV. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 84S:S85–S93
43. Rehm, J., Patra, J., Baliunas, D. , Popova, S., Roerecke, M. & Taylor, B (2006). Alcohol consumption and global burden of disease 2002. Report to WHO. Geneva: WHO.

CAPÍTULO 4:

Trends in methamphetamine use in young injection drug users in San Francisco from 1998 to 2004: the UFO Study (Tendências no uso de metanfetamina entre usuários de drogas injetáveis jovens em São Francisco de 1998 a 2004: o Programa UFO)

O artigo seguinte aborda tendências do uso de metanfetamina entre UDI jovens em São Francisco. Apesar de não ter havido um aumento na prevalência de metanfetamina entre os jovens UDI, os dados do estudo apontam para um nível elevado, embora estável, ao longo de seis anos. Os dados deste estudo apontam para prevalências elevadas de consumo de drogas, além de frequências elevadas de práticas de risco associadas a esse consumo.

Os resultados do estudo sugerem que a epidemia de metanfetamina já havia atingido os jovens UDI, antes mesmo de alcançar outros segmentos sociais. Contudo, comparando os diferentes subgrupos estudados, os HSH (homens que fazem sexo com outros homens) apresentaram considerável aumento no consumo de metanfetamina, ao longo do tempo, o que se mostrou associado a taxas mais elevadas de infecção por HIV. A metanfetamina também apresentou índices elevados de consumo em um estudo realizado anteriormente, pelo UFO, sendo a segunda droga mais injetada (22%), sendo superada apenas pelo consumo de heroína (65%) (Davidson et al., 2002).

Em um outro estudo realizado pela mesma equipe, buscou-se determinar a prevalência de infecção pelo HIV e comportamentos de risco associados, também entre a população de usuários de drogas injetáveis jovens. Quanto aos comportamentos relacionados à injeção de drogas e associações com a infecção pelo HIV, a maioria dos participantes (66.1%) relatou a heroína com a droga injetada com mais frequência nos últimos 30 dias, seguida pela metanfetamina (23.7%). Apesar da infecção pelo HIV não ter sido associada com o uso de metanfetamina, homens que fazem sexo com outros homens (HSH) reportaram a metanfetamina com a droga utilizada com mais frequência (Page-Shafer et al., 2002).

Trends in methamphetamine use in young injection drug users in San Francisco from 1998 to 2004: the UFO Study

ALINE INGLEZ-DIAS¹, JUDITH A. HAHN², PAULA J. LUM², JENNIFER EVANS¹, PETER DAVIDSON¹, & KIMBERLY PAGE-SHAFER¹

¹Department of Epidemiology and Biostatistics, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA, and ²Department of Medicine, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA

Abstract

Aims. To describe temporal trends in methamphetamine use among young injection drug users (IDU) in San Francisco. *Design and Methods.* Secondary analysis of cross-sectional baseline data collected for a longitudinal study of young IDU from 1998 to 2004. Participants were 1445 young IDU (530 years old) who reported injection in the previous month, Englishspeaking, and recruited by street outreach methods. We examined trends for: lifetime (ever) and recent (30-day) methamphetamine use, including injected and non-injected, and by age group and sexual risk behaviour [men who have sex with men injecting drug users (MSM-IDU), male IDU (non-MSM) and female IDU]. *Results.* In 1998, 1999, 2000, 2001, 2003 and 2004 we interviewed 237, 276, 431, 310, 147 and 44 participants, respectively. Overall, median age was 22 years [interquartile range (IQR) 20 – 25], 30.3% were women and median duration of injecting was 4.4 years (IQR 2 – 7). Prevalence of methamphetamine use was high, with 50.1% reporting recent injection, but overall there were no temporal increases in reported 'ever' injected use. Recent methamphetamine injection (past 30 days) increased significantly, and peaked at 60% in 2003. MSM-IDU had higher methamphetamine injection ever (92.3%) and recently (59.5%) compared to heterosexual male (non-MSM) IDU (81.6% and 47.3%, respectively) and to female IDU (78.4% and 46.1%, respectively). *Conclusions.* Despite reports of ubiquitous increases in methamphetamine use, there were no significant increases in 6 years in ever injecting methamphetamine overall among young IDU. MSM-IDU who reported the highest methamphetamine use overall reported some increases in recent injected use. The methamphetamine 'epidemic' was probably under way among young IDU earlier than other populations. [Inglez-Dias A, Hahn JA, Lum PJ, Evans J, Davidson P, Page-Shafer K. Trends in methamphetamine use in young injection drug users in San Francisco from 1998 to 2004: the UFO Study. *Drug Alcohol Rev* 2008;27:286–291]

Key words: injection drug use, methamphetamine, MSM-IDU, prevalence, trends, young injectors.

Introduction

In the United States, methamphetamine use grew rapidly in the 1990s and became a significant public health concern nationally. Chronic use is associated with significant negative acute and chronic health, psychiatric and social consequences [1 – 9], and methamphetamine users are among the most difficult drug treatment patients [10]. In certain populations, including men who have sex with men (MSM), methamphetamine is associated with high-risk sexual and injection behaviors and elevated human immunodeficiency virus (HIV) rates [4,11 – 14]. In the United States, the spotlight on methamphetamine use has been especially intense as it has become more widespread, particularly among white, middle-class youth and young adults [15 – 17]. Groups experiencing increases, however, appear to be heterogeneous, including Hispanic and Asian populations, male and female sex workers, transgendered people, high-school and college students and farm workers [15,18,19]. Nationally, indicators of escalating methamphetamine use in the last decade include increases in: admissions

to publicly funded drug treatment programmes [20]; emergency department reports involving methamphetamine [21]; and the percentage and numbers of arrestees testing positive for methamphetamine [22]. In California, methamphetamine-related admissions to drug treatment programmes increased 363% from 1992 to 2005 [20].

In San Francisco, street-based youth and young adults have historically had high exposure to methamphetamine [23 – 26]. In some of the only trend data available in San Francisco, methamphetamine use among marginally housed and homeless adults tripled overall between 1996 and 2003, but quadrupled in the younger groups (535 years) [27]. From 1989 to 2004 methamphetamine use (past 30-day recall) increased from 24% to 37% among older injection drug users (IDU) [28]. As the public health literature and lay press have published widely on increases in methamphetamine use in the United States, in particular among youth, we hypothesized that methamphetamine use increased among young IDU. Here we examine longitudinal trends in reported methamphetamine use from cross-sectional data collected serially from ongoing study of young IDU in San Francisco, California.

Methods

Population

Young IDU were recruited from 1998 to 2001 and 2003 to 2004 to participate in the UFO Study (at the study's inception, the acronym represented 'U Find Out' (serostatus); details and recruitment procedures are described in detail in [29]) in San Francisco, California, using targeted street outreach methods. In brief, young IDU were recruited by peer outreach workers to screen for participation in prospective epidemiological studies of HIV, hepatitis B and C virus (HBV and HCV) infections. In 1999 only, snowball sampling methods were added, wherein participants were asked to refer other known young IDU. In all years, eligible participants were under age 30, reported injection in the previous month and were English-speaking. A baseline structured interview assessing self-reported behavioral risk and drug exposures was administered, followed by counselling and testing for HIV, HBV and HCV. Participants were reimbursed for interview time and returning for test results. We examined temporal trends in self-reported injected and non-injected methamphetamine at baseline interview.

Methamphetamine use variables

For all years, data were examined regarding recent (past 30 days) or 'ever' self-reported injected methamphetamine. Regarding non-injection use of methamphetamine, in addition to 'ever' use, participants were asked about use in the past year (in 1998 and 1999) and use in the past 3 months (2000, 2001, 2003 and 2004).

Analyses

Summary statistics were calculated for selected sociodemographic and risk exposures. Yearly trends in methamphetamine use were examined overall, as well as by age group [≤ 22 compared to 422 (cut-offs were based on median age of the sample)] and sexual risk group (MSM-IDU, male non-MSM-IDU and female IDU), using w_2 tests for trend. All analyses were conducted using STATA 9.0 (STATA Corporation, College Station, TX, USA).

Results

Participants were interviewed in 1998 (n=4237), 1999 (n=4276), 2000 (n=4431), 2001 (n=4310), 2003 (n=4147) and 2004 (n=444) (Table 1). Overall, median age of participants was 22 years [interquartile range (IQR) 20, 25], the majority reported injecting daily (64.5%), was male (69.7%) and most (83.5%) reported not being housed the previous night. The median number of reported years of injecting was four (IQR, 2, 7). Prevalence of HIV, HBV and HCV infections were 3.5%, 20.9% and 38.8%, respectively.

Table 1. Characteristics and prevalence of selected risk exposures among of young IDU in San Francisco (1998–2004)

Characteristics	Total (n = 1445) n (%)
Median age (IQR)	22.0 (20–25)
Gender	
Male	1007 (69.7)
Female	438 (30.3)
Race/ethnicity	
Caucasian	1132 (79.0)
Non-Caucasian	301 (21.0)
Sexual risk group	
MSM	359 (25.0)
Male (non-MSM)	640 (44.5)
Female	438 (30.5)
Housing last night	
No	1044 (72.7)
Yes	392 (27.3)
Education	
< High school	721 (50.2)
High school	443 (30.9)
> High school	272 (18.9)
Median number of years injecting (IQR)	4.4 (2–7)
Injected every day last 30 days	
No	934 (64.8)
Yes	507 (35.2)

IQR: interquartile range; MSM: men who have sex with men.

Table 2 shows the proportion of respondents reporting ever and recent injection and non-injection methamphetamine use: overall, by year and stratified by gender/risk and age groups. A majority (83.7% overall) of participants reported having ever injected methamphetamine; no significant changes were observed over time for ever injecting methamphetamine in any subgroup. Overall, a higher proportion of MSM-IDU reported having ever injected methamphetamine (92.3%) compared to male (non-MSM) IDU (81.6%) and female IDU (78.4%), and over most years (Figure 1). Injected methamphetamine in the past 3 months showed similar patterns. Statistically significant temporal differences ($p < 0.01$) were seen with respect to recent methamphetamine injection (past 30 days) among MSM-IDU and older (42+ years) participants, with a nadir in 1999 and a peak in reported use in 2003, which was consistent across all groups.

Table 2. Trends in injection and non-injection methamphetamine use from 1998 to 2004 by sexual risk and age group in young injectors in San Francisco (n= 1445)

	Total n (%)	1998 N=257 n (%)	1999 N=276 n (%)	2000 N=431 n (%)	2001 N=310 n (%)	2003 N=147 n (%)	2004 N=44 n (%)	p-value for trend
Injected methamphetamine ever (yes)								
All	775 (83.7)			364 (84.7)	253 (81.9)	122 (84.7)	36 (83.7)	0.94
Female	214 (78.4)			102 (81.6)	78 (74.3)	28 (77.8)	6 (85.7)	0.77
Male (non-MSM)	315 (81.6)			143 (80.8)	110 (82.1)	46 (83.6)	16 (80.0)	0.66
Male MSM	241 (92.3)			119 (93.0)	65 (92.9)	43 (91.5)	14 (87.5)	0.49
<22	375 (81.5)			181 (84.2)	142 (78.9)	37 (77.1)	15 (88.2)	0.48
>22	400 (85.8)			183 (85.1)	111 (86.1)	85 (88.5)	21 (90.8)	0.78
Injected methamphetamine in last 3 months (yes)								
All	539 (58.2)			251 (58.2)	165 (53.6)	99 (68.3)	24 (57.1)	0.12
Female	143 (52.0)			67 (53.2)	51 (48.6)	21 (56.8)	4 (57.1)	0.33
Male (non-MSM)	209 (54.3)			93 (52.5)	72 (53.7)	33 (60.0)	11 (57.9)	0.72
Male MSM	182 (70.0)			91 (71.1)	42 (60.9)	40 (85.1)	9 (56.3)	0.54
<22	260 (56.4)			120 (55.6)	98 (54.4)	32 (66.7)	10 (58.8)	0.27
>22	279 (60.0)			131 (60.9)	67 (52.3)	67 (69.1)	14 (56.0)	0.38
Injected methamphetamine last 30 days (yes)								
All	719 (90.1)	123 (52.1)	99 (36.1)	231 (53.6)	156 (50.5)	87 (60.0)	23 (56.1)	<0.01
Female	200 (46.1)	37 (53.6)	30 (33.3)	61 (48.4)	49 (46.7)	19 (51.4)	4 (57.1)	0.36
Male (non-MSM)	302 (47.3)	60 (53.6)	54 (38.0)	82 (46.3)	67 (50.0)	29 (52.7)	10 (55.6)	0.48
Male MSM	213 (59.5)	26 (47.3)	15 (35.7)	88 (68.8)	40 (57.1)	35 (74.5)	9 (56.3)	<0.01
<22	372 (49.3)	71 (56.4)	61 (36.3)	111 (51.4)	91 (50.6)	29 (60.4)	9 (56.3)	0.17
>22	347 (50.9)	52 (47.3)	38 (35.9)	120 (55.8)	65 (50.4)	58 (59.8)	14 (56.0)	0.01
Non-injection methamphetamine ever (yes)								
All	851 (91.8)			407 (94.4)	283 (91.3)	125 (87.4)	36 (83.7)	<0.01
Female	251 (91.6)			120 (95.2)	95 (89.6)	31 (88.6)	5 (71.4)	0.06
Male (non-MSM)	352 (91.2)			165 (93.2)	122 (91.0)	49 (89.1)	16 (80.0)	0.03
Male MSM	243 (93.1)			122 (95.3)	66 (94.3)	40 (85.1)	15 (93.8)	0.06
<22	424 (91.8)			206 (95.4)	163 (90.1)	40 (83.3)	15 (88.2)	<0.01
>22	427 (91.8)			201 (93.5)	120 (93.0)	85 (89.5)	21 (80.8)	0.03
Non-injection methamphetamine use last year* (yes)								
All	209 (40.7)	98 (41.4)	111 (40.2)	-	-	-	-	0.79
Female	65 (40.4)	32 (45.7)	33 (36.3)					0.07
Male (non-MSM)	98 (38.6)	37 (33.0)	61 (43.0)					0.09
Male MSM	46 (46.9)	29 (52.7)	17 (39.5)					0.12
<22	138 (46.5)	65 (51.2)	73 (42.9)					0.04
>22	71 (32.9)	33 (30.0)	38 (35.9)					0.47
Non-injection methamphetamine last 3 months† (yes)								
All	478 (51.4)			211 (49.0)	152 (49.0)	91 (62.3)	24 (55.8)	0.01
Female	147 (53.3)			63 (50.0)	58 (54.7)	23 (62.2)	3 (42.9)	0.03
Male (non-MSM)	172 (44.6)			75 (42.4)	54 (40.3)	31 (56.4)	12 (60.0)	0.39
Male MSM	154 (59.0)			73 (57.0)	40 (57.1)	32 (68.1)	9 (56.3)	0.35
<22	243 (52.5)			110 (50.9)	91 (50.3)	31 (63.3)	11 (64.7)	0.09
>22	235 (50.3)			101 (47.0)	61 (47.3)	60 (61.9)	13 (50.0)	0.04

*In 1998 and 1999, participants were asked about non-injection use in the past year; (in 2000 – 04, participants were asked about non-injection use in the past 3 months. IQR: interquartile range; MSM: men who have sex with men.

Non-injection methamphetamine use ‘ever’, which could include smoking and snorting, was reported by almost all participants (91.8%). Significant declines are seen over time in the overall sample (p<0.01), consistent across all subgroups, except from 2003 to 2004, when those aged 22 and older reported a slight increase. Reported non-injection use in the previous 3 months varied significantly overall, with the highest proportion (62.3%) in 2003 (p<0.01); the same trends were seen in all subgroups, but were significant only among females (0.03) and those 22 years and older (0.04). Declines seen in non-injection use of methamphetamine were not associated with any observed increases in injection use. As with injected methamphetamine, a higher proportion of MSM compared to males (non-MSM) and females reported recent noninjection use, but differences were not significant (Figure 2).

Figure 1. Trends in self-reported injected methamphetamine use in the last 30 days among young IDU in San Francisco by year and by sexual risk group.

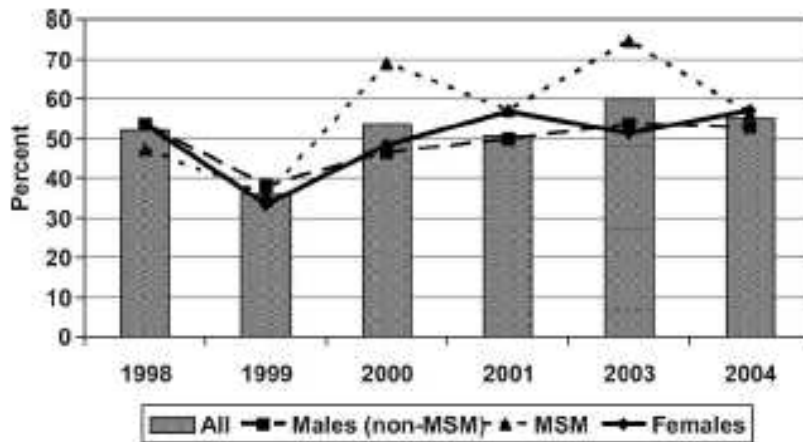
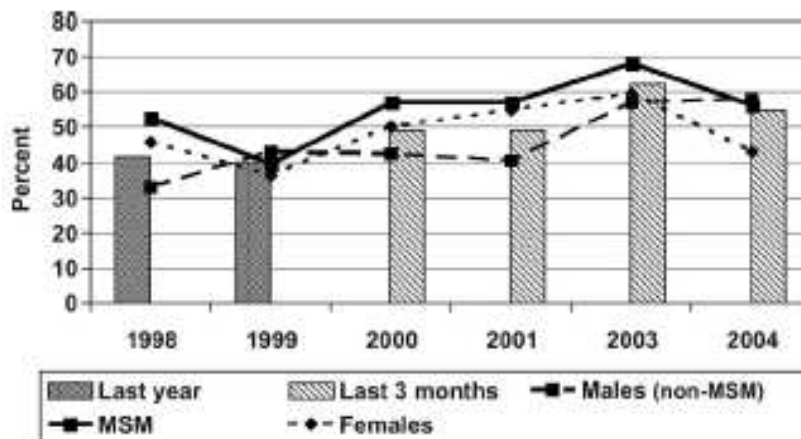


Figure 2. Trends in self-reported non-injected methamphetamine use among young IDU in San Francisco by year and by sexual risk group.



Discussion

Among young IDU in San Francisco, methamphetamine use has been very high since 1998 and continuing through 2004. In general, no temporal increases were observed in reported methamphetamine injection with respect to lifetime (ever) use; however, very recent (past 30 days) use increased significantly, corresponding to a nadir in 1999 and peak in 2003. Reported recent use in all other years varied little, between 50% and 60%. The declines observed in 1999 may be associated with the modified sampling methods (resulting in fewer methamphetamine users). Significant declines were noted in non-injection use for lifetime 'ever' recall, but not for shorter recall periods. The results suggest that the 'methamphetamine epidemic' was under way among young IDU earlier than among other populations. The proportion of young San Francisco IDU reporting methamphetamine use was radically higher than that reported by young IDU in Vancouver, where methamphetamine injection prevalence was 6.7% in 2004 [30].

The higher reported use of methamphetamine among the MSM subgroup in this sample of young IDU compared to male (non-MSM) and female IDU corroborates

other reports of increased methamphetamine use among MSM, especially younger ones, in San Francisco [12]. These increases corresponded to elevated rates of HIV, which are attributed largely to higher-risk sexual exposures [31 – 33], including trading sex for drugs [34], which may be practised to obtain methamphetamine [35] in this high-risk group.

Findings from this study have the following potential limitations. First of all, these are secondary data analyses; the UFO studies were designed principally to examine disease outcomes associated with injection-related exposures. The consistency of the data suggest that, over time, few if any differential reporting occurred, even with respect to sexual risk and age groups. Even in 1999, when reported recent injected methamphetamine was lowest, the results did not vary by group. These factors suggest that the data are not highly compromised.

This study contributes to the literature of drug use among young high-risk IDU, which lacks population-based documentation on temporal trends in types, frequency and methods of administration. Methamphetamine among young IDU in San Francisco is higher than other locales and other groups; it is likely to contribute to the high morbidity and mortality of young IDU, as well as increased risk for HIV in association with both elevated sexual and injection related risks [30,36 – 39]. These data show the continued urgent need for methamphetamine prevention and intervention programmes targeted toward young IDU.

References

- [1] Williams N, Covington JS III. Methamphetamine and meth mouth: an overview. *J Tenn Dent Assoc* 2006;86:32 – 5.
- [2] Meredith CW, Jaffe C, Ang-Lee K, Saxon AJ. Implications of chronic methamphetamine use: a literature review. *Harv Rev Psychiatry* 2005;13:141 – 54.
- [3] McKetin R, McLaren J, Lubman DI, Hides L. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction* 2006;101:1473 – 8.
- [4] Shoptaw S, Peck J, Reback CJ, Rotheram-Fuller E. Psychiatric and substance dependence comorbidities, sexually transmitted diseases, and risk behaviors among methamphetamine-dependent gay and bisexual men seeking outpatient drug abuse treatment. *J Psychoact Drugs* 2003;35(Suppl. 1):161 – 8.
- [5] Wang Y, Hayashi T, Chang CF, et al. Methamphetamine potentiates ischemia/reperfusion insults after transient middle cerebral artery ligation. *Stroke* 2001;32:775 – 82.
- [6] Smith L, Yonekura ML, Wallace T, Berman N, Kuo J, Berkowitz C. Effects of prenatal methamphetamine exposure on fetal growth and drug withdrawal symptoms in infants born at term. *J Dev Behav Pediatr* 2003;24:17 – 23.
- [7] Hong R, Matsuyama E, Nur K. Cardiomyopathy associated with the smoking of crystal methamphetamine. *JAMA* 1991;265:1152 – 4.
- [8] Lan KC, Lin YF, Yu FC, Lin CS, Chu P. Clinical manifestations and prognostic features of acute methamphetamine intoxication. *J Formos Med Assoc* 1998;97: 528 – 33.
- [9] Sheridan J, Bennett S, Coggan C, Wheeler A, McMillan K. Injury associated with methamphetamine use: a review of the literature. *Harm Reduct J* 2006;3:14.
- [10] Rawson RA, Gonzales R, Brethen P. Treatment of methamphetamine use disorders: an update. *J Subst Abuse Treat* 2002;23:145 – 50.

- [11] Mansergh G, Purcell DW, Stall R, et al. CDC consultation on methamphetamine use and sexual risk behavior for HIV/STD infection: summary and suggestions. *Public Health Rep* 2006;121:127 – 32.
- [12] Colfax G, Coates TJ, Husnik MJ, et al. Longitudinal patterns of methamphetamine, popper (amyl nitrite), and cocaine use and high-risk sexual behavior among a cohort of San Francisco men who have sex with men. *J Urban Health* 2005;82:i62 – 70.
- [13] Page-Shafer K, Veugelers PJ, Moss AR, Strathdee S, Kaldor JM, van Griensven GJ. Sexual risk behavior and risk factors for HIV-1 seroconversion in homosexual men participating in the Tricontinental Seroconverter Study, 1982 – 1994. *Am J Epidemiol* 1997;146:531 – 42.
- [14] Chesney MA, Barrett DC, Stall R. Histories of substance use and risk behavior: precursors to HIV seroconversion in homosexual men. *Am J Public Health* 1998;88:113 – 16.
- [15] Hunt D, Kuck S, Truitt L. Methamphetamine use: lessons learned. Report to the US Department of Justice no. 209730; 31 January 2006. Available at: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/209730.pdf> (accessed 27 March 2007).
- [16] Anglin MD, Perrochet B. Drug use and crime: a historical review of research conducted by the UCLA Drug Abuse Research Center. *Subst Use Misuse* 1998;33:1871 – 914.
- [17] Gibson DR, Leamon MH, Flynn N. Epidemiology and public health consequences of methamphetamine use in California's Central Valley. *J Psychoact Drugs* 2002;34: 313 – 19.
- [18] Rutkowski BA. California Substance Abuse Research Consortium, September 2005: update on recent methamphetamine trends in four California regions. *J Psychoact Drugs* 2006;(Suppl. 3):369 – 75.
- [19] Centers for Disease Control. Methamphetamine use and HIV risk behaviors among heterosexual men—preliminary results from five northern California counties, December 2001 – November 2003. *MMWR* 2006;55:273 – 7.
- [20] US Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies. Treatment episode data set (TEDS). Rockville, MD: National Admissions to Substance Abuse Treatment Services, 2005. Available at: <http://www.oas.samhsa.gov> (accessed 27 March 2007).
- [21] US Department of Health and Human Services Substance Abuse (UHDHHS) and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies (MHSAOAS). Drug Abuse Warning Network, 2005: national estimates of drug related emergency department visits. DAWN Series. Rockville, MD: UHDHHS/MHSAOAS. Available at: <http://DAWNinfo.samhsa.gov/> (accessed 27 March 2007).
- [22] US Department of Justice National Institute of Justice. Arrestee drug abuse monitoring program. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Justice. Available at: <http://www.ojp.usdoj.gov/nij/adam/welcome.html> (accessed 27 March 2007).
- [23] Clements K, Gleghorn A, Garcia D, Katz M, Marx R. A risk profile of street youth in northern California: implications for gender-specific human immunodeficiency virus prevention. *J Adolesc Health* 1997;20:343 – 53.
- [24] Gleghorn AA, Marx R, Vittinghoff E, Katz MH. Association between drug use patterns and HIV risks among homeless, runaway, and street youth in northern California. *Drug Alcohol Depend* 1998;51:219 – 27.

- [25] Moon MW, Binson D, Page-Shafer K, Diaz R. Correlates of HIV risk in a random sample of street youths in San Francisco. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2001;12:18 – 27.
- [26] Kral AH, Lorvick J, Edlin BR. Sex- and drug-related risk among populations of younger and older injection drug users in adjacent neighborhoods in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;24:162 – 7.
- [27] Das-Douglas M, Colfax G, Moss AR, Bangsberg DR, Hahn JA. Tripling of methamphetamine/amphetamine use among homeless and marginally housed persons, 1996–2003. *J Urban Health* 2007. Epub ahead of print.
- [28] San Francisco Department of Public Health. Synthesis of data on methamphetamine use in San Francisco. HIV/AIDS statistics and epidemiology section; March 2007. Available at: www.dph.sf.ca.us/sfcityclinic/providers/MethRaymondReport2006.pdf (accessed 9 January 2008).
- [29] Hahn J, Page-Shafer K, Lum P, Ochoa K, Moss A. Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco. *Hepatology* 2001;34:180 – 7.
- [30] Fairbairn N, Kerr T, Buxton JA, Li K, Montaner JS, Wood E. Increasing use and associated harms of crystal methamphetamine injection in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend* 2006;8:313 – 16.
- [31] Colfax G, Shoptaw S. The methamphetamine epidemic: implications for HIV prevention and treatment. *Curr HIV/AIDS Rep* 2005;2:194 – 9.
- [32] Page-Shafer K, Hahn JA, Lum PJ, Ochoa K, Graves A, Moss A. Prevalence and correlates of HIV infection among young injection drug users in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31:422 – 31.
- [33] Kral AH, Lorvick J, Ciccarone D, et al. HIV prevalence and risk behaviors among men who have sex with men and inject drugs in San Francisco. *J Urban Health* 2005;82:i43 – 50.
- [34] Bacon O, Lum P, Hahn J, et al. Commercial sex work and risk of HIV infection among young drug-injecting men who have sex with men in San Francisco. *Sex Transm Dis* 2006;33:228 – 34.
- [35] Brecht ML, O'Brien A, von Mayrhauser C, Anglin MD. Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addict Behav* 2004;29:89 – 106.
- [36] Davidson PJ, McLean RL, Kral AH, Gleghorn AA, Edlin BR, Moss AR. Fatal heroin-related overdose in San Francisco, 1997 – 2000: a case for targeted intervention. *J Urban Health* 2003;80:261 – 73.
- [37] Tyndall MW, Craib KJ, Currie S, Li K, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Impact of HIV infection on mortality in a cohort of injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28:351 – 7.
- [38] Bogart LM, Kral AH, Scott A, et al. Sexual risk among injection drug users recruited from syringe exchange programs in California. *Sex Transm Dis* 2005;32:27 – 34.
- [39] Lorvick J, Martinez A, Gee L, Kral AH. Sexual and injection risk among women who inject methamphetamine in San Francisco. *J Urban Health* 2006;83:497 – 505.

CAPÍTULO 5:

A perspectiva da saúde pública e as políticas de redução de danos

Ambos os artigos apresentados nesta dissertação ilustram faces diferentes de um mesmo problema - a cronificação do uso de drogas que, apesar de todos os esforços com vista à sua minimização e redução dos danos a ela associada, é relativamente freqüente, trazendo consigo inúmeros efeitos adversos para a saúde e sociais. Nesse trabalho, partimos da premissa mais comum a todas as políticas de redução de danos, que as drogas psicoativas existiram desde sempre, nas mais diversas culturas e que continuarão a ser usadas, independente da tendência repressiva das políticas vigentes ou mesmo das campanhas educativas. Contudo, os efeitos adversos desse uso podem e devem ser minimizados.

Como foi apontado nos dois artigos, o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas não vem experimentando redução no mundo em seu conjunto, apesar de todos os esforços nesse sentido, tanto em economias em desenvolvimento (países de renda baixa e média), como é o caso dos países da América Latina e Caribe, quanto nos países mais ricos, como é o caso dos Estados Unidos. Muitos são também os danos e riscos à saúde que estão associados ao consumo destas substâncias, assim como são altas as taxas de mortalidade relacionadas direta ou indiretamente ao consumo de drogas.

No caso do álcool, por se tratar de uma droga lícita e socialmente aceita, na maioria das sociedades, existem apenas políticas mais pontuais e menos repressivas, como as que coíbem o consumo de bebidas alcoólicas entre os motoristas. No entanto, o ônus social que está associado ao consumo de bebidas alcoólicas é expressivo no mundo todo e ultrapassa, uma vez contabilizado em dólares ou outras moedas locais, em muito o montante arrecadado em impostos sobre a produção e a comercialização (Duailibi & Laranjeira, 2007).

O uso problemático de álcool está associado a diversas patologias hepáticas, como cirrose hepática, esteatose e hepatite alcoólica, sendo que a cirrose hepática é uma das principais causas mundiais de morbidade e mortalidade. O uso de álcool entre usuários de drogas injetáveis constitui um dos fatores mais importantes associados à transmissão de infecções virais como HIV, hepatite B e hepatite C (Neuman et al., 2006).

Quanto às demais drogas, especialmente as ilícitas, sabe-se que elas são amplamente consumidas em todo mundo, mas este consumo está claramente subestimado, assim como seus efeitos para a saúde, que são, relativamente, pouco conhecidos. Apesar da relativa escassez de dados sobre o consumo de drogas ilícitas na América Latina e Caribe, estimativas apontam para o uso de drogas como um importante problema de saúde pública nessa região. Nos EUA, o uso não médico de drogas psicoativas é, reconhecidamente, uma das maiores causas diretas ou indiretas de problemas de saúde, especialmente entre a população mais jovem (Des Jarlais, 1995).

Usuários de drogas ilícitas apresentam taxas elevadas, em relação a não usuários, das quatro maiores causas de morte prematura no mundo: *overdose*, HIV/AIDS, suicídio e trauma. Além disso, a dependência às drogas é também apontada como uma das principais causas de invalidez entre trabalhadores, bem como das infecções pelos vírus das hepatites B e C, altamente prevalentes entre UDI (WHO, 2004).

No artigo sobre as tendências temporais do uso de metanfetamina entre UDI jovens em São Francisco, os dados apontam para prevalências elevadas de consumo de drogas, além de frequências elevadas de práticas de risco associadas a esse consumo. Apesar de não ter havido um aumento na prevalência de metanfetamina, ao longo do período sob análise, os dados do estudo apontam para um nível elevado, embora estável ao longo de seis anos, do consumo por parte dos jovens UDI.

Os resultados do estudo sugerem que a epidemia de metanfetamina já havia atingido os jovens UDI, antes mesmo de alcançar outros segmentos sociais. Contudo, comparando os diferentes subgrupos estudados, os HSH (homens que fazem sexo com outros homens) apresentaram considerável aumento no consumo de metanfetamina, ao longo do tempo, o que se mostrou associado a taxas mais elevadas de infecção por HIV. Os dados apresentados no estudo apontam para a necessidade de se implementar programas de prevenção e intervenções voltadas ao consumo dessa droga.

Ambos os artigos apontam para uma tendência de cronificação do consumo de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, independentemente de políticas majoritariamente repressivas, predominantes na maioria das culturas. Por outro lado, as conseqüências para a saúde relacionadas, direta ou indiretamente, ao uso de drogas, adquirem uma visibilidade cada vez maior. Dessa forma, faz-se clara a necessidade de que os

formuladores de políticas públicas estabeleçam novas estratégias para lidar com as questões de saúde relacionadas ao consumo de drogas.

Especialmente nos EUA, onde a tradição de políticas de drogas se baseia em princípios morais, o modelo da “guerra às drogas” predomina de forma incontestada. Esse tipo de abordagem privilegia a pressão permanente sobre a oferta (*supply-side policies*) e estratégias com base na abstinência. Corroborando tal abordagem, os grupos de mútua ajuda se multiplicaram nos EUA e expandiram a filosofia da abstinência total e absoluta para outras culturas. Organizações como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) propagaram a crença da abstinência como única fórmula de sucesso no tratamento da dependência às drogas (Peterson et al., 2006).

A “guerra às drogas”, conduzida pelos Estados Unidos, tanto em seu próprio território quanto fora dele, tem resultado em efeitos adversos para a saúde pública que poderiam, ao contrário, ser reduzidos através de intervenções de saúde pública (Burriss & Strathdee, 2006). Os questionamentos das políticas de drogas deveriam se centrar sobre que tipos de esforços e iniciativas teriam o maior impacto positivo sobre o uso de drogas e os riscos e danos associados, reduzindo o papel, hoje dominante, das propostas de eliminação do consumo a curto prazo.

Entre os muitos motivos para se reconsiderar a política de “guerra às drogas”, o mais urgente dentre eles é a epidemia de HIV/ AIDS. A política de drogas que predomina internacionalmente, enfatizando a repressão, não tem logrado obter sucesso expressivo, de um modo geral. Ainda assim, muitos países insistem em privilegiar o uso da repressão, resistindo à implementação de políticas de redução aos danos à saúde, relacionados ao uso de drogas. Essas políticas desconsideram as evidências científicas disponíveis e, de certa forma, terminam contribuindo para a propagação dos danos causados pelo uso de drogas (Elliott et al., 2005).

Por outro lado, as estratégias de redução de danos vêm ganhando força internacionalmente, tanto no âmbito do tratamento para o uso de drogas quanto no da prevenção ao HIV. Como já foi dito anteriormente, a redução de danos pode ser definida como um conjunto de estratégias práticas que têm por objetivo reduzir as possíveis conseqüências relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas. Trata-se uma visão mais realista e flexível, no âmbito da saúde, que incorpora estratégias que podem variar desde a orientação para um uso de drogas mais seguro até a completa abstinência.

Todavia, a perspectiva da redução de danos ainda encontra resistências na maioria das sociedades e, mesmo entre os próprios usuários de drogas, que muitas vezes encaram a abstinência como único meio de recuperação para a dependência às drogas. Proponentes da redução de danos têm sido acusados de apoiarem o uso continuado de drogas, sabotando os esforços dirigidos à abstinência e indo de encontro às políticas sociais instituídas (Peterson et al.,2006).

No caso do Brasil, são notáveis os esforços na formulação de políticas públicas que enfoquem a prevenção ao HIV, sem subalternizar quaisquer segmentos populacionais. Ao contrário, apesar das barreiras sociais, os usuários de drogas são considerados como um segmento estratégico para a contenção da epidemia, pelos riscos e danos a que estão expostos e que expõem os que com eles convivem, além das conseqüências negativas que podem advir do próprio consumo (Caiaffa & Bastos, 2006).

Atualmente, o trabalho da redução de danos ampliou sua atuação, não estando mais restrito à prevenção de HIV e hepatites virais entre usuários de drogas injetáveis. Devemos mencionar que, no Brasil, houve um deslocamento das políticas de RD do campo da prevenção de DST/Aids, para a saúde mental. A atuação dessas políticas abrange diversos padrões de uso e diferentes drogas (inclusive lícitas, como o álcool e o cigarro de tabaco), estabelecendo outras estratégias para reduzir danos tais como a redução do consumo, a substituição do uso de determinadas drogas/práticas associadas a maiores danos por outros hábitos/substâncias (por exemplo, substituição do uso injetável de heroína por metadona oral) e cuidados no consumo. Mas apesar dessa ampliação da atuação da RD, as barreiras ainda existem e muitas são as dificuldades que os programas encontram para sair da marginalidade e se integrar ao sistema de saúde, tornando-se uma prática legítima de cuidado, dentre outras (Nardi & Rigoni, 2005).

Também é importante destacar que os efeitos protetores das iniciativas de redução de danos são influenciados, direta ou indiretamente, por políticas de controle de drogas em diferentes níveis. Esses efeitos podem ser mais diretos, como o impedimento do funcionamento de programas de troca de seringas, especialmente quando se trata de políticas locais. Políticas de controle de drogas também podem exercer efeitos indiretos sobre as iniciativas de redução de danos, quando outras agências governamentais atuam sob uma lógica contraditória às estratégias de RD, trazendo desafios à implementação de tais estratégias, por exemplo, no contexto de

orientações contraditórias das políticas de saúde e da atuação cotidiana da força policial (Bastos & Strathdee, 2000).

Seria possível reduzir muitas das conseqüências para a saúde que podem advir do uso de drogas, através da adoção da perspectiva da saúde pública. Sob essa perspectiva, o conhecimento científico sobre os diferentes tipos de drogas e suas modalidades de uso poderiam beneficiar a formulação das políticas públicas voltadas ao uso dessas substâncias. Além disso, particularmente no caso das formas mais prejudiciais de uso de drogas, a ênfase na prevenção primária e a secundária poderia ser considerada pelos formuladores, como estratégia central. Também seria importante cogitar o investimento na redução dos efeitos adversos do uso de drogas, tanto para a saúde, quanto sociais, através de programas que atuem na modificação dos comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas.

Atenção ao usuário de drogas no contexto do Sistema Único de Saúde

No Brasil, a constatação de que o uso de drogas tem-se tornado um importante problema de saúde pública, especialmente pela relação, anteriormente mencionada neste trabalho, entre o consumo e os riscos e danos a ele associados, tanto na esfera da saúde quanto da dimensão social mais ampla, ressalta a importância da elaboração de políticas públicas consistentes voltadas para esse problema. As políticas de atenção ao usuário de drogas no âmbito da saúde, têm se mostrado pouco integradas e com baixa cobertura.

Segundo o texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, o Sistema Único de Saúde deveria garantir aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo os que sofrem por transtornos relacionados ao consumo de drogas, universalidade, integralidade e descentralização no atendimento, proporcionando a estruturação de redes de assistência que considerem as desigualdades existentes e que ajustem suas ações às necessidades da população (Brasil, 2002).

Nesse sentido, as diretrizes da atual política de atenção a usuários de álcool e outras drogas se propõem a atuar em uma perspectiva ampliada de saúde pública, proporcionando tratamento no âmbito da atenção primária, da atenção na comunidade e da educação em saúde para a população, favorecendo a participação ativa da comunidade, da família e dos próprios usuários. Seguindo essa linha, a assistência deveria ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados ministrados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção

Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), estando também inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (Brasil, 2004).

Atenção básica e redução de danos

Em todo o mundo, a atenção à saúde vem passando por sucessivas reformas, em parte por conta dos custos crescentes dos cuidados com a saúde. Em função da preocupação com a sustentabilidade dos orçamentos públicos e privados em saúde, compartilhada por muitos países, e a centralidade já ocupada pela atenção primária, esta ganhou destaque quanto ao seu papel e efetividade no âmbito dos sistemas de saúde. Segundo Starfield (2002), “a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo”.

O termo “Atenção Básica” foi adotado no contexto brasileiro das políticas de saúde, como uma alternativa menos restritiva à denominação “Atenção Primária”, proposta por entidades internacionais. Nessa perspectiva, o conceito de Atenção Básica está associado a uma concepção universalista, compreendida como um componente estratégico para estruturação, organização e equidade do sistema de saúde (Viana e Fausto, 2005). Ressalta-se, entretanto, que o termo atenção básica foi, inicialmente, associado ao Piso da Atenção Básica (PAB) e ao financiamento restritivo a poucos procedimentos simples e de baixo custo.

No Brasil, é recente o movimento de fortalecimento da Atenção Básica e sua incorporação ao ideário do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao processo de descentralização da política de saúde, que teve início na década de 1990. A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Atenção Básica à Saúde, como o próprio nome já define, é o ponto inicial do atendimento em saúde, buscando a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer o seu bem-estar (Brasil, 2007).

Diante da progressiva expansão do processo de organização dos serviços públicos de saúde, a atenção básica, porta de entrada do sistema único de saúde, enfrenta a necessidade de ampliar seu campo de conhecimento e atuação para melhor servir à população. Um dos desafios enfrentados pelas equipes dos serviços da

Atenção Básica é o atendimento ao usuário de drogas. A abordagem dirigida a essa população é norteadada pela concepção da redução de danos, especialmente no sentido das ações de prevenção ao HIV e outras DSTs entre os usuários de drogas (Brasil 2006).

O conceito de redução de danos, no início da epidemia de Aids, esteve vinculado exclusivamente aos UDI, contudo, foi gradativamente sendo ampliado aos diversos tipos de consumo de substâncias psicoativas, incluindo álcool, tabaco e medicamentos psicoativos tomados sem prescrição médica. Dentre as ações de redução de danos preconizadas pelas normativas da atenção básica, estão incluídas a oferta de informação adequada a usuários de drogas e sua rede social e a distribuição de material estéril de injeção, preservativos e material educativo (Brasil, 2006).

Na prática, a oferta de insumos para injeção segura nos serviços de saúde, bem como a implementação de outras estratégias de redução de danos, exigiriam a familiaridade e a capacitação das equipes para lidar com as possíveis dificuldades e preconceitos que cercam o uso de drogas. Seria fundamental que, tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços, fossem esclarecidos sobre a importância de tais ações enquanto estratégias de saúde pública e que não significam incentivo ao consumo de drogas (Brasil, 2006).

Estratégias específicas na atenção ao uso de drogas: os CAPS ad

A atual política brasileira de atenção a usuários de álcool e outras drogas gerou a necessidade de estratégias específicas de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, com destaque na reabilitação e reinserção social dos mesmos. Diante dessa necessidade, o Ministério da Saúde propôs a estruturação de 250 Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad). Trata-se de um dispositivo assistencial de comprovada resolutividade, que atua sob a perspectiva estratégica da redução de danos sociais e à saúde, primando pela flexibilidade e abrangência em seus projetos terapêuticos (Brasil, 2004).

As modalidades assistenciais de cuidados para álcool e drogas nos CAPS ad devem atuar sob a lógica da redução de danos, tanto em relação às práticas de prevenção ao HIV, hepatites virais e DSTs, quanto ao próprio uso de substâncias psicoativas. Além disso, os CAPS ad têm a proposta de funcionar de forma articulada a outros serviços de saúde mental e da rede básica de saúde. Eles também devem desenvolver uma rede flexível de cuidados, com base nos dispositivos comunitários

de suporte social já existentes, em conformidade com a demanda assistencial das localidades onde atuam (Brasil, 2004).

A implementação dos CAPS ad se apresenta como iniciativa prioritária da atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do ponto de vista do tratamento. Esse modelo de atenção, baseado nos princípios da reforma psiquiátrica, tendo como proposta a compreensão da determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença, marca a mudança de perspectiva de atendimento ao usuário de drogas, no contexto da saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou o tema do uso de drogas, sob a perspectiva da saúde pública, destacando a estratégia da redução de danos. O ponto central do trabalho se manteve sobre a experiência no Programa UFO, um projeto americano de pesquisa/ intervenção, que atende usuários de drogas injetáveis, sob a lógica da redução de danos. A partir da observação e descrição de tal programa, seguindo a linha de lições aprendidas, levantamos pontos em comum e de diferença entre o UFO e os programas brasileiros de redução de danos.

De forma a contextualizar o tema em questão, apresentamos um breve histórico da redução de danos, tanto em âmbito internacional, quanto nacional. Além disso, considerando que as infecções pelo HIV e hepatite C representam graves problemas de saúde pública associados ao consumo de drogas injetáveis, também abordamos tal temática, apresentando um panorama geral dos dados epidemiológicos dessas infecções e sua relação com o uso de drogas injetáveis.

Dois artigos foram incorporados ao presente texto, com o objetivo de reforçar as justificativas para o tema proposto. Ambos os artigos ilustram, ainda que em formatos distintos, a ineficácia das atuais políticas de drogas e a cronificação do consumo de drogas como um problema mundial, trazendo junto consigo inúmeros riscos e danos, tanto à saúde quanto sociais.

Diante da ineficiência da repressão e dos esforços de tratamento voltados à abstinência, a redução de danos se sobressai, emergindo como uma alternativa às políticas predominantes. Considerando a problemática das drogas pertencente ao campo da saúde pública, a implementação de estratégias de redução de danos representam uma mudança de perspectiva. Segundo afirma Nadelmann, reduzir o consumo de drogas é importante, mas nem de longe tão importante quanto reduzir mortes, doenças, crime e sofrimento associados ao uso de drogas e às políticas proibicionistas (Nadelmann, 2007).

A apresentação do caso UFO é um exemplo reconhecido de aplicação de iniciativas de redução de danos, associadas à pesquisa, no atendimento a usuários de drogas injetáveis. O projeto tem obtido relativo sucesso no acesso e adesão dessa população, que de outra forma, talvez não tivesse meios de acessar serviços sociais e de saúde e, conseqüentemente, diminuir os riscos e danos associados ao uso injetável de drogas.

Nesse sentido, a partir de tudo o que já foi dito, é possível perceber diferenças e semelhanças entre os desafios e estratégias de acesso e serviço no caso dos usuários de drogas injetáveis, tanto no caso do modelo UFO, quanto nos programas de redução de danos brasileiros. Apesar das diferenças entre os contextos americano e brasileiro, certas necessidades e problemas enfrentados pelos UDI, em ambos, se assemelham.

Segundo aponta Vlahov (2001), existe uma necessidade de parceria entre pesquisadores, profissionais de saúde e participantes dos programas de troca de seringas (PTS) de modo a garantir a obtenção de informações confiáveis para avaliar esses programas. O programa em questão (UFO), apesar de ter seu foco voltado à pesquisa epidemiológica, fornece ao usuário mais serviços e tem uma cobertura maior que a média dos PTSs da região. A troca de seringas no UFO não é seu ponto central, mas sim um, dentre os vários serviços prestados. Nesse sentido, algumas lições aprendidas do caso UFO podem ser úteis nas formulações de políticas brasileiras de atenção aos usuários de drogas injetáveis.

Apesar das especificidades do UFO, muitos são os pontos em comum com os PRD brasileiros, especialmente em relação aos desafios encontrados por ambos para acessar e manter o vínculo com os UDI. Além disso, questões relacionadas à manutenção do projeto em si, como fragilidade de financiamento e dificuldades geradas pela repressão policial aos UDI também parecem similares em ambos os casos.

No modelo UFO, seus objetivos principais orbitam em torno da pesquisa científica e produção de conhecimento científico, enquanto os programas de redução de danos brasileiros dão enfoque à prevenção do HIV/Aids. No entanto, apesar disso, resultados apresentados pelo primeiro caso sugerem maior eficiência em termos de cobertura e adesão dos UDI ao programa, o que permite um índice maior de sucesso na prevenção aos comportamentos de risco associados ao uso de drogas. Além disso, o enfoque na pesquisa, permite um registro sistemático dos dados que envolvem o contato com os usuários, assim como dados relativos às suas condições e necessidades em termos de saúde. Dessa forma, no caso UFO, resultados do programa tem uma chance maior de influenciar políticas públicas de atenção ao UDI.

Quanto à legitimidade na obtenção de seringas, o Brasil apresenta a vantagem de proporcionar flexibilidade nesse acesso a materiais estéreis de injeção, o que, em teoria, reduziria a chance de reutilização de seringas pelos UDI. Entretanto, essa flexibilidade traz consigo um aspecto negativo, que é a falta de conhecimento e

controle das autoridades de saúde sobre a utilização de substâncias pela via intravenosa. Em São Francisco se, por um lado, essa rigidez das políticas dificulta a compra de seringas novas, por outro, os programas de troca de seringas exercem maior influência sobre as práticas dos usuários de drogas, especialmente porque são a principal fonte de aquisição de equipamento de injeção para essa população.

Quanto ao acesso, nos programas de redução de danos brasileiros, a abordagem ao usuário termina por ser um fim em si mesmo, quando estudos mostram que esse tipo de trabalho, realizado pelo redutor em campo, deveria ser uma espécie de ponte entre os UDI e os serviços de saúde e sociais. É o que, de certa forma, acontece no UFO, já que os *outreach workers* apenas abordam os UDI nas ruas para levá-los ao local onde o projeto funciona. Seu trabalho é avaliado em termos do número de participantes levados ao projeto, sendo de menos importância o número de pessoas que foram abordadas nas ruas. Entretanto, deve-se contextualizar o trabalho dos redutores, que atuam, em sua maioria, em comunidades de menor poder aquisitivo, dominadas pela violência. A experiência mostra, que fazer com que membros dessas comunidades se desloquem para buscar serviços fora, pode ser uma tarefa difícil.

Outro aspecto apresentado diz respeito à sustentabilidade e financiamento dos programas. No caso brasileiro, os financiamentos provêm, majoritariamente, do governo federal, fazendo parte do orçamento destinado à prevenção ao HIV. No UFO, a maior parte do financiamento é obtido através de agências nacionais de pesquisa em saúde, através de concorrência aberta a instituições universitárias e de pesquisa e que podem ser renovados anualmente. Ambos os modelos enfrentam o desafio de manter o trabalho de forma contínua, diante da instabilidade gerada pelo financiamento com tempo limitado, cuja renovação é incerta. Todavia, no caso UFO, os coordenadores do projeto buscaram outras fontes secundárias de financiamento, além de parcerias com outras instituições, viabilizando a continuidade (ainda que parcial), mesmo em períodos intermediários de financiamento.

Quanto à repressão policial e violência no contexto do trabalho com os UDI, em ambos os casos a abordagem dos usuários é prejudicada, ainda que em níveis diferentes, por conta do medo e da desconfiança gerados pela repressão policial. Contudo, apesar das políticas americanas serem mais conservadoras quanto à prática de troca de seringas, no Brasil os redutores enfrentam maiores dificuldades, especialmente quando se deparam com autoridades policiais, portando material de

injeção. No UFO, os *outreach workers* têm condições de trabalho mais favoráveis, possuem vínculo de trabalho formal, identificação e documento de autorização para portar seringas quando vão a campo.

Diante do exposto, algumas recomendações podem ser feitas, baseadas nas lições aprendidas no caso UFO. Reforçando que os contextos são bem diferentes e, mesmo os recursos disponíveis em cada um, têm suas limitações específicas, procuramos levá-las em conta e ajustar tais recomendações à realidade brasileira.

Em primeiro lugar, considerando as atuais políticas de saúde vigentes no país, em conformidade com o ideário do SUS de privilegiar a atenção primária, destacamos a relevância da manutenção e mesmo o incremento de políticas de educação, prevenção e promoção de saúde. Tais ações, entretanto, devem respeitar os princípios de territorialidade, respeitando as demandas específicas e peculiaridades socioculturais das diferentes comunidades. Nesse sentido, as ações de redução de danos devem prosseguir em direção a uma crescente integração com a rede de serviços de saúde já existente na comunidade.

Considerando a atual tendência da descentralização dos recursos destinados à saúde e a crescente autonomia conferida a estados e municípios no processo decisório da alocação dos recursos (Fonseca et al., 2007), seria fundamental o incentivo e o apoio do Ministério da Saúde aos governos locais, para que os programas de redução fossem mantidos e incorporados à rede do SUS. Também seria importante promover a aceitação das estratégias de redução de danos entre os formuladores das políticas locais, inclusive incentivando a inclusão de leis específicas, nas legislações locais, autorizando tais estratégias.

Apesar de não existirem, no Brasil, impedimentos jurídico-legais à implementação das estratégias de redução de danos, também não existem leis explícitas que as autorizem. A formulação de legislações específicas, especialmente nos âmbitos estadual e municipal, poderia favorecer o desempenho das equipes e facilitar relações trabalhistas mais formais também.

No entanto, apenas fortalecer o vínculo profissional das equipes não garantiria o aprimoramento do trabalho se, junto com tais medidas, não fossem implementados novos mecanismos de controle e avaliação do desempenho das equipes. É preciso desenvolver novos parâmetros de avaliação, verificação e validação das ações de redução de danos e, efetivamente, executá-los. A associação à pesquisa e instituições acadêmicas poderia auxiliar nesse processo. A produção de resultados proporcionaria

evidências que justificassem a manutenção das estratégias de redução de danos nas diferentes localidades, bem como sua adequação às demandas específicas, relacionadas ao uso de drogas, em cada comunidade.

Além disso, o foco do trabalho da redução de danos deveria se voltar para a inclusão dos usuários de drogas em uma rede de cuidados, atuando como facilitador do acesso destes a serviços tanto de base comunitária, quanto pertencentes à rede pública de saúde. Esse aspecto deveria, inclusive ser um dos indicadores de sucesso no trabalho da redução de danos.

Em termos de sustentabilidade, os gestores dos programas, assim como exemplificado no modelo UFO, deveriam buscar fontes alternativas de financiamento, bem como parcerias com entidades governamentais e não-governamentais. Dessa forma, intervalos na provisão de recursos teriam menor impacto sobre o funcionamento dos programas.

A redução de danos, no Brasil, tem se apresentado como uma política promissora na abordagem ao consumo de drogas, na esfera da saúde. Mais que uma estratégia de prevenção ao HIV, a redução de danos parece estar assumindo uma dimensão mais ampla no cenário nacional. Considerada como um instrumental abrangente no cuidado com o usuário, não só de drogas injetáveis, mas os que utilizam drogas por outras vias também, as iniciativas de redução de danos vêm se inserindo no âmbito da saúde pública. Trata-se de uma alternativa mais viável, em relação às práticas de tratamento que enfocam a abstinência.

No entanto, os programas de redução de danos, no atual formato em que se apresentam, tem enfrentado barreiras quanto a sua manutenção e, reconhecidamente, sofrendo um declínio, em termos de financiamento. É necessário que os formuladores de políticas públicas de saúde reconheçam a importância, tanto da prevenção de infecções virais (HIV e hepatite B e C) entre os UDI, mas também da redução de outros riscos e danos associados ao uso de drogas em geral.

BIBLIOGRAFIA

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 FI, Strathdee SA. Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Social Science & Medicine* 51 (2000) 1771±1782

Berridge V, The origins of the English Drug “Scene” 1890-1930. *Medical History*, 1988, 32:51-64.

Berridge V, Mars S. History of Addictions. *J. Epidemiol. Community Health* 2004;58;747-750

Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Erringer EA, Edlin BR. The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *AIDS* 2000; 14: 605-611.

Brandão AB, Fuchs SC. Risk factors for hepatitis C virus infection among blood donors in southern Brazil: a case-control study. *BMC Gastroenterology* 2002, 2:18

Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE / COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. *Manual de Redução de Danos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil, 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; 2001b.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*, Ano II, nº 01, 1ª a 26ª semana epidemiológica – Brasília; 2005

Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Cadernos de Atenção Básica n. 18: HIV/Aids, Hepatites e outras DSTs. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília :

Ministério da Saúde, 2007. Disponível no endereço eletrônico: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf

Buning EC. Effects of Amsterdam needle and syringe Exchange. *The International Journal of Addictions*, 1991; 26:1303-11

Burris S and Strathdee SA. To serve and protect? Toward a better relationship between drug control policy and public health. *AIDS* 2006, 20:117–118

Caiaffa WT, Bastos FI. Redução de danos: marcos, dilemas, perspectivas, desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(4):702-703, abr, 2006

California Legislative Counsel. California legislature—2007–08 regular session, ASSEMBLY BILL No. 110, January 5, 2007. Disponível no endereço eletrônico: http://www.leginfo.ca.gov/pub/07-08/bill/asm/ab_0101-0150/ab_110_bill_20070105_introduced.pdf (Acessado em junho de 2007)

Cargill VA. HIV/hepatitis C virus co-infection: its human face. *AIDS* 2005, 19 (suppl 3):S1–S2

Centers for Disease Control. Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease. *MMWR Recommendations and Reports*, Vol 47, No RR19;1, 1998

City and County of San Francisco. San Francisco Municipal Health Code, 2005. Disponível no endereço: <http://www.municode.com/Resources/gateway.asp?sid=5&browseAllCodes=San%20Franciscoprimeira> (Acessado em março de 2007)

Davidson,P.J., Ochoa,K.C., Hahn,J.A., Evans,J.L., & Moss,A.R. (2002) 'Witnessing heroin-related overdoses: the experiences of young injectors in San Francisco' *Addiction* 97(12) pp.1511-6

Dehne K, Grund J, Khodakevich L, Kobyschcha Y. The HIV/AIDS epidemic among drug injectors in Eastern Europe: Patterns, trends and determinants. *Journal of Drug Issue* 1999; 29: 729-776

Delbon, F. Da Ros, V. Ferreira, E. M. A. Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos. *Saude soc.*, São Paulo, v. 15, n. 1, 2006. .

Delgado PG. Drogas: o desafio da saúde pública. In: *Avessos do Prazer: drogas Aids e direitos humanos*. Org.: Acselrad, G. 2ª ed, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005 (p. 165-181)

Des Jarlais DC. Editorial: Harm Reduction-A Framework for Incorporating Science into Drug Policy. *American Journal of Public Health*, Januarv 1995. Vol. 85. No. I

Des Jarlais DC. Prospects for a Public Health Perspective on Psychoactive Drug Use. *American Journal of Public Health*, March 2000, Vol. 90, No. 3

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

Des Jarlais DC. Prospects for a Public Health Perspective on Psychoactive Drug Use. *American Journal of Public Health*, March 2000, Vol. 90, No. 3

Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR, Friedmann P, Goldberg D, Frischer M, Green S, Tunving K, Ljungberg B, Wodak A, et al. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA*. 1995 Oct 18;274(15):1226-31.

Des Jarlais DC, Perlis T, Arasteh K, Torian LV, Hagan H, Beatrice S, Smith L, Wethers J, Milliken J, Mildvan D, Yancovitz S, Friedman SR. Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City, 1990-2001. *AIDS*. 2005 Oct;19 Suppl 3:S20-5.

Des Jarlais D, McKnight C, Milliken J. Public Funding of Syringe Exchange Programs. *Journal of Urban Health* 2004; vol.81, n.1

Des Jarlais D, Perlis T, Arasteh K. Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City, 1990–2001. *AIDS* 2005, 19 (suppl 3):S20–S25

Drug Policy Alliance. State by State, Reform in California. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.drugpolicy.org/statebystate/california/> (Acessado em 25 de junho de 2007)

Duailibi S & Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):839-48

Elliott R, Csete J, Palepu A, Kerr T. Reason and rights in global drug control policy. *CMAJ*, Mar. 1, 2005; 172 (5)

Evans E, Li L, Hser YI. Treatment entry barriers among California's Proposition 36 offenders. *J Subst Abuse Treat*. 2008 May 29. [Epub ahead of print]

Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, *et al.* Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad. Saúde Pública*, Apr. 2006, vol.22, no.4, p.761-770.

Ghodse AH, Kaplan C. Anglo- Dutch responses to drug problems. *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 81, 1988

Hahn, J.A., Page-Shafer, K., Lum, P.J., Ochoa, K., & Moss, A.R. (2001) 'Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco' *Hepatology* 34 pp.180-187

- Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe (review). *Lancet*. 2003; 361(9362): 1035–1044.
- Haney M, Gundersen EW, Rabkin J, Hart CL, Vosburg SK, Comer SD, Foltin RW. Dronabinol and marijuana in HIV-positive marijuana smokers. Caloric intake, mood, and sleep. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007 Aug 15;45(5):545-54.
- Institute of Medicine. *Marijuana and medicine: assessing the science base*. Washington: National Academy Press; 1999.
- Lurie, P. When science and politics collide: the federal response to needle-exchange programs. *Bull N Y Acad Med*. 1995;72(2):380-96.
- Marins JR, Barrosa MB, Machado H, et al. Characteristics and survival of AIDS patients with hepatitis C: the Brazilian National Cohort of 1995–1996. *AIDS* 2005, 19 (suppl 4):S27–S30
- Martinez AN, Bluthenthal RN, Lorvick J, Anderson R, Flynn N, Kral AH. The impact of legalizing syringe exchange programs on arrests among injection drug users in California. *J Urban Health*. 2007 May;84(3):423-35.
- 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, Doneda D, Gandolfi D, et al. Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users. 2003, *Clinical Infectious Diseases* 2003;37 (suppl 5):s382-5
- Musto DF. Evolution of American attitudes toward substance abuse. *Ann N Y Acad Sci*. 1989;562:3-7.
- Nadelmann, E. Think Again: Drugs. *Foreign Policy*. September 2007.
- Nardi HC, Rigoni, RQ. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol. estud.* , Maringá, v. 10, n. 2, 2005.
- Neuman, MG., Monteiro, M and Rehm, J (2006) 'Drug Interactions Between Psychoactive Substances and Antiretroviral Therapy in Individuals Infected With Human Immunodeficiency and Hepatitis Viruses', *Substance Use & Misuse*, 41:10, 1395 — 1463
- Normand J, Vlahov D, Moses LE, Eds., Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach. National Academy Press, Washington, D.C., 1995.
http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=4975#toc
- Ochoa,K., McLean,R., Edney-Meschery,H., Brimer,D., & Moss,A. (2004) 'The challenges and rewards of collaborative research: the UFO study' in Bowser,B.P.,

Mishra,S.I., Reback,,J., & Lemp,G.F. (Eds.) *Preventing AIDs: Community-science collaborations* (New York: The Haworth Press) pp.163-192

O'Connell, TJ, Bou-Matar, CB. Long term marijuana users seeking medical cannabis in California (2001–2007): demographics, social characteristics, patterns of cannabis and other drug use of 4117 applicants. *Harm Reduct J.* 2007; 4: 16. Published online 2007 November 3.

Oliveira J, Santos D & Andrade T. Redução de Danos e enfermagem: uma experiência de trabalho conjunto. In: *Drogas e Pós- Modernidade*, Org. Baptista,Cruz e Matias, EdUERJ, 2003

OMS. Organização Mundial de Saúde. The World health report : 2003: shaping the future. Disponível no site: <http://www.who.int/whr/2003/en/> (Acessado em 12/01/2007)

ONDCP. White House Office of National Drug Control Policy. The Economic Costs of Drug Abuse in the United States 1992-2002. Dezembro, 2004. Disponível no site: http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/economic_costs/economic_costs.pdf (Acessado em junho de 2007)

ONDCP. White House Office of National Drug Control Policy. State of California, Profile of Drug Indicators, Março, 2006. Disponível no endereço: <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/statelocal/ca/ca.pdf> (Acessado em junho de 2007)

ONDCP. White House Office of National Drug Control Policy (Página eletrônica). Disponível no endereço: <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/about/index.html> (Acessado em junho de 2007)

Parssinen TM, Kerner K. Development of the Disease Model of Drug Addiction in Britain, 1870-1926. *Medical History*, 1980, 24:275-296

Peterson J, Mitchell SG, Hong I, Agar M, Latkin C. Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(4):733-740, abr, 2006

Préau M, Protopopescu C, Spire B, Dellamonica P, Poizot-Martin I, et al. [Health related quality of life among HIV-HCV co-infected patients]. *Revue d.* 2006;54 Spec No 1:1-1S43.

Qian HZ, Schumacher JE, Chen HT, Ruan YH: Injection drug use and HIV/AIDS in China: review of current situation, prevention and policy implication. *Harm Reduction Journal* 2006, 3:4.

Reuter, P., Caulkins, J. Redefining the Goals of National Drug Policy: Recomendations from a Working Group. *American Journal of Public Health*, August 1995, Vol. 85, n°8

Rey D, Carrieri MP, Spire B, Loubière S, Dellamonica P, et al. Factors associated with liver biopsy performance in HCV-HIV coinfecting injecting drug users with HCV viremia: results from a five-year longitudinal assessment. *Journal of urban health*. 2004;81(1):48-57.

Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act of 1990, Pub L, n. 101-381, 42 USC 300ff (sec.422)

San Francisco Department of Public Health. Urban Health Study Report, 2002. Disponível no endereço:

<http://www.sfdph.org/Reports/OutsideStudies/UHSrpt200102.pdf> (Acessado em março de 2007)

San Francisco Department of Public Health. Treatment Access Program (TAP), Quarterly Report, 2001. Disponível no endereço:

<http://www.sfdph.org/Reports/TAP/TAP2Qtr2001Rpt.pdf> (Acessado em março de 2007)

San Francisco Department of Public Health. The HIV/AIDS Epidemiology Annual Report, 2005. Disponível em : www.dph.sf.ca.us/PHP/AIDSSurvUnit.htm (Acessado em 05/03/2007)

San Francisco Department of Public Health. 2005 Federal and State Legislative Report. January, 2006. Disponível no endereço:

<http://www.sfdph.org/Reports/2005LegisRpt/2005LegisRpt.pdf> (Acessado em março de 2007)

Starfield, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade em saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2004.

Strathdee SA, Patterson TL. Behavioral Interventions for HIV-Positive and HCV-Positive Drug users. *AIDS and Behavior*, Vol. 10, No. 2, 2006

Strathdee SA, Vlahov D. The effectiveness of needle exchange programs: a review of the science and policy. *AIDS Science*. 2001; 1.

Studart VF. Um estudo da experiência de implementação do Programa de Redução de Danos ao Uso de Drogas do Distrito Federal. Brasília, 2007. x f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) FIOCRUZ, 2007.

Sulkowski MS, Thomas DL, Hepatitis C in the HIV-Infected Person. *Ann Intern Med*. 2003;138:197-207.

UNAIDS, The Joint United Nations Program on HIV/ AIDS/ World Health Organization. AIDS Epidemic update: <http://www.unaids.org>. December 2004

UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.

US Centers for Disease Control and Prevention (2006a). Twenty-five years of HIV/AIDS—United States, 1981–2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(21):588–605. 2 June.

Valente TW, Foreman RK, Junge B, Vlahov D. Satellite exchange in the Baltimore Needle Exchange Program. *Public Health Rep*. 1998 Jun;113 Suppl 1:90-6.

Van Den Hock J, van Haastrecht H, Coutinho R. Risk Reduction among intravenous drug users in Amsterdam under the influence of AIDS. *American Journal of Public Health* 1989; 79: 1355.

Viana ALA, Fausto MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 150-67.

Vlahov D, Des Jarlais D, Goosby E, et al. Needle Exchange Programs for the Preventions of Human Immunodeficiency Virus Infection: Epidemiology and Policy. *American Journal of Epidemiology*, 2001vol 154, n. 12, supl. S70-77

Watters JK, Estilo MJ, Clark GL, et al. Syringe and Needle Exchange as HIV/AIDS prevention for Injection Drug User. *JAMA* 1994; 271:115-20.

WHO - World Health Organization. (2003). *Global health sector strategy for HIV/AIDS 2003-2007*. Geneva: WHO

WHO - World Health Organization. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors, Vol. 1*. Edited by Majid Ezzati, Alan D. Lopez, Anthony Rodgers and Christopher J.L. Murray. Geneva: WHO; 2004

Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy* 16s (2005) s31-s44

Wood E, Kerr T, Spittal P, Li K, Small W, Tyndall M, et al. The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: Evidence from a cohort of injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2003; 32: 2-8