



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

ANDREA DOMANICO

**“CRAQUEIROS E CRACADOS:
BEM VINDO AO MUNDO DOS NÓIAS!”**

**Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para
usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil**

Tese de doutorado

**Salvador
2006**

ANDREA DOMANICO

**“CRAQUEIROS E CRACADOS:
BEM VINDO AO MUNDO DOS NÓIAS!”**

**Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para
usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Ciências Sociais, da Faculdade
de Filosofia e Ciências Humanas, da
Universidade Federal da Bahia, como requisito
parcial para obtenção do grau de Doutora em
Ciências Sociais.**

**Orientador: Prof. Dr. Edward John
Batista das Neves MacRae**

Salvador
2006

DOMANICO, Andrea.

“CRAQUEIROS E CRACADOS: BEM VINDO AO MUNDO DOS NÓIAS!” - Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil / Andrea Domanico. – Salvador: A. Domanico, 2006. 220 páginas

Orientador: Prof. Dr. Edward John Batista das Neves MacRae
Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2006.

1. Crack. 2. Redução de Danos. 3. Política de Saúde. 4. Terceiro Setor. 5. Aids. 6. Hepatites Virais.

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDREA DOMANICO

**“CRAQUEIROS E CRACADOS:
BEM VINDO AO MUNDO DOS NÓIAS!”**

Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Vladimir de Andrade Stempliuk _____
Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo.

Marcos Luciano Messeder _____
Doutor em Antropologia e Sociologia pela Universite Lumiere Lyon 2

Iara Maria de Almeida Souza _____
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia

Miriam Cristina Marcilio Rabelo _____
Doutora em Antropologia pela University of Liverpool

Edward John Batista das Neves MacRae _____
Orientador - Doutor em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo

Salvador, Novembro de 2006

DEDICATÓRIA (in memoriam)

Ao meu amigo, o redutor de danos Décio Ciavaglia, por ter me ensinado que a sabedoria está em pequenas atitudes.

AGRADECIMENTOS

São sempre muitas pessoas que temos que agradecer pelo término de um trabalho como este, mas existem algumas que não podemos deixar de nomear são elas:

Meu querido orientador, Edward John Batista das Neves MacRae, pelo convite inicial, paciência e cumplicidade.

A PROCESS e à FAPESB, pelo apoio financeiro.

A banca de qualificação, Dra. Miriam Cristina Marcílio Rabello e Dr. Paulo César Borges Alves, pelas recomendações e sugestões feitas na qualificação.

A Dôra secretária do programa de pós graduação, por todos seus encaminhamento e esclarecimentos necessários à conclusão desta tese

As amigas da UFBA, “Xuxu”, Katia Brandão e “Bice”, pelo acolhimento e companheirismo que só as baianas têm.

Os (as) coordenadores (as) dos projetos piloto, que por questões éticas não posso nomear, fica o mais profundo agradecimento, por todo apoio a pesquisa e disponibilização dos dados.

O Centro de Convivência É de Lei por todo apoio institucional e de seus usuários sempre disponíveis às discussões sobre uso de drogas.

A todos usuários de drogas e de crack que repartiram comigo suas alegrias e angústias e me ensinaram tudo sobre as “cenas de uso de drogas”.

Aos colegas do Programa Nacional de Hepatites Virais com especial carinho, à Gerusa Maria Figueiredo, por todo apoio institucional, Marta Pereira de Carvalho por todo apoio afetivo e Liandro Lindner por sua ajuda na revisão bibliográfica.

Aos colegas do Programa Nacional de DST/aids em especial a Vânia Costa por todo seu apoio institucional e amizade.

A Denise Doneda, Carla Silveira, e Cristiane Meirelles ex-assessoras do Programa Nacional de DST/aids pela ousadia em bancar os projetos-piloto.

A amiga Ana Maria Novaes Nicolas, pela sua total disponibilidade e acolhimento ainda maior na fase final do trabalho.

O amigo Paulo Roberto Giacomini pela cuidadosa, delicada e dedicada revisão de texto.

O amigo Sergio Vidal pela ajuda na revisão bibliográfica e carinho despendido na fase final.

A minha analista Rahel Boraks, por ter me ajudado a acreditar no desenvolvimento humano.

O meu melhor amigo Vladimir Andrade Stempliuk, pelas incansáveis buscas de indexados, leituras de sábado à tarde e inúmeras comemorações ao final de cada capítulo.

A minha melhor amiga, Cristina Maria Brites por todos telefonemas desesperados, pelo apoio incondicional na construção da tese e por ter me ajudado a enxergar que: “A cabeça pensa, onde os pés tocam.” (Paulo Freire).

Aos meus pais e irmãos, por todo apoio aos estudos e por me ensinarem que: “A grandeza não está em receber as honras, mas em merecê-las.” (Aristóteles).

A minha amada esposa, amiga e companheira Zora Yonara Torres Costa, pelo acalento, pela confiança e por ter me ensinado, na prática que para viver um grande amor: “... É preciso um cuidado permanente não só com o corpo mas também com a mente, pois qualquer "baixo" seu, a amada sente — e esfria um pouco o amor. Há que ser bem cortês sem cortesia; doce e conciliador sem covardia; saber ganhar dinheiro com poesia — para viver um grande amor.” (Vinícius de Moraes).

No meio do caminho
Carlos Drummond de Andrade

No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar o processo de implantação e desenvolvimento das estratégias de redução de danos associados ao uso de cocaína fumada (crack), através do estudo dos cinco projetos-piloto para usuários de crack desenvolvidos no Brasil, financiados pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde. Este estudo é relevante por levar em conta as especificidades que o uso seguro de crack exige.

Os projetos piloto desenvolvidos entre 2002 e 2005, implantaram ações de redução de danos associados ao uso de crack com o objetivo de prevenir a transmissão de doenças infecto-contagiosas pelo uso compartilhado dos equipamentos de uso de crack e diminuir a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis pela dificuldade de uso de preservativos. Esta pesquisa de campo buscou abarcar de que forma os projetos foram implementados e desenvolvidos e quais os principais entraves na sua execução.

Para a realização deste estudo foram abordados os seguintes aspectos: a história do crack no mundo e no Brasil; as respostas do governo brasileiro e do movimento social à epidemia de aids e a repercussão dos empréstimos do Banco Mundial nestas respostas; a história da redução de danos no mundo e no Brasil e a implementação dos projetos de redução de danos associados ao uso de crack.

Na discussão buscamos entender porque é tão difícil implementar estratégias de redução de danos para usuários de crack e podemos perceber que a forma como os financiamentos aconteceram afetaram diretamente na execução dos projetos submetendo as instituições e suas equipes ao que intitulamos de “ditadura dos projetos”. Além de observarmos o alto grau de exclusão que os usuários de crack estavam expostos nos remetendo a discussão sobre o “pânico moral”.

Nossas considerações finais vão na direção de propor uma discussão ampla com a sociedade sobre as estratégias de redução de danos associados ao uso de drogas, como forma de garantir os direitos à saúde dos usuários de drogas.

ABSTRACT

This study aims to analyze the setting up and the development of harm reduction strategies for the use of smoked cocaine (crack) through the observation of five pilot projects in Brazil, financed by the National STD/AIDS Program at the Ministry of health. This study is important because it takes into account the specificities necessary for the safer use of crack cocaine.

The pilot programs developed between 2002 and 2005 carried out harm reduction activities aimed at preventing the transmission of infectious diseases through the shared use of equipment used for the smoking of crack cocaine and at diminishing the spread of sexually transmitted diseases due to the lack of condoms. The field work tried to take in account the different ways the projects were put in practice and the main difficulties they encountered.

This study consists of a history of crack cocaine use in the world and in Brazil, the responses made by the Brazilian government and the social movements to the AIDS epidemic including the repercussions of the World Bank loans, the history of harm reduction in the world and in Brazil and the implementation of the projects for the reduction of harm associated to the use of crack cocaine.

The discussion tries to understand why it is so difficult to carry out harm reduction strategies for crack cocaine use and how the manner of financing them directly affected the execution of these projects by submitting the institutions and their work teams to what has been called “the dictatorship of projects”. We also observed the high degree of exclusion to which crack cocaine users are submitted, leading us to discuss the subject of “moral panics”.

Our final considerations propose a wide discussion with society at large on strategies for the reduction of harm associated to drug use as a means of assuring the rights to health of drug users.

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Capítulo 1. Rolam as pedras... Da cocaína ao crack.....	09
Das folhas ao pó.....	12
Do pó `a pedra.....	13
1.1. A entrada do crack no Brasil.....	17
1.2. As diferentes formas de uso do crack e os danos à saúde.....	19
1.3. O Pânico Moral em torno do uso de crack.....	23
Capítulo 2. As pedras do caminho para se chegar ao caminho das pedras – Pressupostos teóricos metodológicos.....	32
2.1 As técnicas de coleta de dados.....	35
Capítulo 3. Pedras preciosas? A ditadura dos projetos.....	40
3.1. As Mudanças no terceiro setor.....	41
3.2. A aids e a resposta brasileira.....	44
3.2.1. As Ong/aids.....	46
3.3. Os empréstimos do Banco Mundial – A ditadura dos projetos.....	50
3.3.1. AIDS 1 (1993 – 1997).....	54
3.3.2. AIDS 2 (1998 – 2003).....	57
3.3.3. AIDS 3 (2003 – 2007).....	58
3.4. Acordo do Governo Brasileiro com a USAID.....	60
3.5. O Sistema Único de Saúde.....	63
Capítulo 4. “Água mole em pedra dura tanto bate até que fura.” - A Redução de Danos à saúde associados ao uso de drogas.....	66
4.1. Os Projetos de Redução de Danos no Brasil.....	71
4.1.1. Os programas de troca da agulhas e seringas usadas por novas. (PTS).....	79
4.1.2. Os programas para usuários de crack anteriores aos projetos pilotos – as primeiras tentativas.....	81
Cinema na rua – Salvador.....	82
O uso de filtro – Santos.....	83
A Elaboração dos cachimbos individuais.....	84
4.1.3. A redução de danos para cocaína inalada.....	86
4.2. O crescimento dos programas de redução de danos no Brasil.....	89
4.3. A tendência hegemônica à instrumentalização.....	92

Capítulo 5. “Tinha uma pedra no caminho.” - Projetos Piloto de redução de danos para usuários de crack.....	95
5.1. Projeto 1. Seu surgimento.....	106
5.1.1. O projeto em si.....	108
5.1.2. Como o projeto é executado.....	111
5.1.3. Considerações.....	117
5.2. Projeto 2. Seu surgimento.....	120
5.2.1. O projeto em si.....	122
5.2.2. Como o projeto é executado.....	127
5.2.3. Considerações.....	132
5.3. Projeto 3. Seu surgimento.....	134
5.3.1. O projeto em si.....	136
5.3.2. Como o projeto é executado.....	140
5.3.3. Considerações.....	144
5.4. Projeto 4. Seu surgimento.....	147
5.4.1. O projeto em si.....	150
5.4.2. Como o projeto é executado.....	152
5.4.3. Considerações.....	156
5.5. Projeto 5. Seu surgimento.....	158
5.5.1. O projeto em si	161
5.5.2. Como o projeto é executado.....	163
5.5.3. Considerações.....	168
Capítulo 6. Análise e discussão.....	171
6.1. A ditadura dos projetos.....	174
6.2. O pânico moral.....	189
Considerações Finais.....	195
Referências.....	197
ANEXOS.....	212
1. Roteiro de entrevista.....	213
2. Consentimento Informado.....	214
3. Planilha de monitoramento.....	216
4. Organograma do Ministério da Saúde.....	220

INTRODUÇÃO

Minha trajetória profissional e de pesquisa vem se consolidando, nos últimos 12 anos, no âmbito da implementação de estratégias de redução de danos à saúde associados ao uso de drogas. Na minha dissertação de mestrado¹ procurei verificar por que os usuários de drogas injetáveis de um Projeto de Redução de Danos (PRD) continuavam compartilhando os equipamentos de injeção nas cenas grupais de uso de cocaína, mesmo depois de receberem informação e equipamentos novos para o uso de cocaína injetável (Domanico, 2001).

A questão central era a produção de conhecimentos críticos sobre as práticas concretas nas cenas grupais de uso de cocaína de um determinado grupo de usuários de drogas injetáveis; conhecimentos que pudessem contribuir para a formulação de estratégias preventivas pautadas nas reais necessidades e práticas socioculturais desses usuários.

As preocupações teóricas da pesquisa de mestrado revelavam, na verdade, as preocupações teóricas e práticas da psicóloga social enquanto

¹ Controlando a maluquez – A redução de danos no contexto de uso de cocaína injetável. Dissertação de Mestrado do Programa de Estudos e Pós-graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

uma das profissionais responsáveis pela coordenação do Programa de Redução de Danos² (PRD) do Centro de Convivência “É de Lei”³.

As conclusões e indicações foram fundamentais para reafirmar a importância das estratégias de redução de danos associados ao uso de drogas injetáveis – especialmente em relação à prevenção do HIV/aids⁴ e hepatites virais – e a necessidade de ampliação do acesso aos equipamentos estéreis de injeção.

No entanto, as restrições para o aprofundamento de análises – impostas pelos limites de uma pesquisa de mestrado e pelos desafios da dinâmica e riqueza inerentes à prática cotidiana – mantiveram anestesiadas várias inquietações prático-teóricas que pretendemos confrontar nesta tese de doutorado.

Na prática profissional cotidiana, e durante a realização da pesquisa de mestrado, tinha me inquietado o fato de termos uma precária produção teórica que contemplasse abordagens para as diferentes drogas e as diferentes formas de uso de uma mesma droga.

Estas preocupações não puderam ser contempladas no meu mestrado, uma vez que o objeto de pesquisa centrava-se nas cenas grupais de uso de

² Teremos uma boa descrição deste conjunto de estratégias no capítulo quatro.

³ O Centro de Convivência “É de Lei”, fundado em 1998, esteve ligado à Universidade de São Paulo até 2001 quando se constituiu como Organização da Sociedade Civil (OSC). O “É de Lei”, primeiro Centro de Convivência para usuários de drogas no Brasil, se caracteriza como espaço de interação social para promoção da Redução de Danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas, desenvolvendo estratégias para construção da cidadania e defesa dos Direitos Humanos de usuários de drogas.

⁴ Neste texto, a palavra “aids” é grafada com letras minúsculas, seguindo as observações de Castilho (1997): “A palavra ‘aids’ passou a ser do ponto de vista gramatical, equivalente a ‘sífilis’, ‘coqueluche’, ‘conjuntivite’; nome de doenças são substantivos comuns. (...) Baseado nessas considerações e no fato que esta palavra vem sofrendo o mesmo processo de evolução lingüística da palavra ‘laser’ (sigla de *light amplification by stimulated emission of radiation*), entre outros anglicismos incorporados pela língua portuguesa no Brasil, não parece haver razão para grafá-la com maiúscula, a não ser quando corresponde a nomes próprios de entidades (como Programa Nacional de DST e Aids) ou siglas que incorporem a palavra (PN-DST/Aids).”

cocaína injetável, cuja prática, naquele grupo, não era mesclada com o uso de cocaína fumada (crack). Além disso, o recorte da pesquisa não permitia contemplar minhas preocupações em ampliar a perspectiva de redução de danos para outras formas de uso de drogas que não a injetável, pelo menos do ponto de vista investigativo, uma vez que esta ampliação já se fazia presente no âmbito de minha atuação profissional e revelava-se necessária, conforme indicavam algumas pesquisas nesta área.

Pesquisar as outras formas de uso de cocaína, em especial o uso do crack, implica no reconhecimento de particularidades socioculturais que interferem na adoção de comportamentos menos arriscados para o uso de drogas. Particularidades cujo desvelamento considero fundamental para orientar estratégias preventivas que tenham maiores chances de aceitação e incorporação objetiva nesse grupo social.

Em 1989, o primeiro programa de redução de danos à saúde associados ao uso de drogas vem vinculado à questão do uso injetável. A escolha por essa via de administração foi feita em função do crescente aumento de notificação de aids por uso de drogas injetáveis. Os outros projetos que surgiram também tinham como população alvo esses usuários, e isso se deve a pelo menos um fator de extrema importância: os Programas de Redução de Danos (PRD) eram financiados pelo Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde, cuja ênfase era dada ao uso de droga injetável por sua evidente eficácia na transmissão do HIV/aids e das hepatites virais por meio do uso compartilhado dos equipamentos de injeção.

Já existia no final dos anos 1980 uma epidemia crescente de uso de crack, mas os estudos só puderam comprovar os riscos de transmissão de

doenças por essa via de uso na sua relação com as práticas de sexo desprotegido muito tempo depois, quando os usuários de drogas foram acessados e convencidos a participar de pesquisas que buscavam compreender e traçar o perfil das suas práticas sexuais. Até hoje não foram comprovadas as reais possibilidades de transmissão do HIV pelo uso compartilhado dos equipamentos no consumo de crack.

O que pretendo analisar na tese de doutorado é o processo de implantação e desenvolvimento das estratégias de redução de danos associados ao uso de cocaína fumada (crack), através do estudo dos cinco projetos-piloto para usuários de crack desenvolvidos no Brasil, financiados pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde.

“Craqueiros e cracados: Bem vindo ao mundo dos nórias”, é um título fantasia, onde craqueiro é o termo usado para se referenciar os usuários de crack, e “cracados” é um termo criado por um grupo de técnicos para se referirem às pessoas que trabalham com os usuários de crack. Bem vindo ao mundo dos nórias, diz respeito ao “mundo”⁵ do uso de crack, onde um dos efeitos é a paranóia. Os usuários de crack também usam o termo “nória” tanto para referenciar o usuário de crack como para referenciar o efeito causado pelo uso de crack.

Ao longo dos anos de trabalho como psicóloga clínica, e posteriormente como psicóloga social, pude acompanhar a entrada do crack no mercado nacional, observando o pânico moral, as manchetes “demonizantes” em torno dessa droga e as informações distorcidas sobre seus efeitos. A

⁵ Essa noção de “mundo” foi aqui utilizada apenas para indicar a cena de uso do crack e uma das motivações relatadas pelos usuários, a nória. Portanto, o termo “mundo” não significa nenhuma dicotomia entre “mundos” daqueles que usam e não usam crack ou outras drogas.

oportunidade de acompanhar seu surgimento e disseminação nas camadas mais pobres da população brasileira serviu para evidenciar os descuidos que a saúde pública tem com essa camada da população.

Os poucos projetos que trabalham com usuários de crack no Brasil buscam, na sua maioria, o tratamento destes usuários concebendo a abstinência como a única estratégia possível. A redução de danos como estratégia preventiva para os danos sociais e à saúde para os usuários de crack ainda caminha a passos pequenos, seja por falta de incentivo financeiro, pessoal ou programático, seja por desconhecimento de estratégias eficazes para com os usuários de crack.

Os cinco projetos-piloto surgiram com a expectativa de contemplar as aflições de vários técnicos da redução de danos que estavam encontrando nas cenas grupais de uso de drogas o crack como droga de escolha, além de do crescente número de craqueiros que estavam sendo acessados como novos usuários. A implementação desses projetos foi fundamental para o conhecimento sobre as práticas preventivas que poderiam ser implementadas com os craqueiros; contudo, a forma como os projetos foram financiados e a estrutura das organizações onde eles foram locados repercutiu na sua continuidade e isso será abordado aqui na tese.

Ainda que consideremos a importância e eficácia da transmissão sangüínea do HIV/aids e hepatites virais em relação à transmissão sexual, do ponto de vista da prevenção coloca-se um problema fundamental às abordagens preventivas junto aos grupos de usuários de drogas, uma vez que estes podem agregar duas formas muito específicas de exposição ao

HIV/aids e hepatites virais: a via sangüínea, no caso de usuários de drogas injetáveis, e a via sexual, no caso dos outros usuários.

Isso revela a necessidade de estudos e pesquisas que contribuam para elucidar as particularidades de comportamentos sexuais e de uso de drogas nessa população face aos riscos de transmissão de doenças.

Podemos dizer, genericamente, que a adoção de atitudes preventivas frente aos fatores que geram os processos saúde-doença expressa o acesso e a apropriação, por parte dos sujeitos, de bens materiais e imateriais socialmente produzidos. Nesta direção, podemos inferir que a adoção de comportamentos menos arriscados em relação ao uso de drogas em relação aos riscos de transmissão de doenças revela, ao mesmo tempo, as condições socioculturais de transformação de valores e atitudes e as possibilidades de acesso aos bens materiais, por parte de grupos e indivíduos.

Porém, quando nos debruçamos sobre o comportamento sexual dos usuários de drogas, estudos (Nappo, 2004; CEBRID, 2004) revelam que sob o efeito de algumas drogas psicotrópicas – dentre elas álcool, maconha e cocaína –, os diferentes grupos (homens e mulheres com orientação heterossexual, homossexual e bissexual) tornam-se mais vulneráveis à exposição de riscos associados às práticas sexuais desprotegidas.

Considerando a importância da transmissão sexual das DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) entre os usuários de drogas e a precariedade de estudos sobre as práticas socioculturais desse grupo, podemos inferir que um dos grandes desafios colocados aos pesquisadores sociais – comprometidos com a saúde pública e com a produção de conhecimentos de relevância social no interior das estratégias de contenção do avanço das DST – é o desvelamento dos fatores que determinam os processos de saúde-doença dos diferentes grupos sociais enquanto sujeitos históricos, partícipes da construção de uma realidade complexa e culturalmente diversa.

No capítulo 1, reconstruímos a história da cocaína e o surgimento do crack no mundo e no Brasil discutindo os principais problemas de saúde relacionados ao seu consumo e o pânico moral gerado em torno do uso do crack.

No capítulo 2, apresentamos nossa abordagem teórico-metodológica e as técnicas de coleta de dados da pesquisa empírica.

Nos capítulo 3, descrevemos as mudanças no terceiro setor frente o neoliberalismo, a criação do programa de aids e o fomento do empréstimo internacional, bem como o impacto dessa modalidade de financiamento no interior das ONG (Organizações Não-Governamentais), e o quanto estas ficaram submetidas à “ditadura dos projetos”.

No capítulo 4, dissertamos sobre a redução de danos associados ao uso de drogas, seu surgimento no mundo e seu desenvolvimento ao longo de 17 anos de implantação no Brasil.

No capítulo 5, apresentamos o processo de implantação dos cinco projetos-piloto de redução danos para usuários de crack no Brasil, apontando suas especificidades históricas e de funcionamento. Trata-se de uma descrição desse processo, resultado de nossa pesquisa empírica.

No capítulo 6, apresentamos os resultados de nossa análise sobre os cinco projetos-piloto na perspectiva de reconstruir as mediações teórico-metodológicas usadas como referência a partir da realidade empírica desses projetos: suas perspectivas, seus objetivos, seus procedimentos.

E por fim, fazemos as considerações finais sobre todo material pesquisado e analisado.

1. Rolam as pedras...

Da cocaína ao crack

Historicamente, o ser humano sempre utilizou substâncias psicoativas para finalidades de natureza lúdica, religiosa e curativa. A folha da coca (*Erythroxylon coca*) vem sendo usada há milhares de anos, na América, sendo geralmente mastigada junto com um produto de natureza alcalina, como cal, cinzas, ou uma matéria produzida a partir de certos moluscos. Esta combinação ajuda a liberação da cocaína presente nas folhas e é de grande importância para a produção de seus efeitos psicoativos. Relata-se que esse uso suprime as sensações de fome, de frio e cansaço causados pela altitude, ajudando até hoje as populações andinas, de origem indígena, a suportar suas duras condições de vida e a realizar tarefas árduas em condições de subnutrição (Hurtado, 1995).

Contudo, a Europa demorou a comprovar seus efeitos, uma vez que durante seu transporte para aquele continente as folhas perdiam suas propriedades psicoativas. Além disso, os europeus não sabiam mastigá-las da forma correta e, assim, por muito tempo, consideraram que os efeitos relatados eram fruto da imaginação de povos primitivos ou de pactos com o diabo (Ashley, 1975).

O século XIX testemunhou o desenvolvimento da química e o aperfeiçoamento de seus métodos de pesquisa. Em decorrência desse aprimoramento, nessa época foram isolados os princípios ativos de numerosas plantas psicoativas, possibilitando o desenvolvimento de várias novas drogas como a morfina (1803), a heroína (1859) e a própria cocaína (1859). Em 1883, esta última já era testada no exército alemão como estimulante para soldados nos campos de batalha, e logo chamou a atenção de Freud, que se tornou seu maior “propagandista”. Ele a considerava de grande valia como estimulante, na terapia de depressão, no tratamento de perturbações digestivas, no tratamento da tuberculose, nos tratamentos de abstinência de alcoolistas e opiômanos, no alívio da asma, como afrodisíaco e como anestésico local (Ashley, 1975).

Após o reconhecimento das propriedades da cocaína pelos cientistas ela passou a ser utilizada de diversas maneiras, inicialmente por injeção endovenosa ou por aspiração intranasal. Outras formas de administração surgiram em seguida através de vinhos, pastilhas e unguentos, largamente comercializados por laboratórios farmacêuticos, principalmente de nacionalidade alemã. Em 1887, a Coca-Cola começou a ser produzida nos Estados Unidos. Bebida feita a partir da folha da coca e da noz de cola (cola nítida), estimulante largamente usada na África Ocidental, tem como princípios ativos a cafeína e a teobromina. Mas, em 1903, uma decisão da Comissão Presidencial norte-americana levou à proibição do uso de cocaína em alimentos e, a partir de então, as folhas utilizadas no produto deveriam passar por um processo de descocainização antes de serem adicionadas à

bebida, restando aos seus produtores os direitos de comercialização do psicoativo retirado (Hurtado, 1995).

Apesar da grande popularidade de que gozou entre 1885 e 1905, diversas vozes críticas se levantaram contra o uso generalizado e não-medicamentoso da cocaína. Na virada do século, o consumo de opiáceos e de cocaína passou a ser visto como problema social nos Estados Unidos, assim como o de bebidas alcoólicas. Essa mudança de atitude deveu-se a um poderoso movimento pela temperança envolvendo diferentes interesses econômicos e políticos, como os de grupos religiosos, da emergente indústria farmacêutica, de diferentes nações industrializadas em competição e de segmentos da corporação médica.

Nos Estados Unidos, sentimentos racistas fomentaram campanhas contra o uso de cocaína, retratada como uma droga muito usada por negros, que os levaria a praticarem atos de violência contra a população branca. Internacionalmente, discutia-se o controle e a proibição dos opiáceos, cuja produção e comercialização eram principalmente identificados com o Império Britânico. Este, em meados do século XIX, travara duas guerras com a China para garantir seu direito a suprir os traficantes chineses com o produto. A campanha contra esse comércio internacional era principalmente movida pelos Estados Unidos, que via aí uma possibilidade de se impor como nova potência mundial capaz de confrontar na Ásia o principal agente político da época.

Frente à impossibilidade de continuar operando esse lucrativo negócio, a Grã-Bretanha conseguiu mudar a ênfase da “questão do ópio” para “o problema mundial das drogas”, aproveitando para incluir no rol das

substâncias a serem proscritas a cocaína, cuja produção era em grande parte dominada por laboratórios da Alemanha, sua grande rival. A derrota desse país na Primeira Guerra Mundial levou à consolidação dessa proibição no Tratado de Versalhes (Ashley, 1975).

Embora a cocaína continuasse a ser usada, ela perdeu muito do seu antigo prestígio em meados de 1920, sendo identificada como prática de populações marginalizadas, como os negros norte-americanos, e somente voltou a ser largamente utilizada a partir da década de 1970. Atualmente, as principais plantações de coca encontram-se na América do Sul, principalmente na Bolívia, Peru e Colômbia, países onde a planta é cultivada pela população camponesa de etnia indígena, tanto para usos tradicionais quanto para fornecer matéria prima ao tráfico ilícito de cocaína.

Das folhas ao pó

Primeiramente, logo após a colheita, as folhas são colocadas ao sol para uma rápida secagem. Depois, são enviadas para outras localidades que devem ser próximas, para evitar a decomposição do princípio ativo presente nas folhas, onde são convertidas em “pasta-base”. Para tanto, são moídas e colocadas em uma prensa com ácido sulfúrico, querosene ou gasolina, e comprimidas até formarem uma massa contendo até 90% de sulfato de cocaína.

Outros e variados solventes podem ser usados nesse processo, dificultando muito a sua repressão que se exerce, em grande parte, por meio de tentativas de controle dos insumos.

Após a obtenção da pasta o processo torna-se mais complexo, necessitando de equipamento mais sofisticado e treinamento específico para se remover as impurezas remanescentes. Nessa etapa a pasta deve ser tratada com ácido hidrolórico, que age como solvente e produz o cloridato de cocaína, branco e cristalino. Nesta forma a cocaína pode ser aspirada, ingerida ou dissolvida em água, para ser injetada. Ao contrário da pasta base, não pode ser fumada, pois ao se acender, a cocaína se decompõe antes de se volatilizar.

Anteriormente, a complexidade dessa última etapa exigia que a pasta fosse transportada para os grandes centros metropolitanos. Hoje, as técnicas necessárias já estão mais disseminadas em regiões próximas das plantações, mas a atuação das forças de repressão leva a freqüentes deslocamentos dos laboratórios de refino, dificultando a manutenção de padrões de pureza do produto final. Normalmente, esses laboratórios de produção encontram-se próximos a rios ou possuem pistas clandestinas de pouso para o escoamento da produção e sua posterior distribuição pelo mundo afora (Leite, 1999:16).

Do pó à pedra

A partir da década de 1970, a difusão do uso de drogas nas camadas sociais médias americanas e européias impulsionou uma retomada do uso do cloridrato de cocaína (pó) por aspiração intranasal. Nas décadas seguintes, a prática se difundiu e essa substância veio a substituir as anfetaminas (que passaram a ter sua venda controlada) e a maconha, quando estas faltavam no mercado devido à repressão governamental. Porém, o alto preço manteve o seu uso confinado às camadas de maior poder

aquisitivo. A partir do início da década de 1980, alguns dependentes e usuários freqüentes descobriram uma forma de usar o produto que produzia efeitos mais intensos, embora de menor duração. Era o consumo de “*freebase*”, fumado em cachimbos de vidro que, aceso, produz vapores de cocaína relativamente pura. Para produzi-lo, misturava-se cloridrato de cocaína numa base líquida (tal como amoníaco, bicarbonato de sódio ou hidróxido de sódio) para remover o ácido hidrolórico. O alcalóide de cocaína resultante era então dissolvido e purificado em um solvente como éter e aquecido em fogo brando até que a maior parte do líquido se dissolvesse.

Já o crack, outra forma fumável de cocaína, surgiu algum tempo depois, entre setores carentes da população negra e latina das decadentes áreas centrais de Nova York, Los Angeles e Miami. Sua produção era similar à do “*freebase*”, mas prescindia do processo de purificação final: o cloridrato de cocaína era dissolvido em água, adicionava-se bicarbonato de sódio, aquecia-se a mistura que, ao secar, adquiria a forma de pedras duras e fumáveis. Essas pedras continham não somente alcalóides de cocaína, mas também bicarbonato de sódio e todos os outros ingredientes que haviam sido adicionados anteriormente ao pó. Mas, apesar do crack não ser tão puro quanto o “*freebase*”, ao ser aceso, libera um vapor que é em grande parte cocaína pura, produzindo um efeito parecido àquele. Porém, ao contrário do “*freebase*”, geralmente preparado pelos próprios usuários a partir do pó, o crack era geralmente produzido pelos traficantes e vendido já pronto para ser fumado.

O crack logo se tornou muito popular, embora seu uso não se tornasse tão comum quanto o do pó, o cloridrato de cocaína. Porém, devido ao fato

que fumar é uma forma mais eficiente de levar uma droga ao cérebro, a diminuição da quantidade de cocaína necessária para produzir um efeito forte possibilitou uma redução considerável no preço, tornando assim acessível às camadas mais pobres o uso do que até então era considerado “o champanhe das drogas”.

Esse produto também permitia que se auferissem maiores lucros da pasta-base que ainda chegava aos Estados Unidos para lá ser refinada e transformada em cocaína em pó. Mas, muitas vezes, os insumos químicos, como éter e acetona, necessários para a transformação da pasta base em cocaína, não estavam prontamente disponíveis devido ao controle governamental exercido sobre a sua comercialização. Para evitar maiores perdas financeiras, os traficantes passaram então a produzir essa forma menos pura, no entanto, mais facilmente vendável. A “epidemia do crack” pode, portanto, ser considerada, de certo modo, um resultado da política proibicionista antidrogas, uma vez que a ausência dos componentes químicos “obrigou” os comerciantes de drogas a recuperar o uso de cocaína fumada.

O nome crack, ao que tudo indica, se deve ao barulho provocado pela “queima” da pedra durante o seu uso. Mais do que isso, este subproduto da cocaína, representava, de fato, uma inovação da produção. Era uma maneira de comercializar a cocaína, uma mercadoria cara e de prestígio, em pequenas unidades baratas. Apresentada dessa maneira, esse tipo de cocaína fumável era vendida nas ruas por jovens negros e latinos para uma nova clientela. Seu sucesso se deveu a vários fatores. Por um lado, havia um grande contingente de jovens desempregados dispostos a trabalhar no novo

negócio de preparação caseira do crack e de vendê-lo em sua própria vizinhança. Era uma ocupação mais rentável que qualquer outro emprego disponível a eles, tanto na economia oficial quanto na criminosa. Além disso, essa inovação mercadológica, ao transformar a cocaína em pó em pedras fumáveis, mudava a maneira como a droga era consumida e reforçava de forma dramática a natureza da intoxicação cocaínica, tornando-a breve, mas intensa. Assim, o novo produto logo se tornou um grande sucesso de vendas e fonte de lucro para todos os escalões do tráfico (Reinerman e Levine, 1997).

É importante ficar claro que o crack pode ser obtido de duas formas. A partir do cloridrato, onde sua confecção é caseira e de pequena escala, e a partir da pasta-base, onde sua confecção é mais industrializada. Essa nova maneira de se usar cocaína também apresentava a possibilidade de se aproveitar a substância, mesmo quando úmida e de difícil aspiração. Até então, quando os usuários encontravam a cocaína neste estado, tinham somente duas alternativas. Tentavam secá-la, colocando-a num prato de louça a ser aquecida aos poucos, para sua posterior aspiração, ou a diluíam em água, para torná-la injetável. Contudo, injetar drogas requer equipamentos disponíveis e não ter medo desta via de administração, além de outros elementos de caráter sociocultural que descreveremos com mais precisão no capítulo três.

Injetar cocaína representa também um risco de overdose que muitos usuários preferem evitar. Além disso, a partir do final da década de 1980, essa prática passou a carregar o estigma de ser uma importante via de transmissão do vírus HIV, que provoca a aids.

1.1. A entrada do crack no Brasil

É difícil precisar exatamente quando o crack fez sua primeira aparição no mercado brasileiro de drogas ilícitas. Relatos de usuários em São Paulo apontam para o ano de 1987, já os relatórios elaborados pelo DENARC (Departamento de Narcóticos da Polícia Civil de São Paulo) só começam a notificá-lo em 1989. Essa discrepância é compreensível, uma vez que os usuários normalmente travam contato com novas substâncias ilícitas algum tempo antes de ocorrerem às primeiras apreensões policiais e as posteriores notificações oficiais.

A divulgação de novas substâncias entre os freqüentadores do “mundo das drogas” ocorre de forma extremamente eficaz e rápida, criando novos mercados. As condições de exclusão de numerosos setores jovens da população urbana, que já haviam garantido o sucesso do crack nas grandes metrópoles norte-americanas, produziram efeitos análogos no Brasil. Atualmente, a maior parte dos “craqueiros” conhecidos é proveniente das camadas mais desprivilegiadas da população. Isso não significa que não haja usuários de outras classes sociais, mas, além de menos numerosos, estes conseguem utilizar suas condições⁶ de classe para garantir maior discrição às suas práticas ilícitas e um abrandamento dos próprios danos sociais e de saúde. Afinal, conforme demonstram estudos norte-americanos, os danos resultantes do uso da cocaína em suas várias formas têm menos relação com suas propriedades farmacológicas do que com as circunstâncias sociais do seu uso (Morgan e Zimmer, 1997).

⁶ Entre essas condições, por exemplo, está o acesso a internet e a participação na maior rede de relacionamentos do mundo (ORKUT). Encontramos várias comunidades virtuais onde se discute o uso de crack entre ela temos: Crack, Amigos do crack, Eu uso crack, O fantástico mundo do crack, Como carne e fumo crack.

O crack caseiro tornou-se muito atraente e, para produzi-lo, bastava diluir pequenas quantidades de cocaína (seca ou úmida) e bicarbonato de sódio ou amoníaco em água e aquecer a mistura. Formava-se uma substância oleosa que, uma vez fria transformava-se em uma película fumável de crack, a “casquinha” ou “pitilo”. Este método continua a ser empregado por alguns usuários que procuram evitar o crack já preparado, normalmente disponível no mercado, pois o consideram muito impuro.

A partir de meados de 1988, primeiramente em São Paulo, começam a surgir outras maneiras de preparar o crack, misturando-se diferentes produtos à cocaína. Hoje, em diferentes regiões do país encontram-se outros preparados de cocaína ou pasta-base que continuam conhecidos como “crack” ou adquirem outras denominações, como “bazuko”, “merla”, “mela”, ou “oxi”, por exemplo.

Assim como variam os seus componentes, também são diversas as condições para difusão do seu uso. No Rio de Janeiro, por exemplo, o crack que era pouco encontrado, teve sua apreensão aumentada em 52 % no ano de 2006. E, segundo o jornal O Globo, teve um aumento de 37% de uso, relatado por usuários que procuram serviços de tratamento (O Globo, 2006). Sua difusão ocorreu de forma muito periférica dentro das grandes rotas do tráfico. Segundo estudiosos do tema, isso se deve à atuação do alto comando do tráfico de drogas carioca que tentou barrar a distribuição e o uso dessa substância, acreditando que ela levaria a uma desorganização nas vidas, tanto dos fregueses quanto dos vendedores, que seria contraproducente aos seus interesses de longo prazo.

1.2. As diferentes formas de uso do crack e os seus danos à saúde.

O crack pode ser fumado de diferentes maneiras. A primeira forma que descreveremos é a do crack fumado em forma de “cigarros”. A “pedra” é quebrada, misturada com tabaco ou com maconha, enrolada numa “seda” e fumada. A grande maioria dos usuários que fumam crack em cigarros mistura as pedras com a maconha⁷ e o fumam na forma de “baseado”. Esta parece ser a maneira menos danosa psicologicamente, pois a “nóia”⁸, que é um dos efeitos do crack, é minimizada pelo efeito da maconha, e isso pode ser importante na medida em que administrar a paranóia parece ser um dos principais problemas dos usuários de crack.

O crack também pode ser fumado em cachimbos, em latas de alumínio e em copos de água descartáveis. Embora os apetrechos para o uso sejam diferentes, a forma de colocar a “pedra” em combustão é sempre a mesma, ou seja, primeiro coloca-se cinza de cigarros no local em que será queimado o crack e por cima a “pedra”. Em seguida, esta é acesa, utilizando-se um isqueiro ou fósforos e aspira-se a fumaça.

Para se “fumar na lata” é necessário esvaziar o seu conteúdo, caso ela esteja cheia, amassá-la ao meio, e fazer pequenos furos com um prego fino ou uma agulha no local amassado. Lá será colocada a cinza e a pedra para ser queimada. O uso de latas é mais prejudicial, porque estas geralmente são coletadas na rua ou no lixo e podem estar contaminadas com diferentes agentes infecciosos. Além disso, essa forma favorece a aspiração de uma

⁷ A maconha é considerada pela Organização Mundial de Saúde como perturbadora do Sistema Nervoso Central. Os usuários que usam crack com maconha relatam que se sentem mais tranquilos, menos perseguidos e paranóicos.

⁸A “paranóia” é o efeito provocado pelo uso de crack que aparece na maioria dos usuários de cocaína-crack. É um sentimento de perseguição que pode levar à violência. Sob a paranóia os usuários desconfiam e tudo e de todos, ouvem vozes e sons que lhes provocam medo e pavor. Muitas vezes criam situações onde ficam acuados e escondidos.

grande quantidade de fumaça pelo bocal, promovendo, assim, uma intoxicação pulmonar muito intensa.

No Rio Grande do Sul, foi feita uma pesquisa recentemente pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Droga da Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁹, onde se constatou que os usuários de crack:

(...)correm risco de ter ossos enfraquecidos, demência, e até agravamento do Mal de Alzheimer por aquecer as latas de refrigerantes a cada vez que inalam a droga [...] Os males ocorrem em razão da exposição excessiva ao alumínio, que se desprende com mais facilidade com o calor (Zero Hora, 2006).

Os recipientes mais recomendáveis para se fumar crack, do ponto de vista da redução dos danos conhecidos associados a esta prática de uso, são os copos plásticos descartáveis de água mineral. Para usá-lo, pega-se um desses copos, com água mineral, colocando-o na horizontal. Em seguida, com a brasa de um cigarro, faz-se um buraco na sua lateral, esvaziando-se metade da água. Este é o local por onde deverá ser aspirada a fumaça. Na cobertura de alumínio, no topo do copo, fazem-se pequenos buracos com um alfinete ou agulha, onde será colocada a “pedra” para ser fumada. Usados da forma descrita, esses copos parecem ser os “cachimbos” mais adequados e menos danosos, uma vez que ao passar pela água no seu interior, a fumaça será umedecida e terá suas partículas sólidas retidas no líquido evitando sua aspiração.

Fumar crack pode ocasionar vários tipos de danos. São indubitáveis os problemas respiratórios causados pela inspiração de partículas sólidas no ato de fumar essa droga. Por ser um estimulante, causa também perda de

⁹ A publicação da pesquisa está no prelo. Tivemos acesso aos dados preliminares por meio da reportagem do jornal Zero Hora.

apetite, falta de sono e agitação motora. Estes efeitos dificultam, por sua vez, a ingestão de alimentos, podendo levar à desnutrição, desidratação e gastrite. Observam-se, também, outros sintomas como rachaduras nos lábios, causados pela falta de ingestão de água e de salivação, cortes nos dedos das mãos causados pelo ato de quebrar as “pedras” para uso, além de queimaduras nos dedos e, em alguns usuários, no nariz, causadas pela chama usada para fumar o crack ou até mesmo pela sua própria combustão.

O estudo de Ramachandaran (2004) aponta vários problemas pulmonares entre os usuários de crack atendidos em um serviço da Pensilvânia. Entre os problemas relatados estão: edema pulmonar, hipersensibilidade a pneumonia, bronquiospasma, hemorragia alveolar. Já o estudo de Souza (2002) realizado no Hospital Evandro Chagas, no Rio de Janeiro com 675 homens que fazem sexo com homens e usam crack, apontou o uso de crack como fator de risco para o sexo desprotegido.

A tese de doutorado defendida por Nappo em 1996, foi um estudo importante. Nas 42 entrevistas realizadas, a autora buscou conhecer as relações culturais e os padrões de uso relacionados aos consumidores de crack e de baque¹⁰ sob a ótica dos usuários. No contexto sociocultural, descreve o estilo de vida decorrente do uso de crack e de baque, estilo de vida anterior ao uso de drogas, cultura do uso, forma de preparo da droga. Descreve as histórias de consumo e a iniciação ao uso. Entre as conclusões, podemos destacar, além da defesa da metodologia qualitativa para a pesquisa com usuários de drogas, as descobertas nas semelhanças de diferenças entre os “craqueiros” e “baqueiros”, ou seja, altos índices de

¹⁰ Baque é injeção de cocaína. Este nome se deve ao fato de que a injeção de cocaína provoca um efeito estimulante muito intenso, “um baque”.

exclusão social, risco acrescido para DST por dificuldade no uso do preservativo, e grande sensação de paranóia.

As comprovações de Nappo também apareceram no estudo de Hatsukami (1996). Um estudo bastante amplo de revisão de todos os artigos que apareceram no *medline* entre 1976 a 1996 usando os termos “*smoked cocaine, crack cocaine, freebase e cocaine-base*”, que tinha por objetivo geral revisar e discutir as diferenças e similaridades entre o uso de crack e o cloridrato de cocaína, e determinar como esses achados poderiam afetar a política de intervenção e tratamento dos usuários de cocaína nas suas diferentes formas.

As conclusões de Hatsukami em 1996 podem ser comprovadas até hoje, em especial no que diz respeito à forte e rápida dependência causada pelo uso de cocaína fumada (crack) quando comparada com o uso de cocaína inalada e à rapidez do efeito e necessidade maior de outra dose entre os usuários de crack.

Há outros problemas, de ordem psicológica e social, raramente descritos por pesquisadores, embora facilmente detectados no contato com os usuários. Assim, observa-se freqüentemente, em usuários de crack, um total descuido em relação à sua aparência e asseio pessoal. Ocorrem também graves perdas dos vínculos familiares e sociais, sendo comum ouvi-los dizer que anteriormente tinham famílias, mas que estas teriam desistido de ajudá-los devido à sua insistência em continuar usando a droga.

Relatam também que antes estudavam e trabalhavam, mas que depois que o uso de crack se tornara sua principal atividade, abandonaram essas ocupações e suas garantias de inserção social. A “paranóia” também merece

uma atenção especial, pois, como sabemos, este sintoma aparece em quase todos os usuários e é a responsável pela maioria das brigas nas cenas grupais de uso, nas quais amizades de longa data podem ser terminadas em função da droga.

Outra questão de grande importância e complexidade é a da troca de sexo por drogas e a realização de pequenos delitos para a aquisição de dinheiro para comprar a droga, fatos esses relatados no contato direto com usuários, e em diferentes estudos nacionais e internacionais (Nappo, 2001; Hatsukami, 1996; Harocopos et al, 2003; Barnaby et al, 2004; entre outros).

Mas afirmar que é o crack que provoca tais comportamentos é uma atitude preconceituosa. É necessário aprofundar estudos no perfil sociocultural dos usuários de crack dentro de suas realidades para que possamos fazer afirmações sobre o crack *versus* sexo e crack *versus* pequenos delitos.

1.3 O pânico moral em torno do uso do crack

O uso de crack no mundo, e na sociedade brasileira em especial, surgiu no final da década de 1980 e seu aparecimento gerou várias reações na sociedade, entre estas iremos destacar o pânico moral. De uma maneira simplista, podemos dizer que o pânico moral é criado e imposto pelos empresários morais. Contudo, para tal afirmação é necessário que façamos um breve debate sobre as regras na sociedade, sua criação, sua imposição e a repercussão de tal atitude.

Desta forma diremos que as regras são criadas por algumas pessoas frente à emergência de um fenômeno social que é encarado como um problema,

e por isso precisa ser resolvido. Assim, Becker nos relata: “As regras são produtos da iniciativa de alguém e podemos pensar nas pessoas que mostram tal iniciativa como *empresários morais*.” (Becker, 1976: 108).

Esses empresários morais serão divididos em duas classes: os criadores e os impositores de regras, onde os criadores são os que se interessam pelos conteúdos das regras, ou seja:

As regras existentes não o satisfazem porque há um mal que o perturba profundamente. Ele sente que nada pode estar certo no mundo até que as regras sejam feitas para corrigi-lo. Opera com uma ética absoluta; o que se vê é, sem restrição, total e verdadeiramente mal. Qualquer meio para eliminar este mal é justificável. (Becker, 1976: 108).

É como se eles tivessem a obrigação de eliminar o que diagnosticaram como mal, no nosso caso, o crack.

Mas o mal não é eleito aleatoriamente, ele tem motivos para assim ser considerado. Quando surgiu o crack e seu uso foi disseminado entre a população de rua nas grandes metrópoles e os efeitos do seu uso ficaram muito visíveis à população geral (magreza causada pela desnutrição, sujeira causada pelo uso da drogas durante vários dias consecutivos, pequenos delitos para compra de drogas e fissura pela ausência dela), a justificativa ficou simples para o criador de regras porque, como o efeito do uso de crack ficava evidentemente associado como ruim, ele conseguiu apoio de várias instituições para a criação de regras, como por exemplo, “eliminação do crack”, “salvação do craqueiro”, “proteção dos filhos(as) das craqueiras” etc. Até hoje ouvimos histórias sobre usuários de crack que fumaram uma vez e já ficaram totalmente dependentes, ou que fumaram uma vez e sua vida acabou etc.

Ou seja, os criadores de regras têm motivações que poderiam ser consideradas por muitos como humanitárias, eles criarão regras que salvará a sociedade de um grande mal, Becker nos conta que eles se sentem como cruzados, uma vez que sua missão é sagrada. Independentemente dos que serão “salvos” pensam:

Os cruzados morais querem caracteristicamente ajudar aqueles que estão abaixo deles a conseguir um *status* melhor. O fato de que aqueles que estão abaixo deles nem sempre gostarem dos meios propostos para sua salvação é uma outra questão (Becker, 1976: 110).

“Com a criação de um novo conjunto de regras, descobrimos freqüentemente que se estabelece um novo conjunto de agências e funcionários de imposição. (Becher, 1976: 114)”. Os impositores se preocupam que as regras sejam cumpridas e se houver uma organização para isso a cruzada torna-se institucionalizada. Em alguns casos, nem se trata de impor com destreza as regra, mas o fato dela existir faz com que o trabalho do impositor se torne imprescindível e lhes dá boa razão para que seu lugar continue existindo.

Quando o crack surgiu e seu uso se banalizou entre a população das camadas mais pobres da sociedade, pudemos observar a criação de regras sobre seu uso por muitos técnicos da saúde (médicos, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) ligados ao atendimento de usuários de drogas que começaram disseminar a idéia de que o crack era a “droga do mal” e se encarregaram de tornar o crack a pior droga do momento. Já os impositores, que na época estavam mais ligados às questões judiciais, se encarregaram se qualificar a polícia, em especial, como a força responsável para combater o mal, com a ajuda da mídia obviamente. Este movimento

teve repercussões diretas na forma como a sociedade brasileira lidou com o uso de crack, surgindo o pânico moral.

Segundo Cohen:

(...) pânico moral se refere ao processo pelo qual ‘empresários morais’ (*moral entrepreneurs*) e/ou a mídia instigam inquietações populares, em escalas maciças, sobre determinadas questões sociais. (in put Silva, 2005: 153).

Fica fácil perceber que no nosso caso, estes empresários morais se valeram do pânico moral para justificar várias de suas atitudes. A demora de respostas mais assertivas e menos opressoras dos gestores de saúde pública, por exemplo, ou a descrença na implementação de estratégias de redução de danos para os craqueiros (já que o pânico moral tem como efeito o imobilismo, o medo, a impotência etc).

As regras são iniciativas de alguém, no nosso caso, os especialistas vinculados à “guerra contra as drogas”, que tiveram uma atuação política importante na sociedade conservadora, reacionária e preconceituosa, na qual vivemos. Desta maneira, empresários morais que pregavam a abstinência como a única forma de “se lidar” com o uso da droga, ou que acreditavam que prender e/ou tratar os usuários seria a melhor maneira de deter seu uso tornaram-se a referência social quando se referisse a uso de crack.

Os juristas, por sua vez, acreditavam que colocar usuários e traficantes na mesma categoria e encarcerá-los poderia ser a solução para o problema do uso de crack.

Após a atuação dos empresários morais, pudemos verificar o surgimento do pânico moral em torno do crack e observamos os seus quatro eixos de sustentação.

Segundo Peritti-Watel, são esses os eixos: o exagero dos fatos, a amplificação por associação, as profecias da desgraça e a simbolização. No nosso caso, o **“exagero dos fatos”** (*exagération des faits*) pode ser relatado pela forma com que a mídia e alguns técnicos da saúde lidavam com a questão, era muito comum ouvirmos falar que o crack causa dependência quase que imediata, que seu uso leva à marginalidade e que para parar de usar, só morrendo. A **“amplificação por associação”** (*amplification par association*) onde um fato aparece como conseqüência de outro e assim por diante, pode ser descrito como: hoje usa-se crack, amanhã torna-se dependente, depois de amanhã está cometendo delitos, ou seja, a amplificação por associação pôde provocar uma associação forjada entre crack e criminalidade.

“As profecias evocam as conseqüências futuras que situam o problema a um nível de gravidade mais elevado. (Peretti-Watel, 2005: 111)”, ou seja, as **“profecias da desgraça”** se realizavam na medida em que tínhamos acesso somente a casos de usuários de crack que se prejudicaram socialmente, perderam emprego, abandonam a escola etc. E por fim, a **“simbolização”** (*symbolisation*), onde fatos atribuídos ao estereótipo de usuário de crack eram apoiados por intervenções que os colocavam no papel de desviantes.

Ou seja, determinados grupos ou veículos de comunicação que tinham legitimidade política para interferir na formação de uma opinião pública,

passaram a veicular um conjunto de valores e de referências morais que geraram um pânico no interior da sociedade frente à questão do uso de crack.

No Brasil encontramos pouca bibliografia sobre pânico moral. Tentamos uma busca com a palavra-chave tanto no portal da CAPES como na BIREME, e surgiram alguns artigos, relacionados à prostituição e a aids. Tendemos a pensar que o Pânico Moral é um conceito pouco conhecido e, por conseqüência, pouco explorado na realidade brasileira. Alguns pesquisadores (MacRae, Andrade e Leite) nos revelaram em comunicação oral que este conceito ainda suscita discussões dentro das Ciências Sociais pela sua fragilidade, e mais do que isso, por poder ser usado para quase todas as situações em que a exclusão apareceu. De qualquer forma, podemos observar com muita clareza o pânico moral em torno do uso de crack.

Referimos-nos ao “pânico moral” em relação ao uso de crack, que se inicia nos anos 90, momento no qual o seu uso surge de forma epidêmica em São Paulo. A mídia tratava a questão como mortal, assustadora e sem possibilidades de convivência. Para ilustrar destacamos o levantamento realizado pela Escola Paulista de Medicina (EPM) das manchetes de vários jornais que circulavam na cidade de São Paulo entre 1990 e 2000. Este *clipping* está reduzido, ele não retrata todas as manchetes sobre crack da mídia na época, constam somente as manchetes que têm relação com a EPM, mas serve para que possamos ter uma idéia do pânico moral gerado com o surgimento do crack. Por exemplo:

- ✓ A droga do medo – Folha de São Paulo
- ✓ 21% dos usuários assaltam por cocaína – Folha de São Paulo
- ✓ Abstinência não põe fim a danos da droga – Folha de São Paulo
- ✓ Repressão amplia limites da crackolândia – Folha de São Paulo
- ✓ Ex-viciada revela como sobreviveu à guerra do crack – Folha de São Paulo
- ✓ Educadores arriscam a vida para salvar viciados – O Estado de São Paulo
- ✓ Os cachimbos da morte – Revista Época
- ✓ Crack avança e vicia policiais militares – Folha de São Paulo
- ✓ PM reforçará policiamento no quadrilátero das pedras – O Estado de São Paulo
- ✓ Crack provoca mais homicídios – Diário de São Paulo
- ✓ Uso de cocaína entre jovens de rua cresce em SP – O Estado de São Paulo
- ✓ Uso de drogas cresce entre meninos de rua – Jornal da Tarde
- ✓ 88% dos meninos de rua já usaram drogas – Folha de São Paulo
- ✓ Abstinência e seqüelas – Folha de São Paulo
- ✓ Pesquisa mostra efeito das drogas em recém-nascidos – Folha de São Paulo
- ✓ Projeto vai tratar dependente de crack – Folha de São Paulo
- ✓ Pesquisa revela crescimento no uso de crack – Diário Popular
- ✓ Menores viciados em crack são resgatados das ruas – O Estado de São Paulo

Outro fato que ficou globalmente conhecido, aumentando ainda mais o pânico moral: o mito¹¹ dos crack *babies*. Esse mito consistia em mostrar através de dados epidemiológicos, médicos e biológicos que filhos de mães usuárias de crack nasciam prematuros, dependentes da droga, com sérios problemas físicos etc.

Se por um lado havia alguns dados de realidade que apareciam nos estudos, por outro, estes dados eram superestimados, incentivados pelos seguidores da “guerra contra as drogas” marcada principalmente pela ampliação de fatos; desta forma, era assustador para a sociedade que uma

¹¹ Mito: interpretação primitiva e ingênua do mundo e de sua origem. (www.michaelis.uol.com.br)

mulher grávida não conseguisse se abster da droga mesmo sabendo dos danos que o crack poderia gerar à saúde do seu bebê. Os empresários morais, por sua vez, se valiam do mito para aumentar ainda mais o combate ao crack e, por conseqüência, a seus usuários.

Godde cite également le mythe des *crack babies* (les 'bébés du crack'). Toujours Durant les années 1980, des études américaines ont montré que les enfants nés de mères cocaïnomanes étaient plus souvent prématurés, avaient à la naissance un poids et une circonférence crânienne inférieurs à la moyenne, présentaient aussi parfois diverses anomalies physiques et comportementales, voire des lésions cérébrales. (Peretti-Watel, 2005: 119)

Ao longo dos anos, os estudos epidemiológicos, médicos e biológicos passaram a ser questionados por alguns técnicos, que no atendimento das mulheres craqueiras e de seus filhos observaram que os fatos relatados pelos estudos estavam mais relacionados com as condições de algumas usuárias do que com o uso de crack em si, ou seja, os *crack babies* estavam diretamente relacionados com as condições de exclusão dessas usuárias, condições onde era negado o pré-natal, por exemplo.

Já em relação à reação da sociedade civil, observamos uma grande diferença entre os portadores do HIV/aids (como veremos no capítulo três) e os usuários de crack (capítulo cinco), pois os craqueiros não conseguiram, ainda, reagir (capítulo seis) ao pânico moral como aponta Galvão:

(...) é possível pensar que o pânico moral também ajudou a garantir uma certa "excepcionalidade" na condução de ações frente à epidemia. Se um contexto de acusação com os seus mecanismos de acusação foi formado – como apresento na minha dissertação de mestrado (Galvão, 1992), utilizando Mary Douglas (1976) –, também houve uma forte reação dos "acusados", o que faz a AIDS diferir de outras enfermidades igualmente estigmatizantes, como a hanseníase(...) (Galvão, 2000: 181)

A reação que caminha a passos pequenos está sendo fomentada pelos cracados, encontrando diversas barreiras, como veremos a seguir, no capítulo quatro.

Após toda esta descrição sobre o surgimento do crack no mundo e no Brasil, no próximo capítulo iremos descrever nossos pressupostos teórico-metodológicos, e como foi feita nossa coleta de dados.

2. As pedras do caminho para se chegar ao caminho das pedras - Pressupostos teóricos metodológicos.

Procuramos adotar, em nossa pesquisa, uma perspectiva teórico-metodológica capaz de apreender os elementos sociohistóricos que configuram o campo da redução de danos para os usuários de crack na realidade brasileira.

Nessa direção, realizamos uma pesquisa teórica que procurou resgatar, no âmbito da literatura, as diversas esferas que incidem sobre a prática de uso de drogas, mais especificamente sobre o uso de crack e sobre as respostas sociais e de saúde nessa área, dando ênfase aos financiamentos para as organizações não governamentais.

Nosso objeto é a análise do processo de implantação e desenvolvimento das estratégias de redução de danos associados ao uso de droga para as questões relacionadas ao uso de cocaína fumada (crack), através do estudo dos cinco projetos-piloto para usuários de crack desenvolvidos no Brasil, financiados pelo Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde.

Nossa aproximação com o objeto, na perspectiva de construir nosso referencial de análise, exigiu um trabalho teórico de resgate dos elementos centrais que, a nosso ver, oferecem as bases sociohistóricas que determinam

as experiências de redução danos no interior dos cinco projetos-piloto por nós analisados.

Assim, optamos pela discussão teórica dos seguintes elementos:

- ✓ História da cocaína e o surgimento do crack. Esse histórico é fundamental para a compreensão das propriedades da cocaína e do crack, de suas formas de uso, das determinações culturais, políticas e econômicas que incidem sobre essa prática e, principalmente, para situar a emergência do crack em nosso meio e os desafios que o uso dessa droga coloca para o campo da redução de danos, identificados também, a partir de nossa experiência profissional nessa área. Além de discutirmos o pânico moral em torno do uso de crack.
- ✓ Configuração do chamado terceiro setor e suas mudanças frente à globalização e os espaços organizacionais que assumem a elaboração e operacionalização das respostas de prevenção ao HIV/aids no Brasil. Procuramos identificar, ainda que de forma introdutória, os elementos que incidem sobre a criação do Programa Nacional de aids; as principais mudanças no campo da prevenção ao longo da história da epidemia; as modalidades de financiamento; o papel das ONG; a vinculação da epidemia com a redução de danos; a diferença entre a direção social no campo da saúde afirmada pelo SUS e aquela afirmada pelos organismos internacionais que fomentam recursos financeiros nessa área, em um contexto de reorganização do Estado e das políticas sociais. E as suas conseqüências para o funcionamento das instituições encarregadas de aplicar as políticas e controlar os serviços prestados à população. No interior dessa discussão mais

conjuntural, procuramos dar destaque à noção de “ditadura dos projetos”, criada por Galvão (1997), que a nosso ver, do ponto de vista teórico, permite matizar as particularidades, os limites e os desafios das experiências de redução de danos para o uso de crack implementadas pelos projetos-piloto.

- ✓ História da redução de danos no mundo e no Brasil e as estratégias de redução danos frente à diversidade de usos da cocaína. A partir da literatura especializada, procuramos situar a emergência da redução de danos no Brasil e no mundo, sua base de legitimidade social no âmbito da prevenção do HIV/aids, as primeiras experiências na área de repercussão nacional e internacional, os projetos de troca de agulhas e seringas, a incorporação da redução de danos no âmbito do Programa Nacional de aids, as principais estratégias de redução de danos, a importância dos projetos de pesquisa na área, a criação das associações e redes de redução de danos e a ampliação do campo de atuação da redução de danos, especialmente em relação ao uso de crack, e a prevenção de outras doenças, e não somente do HIV/aids. Destacaremos também, de forma sucinta, a tendência hegemônica à instrumentalização da redução de danos.

Os elementos históricos, econômicos, políticos, culturais e ideológicos tratados em nossa pesquisa teórica interessam, ao mesmo tempo, tanto para contextualizar o corpo de conhecimento que vem se constituindo no campo das abordagens sobre o uso de drogas, quanto para situar às particularidades de nosso objeto de pesquisa.

As referências conceituais utilizadas em nossa pesquisa empírica sintetizam, assim, a própria complexidade do “fenômeno” do uso de crack em nossa realidade e as particularidades das respostas formuladas a essa prática no âmbito da redução de danos.

Com base nessas referências conceituais mais genéricas, encaminhamos nossa pesquisa empírica na perspectiva de articular uma diversidade de técnicas capazes de apreender a dinâmica e a complexidade do processo de implantação e execução dos cinco projetos-piloto, objeto central de nossa tese.

Além dos dados colhidos em campo, nossa pesquisa empírica conta, também, com uma descrição detalhada do contexto e da concepção que resultaram na implementação dos projetos-piloto.

2.1. As técnicas de coleta de dados

As técnicas de coleta de dados estão sempre relacionadas com o referencial teórico que será usado para analisá-las, mas nada impede que além das técnicas recomendadas por um referencial outras sejam utilizadas.

Segundo Becker (1999:12), “os sociólogos deveriam se sentir livres para inventar os métodos capazes de resolver os problemas de pesquisas que estão fazendo”.

Zaluar (2004) defende que a pesquisa de campo deve ser feita pelos seus pares; contudo, devem-se tomar certos cuidados na coleta de dados, usar “alguém” da comunidade para coletá-los ou trabalhar com diferentes técnicas.

No nosso caso, esta pesquisadora circulava entre os projetos de redução de danos e suas intervenções de campo, bem como, ao longo de sua trajetória profissional, construiu um acúmulo teórico sobre as abordagens

no campo das drogas e dos referenciais apropriados e desenvolvidos pela área de redução de danos. Outro dado importante é o fato desta mesma pesquisadora ter sido uma das idealizadoras dos projetos-piloto, coordenando um dos projetos por um ano.

Essa inserção diferenciada (pesquisadora, idealizadora dos projetos-piloto, coordenadora de um dos projetos e integrante das redes de relações profissionais das equipes dos demais projetos) foi considerada ao longo do processo de coleta e análise de dados.

Embora nossa pesquisa empírica não tenha sido realizada nos marcos da etnografia clássica, as técnicas de coleta de dados por nós utilizadas são usualmente encontradas na etnografia, o que justifica nosso reconhecimento do debate nessa área acerca dos desafios no uso dessas técnicas.

O debate no interior da pesquisa etnográfica indica a complexidade dos elementos que devem ser considerados na produção do sentido e da veracidade dos dados obtidos em campo. No nosso caso, aquela inserção diferenciada expressa um elemento a mais dessa complexidade no campo da etnografia. Os dados de campo deveriam ser considerados na trama de significados produzidos pelos sujeitos e na sua articulação com as expectativas que estes poderiam criar em relação aos resultados da pesquisa quanto à legitimidade, avaliação e continuidade das ações desenvolvidas em cada um dos projetos-piloto.

Considerando a complexidade da pesquisa etnográfica, Zaluar traduz um dos desafios encontrados no uso da técnica de entrevistas para a coleta de dados. “Em outras palavras, as entrevistas, descobri, não eram constituídas de

significados, mas de discursos sobre significados cujo sentido eu deveria buscar fora do dito” (Zaluar, 2004:12).

Tendo em vista nossa inserção diferenciada nesse campo de pesquisa e a necessidade de outras modalidades de aproximação com a realidade empírica dos projetos-piloto, complementares e mediadores dos significados dos discursos colhidos nas entrevistas, decidimos ainda no início da pesquisa, que trabalharíamos também com outros dados colhidos por outras técnicas.

Nessa direção, além de Zaluar, incorporamos os alertas de Victória (2000) sobre as técnicas de coleta de dados. “O uso de técnicas combinadas, isto é, a utilização coerente de mais de uma técnica, permite suprir lacunas e tornar mais completa a coleta de informações em campo” (Victória, 2000:61).

Da mesma forma, tomamos como referência as discussões realizadas por MacRae:

Dos métodos qualitativos empregados na coleta de dados sobre diferentes aspectos do ‘mundo das drogas’, talvez os mais comuns sejam as entrevistas abertas e as discussões em grupo, por sua relativa rapidez em produzirem um considerável corpo de dados para análises (2004: 29-30).

Para nos assegurarmos que seriam contempladas as questões teórico-metodológicas que incidem sobre a pesquisa empírica, realizamos a coleta de dados por meio da combinação das seguintes técnicas: visitas às organizações nas quais os projetos se realizam, entrevistas, observação do trabalho de campo e das atividades realizadas na sede das organizações, discussões em grupo, além da coleta de dados documentais: projetos, relatórios produzidos por suas equipes e pelos consultores externos,

planilhas de monitoramento do campo e atas das reuniões dos coordenadores dos projetos.

Utilizamos a técnica de entrevistas abertas junto aos coordenadores dos cinco projetos investigados onde procuramos coletar os dados relativos ao funcionamento do projeto, às atividades desenvolvidas, às modalidades de encaminhamento e parcerias realizadas, e ao perfil dos usuários atendidos.

O roteiro¹² utilizado nas entrevistas abertas pode ser caracterizado como semi-estruturado e procurou garantir a apreensão dos elementos centrais de cada projeto. Todas as entrevistas foram gravadas mediante consentimento informado e assinado¹³.

As discussões em grupo¹⁴ defendidas por MacRae (2004), como uma técnica que aumenta a proposta da entrevista aberta, foram também utilizadas por nós. Os grupos de discussão foram realizados nas várias reuniões dos projetos-piloto envolvendo seus coordenadores e consultores nacionais e internacionais. Na fase final de coleta de dados, durante a visita aos projetos, realizamos, também, discussões em grupo com os demais integrantes das equipes de cada projeto.

Trabalhamos, ainda, com a observação participante na busca por estabelecer um contato direto com a equipe dos projetos e os usuários que as mesmas acessavam.

Enquanto as entrevistas e grupos de discussão se voltam primariamente para as opiniões expressas pelos sujeitos, a observação dá mais atenção aos comportamentos e relações, contextualizando as verbalizações (MacRae, 2004:31).

¹² Em anexo.

¹³ Em anexo.

¹⁴ “Consiste em reuniões de pequeno número de informantes, entre seis e doze pessoas, escolhidas por serem membros de uma determinada categoria” (MacRae, 2004: 31).

A observação participante e a pesquisa documental, conforme procuramos indicar nas observações feitas pelos autores que discutem as questões teórico-metodológicas da pesquisa empírica foram utilizadas na perspectiva de apreensão de elementos que, embora presentes na realidade empírica escapam ao pesquisador porque estão ausentes dos discursos dos sujeitos ou porque o próprio significado desses discursos depende do sentido fornecido pelos dados colhidos em outras fontes: nas relações, nas teorias, nos documentos¹⁵ etc.

Os resultados da pesquisa empírica encontram-se sistematizados nos itens que tratam da história e funcionamento de cada um dos projetos e em nossa análise final.

No próximo capítulo descreveremos o surgimento das ONG no Brasil e as ONG-aids e sua repercussão na resposta brasileira à epidemia de aids com o fomento do empréstimo do Banco Mundial e a despolitização das instituições por ele financiadas.

¹⁵ Colocaremos em anexo a planilha de monitoramento dos projetos-piloto feita pelo Programa Nacional de DST/aids em parceria com o Programa Nacional de Hepatites Virais.

3. Pedras preciosas?

A ditadura dos projetos

A origem histórica das ONG, sua natureza e objetivos no interior da sociedade civil brasileira é uma discussão densa e complexa que fugiria aos objetivos de nossa pesquisa. Contudo, se fazem necessárias algumas definições para que possamos contextualizar a discussão das ONG/aids e o fomento do Banco Mundial¹⁶. Desta forma, Gonh é uma das referências para situar esse processo:

Alguns autores datam o surgimento das ONG no Brasil desde a época da Colônia [Moura, 1994]. Eles se referem ao trabalho de grupos de religiosos caritativos, de difícil comparação com as ONG atuais porque a Igreja e o Estado não eram separados por lei. Acreditamos que as modernas ONG são produtos do século XX, quando o Estado passa a ter papel central na vida das nações. Elas são um fenômeno mundial [...]. O Banco Mundial tem dado grande atenção às ONG desde a década de 80, considerando-as como mais eficientes que as agências governamentais, priorizando ações em parceria com elas. A dimensão social do desenvolvimento passou, para o Banco Mundial, a ser o campo das ONG. Em 1989, o Banco assim definiu as ONG: 'grupos e instituições que são inteiramente ou largamente independentes do governo e caracterizadas principalmente por objetivos humanitários ou cooperativos, em vez de comerciais' [Korten, 1991; Cohn, 2000:53-54]. (GOHN, 2000.)

¹⁶ Para facilitar a leitura usaremos Banco Mundial quando quisermos nos referir ao Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento – BIRD.

Mas, para Malvasi, o termo Organização Não-Governamental (ONG) foi usado pela primeira vez em 1940 pela Organização das Nações Unidas (ONU):

(...)para marcar especificidades de entidades não-oficiais que executavam projetos de interesse social com financiamento público. O que distinguia estas entidades era ser ou não governos, sendo questão definir seu caráter público ou privado (Malvasi, 2004: 14).

No Brasil na década de 1970 vivia-se num Estado de rigidez e repressão e obviamente, antidemocrático; surge então uma “rede de ação solidária e reivindicativa, estimulada principalmente pelas Comunidades Eclesiásticas de Base da Igreja Católica (CEB)” (Malvasi, 2004: 20). Esta rede ficou conhecida por Movimentos Sociais e Populares e podemos dizer que foi nesses movimentos que brotaram os “pais” das ONG Brasileiras. No processo de redemocratização, os movimentos que eram independentes de partidos e sindicatos passam a tomar dois caminhos diferentes: um formando partidos políticos e outro criando organizações autônomas, também conhecidas como Organizações Não Governamentais.

3.1. As mudanças no terceiro setor¹⁷

Autores vinculados à teoria social crítica¹⁸ são unânimes em considerar que as organizações não-governamentais surgem num contexto de avanço das políticas neoliberais que, desde finais da década de 70, ganham força no continente latino-americano e operam no âmbito da esfera econômica e das políticas sociais sob aplausos das elites, adesão cordial da

¹⁷ Também conhecido como Sociedade Civil Organizada, que são entidades e organizações sem fins lucrativos – fundações, institutos, associações, organizações não governamentais, entre outras.

¹⁸ Sader (2005); Laurell (1997); Pereira (2001) entre outros.

maioria dos governantes e dificuldades de resistência por parte de grupos organizados que se vinculam aos interesses das camadas populares¹⁹.

As políticas que enfeixam o chamado campo neoliberal afetam de forma particular a realidade dos países latino-americanos. No entanto, de um modo geral assumem características muito próximas: reforma do Estado visando estabilização e ajuste estrutural. Diretrizes que têm significado drástica redução dos gastos públicos com as políticas sociais – dentre elas a de saúde –; transferência das responsabilidades públicas e estatais no âmbito da seguridade social para as organizações do terceiro setor e programas de saúde e sociais de caráter focalista e marcados pela descontinuidade.

A consolidação dessas políticas no continente latino-americano é tributária de um ideário que se alimenta do fracasso da experiência do socialismo real do leste europeu, da chamada crise das esquerdas mundiais – partidos, sindicatos e movimentos sociais de corte classista –, e da construção ideológica que atesta a incapacidade do Estado de promover o desenvolvimento e de gerir políticas sociais de qualidade.

Em aliança com as outras grandes potências capitalistas da Europa Ocidental e o Japão, apoiando-se nas instituições econômicas e financeiras internacionais – como o Fundo

¹⁹ Sader (2005) indica a “sublevação de Chiapas”, em 1994, promovida pelo Exército Zapatista de Libertação Nacional (EZLN) contra a Nafta (acordo de integração do México às economias dos EUA e Canadá), como o primeiro movimento antiglobalização. Além desse movimento, o autor cita também o movimento ATTAC (Ação de Taxação das Transações Financeiras em Apoio à Cidadania), iniciado na França em finais da década de 90, e a manifestação de Seattle, em 1999, contra a reunião da Organização Mundial do Comércio (OMC). Sob a mesma perspectiva de resistência à globalização econômica e ao neoliberalismo, várias entidades e movimentos sociais participaram do primeiro Fórum Social Mundial (FSM), em 2001, na cidade de Porto Alegre, com o objetivo de construir uma alternativa de “um outro mundo” e de se opor ao encontro econômico de Davos. Desde 2001 várias edições do Fórum Social foram realizadas, em âmbito mundial e regional. Ainda que pese a importância desses movimentos de resistência e do FSM o que podemos observar é que estas iniciativas ainda não foram capazes de construir uma alternativa política ao avanço do neoliberalismo em âmbito mundial.

Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio (OMC), os Estados Unidos impuseram o neoliberalismo como forma de reorganização do sistema econômico internacional. Suas teses principais são as de que o livre comércio e a livre circulação de capitais favorecem o crescimento econômico e o acesso crescente de todos aos bens produzidos em todas as partes do mundo. Isso implica o enfraquecimento das barreiras protecionistas em nível nacional, favorecendo a livre competição, fazendo com que os que competem em melhores condições – as economias mais desenvolvidas – conquistem mais espaços, em detrimento dos países que chegaram mais tarde à competição internacional. [...] Implica também a privatização de empresas estatais, pelo privilégio que se dá ao mercado como forma de regulação econômica, em vez de ao Estado, e acarreta igualmente o debilitamento dos direitos dos trabalhadores, com a chamada “flexibilização laboral”. [...] Ao mesmo tempo a privatização das empresas estatais e os cortes nos recursos públicos enfraqueceram os direitos dos trabalhadores, deteriorando a prestação de serviços públicos pelo Estado (Sader, 2005: 27-28).

É nesse contexto que, de forma contraditória, criam-se as possibilidades de emergência dos projetos de redução de danos no interior de organizações não-governamentais e, de forma excepcional, nos programas de DST/aids vinculados à esfera governamental.

Os elementos contraditórios desse processo serão explorados por nós no item em que tratamos da noção **“ditadura dos projetos”** cunhada por Galvão (1997) em sua análise sobre as mudanças de paradigmas na atuação das ONG-aids a partir das novas modalidades de financiamento dos projetos implementados por estas entidades para responder, em parceria com o Estado, às demandas colocadas pela epidemia do HIV/aids.

Os riscos aos avanços e conquistas constitucionais podem ser observados pela acentuada retração do Estado na gestão direta dos serviços e programas voltados à efetivação dos direitos sociais, resultando na transferência de recursos públicos para entidades privadas – terceiro setor –

que passam a administrar recursos, bens e serviços que, deslocados da esfera pública para a privada, alteram a configuração do espaço de realização da cidadania.

3.2. A aids e a resposta brasileira

A aids, inicialmente chamada de “câncer-gay”, surgiu no Brasil primeiramente na mídia (1981), principalmente em revistas e jornais, e depois em notificações de casos a partir de 1982. Este fato foi de suma importância para a história social da aids, que começa a ser construída a partir de notícias da infecção vinda dos Estados Unidos (Galvão, 2000).

A resposta que o governo brasileiro vai dar para o controle desta epidemia já se inicia em 1983, com a criação do primeiro programa estadual de aids no Brasil, no Estado de São Paulo. Nesta época, o sistema de saúde do país passava por um “momento difícil” após o agravamento da crise da Previdência que servirá, em 1986, como pauta da Conferência de Saúde para a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. Também em 1986 será criado Programa Nacional de aids.

Explicar de que maneira o Programa Nacional de aids e os empréstimos do Banco Mundial rebateram no perfil e na atuação das Organizações Não-Governamentais no Brasil, e como estas organizações contribuíram para as respostas da epidemia de aids entre usuários de drogas nos interessa especialmente porque a emergência e o desenvolvimento da redução de danos no Brasil são diretamente afetados por esta modalidade de financiamento e de organização das respostas à epidemia do HIV/aids na realidade brasileira.

Os projetos de redução de danos executados no interior dos programas estaduais e municipais de DST/aids respondem à mesma lógica de financiamento via repasse de empréstimos firmados entre o governo federal e o Banco Mundial. Ou seja, ainda que alguns projetos de redução de danos tenham sido abrigados na esfera do governo, seu financiamento e execução atendiam ao mesmo tratamento dos projetos realizados pelas ONG.

A década de 80 no Brasil é marcada pela saída de um regime militar que durou quase vinte anos e que deixou marcas profundas na sociedade civil brasileira: desmoronamento do sistema de ensino, ruína do sistema público de saúde, desarticulação dos movimentos sociais (Galvão, 1997: 71).

A partir de 1982 começam a surgir casos de aids no Brasil, primeiro entre os homossexuais, depois entre os hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, e em 1985 surgem os primeiros casos de mulheres.

No Brasil, já havia algumas organizações não governamentais que tinham militância nos movimentos homossexual e feminista, e que desenvolviam trabalhos voluntários anteriores ao surgimento da aids. Com a epidemia, parte dessas organizações atuou diretamente no cuidado dos doentes de aids e, posteriormente, trabalhou na construção da resposta brasileira à epidemia junto ao governo federal. Essa resposta foi concebida em um contexto bastante complexo de mudanças no perfil dos movimentos sociais urbanos – organizados principalmente em torno da luta pela redemocratização da sociedade e do Estado brasileiros na década de 80 – de reorientação política e econômica do Estado e das políticas públicas e, no caso da aids, de articulação de setores da sociedade que passam a

pressionar o Estado para construção de uma política de saúde nesse campo²⁰.

No caso da aids, surge um movimento em torno do qual se une a sociedade civil organizada, os profissionais de saúde e os portadores do HIV com seus parentes e amigos.

Galvão (2000) divide as fases de “combate” à epidemia de 1981 a 1984, com a identificação dos primeiros casos de aids e a tomada de consciência do problema; de 1985 a 1991 com a criação das primeiras organizações; e de 1992 a 1996, período no qual a autora identifica como de maior participação dos poderes públicos. Esta divisão proposta por Galvão, que pode ser considerada didática, permite-nos situar do ponto de vista histórico o surgimento dos empréstimos do Banco Mundial e sua repercussão nas organizações não governamentais. As fases analisadas por Galvão recobrem apenas um período da epidemia de aids e de suas respostas; no entanto, para a finalidade de nossa pesquisa e considerando que nos últimos dez anos não houve mudanças substanciais do ponto de vista do financiamento e execução do programa de aids – exceção feita à descentralização nas modalidades de repasse, a partir de 2003 – a nosso ver suas considerações permanecem atuais.

3.2.1. As ONG/aids

Definir o que é uma ONG/aids foi motivo de acaloradas discussões em diversos eventos. Mas aqui citaremos a definição usada por Galvão, a de que:

²⁰ Com relação à reorientação política e econômica do Estado e das políticas públicas no contexto do neoliberalismo, ver especialmente Laurell (1997).

“ONG/aids é aquela que desenvolve alguma atividade relacionada à aids” (Galvão, 2000:40).

Parte dessas instituições vinha de movimentos sociais organizados como os de homossexuais. Mas é a partir de 1985, em São Paulo, que surge a primeira ONG-aids, o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à Aids). E iniciam seus trabalhos de forma assistencialista, ou seja, eram formadas por voluntários que cuidavam dos doentes de aids. Apesar do crescente número de portadores, a aids ainda estava associada aos viajantes ao exterior que se infectavam e vinham a adoecer no Brasil.

No período entre **1985 e 1989**, que Galvão define como “**anos heróicos**”, aparecem os “primeiros militantes” da aids, formado basicamente por portadores do HIV e seus amigos e parentes. Foi uma época na qual surgem respostas diversas para o controle da epidemia “muitas delas estruturadas mais na ação pessoal do que institucional” (Galvão, 2000: 61).

Foi em 1985, também, que surgiram as casas de apoio aos doentes de aids, uma vez que o sistema de saúde estava sem condições de cuidar destes doentes que junto de uma patologia fatal, carregavam o estigma de homossexuais ou profissionais do sexo, ambos considerados promíscuos e que por isso não poderiam ficar nos hospitais, junto das “pessoas de família”.

Em 1986, os hemofílicos tentariam fazer um movimento a parte, que não decolou, e não se sabe por que, mas o importante é que a questão da infecção via sanguínea só iria ganhar visibilidade um pouco mais tarde quando um número substancial de usuários de drogas injetáveis começou a aparecer nos serviços de aids.

A partir de 1989 surgiram as primeiras organizações formadas por pessoas com HIV/aids. Essas organizações foram fundamentais nas respostas à epidemia, que passa a agregar discursos centrados também nas pessoas com aids além da prevenção da epidemia.

Nos anos de 89 e 90 outros movimentos sociais começaram a se preocupar com a aids. Entre eles, podemos destacar os movimentos de mulheres, de profissionais do sexo e segmentos do setor privado, que passam a firmar parcerias com as ONG. Nesse mesmo momento, muitos militantes morrem e um número significativo de militantes não soropositivos passa a integrar o movimento de aids.

Entre **1990** e **1991**, período que Galvão nomeia de **“polarização e transição”** foi uma fase de muitas mudanças de fato. A principal foi a saída da coordenadora do Programa Nacional de aids em um período muito conturbado por conta das mudanças do governo Collor.

Na década de 90, o movimento social de aids expressou alguns conflitos internos quanto à sua composição e bandeiras de luta. Nos encontros e eventos, surgiram muitas discussões entre as entidades formadas exclusivamente por soropositivos e as formadas por vários militantes, as primeiras (de soropositivos) se consideravam as mais legítimas para falar de aids por terem contato direto com a doença, enquanto outras alegavam que na busca por direitos não é necessário ter a patologia para lutar pela garantia de políticas sociais.

A entrada das profissionais do sexo na cena de prevenção ao HIV/aids, no início de 90, traz à tona um grupo de pessoas atingidas pela epidemia que até então estava oculta para o recebimento de intervenções preventivas. Esta

participação será fundamental para a inserção do “*peer education*” como trabalho de discussão da formação de multiplicadores de informações para os grupos mais atingidos na época, ou seja, o trabalho com gay feito por gay, aquele com profissionais do sexo feito por profissionais do sexo, e aquele com usuários de drogas injetáveis feitos por usuários de drogas injetáveis.

No caso brasileiro, ainda não foi devidamente analisado o papel da epidemia de HIV/AIDS em dar visibilidade a determinadas reivindicações sociais trazidas por segmentos da sociedade civil tradicionalmente estigmatizados. Não há dúvida que uma das conseqüências da epidemia de HIV/AIDS – não somente na América Latina – foi ajudar a conferir, senão legitimidade, maior visibilidade às ações desenvolvidas por grupos gays e de trabalhadoras(es) do sexo. (Galvão, 2000:82).

A partir de 1992, surgem os empréstimos de cooperação internacional direcionados ao controle da epidemia de HIV/aids. Estes empréstimos financiaram atividades dos órgãos do governo, pesquisas em universidades e atividades de organizações não-governamentais.

Galvão nomeia o período de **1992 a 1996** como o de “**maior participação dos poderes públicos**”. Em 1992, uma nova mudança na coordenação do Programa Nacional de aids²¹ provoca uma reestruturação deste, que passa a incorporar profissionais com trajetória internacional e nacional nos cenários da epidemia. Foi em 1992 que se iniciou a negociação com o BIRD.

Também em 1992 cresce a participação de grupos feministas para a prevenção do HIV/aids, mas ainda com muita resistência, pois a agenda do feminismo estava direcionada ao direito ao aborto e precisou ter agregada a prevenção ao HIV/aids.

²¹ Alguns aspectos da trajetória dos programas nacional e estadual serão tratados no interior da discussão sobre o financiamento do Banco Mundial.

Já em 1994 inicia-se a mobilização de algumas minorias por causa do empréstimo do Banco Mundial que tem como objetivo trabalhar com “*peer education*” junto às populações de risco²², ou seja, travestis, profissionais do sexo, homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis.

A partir de 1995 surge no cenário a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids, onde a principal reivindicação será o tratamento digno e gratuito aos portadores do HIV/aids.

3.3. Os empréstimos do Banco Mundial -

A “ditadura dos projetos.”

Não nos ateremos a outros agentes financiadores como, por exemplo, a Fundação Ford e ao Fundo das Nações Unidas para a População (FUNUAP) e Mac Artur, etc, pois estes priorizam o financiamento de ações específicas para determinados grupos, diferentemente do Banco Mundial, que fomentou linhas de atuação por meio de convênios/empréstimos com o governo brasileiro, em especial com o Programa Nacional de aids.

Essa modalidade de parceria foi parte das estratégias do governo para responder à epidemia e rebateu na criação de organizações não governamentais no interior de grupos que não estavam ainda organizados,

²² As noções de “grupos ou populações de risco” foram usadas no campo da prevenção no início da epidemia do HIV/aids, posteriormente passou-se a usar a noção de “comportamento de risco”. A literatura da área indica que tanto a noção de grupo quanto de comportamento de risco, assentadas no conceito de risco em epidemiologia, contribuíram para reforçar o estigma e o preconceito em relação às pessoas afetadas pelo HIV/aids, ainda que seu uso tenha sido na perspectiva de orientar estratégias de prevenção. A partir da década de 90 a noção de vulnerabilidade torna-se hegemônica no campo da prevenção e do tratamento do HIV/aids. Essa noção é oriunda do campo dos Direitos Humanos e contribui para a apreensão dos aspectos sociais e políticos do processo saúde-doença. Para uma discussão mais aprofundada ver especialmente Ayres (1997); Ayres *et al* (1999), e Bastos (1996).

mas que vinham sendo atingidos diretamente pela epidemia, como os usuários de drogas injetáveis.

Anterior ao empréstimo do Banco Mundial, o Programa Nacional de aids executou o Projeto PREVINA²³, iniciado em 1989, que abrangia os grupos de risco, denominação na época usada para grupos que tinham mais chance de se infectar, como profissionais do sexo (masculino e feminino), homossexuais masculinos, internos do sistema penal e usuários de drogas injetáveis.

A partir de 1994, as organizações não governamentais passam a competir em concorrências públicas para ter seus projetos financiados pelo Programa Nacional de aids. Estes projetos tinham atividades direcionadas à prevenção com mudanças de práticas sexuais e de comportamentos.

A aids passou a ser considerada uma doença que precisava de tratamento e as ONG deixam de atuar “apagando incêndios” e investiram na condição de prestadoras de serviços e elaboradoras de projetos específicos. As mudanças no cenário internacional, como a queda do muro de Berlim²⁴, e a certeza de que a aids estava se pauperizando forçaram a recomposição do cenário de cooperação internacional onde eficácia e impacto passam a ser almeçados e as ações de prevenção passam a ser executadas em forma de projetos (Galvão, 2000).

²³ Trataremos do projeto PREVINA um pouco mais à frente.

²⁴ “A queda do muro de Berlim é, do ponto de vista histórico, um marco na reorganização das forças econômicas e políticas internacionais. O avanço do neoliberalismo, que dentre outros aspectos, pode ser identificado pelo fenômeno da globalização econômica e das exigências do Fundo Monetário Internacional - FMI, sistematizadas no Consenso de Washington, de ajuste fiscal e monetário e de reforma do Estado (Estado Mínimo) aos países de capitalismo periférico, decorre tanto das exigências do capital quanto da ausência de um projeto de sociedade alternativo ao capitalismo; ausência que a queda do muro simboliza pelo esgotamento da experiência do socialismo real” (Brites, C.M. – comunicação oral, 2006)

Em grande parte, os projetos de prevenção desenvolvidos pelas ONG estão baseados na implementação de respostas imediatas que buscam atuar quase sempre com a mesma velocidade da ação do vírus. Por isso mesmo, são marcas desses projetos a transitoriedade e o deslocamento, tanto de estratégias quanto de objeto. (Galvão, 2000: 109).

Mas o que observamos é que os casos de aids cresciam em maior proporção do que os projetos conseguiam intervir, ou seja, ações direcionadas e focadas em determinados grupos não conseguiram conter o crescimento da epidemia.

Os projetos iniciais das ONG na década de 80 estavam mais voltados a reivindicar uma ação política na saúde pública, enquanto os projetos que foram apoiados pelos empréstimos internacionais sofreriam uma série de mudanças “(...) não somente do que é esperado com o financiamento, mas também a forma como os projetos passam a ser apoiados” (Galvão, 2000: 110).

Segundo Galvão:

Aqui é possível mencionar dois paradigmas de prevenção em HIV: o primeiro baseado na ação política e cultural; e o segundo na intervenção comportamental, que busca ter uma precisão quase que cirúrgica em sua ação e está baseada em noções de saúde pública, algumas delas bastante estritas. (Galvão, 2000: 111).

Principalmente no segundo caso, estas mudanças de paradigmas teriam conseqüências diretas nas organizações, que passaram a ampliar seus quadros funcionais no campo financeiro-administrativo, uma vez que as agências internacionais eram bem rígidas nos relatórios financeiros. Estas mudanças causaram a despolitização nas entidades que tinham de contar com profissionais e não militantes, criando uma ação mais diretiva e menos ativista, causando assim uma tendência que Galvão denominou de **“ditadura dos projetos”**, o que:

(...) leva a que o crescimento da epidemia acarrete uma resposta interna na ONG, ou seja, como uma imagem refletida em um espelho, a ONG cria novo projeto para atender à nova demanda, (principalmente se há possibilidade de financiamento). Aqui o que percebemos com o passar do tempo é que não só a epidemia, mas também a ONG, vai ficando “fora de controle” (Galvão, 1997, 98).

Um dos impactos da **“ditadura dos projetos”**, a nosso ver, foi a substituição, por grande parte das ONG, de seus quadros militantes e voluntários por trabalhadores mal remunerados. A **“ditadura dos projetos”**, nesse sentido, descaracterizou e ainda descaracteriza o campo de atuação inicial das ONG – da organização e ação política.

É nesse contexto que o Programa Nacional de aids e as organizações não governamentais construíram as respostas à epidemia, através de estratégias que expressaram as prioridades nesse campo ao longo dos últimos 20 anos, tendo como principal fonte de financiamento os empréstimos do Banco Mundial.

Em seus quase 20 anos de existência, o Programa Nacional de DST/Aids passou por várias designações, mudando de nome e de secretarias dentro do Ministério da Saúde; mudanças que, segundo Galvão (2000), é de difícil compreensão, pois não há registros que expliquem o porquê das mesmas. Atualmente o Programa Nacional de DST/Aids está na Secretaria de Vigilância em Saúde²⁵.

Após a eleição de Collor, houve mudanças no Ministério da Saúde, com a entrada de Alcení Guerra (Ministro da Saúde), que afastou a então coordenadora do Programa – Lair Guerra – e nomeou outro coordenador – Eduardo Cortes – que teve sua gestão marcada pelo confronto com as ONG,

²⁵ O Organograma do Ministério da Saúde está em anexo.

com as atividades que essas desenvolviam, e com a OMS [Organização e Mundial de Saúde] (Galvão, 2000).

Com as ONG, sua principal briga foi por causa de campanhas criadas em sua gestão que veiculavam na mídia as seguintes mensagens: “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar!”, ou a “Eu tenho AIDS e vou morrer”, que para as ONG só contribuíram para aumentar o estigma social da doença e eram incompatíveis com as ações de prevenção. O que, entre outros elementos, expressavam o pouco diálogo com as entidades na época. Com a OMS, o confronto do então coordenador impediu a entrada do Brasil nos protocolos para os testes da vacina para o HIV.

Em 1992, Lair Guerra – antiga coordenadora – retornou ao Programa Nacional e passou a valorizar o papel das ONG para o controle da epidemia. Criou no Programa um setor chamado “Articulação com ONG”, mas foi somente entre 1993 e 1994 que esse setor começou a funcionar mais efetivamente.

3.3.1. AIDS I (1993-1997)

Em maio de 1992, uma missão do Banco Mundial visitou o Brasil para:

(...) identificar com o Ministério da Saúde as prioridades e os possíveis componentes de um projeto para prevenir e controlar a disseminação do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida como a AIDS, e das outras doenças sexualmente transmissíveis. (Galvão, 2000:140).

Uma das mudanças mais importantes no tocante à participação da sociedade civil aconteceu por intermédio do ‘AIDS I’, que propiciou, em escala nacional, uma aproximação do Programa Nacional de AIDS das entidades da sociedade civil, com atividades em HIV/AIDS. (Galvão, 2000:134).

Os relatórios produzidos pelo Banco Mundial indicavam que no caso específico da aids os investimentos deveriam ser direcionados para as atividades das ONG e para a prevenção.

As ONGs são vistas como mais eficientes para chegar aos mais pobres, assim como aos integrantes dos 'grupos de risco', como homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, e a prevenção é a solução, pois, para o Banco, a AIDS além de ser concebida como doença mortal tem o tratamento para as pessoas com HIV/AIDS avaliado como caro [...]. (Galvão, 2000: 136).

A idéia de investimento em saúde caminhou para estratégias que indicariam a reforma do sistema de saúde trabalhando no tripé setor público, organizações não governamentais e setor privado; desta forma, no empréstimo feito pelo Brasil para o "Projeto de Controle da AIDS e DST", o recurso não poderia ser usado nem para medicamentos, nem para tratamento das pessoas com HIV/Aids (Galvão, 2000).

O empréstimo começou a ser negociado com o governo brasileiro em 1992, mas o recurso demorou a chegar. Em 1993, ainda sem assinar o contrato, o Programa Nacional abre a primeira concorrência para os projetos de organizações não governamentais.

O montante do acordo foi de um total de 250 milhões de dólares, sendo que 160 eram do Banco Mundial e 90 milhões era contrapartida do Tesouro Nacional. Os recursos deveriam ser repassados para organizações não governamentais ou outras organizações da sociedade civil²⁶ e, também, para o pagamento dos consultores do Programa Nacional de DST/Aids.

²⁶ De acordo com o primeiro edital de concorrência, poderiam se candidatar grupos de base comunitária (como associações de profissionais do sexo), ONGs/AIDS, organizações feministas, sindicatos, grupos gays, hospitais, fundações universitárias, entidades de planejamento familiar, institutos de pesquisa e universidades. (Galvão, 2000)

Segundo o Staff Appraisal Report (World Bank, 1993) os objetivos gerais do Projeto eram: (a) reduzir a incidência e transmissão do HIV e DST; (b) fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e HIV/AIDS. Considerados como componentes do projeto, a Prevenção contou com 41,1% dos recursos, os Serviços de Tratamento com 33,8%, o desenvolvimento institucional com 18,6% e a vigilância, pesquisa e avaliação com 6,5%. Isso demonstra que as ações da sociedade civil poderiam estar associadas a qualquer um dos componentes (Galvão, 2000; Solano, 2000).

Nesta época, em termos conceituais, o AIDS I priorizou os chamados “grupos de risco” visando às mudanças de comportamento (behavior change) e outras teorias como *Health Belief Model and Risk Reduction Model*, sendo estes os modelos de prevenção presentes no AIDS I. A incorporação dessas referências na realidade brasileira significou, num primeiro momento, uma importação de modelos de prevenção, sem que se levassem em consideração as particularidades e a diversidade sociocultural de nossa realidade. O confronto com a importação desses modelos só ocorreu com a incorporação da noção de vulnerabilidade e com a experiência concreta das equipes dos projetos junto aos segmentos priorizados em suas ações. Embora não seja possível comprovar o real impacto dessa incorporação mecânica de modelos de prevenção na dinâmica da epidemia, fica a dúvida se o número de infecções evitadas poderia ter sido maior se tivéssemos conseguido nos ater às questões culturais brasileiras.

Nesta época, as Organizações que tinham seus projetos aprovados, recebiam o recurso diretamente do Programa Nacional de aids devendo

prestar contas a este Programa, que por sua vez se encarregaria de prestar contas ao Banco Mundial.

No período final de encerramento do primeiro empréstimo junto ao Banco Mundial, verificou-se um crescente número de organizações não governamentais concorrendo aos financiamentos, através da apresentação de projetos, junto ao Programa Nacional.

Embora a particularidade dos projetos de redução de danos seja tratada por nós no quarto capítulo, vale ressaltar que foi no contexto da fase final do AIDS I que, com o incentivo do Programa Nacional, surgirá no Brasil uma nova categoria de agentes de saúde: os redutores de danos, ou seja, os agentes de saúde dos Projetos de Redução de Danos, especialmente capacitados para trabalhar com a população de usuários de drogas injetáveis. A partir de 1997, ganha maior visibilidade o movimento social de redução/redutores de danos, com a fundação de organizações estaduais e nacionais que tinham como objetivo garantir os direitos à saúde dos usuários de drogas injetáveis, inicialmente, e de todos os usuários de drogas posteriormente.

3.3.2. AIDS II (1998 – 2003)

Assinado em setembro de 1998 o AIDS II, teve um recurso de 300 milhões de dólares, sendo que 165 milhões foram repassados pelo Banco Mundial e 135 milhões foi contrapartida do governo brasileiro. Segundo o *site* do Grupo Banco Mundial:

Os objetivos do segundo projeto de controle de DST/AIDS são reduzir a incidência de infecções por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Ampliar e melhorar o diagnóstico, tratamento e atenção às pessoas com HIV, DST e

AIDS. Os componentes do projeto incluem: prevenção de AIDS e DST; diagnóstico, tratamento e cuidados para pacientes com AIDS, DST e/ou HIV; e fortalecimento das instituições públicas e privadas ligadas ao controle da AIDS/DST” (www.obancomundial.org).

O que podemos perceber é que os objetivos e os componentes de atuação eram os mesmos do AIDS I.

Segundo Solano (2000), em texto publicado nos cadernos ABONG, que fez uma ampla pesquisa sobre o empréstimo do Banco Mundial e suas repercussões nas ONG e no Programa Nacional, o Banco Mundial, para conceder o AIDS II, fez uma série de recomendações que deveriam ser cumpridas para melhor execução do empréstimo. Um dos problemas encontrados no AIDS I foi a dificuldade das instituições para executar a prestação de contas e os relatórios de atividades. Desta forma, no AIDS II o Programa Nacional teve que capacitar as entidades para executarem com eficiência a prestação de contas dos recursos financeiros repassados.

O relatório apontou, também, as dificuldades da instância governamental para monitorar e avaliar os projetos, problemas que foram enfrentados no AIDS II.

3.3.3. AIDS III (2003 – 2007)

Em outubro de 2003 o governo brasileiro, por meio do Programa Nacional de aids assinou mais um acordo com o Banco Mundial. Desta vez o acordo foi de 200 milhões de dólares, sendo que 100 milhões são contrapartida do governo brasileiro. O empréstimo vai até dezembro de 2006. Segundo o *site* do Banco Mundial:

As principais metas do acordo são: melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência;

fortalecimento dos gastos do Programa com o monitoramento e avaliação das ações; e introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamento. (www.obancomundial.org).

Observamos que no acordo do AIDS III as mudanças de metas indicam necessidade de melhoria dos serviços já implantados, preocupação com o sistema de avaliação e monitoramento, e a introdução de um novo componente: tecnologias no campo de vacinas e tratamento.

Outra mudança significativa nesse contexto e que afeta diretamente a relação das organizações não governamentais com o poder público, é a exigência de cumprimento dos novos procedimentos de concorrência, de repasse de recursos e de prestação de contas, que passam a ser descentralizados e assumidos pelas esferas municipal e estadual. A atual Política de Incentivo Fundo a Fundo (Lei 2313/02), prevê um fluxo contínuo de recursos para o fomento de ações locais, visando a gestão de ações estratégicas e o controle social no âmbito local. Assim, a relação das ONG com o poder público se desloca da esfera federal para a municipal, exigindo a reconstrução de espaços de negociação e de articulação técnica e política com o poder local.

Na realidade, desde o AIDS I estava previsto que as atividades desenvolvidas pelas ONG e pela instância federal deveriam ser repassadas, ao longo dos anos, à instância estadual para que fossem incorporadas pelas secretarias estaduais e municipais, cumprindo o princípio de descentralização previsto nas Leis 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 8142/1990 (SUS) que regulamentam o Sistema Único de Saúde do Brasil.

A implementação desse processo tem gerado problemas bastante sérios, pois muitas organizações não governamentais tiveram cortes de recursos, interrompendo suas atividades. Os Programas Estaduais, por sua vez, têm dificuldades para elaborar as concorrências públicas e, em alguns casos, os recursos tiveram que ser devolvidos para a instância federal.

As ONG, em face desses problemas, começaram a pressionar o Programa Nacional para que o repasse de recursos fosse feito pela instância federal que, por sua vez, alega que o processo de descentralização é um princípio legal que deve ser cumprido, inclusive em relação aos recursos advindos dos acordos internacionais.

Em vários eventos e reuniões, o governo tem explicitado essa nova orientação. No entanto, muitas organizações alegam que os recursos estaduais não são repassados, não somente por dificuldades em executar concorrências, mas também porque as organizações trabalham com populações altamente discriminadas como prostitutas, gays e usuários de drogas.

3. 4. Acordo do Governo Brasileiro com a USAID

Segundo informação divulgada no site www.aids.gov.br/usaaid, “a agência norte-americana tem repassado recursos para o desenvolvimento de programas de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil desde 1987”.

Os recursos vindos da USAID (United States Agency for International Development – Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional) eram repassados de forma direta para algumas entidades, que participavam de concorrências específicas. A partir de 1998, iniciou-se um programa de financiamento amplo para a prevenção da aids que durou cinco anos. Nos primeiros três anos a USAID financiou cerca de 6 milhões de dólares e nos últimos dois anos mais 4 milhões de dólares para organizações não governamentais e organizações da sociedade civil. Nesse primeiro financiamento, a USAID não fez exigências para que o Brasil seguisse a

política americana de combate à aids, conhecida como ABC (*Abstinence, Be faithful and if its necessary, and use Condom* – Abstinência, Seja fiel e, se necessário, use Camisinha).

Em 2003, o governo brasileiro assinou outro acordo com a USAID, com um montante de 48 milhões de dólares que deveriam ser repassados para uma ONG brasileira, a PACT do Brasil, que seria responsável pelas concorrências, monitoramentos e avaliações dos projetos financiados. Com a reeleição do presidente norte-americano George W. Bush, em 2004, o acordo passa por uma reformulação que cria um impasse no movimento social de aids no Brasil.

Quando o acordo foi assinado com o Brasil, ficou claro que as reivindicações do movimento social, como a legalização da prostituição, não poderiam ser questionadas. Mas, na segunda concorrência do empréstimo, em 2004, a PACT colocou no texto do edital que “não aceitarão trabalhos que legitimem a prostituta como profissional”.

E a USAID faz a declaração que *“o governo dos Estados Unidos se opõe à prostituição e às atividades relacionadas, considerando isto prejudicial, pois contribuiu para o fenômeno de tráfico de pessoas. Nenhum dos fundos aprovados dentro deste acordo deve ser utilizado para a promoção e defesa da prática de legalização da prostituição ou comercialização sexual”*. (www.agenciaaids.com.br, 02/05/2005)

O impasse se concretiza e o Programa Nacional de aids, com o apoio da CNAIDS (Comissão Nacional de DST/AIDS)²⁷ e o respaldo do movimento

²⁷ A Comissão Nacional de AIDS – CNAIDS, instituída em 1986, tem como objetivo assessorar o Ministério da Saúde na definição de mecanismos técnico-operacionais para o controle da Aids,

social, decide romper o contrato. “*Não vamos permitir que as nossas ONG sejam submetidas a uma legislação estrangeira.*” (Pedro Chequer, Coordenador do Programa Nacional de DST/Aids, em entrevista à Agência de Notícias da Aids, www.agenciaaids.com.br, 29/04/2005).

O rompimento deste acordo gera certo desconforto, tanto por parte das ONG que tinham projetos financiados pela USAID e deram continuidade a eles, como por parte de algumas instituições de redução de danos, uma vez que o acordo não legitimava essa medida de saúde pública.

Quando o acordo foi assinado, algumas associações de redução de danos reivindicaram uma posição do Programa Nacional, pois desde o início estava claro que não se poderia elaborar e executar projetos de redução de danos, porque isso se opunha à política norte-americana de “diga não as drogas”. Segundo a representante dos redutores de danos na Comissão de Articulação dos Movimentos Sociais (CAMS)²⁸:

É claro que este acordo não poderia vigorar, mas somente agora, quando falaram da legalização da prostituição é que o PN decide romper; quando proibiram os projetos de redução de danos, o PN não fez nada. Será que ele próprio questiona a efetividade das ações que financiou ao longo de quase 15 anos? Nós redutores de danos, temos nos sentido discriminados, mas somos solidários às prostitutas, por isso vamos apoiar o rompimento. (declaração na reunião da CAMS em fevereiro de 2005)

coordenar a produção de documentos técnicos e científicos e assessorar a pasta na avaliação de desempenho dos diversos componentes da ação de controle da Aids. (www.aids.gov.br).

²⁸ A Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais – CAMS visa promover maior integração entre o Programa Nacional e seus parceiros, para atingir a excelência dos resultados das políticas públicas, focadas na prevenção e assistência das DST/HIV/aids, e a promoção dos direitos humanos de pessoas que vivem com HIV/aids no Brasil. Nessa perspectiva, sua composição procura fomentar a articulação e a participação da sociedade civil, compreendendo, nesse conjunto, as organizações não governamentais que trabalham com aids (ONG/aids) e os movimentos sociais consolidados ao longo dos últimos anos como parceiros no enfrentamento da epidemia. (www.aids.gov.br).

Atualmente, as formas de financiamento existentes para as ONG são os recursos repassados, fundo a fundo, da instância federal e direcionados para as concorrências estaduais e municipais, através dos Planos de Ações e Metas (PAM) e fundos de agências financiadoras nacionais e internacionais, com recursos bem específicos para algumas populações, como gays, mulheres e adolescentes.

3.5. O Sistema Único de Saúde

“As políticas de saúde vêm sendo centrais nas políticas públicas há pelo menos um século” (Buss, 2005:11). No início do século XX, o Brasil passou por várias mudanças institucionais e, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde.

Nesse contexto, surgem grandes institutos que iniciam assistência ambulatorial e hospitalar à população que podia arcar com os gastos, enquanto que a grande “massa” fica a mercê de instituições beneficentes e de misericórdia. A partir de 1960 cresce o sistema da previdência social e os serviços de tecnologia em saúde começam a ser disponibilizados à população geral. Mas, a partir de 1980, a crise na previdência desencadeada entre outros elementos pelas pensões e aposentadorias que começaram a exigir grande parte dos recursos, contribui para a discussão da reforma sanitária no Brasil.

Na década de 1980 o Banco Mundial divulga o documento “*Financing health services in developing countries: an agenda for reform*”, no qual critica os modelos de saúde dos países em desenvolvimento que asseguram gratuidade. O SUS surge como resultado de um amplo processo de mobilização política no contexto de luta pela redemocratização da sociedade

e do Estado brasileiro. É fruto, entre os elementos, das conquistas expressas na Constituição de 1988 – considerada por alguns autores como Constituição Cidadã –, no caso da Saúde, do movimento sanitário.

O SUS tem sua origem na crise do modelo vigente e numa intensa mobilização popular em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que desembocou no debate da Constituinte e, finalmente, na Constituição Federal de 1988 (Buss, 2005:12).

Os princípios e a concepção de atenção integral à Saúde expressos no SUS apontam para uma direção social contrária àquela afirmada pelo relatório do Banco Mundial, em 1980. Anos depois, o Banco Mundial começa a defender que os países em desenvolvimento deveriam ter um pacote essencial de serviços e uma ação reguladora sobre o mercado dos serviços de saúde²⁹ (Lima et al, 2005).

Em 1989 o Ministério da Saúde se une ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). Esta fusão demorou a acontecer, pois aglomerava duas mega estruturas: uma que tratava das doenças e outra que tratava da saúde pública.

O Sistema Único de Saúde, criado na assembléia constituinte em 1988, tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, a participação e a descentralização, sendo que:

As leis posteriores à Constituição, as 8.080 e 8.142, ambas de 1990, definiram ordenamentos institucionais que, junto às Normas Operacionais Básicas nos anos subseqüentes, complementaram a letra constitucional e moldaram o processo de implementação da política³⁰ (Lima, et al. 2005: 16).

²⁹ “A criação do SUS, no Brasil, tem sido também analisada como resultado de um movimento que se apresentou na contracorrente das reformas da saúde de cunho neoliberal, baseada no conceito de ajuste estrutural defendido pelo Banco Mundial na década de 1980. [...] No receituário do Banco Mundial e do FMI, à esfera pública caberia uma ação direcionada para os grupos sociais impossibilitados de responder as ofertas de mercado para o provimento dos serviços de saúde” (Lima et al, 2005: 17).

³⁰ Definiram-se fóruns de negociação e deliberação com assento dos novos atores políticos gerados pelo SUS, tais como as Comissões Intergestoras – Bipartite e Tripartite. Esses fóruns se somaram às

Do ponto de vista da saúde, as questões relacionadas ao atendimento de populações socialmente discriminadas ainda enfrenta dificuldades. No nosso caso, os usuários de drogas são atendidos em serviços especializados, mas as estratégias de prevenção acontecem de forma muito focalizada, desta forma é necessário incentivar a discussão entre gestores e sociedade civil organizada. Discussões que abordem os avanços conceituais e normativos do SUS, especialmente pela quebra da universalidade e da integralidade no atendimento e pela inversão do significado da perspectiva de descentralização. Esta, originalmente prevista para ampliar o controle social sobre a política de saúde, se transforma em estratégia de controle econômico e de ampliação da participação da esfera privada na prestação e gestão dos serviços de saúde.

No próximo capítulo estaremos descrevendo os programas de redução de danos no mundo e no Brasil e seus desdobramentos em estratégias de prevenção para os diferentes usos de cocaína.

instâncias de participação e controle social, como as conferências nacionais de saúde que tiveram seu papel definido a partir de 1986, e os conselhos de saúde, criados pela Constituição de 1988. Foi se forjando uma complexa engenharia política de representação e articulação de interesses. (Lima, et al., 2005: 16)

4. “Água mole em pedra dura, tanto bate até que fura.”.

A Redução de Danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas

Desde os primórdios da humanidade, o homem tem criado e utilizado substâncias para cuidar dos seus semelhantes e também para seu uso lúdico. O desenvolvimento e a aprendizagem do uso dessas substâncias incluem testes e adaptações para que as pessoas que as utilizam sintam-se melhores após o seu uso, ou seja, para que elas não tenham sentimentos desagradáveis. (Escohotado, 2000)

Ainda que seja bastante controverso hoje em dia o significado da palavra droga, servindo como forma de dizer que algo é muito ruim, como por exemplo ‘isso é uma droga!’, sua origem vem da palavra *droog* (holandês antigo) que significa folha seca. Isto porque, antigamente, a maioria dos medicamentos era à base de vegetais. A definição da Organização Mundial de Saúde é de que, droga é qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (www.epm.br).

Mas, se nos voltarmos à história das drogas, observaremos inúmeros relatos sobre as tentativas de minimizar os efeitos maléficos do uso de algumas substâncias. Ainda na idade média temos relatos sobre a melhor forma de beber vinho, e também encontramos relatos sobre a ingestão de alguns alucinógenos. (Escohotado, 2000). Então, podemos pensar que sempre houve uma preocupação com a forma de ingerir drogas, e esta preocupação já nos dá uma noção, ainda que preliminar, da redução de danos à saúde associados ao uso de drogas.

Além do ponto de vista histórico, temos também alguns estudos antropológicos analisando diferentes culturas ao longo do desenvolvimento

humano que relatam, além dos padrões de consumo, os cuidados com determinadas formas de uso de algumas drogas no interior de diversas culturas (MacRae, 1992, 2000; Becker, 1966; Zimberg, 1984).

Neste sentido, entendemos a Redução de Danos como um conjunto de estratégias que visam minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente ter de se abster do seu uso. (O'Hare, 1994, Marlatt, 1999). E, como não queremos extrapolar o marco histórico de emergência da redução de danos no interior da literatura, nos remetemos aos vários autores que datam a oficialização da Redução de Danos em 1926, na Inglaterra, a partir da publicação do Relatório Rolleston (O'Hare, 1994, Mesquita, 1994, Wodak, 1998). Esse relatório foi elaborado por um grupo de médicos que indicava que a melhor maneira de tratar pacientes dependentes de morfina ou heroína era promover a administração da droga por um médico, que deveria administrar e monitorar o uso de morfina ou heroína naquela pessoa. (O'Hare, 1994; Mesquita, 1994; Wodak, 1998; Romani, 1999; Davenport- Hines, 2004)

Segundo Davenport-Hines (2004), as recomendações do Relatório Rolleston foram indicadas em situações específicas, ou seja, os médicos apoiavam um método já em uso. Na época, a Grã Bretanha não tinha um problema social de uso injetável de heroína ou morfina como nos Estados Unidos, onde já existia um uso bastante difundido entre os jovens pobres. Os usuários da Grã Bretanha, além de serem em número reduzido, não faziam uso de morfina ou heroína de forma endovenosa, sendo sua administração subcutânea ou intramuscular.

Desta forma, o Relatório Rolleston foi um marco porque defendia que não se poderia tratar dependentes impondo-lhes a abstinência de forma abrupta; recomendava o acompanhamento dos usuários que desejavam se abster do uso de morfina ou heroína de forma a propiciar um alívio dos sintomas da abstinência ou ajudando na administração das drogas aos que queriam continuar usando-as. (O'Hare, 1994, Mesquista, 1994; Davenport-Hines, 2004).

Davenport-Hines (2004) relata também, que muitos médicos que participaram das reuniões para a produção do Relatório, eram usuários de morfina ou heroína e isto pode de fato ter sido um diferencial para suas conclusões finais.

Marlatt (1999), por sua vez, afirma que o Reino Unido é o pioneiro na prescrição de drogas como heroína com o intuito de reduzir os danos à saúde dos usuários de drogas. A estratégia iniciada com o Projeto Rolleston, na década de 1920, foi posteriormente desaprovada por razões político-partidárias. Mas o Departamento de Saúde de Merseyside (que abrange várias cidades, no qual Liverpool é a maior delas) continuou com o projeto, que se tornou referência na década de 1980.

O modelo Merseyside da década de 1980 era composto de vários serviços, tais como a prescrição de drogas como cocaína e heroína, e serviços de orientação e aconselhamento. Os programas de troca de seringas usadas por novas que compõem o projeto, surgem somente em 1986, após ter sido comprovado o sucesso de programa análogo de Amsterdã (Reale, 1997).

Para entendermos o surgimento dos Programas de Troca de Seringas Usadas por Novas, temos de fazer um breve resgate histórico da política de

drogas da Holanda. Em 1972, o governo começa a instituir grandes mudanças na política nacional de drogas por causa do aumento dos problemas relacionados ao uso destas substâncias. Em 1976, preocupado com os riscos relacionados a seu uso, o governo holandês adota uma Lei³¹ que diferencia drogas de risco aceitável (maconha e haxixe) das drogas de risco inaceitável (cocaína, heroína, anfetaminas e LSD) (Domanico, 2001). A partir daí, busca auxiliar os usuários de drogas a melhorar seu estado físico e social com a participação direta dos próprios usuários.

Em 1980, em Amsterdã, é fundada a “*Junkiebond*” (associação de usuários de droga injetáveis), cujo objetivo é melhorar as condições de vida dos usuários de drogas. Esta “Associação”, preocupada com a disseminação da Hepatite B entre os usuários de injetáveis inicia com o apoio do governo, em 1984, na cidade de Amsterdã, um projeto experimental de troca de agulhas e seringas usadas por novas (PTS). Cabe aqui ressaltar que os PTS surgem com a preocupação de prevenir hepatites e, posteriormente, quando se passa a ter certeza da transmissão do vírus HIV pela via sangüínea, a prevenção ao HIV passa a ser uma meta a mais desses programas (Bastos, 1994).

Em 1985, a Austrália inicia, em âmbito nacional, projetos de troca de seringas (PTS) como uma estratégia preventiva no combate à epidemia do HIV/aids (Wodak, 1998); em 1987, o Canadá implanta seus PTS (Mesquita, 1994). Os Estados Unidos, de forma precária, iniciam alguns projetos no final da década de 1980 (Bastos, 1998). Outros países da Europa como França, Alemanha e Suíça também iniciaram projetos de redução de danos na mesma época (O'Hare, 1994).

³¹ Em contraste com a maioria dos países onde a política de drogas é de responsabilidade do Ministério da Justiça, é o Ministro da Saúde o responsável pela coordenação da política de drogas holandesa e pelas políticas direcionadas à prevenção e à assistência. O Ministro da Casa Civil é responsável pela gerência das ações preventivas e o Ministro da Justiça é responsável pela aplicação da legislação antidrogas, calcada no controle do ópio (Opium Act). Esse "Opium Act" declara que a posse, o comércio, o transporte e a produção da maioria das drogas são passíveis de punição legal (Verster, 1998: 116).

Com o desenvolvimento de tais programas, o conceito de Redução de Danos foi sendo revisto, ampliado e incorporado por muitos gestores de saúde pública e organizações não governamentais preocupados com a prevenção de doenças infecto transmissíveis associadas ao uso de drogas.

A redução de danos³² é um conjunto de estratégias que tem por objetivo oferecer alternativas de cuidados à saúde que possam ser adotadas sem abandonar a prática de uso de drogas (Ministério da Saúde, 2006). Ou seja, enquanto não for possível a adoção da abstinência, outros riscos à saúde podem ser evitados, como por exemplo, as doenças infecto-contagiosas transmissíveis por via sangüínea, como é o caso do HIV/aids, hepatites e sífilis.

Esta abordagem leva em consideração a complexidade do fenômeno, a diversidade dos usos e as particularidades culturais dos usuários, possibilitando, desta forma, uma melhor compreensão da hierarquia de riscos no cotidiano do uso de drogas.

A redução de danos parte do pressuposto que é impossível acabar com as drogas no mundo, eliminando totalmente seu consumo. (Mesquita, 1998). Comporta ações voltadas para as drogas lícitas e ilícitas e suas intervenções não são controladas exclusivamente pelos órgãos governamentais e policiais. Opõe-se, portanto, ao modelo preventivo tradicional que, ao desconsiderar a complexidade que envolve os diferentes usos de drogas, busca um objetivo unívoco: a abstinência, meta esta idealizada e restritiva. A redução de danos

³² **A redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas** tem sido o único instrumento comprovadamente eficaz que a saúde pública possui para controlar o curso da epidemia entre os usuários de drogas injetáveis. Este fato é amplamente constatado na experiência internacional, onde agentes de saúde especialmente treinados abordam esta população. (www.aids.gov.br).

está fundamentada nos princípios de democracia, cidadania, direitos humanos e de saúde (Brites, 1999).

4.1. Os Projetos de Redução de Danos no Brasil.

A cocaína entra no Brasil no início do século XX e tem seu uso reservado às elites. A partir da década de 1970, há uma banalização do seu uso e o seu consumo começa a se transformar num problema de saúde pública, principalmente pelo aumento do número de usuários dependentes. (Domanico e MacRae, 2005).

Os usuários de drogas injetáveis, que na época tinham a anfetamina³³ como droga de escolha, após a sua proibição, na década de 1970, começam a usar cocaína injetável. Esta substituição se dá por dois motivos: o primeiro, porque a cocaína é um estimulante, causando os mesmos efeitos que a anfetamina, e o segundo, porque os usuários começaram a se deparar com uma grande quantidade de cocaína disponível no comércio ilícito.

A entrada de grandes quantidades de cocaína no território brasileiro pode ser considerado uma consequência da política norte-americana conhecida como “Guerra às Drogas” (Mesquita, 1992), orientação que estabelece, a partir dos anos 70, uma política repressora aos países andinos produtores de coca, fazendo surgir rotas alternativas para o tráfico de drogas e colocando o Brasil na rota internacional do tráfico de cocaína. Como principal consequência, presencia-se uma maior quantidade de drogas circulando no Brasil (Mesquita, 1992 e Rossi, 1996).

³³ Anfetaminas são drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central. Para entender melhor sobre a história do uso de drogas injetáveis no Brasil, ver Domanico, 2001.

Os trabalhos de Mesquita (1992) e Bastos (1996), entre outros, apontam para o crescimento do número de casos de aids, por uso de drogas injetáveis, nas cidades que passaram a integrar as rotas de tráfico de cocaína.

Santos, cidade litorânea do Estado de São Paulo passa a ser um dos principais portos de escoamento da droga para a América do Norte e Europa, e isso aparece refletido na saúde quando, em 1988, a cidade passa a ser considerada a “capital da aids” (Mesquita, 1992).

Em 1989, o novo governo que assume a administração da prefeitura de Santos toma uma atitude ousada como forma de tentar conter a epidemia entre os usuários de drogas injetáveis. É criado na Secretaria de Saúde, por meio do Programa Municipal de aids, o primeiro programa de redução de danos associados ao uso de drogas injetáveis do Brasil (Bueno, 1994). A idéia principal era: uma vez que os usuários de drogas não conseguiam abandonar o uso de drogas, que pelo menos não se infectassem pelo compartilhamento das seringas no uso de droga injetável.

O Programa visava à distribuição de seringas novas trocadas pelas usadas:

A medida gerou imensa polêmica nacional em todos os meios de comunicação e fóruns específicos, após o Ministério Público em Santos enquadrá-la como crime, previsto na lei vigente sobre drogas no Brasil, a Lei 6.368 de 1976. De acordo com a interpretação daquele momento, a proposta se chocava com um dos artigos da referida lei, que considera crime qualquer forma de auxílio/incentivo àqueles que se utilizam substâncias entorpecentes (Mesquita, 1994: 169).

Doneda e Marques relatam, em 1998, que este primeiro Programa de Redução de Danos suscita, até hoje (1998) questionamentos. É importante ressaltar que mesmo hoje em dia, passados mais oito anos, a colocação de

Doneda e Marques ainda é verdadeira. Várias pessoas não entendem os princípios da proposta e consideram estes projetos como incentivo ao uso de drogas. Infelizmente, alguns gestores públicos concordam com esta posição. “Muitos deles, baseados, apenas, na incompreensão da real natureza e dimensão da drogadição na sociedade em geral, e da brasileira em particular” (Doneda e Marques, 1998:137).

O programa de Santos foi interrompido, teve seu coordenador processado e todo o material de prevenção apreendido. Até que, em 1991, na mesma cidade, surgiu uma ONG, composta por diversos profissionais de saúde ligados ao primeiro programa, que visava desenvolver pesquisas em aids entre usuários de drogas injetáveis. Além de acessá-los nos serviços de saúde, a ONG começou a desenvolver “um estudo da soro prevalência do HIV e comportamentos de risco entre UDIs, que teve importante papel na consolidação deste relacionamento entre profissionais e usuários” (Bueno, 1994: 208).

Após este estudo, a equipe da ONG pôde apreender os rituais de uso e as práticas desenvolvidas pelos usuários acessados. E, como ocorria na cidade à proibição por parte do Ministério Público da distribuição de seringas novas, a ONG se valeu de uma experiência que estava tendo êxito no exterior, e começou a desenvolvê-la aqui – a distribuição de Hipoclorito de Sódio para desinfecção das seringas.

Os agentes de saúde da ONG, seguindo o exemplo da experiência do exterior haviam observado que no ritual de uso grupal de drogas, os usuários tinham a prática de lavar as seringas antes da sua reutilização para remover qualquer vestígio de sangue que pudesse coagular na agulha e entupí-la. Então, começaram a distribuir o hipoclorito de sódio – com uma

concentração de 5,25% – para que os usuários efetuassem a lavagem de suas seringas.

O desenvolvimento da ação era de explicação simples: deveria se lavar duas vezes a seringa com água, duas vezes com o hipoclorito e duas vezes com água novamente. Contudo, na prática, os projetos subseqüentes ao de Santos não conseguiram implementar esta técnica entre seus usuários. Os usuários de drogas injetáveis de vários projetos não se adaptaram à lavagem de seringas, eles alegavam que, na prática, a estratégia era muito demorada e “deixava gosto” nas seringas. E, embora fosse de fácil explicação para os usuários, muitos técnicos tinham dificuldade de passar essa informação por saberem que o procedimento – a lavagem das seringas – eliminava o vírus HIV, mas não eliminava os vírus das hepatites B e C (HBV, HCV) (Domanico, 2001).

(...)desde 1993 temos recursos disponíveis para a prevenção de aids em função de um empréstimo que o Banco Mundial fez ao Ministério da Saúde do Brasil, com esta finalidade. Uma fração dos recursos desse empréstimo foi com outros recursos – doados, a fundo perdido, pelo Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional das Drogas (UNDCP) – totalizando 10 milhões de dólares, com o objetivo específico de prevenir a epidemia de aids entre UDI (Mesquita, 1998: 103).

Os projetos implementados antes de 1993 eram executados com os recursos das secretarias estaduais ou municipais de saúde, sempre insuficientes para implementar todos os projetos necessários. Pensava-se então que, com este incremento financeiro, haveria uma demanda dos serviços para o trabalho de redução de danos com usuários de drogas injetáveis, mas isso não aconteceu.

Como forma de incentivar a elaboração de projetos, a Coordenação Nacional de DST/Aids cria um setor específico para estas demandas. O setor conhecido como “Projeto de Drogas” tinha como principais objetivos:

(...)prevenir ao uso indevido de drogas e as infecções do HIV e outros agentes etiológicos de transmissão sexual, entre a população em geral, com ênfase nos segmentos com comportamentos de risco mais freqüentes, e reduzir ou estabilizar a transmissão sexual e sanguínea entre usuários de drogas injetáveis (Doneda & Marques, 1998: 142).

Este setor elege dez³⁴ Estados como prioritários por apresentarem um quadro epidemiológico com alta taxa notificação de casos de aids, pelo uso de drogas injetáveis. O Projeto de Drogas era subdividido em seis grandes projetos: escolas, centros de referência nacional, centros de treinamento, projetos comunitários, centros de tratamento, recuperação e reinserção social e projetos de redução e danos. Para os projetos de redução de danos, a prioridade, na época, foi dada aos usuários de drogas injetáveis por causa da eficiência dessa via de uso na transmissão sangüínea do vírus HIV.

Esse incentivo financeiro – repasse da Coordenação Nacional de DST/Aids, por meio de convênios com o Banco Mundial – vai fomentar o surgimento de alguns projetos de redução de danos a partir de 1994 nas cidades de São Paulo e Salvador.

Em São Paulo, o próprio Programa Estadual de DST/Aids cria um projeto para acessar os usuários de drogas injetáveis, mas por questões judiciais, não consegue implantar a troca de seringas, sendo que esta ação será implementada por uma ONG a partir de 1995.

³⁴ Os 10 estados prioritários foram: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia.

Também em 1995, surge o primeiro programa de troca de seringas em Salvador, no CETAD³⁵. O fato deste programa estar alocado em um centro de estudos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia pode ter sido um fator importante para sua aceitação pela comunidade onde o projeto estava sendo desenvolvido. Mas, mesmo assim, o programa recebeu represálias sociais e seus coordenadores foram considerados, por muitos soteropolitanos, como incentivadores ao uso de drogas. Entretanto, a coragem dos médicos responsáveis pela criação e implementação do PRD foi fundamental.

Entre 1994 e 1996 é realizado o Projeto Brasil³⁶, estudo epidemiológico sobre prevalência de HIV e comportamento entre usuários de drogas injetáveis em sete cidades brasileiras. Este estudo vai contribuir para mostrar que a epidemia entre os usuários de droga injetáveis apresentava tendência de crescimento, e que era necessário pensar em estratégias de saúde pública que alcançassem estes usuários nas suas especificidades (Mesquita, Bueno, Telles e Bastos, 1998 – Conferência Internacional de Redução de Danos, comunicação oral).

Ainda em 1996, com o empréstimo do Banco Mundial (BIRD) conhecido como “AIDS 1”:

(...) modificações na Coordenação Nacional de DST e Aids, em 1996, deram um novo impulso ao Projeto de Prevenção de Redução de Danos. Desde então, são inúmeras as iniciativas apoiadas pela Coordenação Nacional, contando com a parcela daqueles recursos de 10 milhões de dólares supracitados (Mesquita, 1998: 107).

³⁵ O CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, ligado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, desenvolve projetos para usuários de drogas e foi o primeiro programa a assumir a troca de seringas no Brasil. Digo assumir porque os outros projetos faziam isso na clandestinidade.

³⁶ O projeto Brasil fazia parte de um estudo multicêntrico desenvolvido em sete cidades com alta incidência de HIV por uso de droga injetável.

Como reflexo das mudanças na coordenação, podemos citar o incentivo à criação de diversas Organizações Não Governamentais cujo objetivo era implementar projetos com estratégias para reduzir os danos à saúde entre usuários de drogas injetáveis.

Em 1997, foi fundada a Associação Nacional de Redutores de Danos (ABORDA), com o objetivo de *“lutar pelos direitos dos redutores de danos e usuários de drogas”*. Na verdade, mais do que a luta pelos direitos dos usuários de drogas, o surgimento da ABORDA tem a ver com o busca do reconhecimento da figura do redutor de danos como profissional da saúde, bem como dar legitimidade aos usuários de drogas nos espaços de controle social.

No início dos Projetos de Redução de Danos no Brasil, havia duas denominações atribuídas aos profissionais que estabeleciam contato direto com os usuários de drogas: os agentes de saúde e os agentes comunitários. Agentes de saúde eram profissionais capacitados para serem multiplicadores de informações sobre aids e drogas, e os agentes comunitários eram membros da rede de interação social dos usuários de drogas que recebiam treinamento para atuar como agentes de saúde.

A maioria dos agentes comunitários que trabalhava com redução de danos era de usuários de drogas na “ativa” ou ex-usuários. É neste contexto que surge a categoria de “redutor de danos” como uma forma de dar maior visibilidade e legitimidade social aos usuários de drogas que estavam desenvolvendo o trabalho de agente comunitário. O surgimento da categoria

de redutor de danos foi fundamental para a ampliação da Redução de Danos no Brasil (Ministério da Saúde, 2001).

É importante ressaltar que até hoje o lugar social do “reductor de danos” ainda suscita acaloradas discussões. Alguns técnicos³⁷ que trabalham na implementação, coordenação e avaliação dos programas de Redução de Danos também se consideram “redutores de danos” e isso, para alguns redutores, que não são técnicos, é incoerente. A principal defesa da categoria (Redutores de danos) é que a qualificação de técnicos distancia os usuários, enquanto que os técnicos alegam que para ser um reductor de danos basta ter capacidade de circular e passar informações³⁸ para os usuários de drogas.

Atualmente, duas associações nacionais de redução/redutores de danos e mais de 25 associações estaduais estão oficialmente registradas na Receita Federal. Todas carecem de recursos humanos e materiais, embora muitas já tenham conseguido se consolidar enquanto instâncias de controle social.

Segundo Fonseca (2006)³⁹ 140 projetos de redução de danos estão ativos no Brasil. Esse número pode ser maior, na medida em que o levantamento realizado por Fonseca levou em consideração os projetos financiados diretamente pelo Programa Nacional de DST/Aids e, na realidade, temos conhecimento da existência de projetos financiados e executados pelas Coordenações Estaduais e Municipais que, até o momento, não foram incluídos no universo considerado pelo Programa Nacional de

³⁷ Na sua grande maioria os técnicos são profissionais da saúde, como médicos, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais.

³⁸ No caso as informações são as estratégias de prevenção.

³⁹ Comunicação por email na lista da ABORDA, 2005.

DST/Aids. Dos que fazem parte desse universo, 50% trabalham com troca de seringas e menos de 10% desenvolvam estratégias para usuários de crack.

4.1.1. Os programas de troca da agulhas e seringas usadas por novas (PTS).

Ao analisar a história do movimento de RD no mundo, Bastos (2003) afirma que os programas de troca de agulhas e seringas usadas por novas (PTS) foram os primeiros a surgir. Esses programas basicamente fornecem equipamentos⁴⁰ novos em troca dos usados para o uso de drogas injetáveis. Por trás desse ato aparentemente simples, alguns objetivos específicos de prevenção são alcançados. O mais importante, é estabelecer a ponte com os usuários de drogas para ajudar a retirar os equipamentos contaminados da cena de uso, evitando a sua reutilização; e garantir que o material seja recolhido e descartado em local adequado, evitando que infecte terceiros, como catadores de lixo, por exemplo.

Os programas de troca de seringas podem fazer parte dos programas de redução e danos. Esta distinção se faz necessária porque programas de redução de danos têm outros objetivos e atividades incorporadas na execução dos projetos. Desta forma, um programa de redução de danos normalmente tem um programa de troca de seringas. Contudo, existem programas de troca de seringas, em diversos países do mundo, que visam somente à troca de equipamentos; no Brasil, todos os PTS estão inseridos nos PRD.

⁴⁰ A quantidade de equipamentos no Kit varia em cada projeto. Mas, todos distribuem para cada seringa um frasco de diluição, um frasco de água destilada, compressas de álcool para assepsia no local da injeção e preservativos, além de um folder explicativo sobre o uso de preservativos e estratégias de redução de danos para o uso injetável de droga.

Os programas de redução de danos desenvolvem estratégias que visam promover um contato entre os usuários e as instituições de saúde e os equipamentos sociais, com o objetivo de difundir noções básicas de preservação da saúde, prevenção de doenças e busca de consolidação dos direitos de cidadania (Brites, 1999).

No Brasil, dentre outros motivos, o incentivo do Programa Nacional de DST/Aids aos PRD está associado ao fato que os usuários de drogas injetáveis eram pessoas de difícil acesso e pouco conscientes da importância do seu lugar dentro da cadeia de transmissão do HIV/aids.

Com a implantação dos programas de redução de danos, o contato com os usuários de várias drogas aumentou, e foi possível acompanhar a entrada de crack nas cenas grupais de uso de drogas. Isto se tornou uma preocupação para alguns técnicos e redutores, pois no contato com os craqueiros ficava evidente sua vulnerabilidade às DST/aids diante dos relatos de práticas de sexo desprotegido.

As pessoas que tiveram esta primeira impressão nos contam, que era perceptível a grande intoxicação na hora do uso de crack e a posterior fissura⁴¹. Observaram, também, que por causa dela muitos usuários de crack comercializavam sexo como uma forma de conseguir dinheiro para a continuidade do uso da droga. Estudos atuais (NAPPO, 2001) demonstram que estas percepções eram corretas. Há um grande número de usuários de crack com DST/aids, com hepatites e com sífilis, contraídos deste modo.

⁴¹ Fissura é uma vontade incontrolável de usar droga, muito comum no uso de cocaína-crack.

4.1.2. Os programas para usuários de crack anteriores aos projetos pilotos – as primeiras tentativas.

Um dos mais importantes princípios norteadores da abordagem de redução de danos é a necessidade de se ouvir os usuários, para depois engajá-los no processo de prevenção. As estratégias de redução de danos requerem o estabelecimento de um contato direto entre os técnicos em saúde pública e os usuários, para os primeiros apreenderem com os segundos as especificidades do uso de cada droga antes de elaborar e promover formas mais seguras de consumo. Com esse contato é possível apreciar as diferenças entre o que técnicos de saúde pública e usuários consideram ser riscos aceitáveis e mudanças de conduta possíveis de se almejar. Esse contato também facilita a elaboração de estratégias assistenciais promovidas paralelamente à redução de danos. Assim, antes mesmo do surgimento dos projetos-piloto, alguns grupos já haviam ensaiado algumas tentativas de abordar a questão.

Cinema na rua – Salvador

Em 1996, a equipe do CETAD⁴² que desenvolvia projetos de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, em Salvador, começou a observar um crescente número de usuários de crack nas suas intervenções de rua. Esse fato motivou a equipe a pesquisar estratégias preventivas a serem implementadas entre este novo grupo de usuários. A primeira estratégia foi a

⁴² CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia

de aproximação e optou-se pela apresentação de vídeos na rua (Nuñez, 1998).

Levava-se uma televisão com vídeo-cassete aos locais frequentados pelas pessoas acessadas e exibiam-se vários tipos de filmes.

Segundo a responsável pelo projeto:

(...) o objetivo desta atividade foi oferecer produtos sócio-culturais alternativos no próprio contexto social dos usuários, que estimulassem a reflexão, reformulação e/ou questionamento sobre os conhecimentos e comportamentos de risco para as DST/AIDS, outras doenças infecto-contagiosas, o abuso de drogas tais como o crack, cocaína injetável (Nuñez, 1998:30).

Junto com tal atividade, foi realizada uma pesquisa buscando conhecer o perfil psicossocial dos usuários de crack naquela cidade, a fim de determinar o consumo de crack e de outras drogas, e ainda conhecer as práticas sexuais de tais usuários. Nas exposições dos filmes, havia momentos de oficinas de sexo-mais-seguro, com distribuição de preservativos.

Após dois anos, por falta de recursos para sua continuidade, o projeto foi encerrado e os usuários acessados foram incorporados pelos outros projetos do CETAD.

O uso de filtro – Santos

Inspirada pela participação na VIII Conferência Internacional de Redução de Danos no Brasil, realizada em 1998, a Organização Não Governamental ASPPE⁴³, que trabalhava com projeto de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, passou a pesquisar estratégias diferenciadas que poderiam ser implementadas junto aos usuários de crack aos quais tinha acesso. Essa busca foi motivada pela constatação que, nas

⁴³ A ASPPE – Associação Santista de Pesquisa, Prevenção e Educação em DST/Aids, é uma organização não governamental que vem desenvolvendo ações de prevenção e assistência às DST/aids com diversas populações vulneráveis desde 1994.

intervenções de rua com os usuários de drogas injetáveis, o projeto encontrava um número muito grande de usuários de crack, sendo necessário a elaboração de uma nova estratégia para essa população.

A nova realidade chamou a atenção para o fato de não existirem estratégias de redução de danos voltadas para esta população. Através desta percepção surgiu a idéia de formular um projeto que primeiramente conhecesse o perfil dos usuários de crack para posteriormente intervir junto a eles de forma mais adequada (Villarinho, 2001:02).

O projeto para os usuários de crack foi iniciado em 2000, contando com o apoio da Prefeitura Municipal de Santos e financiamento do Programa Nacional de DST/Aids. Tinha como objetivo contatar usuários de crack, distribuir preservativos entre eles e estimulá-los a responder a um questionário que ajudasse a equipe a compreender melhor o fenômeno do uso dessa substância e suas especificidades.

No contato com os usuários, a equipe descobriu que os problemas de saúde que mais afetavam os “craqueiros” eram, na sua maioria, problemas respiratórios causados pelas partículas sólidas absorvidas quando a pedra de crack era fumada. Dessa forma, a equipe concluiu que uma importante contribuição à redução de danos à saúde para estes usuários seria evitar a ingestão dessas partículas. A maneira encontrada pela equipe do projeto foi adaptar filtros como os de cigarros nos cachimbos de crack.

Uma parte do filtro ficaria dentro do cano do cachimbo e a outra parte ficaria do lado de fora, evitando contato direto do lábio com o cachimbo. Como estes filtros não puderam ser adaptados ao uso de copo (copo plástico descartável com água) ou lata (de alumínio), a equipe então, resolveu pesquisar, junto aos usuários, algo que poderia ser adaptado aos copos e às latas. Pensou-se em filtros de papel para coar café, tipo “Melita”, como uma

tentativa de auxiliar os usuários nesta prática, mas a dificuldade de fixá-los fez com que se desistisse de tal procedimento. Segundo o relatório do projeto:

(...) um dos argumentos mais fortes trazidos por quem aprovou o filtro foi a redução da tosse causada pelo consumo do crack e no pigarro típico deste usuário, além de ficar menos cansado. Isso provavelmente acontece porque o filtro acaba retendo as partículas sólidas e a borra formada após a combustão do crack os quais vão direto ao pulmão, causando irritação no aparelho respiratório (Villarinho, 2001:10).

Após três anos, este projeto, assim como o anterior, teve seu recurso cortando, sendo que a população atendida foi encaminhada para os serviços de saúde e/ou outros equipamentos sociais.

A elaboração dos cachimbos individuais

Numa reunião com representantes de vários projetos de redução de danos, realizada em Salvador em 2001, o coordenador de um projeto⁴⁴ apresentou o projeto de redução de danos para usuários de crack que estava desenvolvendo na sua cidade. A necessidade da implementação deste projeto deu-se pelo grande número de usuários de crack que eram acessados nas ruas, e a equipe percebeu que tais usuários necessitavam de estratégias adequadas à sua via de administração da droga. O uso de filtro de Santos foi testado entre esses usuários, mas nesta população tal uso se mostrou ineficaz e, em oficinas realizadas com eles, a equipe decidiu pesquisar um outro insumo para o uso do crack: o cachimbo.

A solicitação feita pelos usuários acessados foi a de se criar um cachimbo adequado à realidade daquele grupo. Pensou-se em um cachimbo

⁴⁴ Não citarei a cidade porque este projeto faz parte dos projetos piloto, e optamos por questões éticas não revelar as cidades onde são executados.

para uso individual, porque já era sabido que o seu compartilhamento transmitia doenças como tuberculose e herpes. Desconfiava-se, também, que nos casos em que os usuários apresentavam fissuras labiais sangrantes, poderia até haver um aumento do risco de transmissão do HIV e das hepatites⁴⁵. Procurou-se, então, uma fábrica de cachimbos para tabaco e um dos proprietários, depois de entender o projeto, começou a idealizar e a produzir protótipos de cachimbos para testes entre usuários de crack.

Os primeiros protótipos tinham uma piteira de plástico, mas estas desagradaram os usuários. Foram testados vários protótipos até se chegar a um padrão de cachimbo de madeira com uma grelha de metal. Esta grelha de metal tem a função de receber a pedra de crack. Essa versão não foi considerada como definitiva e ainda estão sendo testadas alterações nesse cachimbo, tal como a inclusão de um pequeno filtro (similar ao de cigarros) a ser colocado na parte mais próxima da boca, como forma de barrar a inalação de partículas sólidas. Este projeto será mais detalhado no capítulo cinco como projeto um.

4.1.3. A redução de danos para cocaína inalada.

Em 2001, aconteceu a primeira Conferência Latina de Redução de Danos, em Barcelona, com uma grande participação de redutores de danos e técnicos brasileiros. Nesta conferência, houve um grande número de mesas que discutiram as estratégias de redução de danos para cocaína e crack,

⁴⁵ O risco de transmissão de HIV e hepatites virais é hipotético, uma vez que não foram realizados estudos provando esta via de transmissão. Contudo, do ponto de vista de prevenção, é necessário se implementar estratégias antes que a transmissão de doenças sejam comprovadas, ou seja, se existe um risco hipotético ele deve ser prevenido.

uma vez que a problemática do uso de cocaína estava crescendo assustadoramente nos países latinos.

Naquela época as conferências latinas eram diferentes da Conferência Internacional de Redução de Danos que discutem basicamente a redução de danos para uso de heroína, pois nestas conferências é dada ênfase a trabalhos e estudos mais expressivos, de caráter científico e que utilizam metodologias de monitoramento e avaliação combinadas com estudos de soro prevalência para diversas doenças infecto-transmissíveis que aconteciam nos países da Europa e nos Estados Unidos, com financiamento governamental ou de institutos de pesquisa, nos quais a prevalência do uso de heroína injetável é maior. Hoje em dia, tanto a conferência latina como a internacional discutem estratégias de redução de danos para crack.

Na conferência de 2001, a delegação brasileira foi bastante solicitada pelos colegas europeus e contribuíram muito, tanto nas discussões de plenária, como na apresentação de temas livres, pois a cocaína é uma droga bem conhecida pelos redutores de danos do Brasil.

Nas visitas aos estandes, os brasileiros se depararam com um kit chamado *kit sniff*⁴⁶, que era distribuído para o uso de drogas inaladas, na França. Este kit suscitou curiosidade por parte dos participantes, que trouxeram vários exemplares para discussão com seus parceiros nos projetos do Brasil.

⁴⁶ O Kit sniff, é colocado dentro de uma caixinha de papelão, dois canudos de silicone, dois lenços de papel, uma bandejinha de papel laminado, um frasco para acondicionamento da droga, um preservativo, um gel lubrificante, um folder explicativo, um cartão com telefones para socorro de overdose e dois frascos de soro fisiológico.

Concomitante a isso, um redutor de danos, Décio Ciavaglia⁴⁷ com recursos próprios e ajuda das profissionais do sexo da Central do Brasil – Rio de Janeiro, criava outro kit para uso de cocaína inalada. Sua justificativa era simples: ele observava no seu trabalho de campo que as prostitutas usavam cocaína em grande quantidade compartilhando notas de dinheiro que eram enroladas para confecção de canudos, além de prepararem a droga para uso em qualquer lugar: cadeiras, pastas ou mesmo carteiras e cartões.

A preocupação de Décio era primeiro, com a falta de higiene na forma de inalação da droga. E, a partir de 2002, após a criação do Programa Nacional de Hepatites Virais, uma preocupação ainda maior atinge o redutor, ou seja, ele descobriu que o compartilhamento de canudos poderia ser um vetor de transmissão para os vírus da hepatite C (McMahon, JM, et al, 2004).

O Kit de Décio, conhecido como Kit “cheire bem”⁴⁸ foi apresentado no I Seminário de Redução de Danos: outras estratégias são possíveis?⁴⁹, organizado pelo Centro de Convivência “É de Lei”, entre os dias 31 de outubro e 03 de novembro de 2002. Em 2003, o kit cheire bem, que foi apresentado em forma de pôster na II Conferência Latina de Redução e Danos, em Perpignan, França, recebeu premiação com a isenção da

⁴⁷ Décio Ciavaglia era um funcionário público aposentado que iniciou seu trabalho como redutor de danos na Associação Carioca de Redução de danos em meados de 2001. Morreu em junho de 2005.

⁴⁸ O Kit cheire bem, era colocado dentro de um saco plástico um cartão recoberto com plástico, um cartão de informações sobre hepatites virais, um folder de informações sobre DST/aids e outro sobre direitos humanos, dois canudos de plástico com um revestimento de borracha, um cotonete, e dois frascos de soro-fisiológico.

⁴⁹ O I Seminário de redução de danos: outras estratégias são possíveis? Foi realizado pelo Centro de Convivência “É de Lei”, contou com a participação de aproximadamente 150 pessoas, entre eles redutores de danos e técnicos de serviços de saúde. Teve uma programação ampla discutindo estratégias para outros usos de drogas além da injetável e sua interface com a transmissão de doenças.

inscrição para participação na III Conferência, realizada em Barcelona, em 2005.

No final de 2004, o Centro de Convivência “É de Lei” teve o “Programa de Redução de Danos ‘É de Lei’: Inclusão e Fortalecimento”, aprovado pela Coordenação Estadual de DST/Aids. O projeto previa a distribuição do Kit Sniff⁵⁰ e, em julho de 2005, a Associação Carioca de Redução de Danos lança no II Seminário Estadual de Redução de Danos, no Rio de Janeiro, o seu próprio kit para cocaína inalada.

As observações feitas a partir desses fatos nos mostram a ampliação da redução de danos como estratégia preventiva de saúde. Mas a precariedade de dados epidemiológicos acaba não possibilitando uma avaliação do impacto dessas estratégias sobre a saúde dos usuários. Como resultado, estes projetos inovadores só têm sido realizados por um esforço de “militância” de alguns gestores.

Ainda que saibamos o quanto a Redução de Danos vai além das questões associadas à saúde, no Brasil grande parte dos projetos em andamento realizam atividades somente relacionando a redução de danos diretamente com os problemas de saúde. Este ponto discutiremos melhor na análise dos dados apontando para a incoerência desta postura. Deixando também para uma breve discussão as questões relacionadas à exclusão social e à violência estrutural, as quais os usuários de drogas qualificadas de ilícitas estão submetidos.

É importante ressaltarmos que na fase anterior ao surgimento das estratégias de redução de danos, as intervenções dirigidas aos usuários de

⁵⁰ Este kit sniff é muito parecido com o primeiro kit sniff, mas tem ainda alguns papeis (pos-it) para confecção de canudos, caso o usuário não goste de canudo de silicone.

drogas visavam exclusivamente à promoção da abstinência e o tratamento. A partir da aceitação dos conceitos de redução de danos, os usuários de drogas, aqui no Brasil, começam a “ganhar” representatividade dentro dos movimentos sociais de saúde e, posteriormente, nos movimentos de direitos humanos.

4.2. O crescimento dos programas de redução de danos no Brasil.

A partir do surgimento das ONG de redução de danos em 1997, começa-se a verificar um aumento no número de projetos que acessam usuários de drogas. Além de atividades de prevenção, surgem alguns projetos para a realização de estudos epidemiológicos. Um dos mais importantes visou traçar a Situação de Base dos usuários de drogas injetáveis dos Projetos de Redução de Danos do Brasil, o projeto AJUDE Brasil (Ministério da Saúde, 2001) foi extremamente importante, pois já apontava algumas mudanças de comportamento dos usuários acessados pelos Programas.

Indicava, por exemplo, uma diminuição no compartilhamento dos equipamentos de injeção, um aumento no uso de preservativos, e também um aumento na procura de atendimentos voltados para cuidados à saúde.

Tais resultados apontaram para a necessidade da continuidade das ações de redução de danos com distribuição de equipamentos e também a ampliação das estratégias para garantir a inclusão dos usuários de drogas nos serviços de saúde que não queriam ou não podiam abandonar o uso de drogas, mas queriam seguir o tratamento para o HIV/aids. Os dados demonstravam, também, uma crescente epidemia de crack entre os usuários

de drogas injetáveis, e em alguns lugares, uma migração do uso de cocaína injetável para o uso de cocaína fumada (Ministério da Saúde, 2001).

Ainda em 1998 acontece em São Paulo a VIII Conferência Internacional de Redução de Danos e podemos considerá-la um marco histórico para a redução de danos no Brasil, pois na sua abertura, o então Secretário de Saúde do Estado de São Paulo anuncia a assinatura da Lei que regulamentaria a distribuição de seringas novas para os usuários de drogas injetáveis no Estado de São Paulo⁵¹.

A Lei de São Paulo serviu de exemplo para diversos Estados que adotariam leis estaduais⁵² semelhantes como forma de garantir a disponibilização de seringas para usuários de drogas injetáveis.

Além disso, a conferência internacional contribuiu para a discussão e defesa das estratégias de redução de danos na mídia, como forma de conter a disseminação de doenças. Vários jornais impressos e televisivos apresentaram reportagens em defesa da redução de danos, fato de suma importância para o reconhecimento da redução de danos como política pública.

Com o incentivo do Programa Nacional de aids, via financiamento, outras associações de redução de danos surgiram no Brasil e, aos poucos, as estratégias de redução de danos para outras drogas começaram a ser discutidas.

Outro marco histórico para a redução de danos é quando, em 2002, acontece o seminário do “É de Lei” outras estratégias são possíveis? Na

⁵¹ Lei Estadual nº 9.758/97.

⁵² Santa Catarina (Lei Estadual nº 11.063/98); Rio Grande do Sul (Lei Estadual nº 11.562/00) e Mato Grosso do Sul (Lei Estadual nº 2.404/01). Minas Gerais

cidade de São Paulo, contando com todas as associações de redutores e redução de danos do Brasil, além da participação de coordenadores estaduais e municipais de vários projetos na área. Este evento tinha por objetivo discutir a ampliação das estratégias de RD para outras drogas, bem como discutir uma agenda nacional para os projetos de redução de danos, além de fomentar a discussão sobre a manutenção dos projetos por meio de outras fontes de financiamento além das governamentais.

Apesar do grande número de participantes, a discussão sobre os financiamentos via governo federal (Programa Nacional de aids) não ganham força. Neste mesmo ano foi anunciado pelo Programa Nacional que os processos de concorrências para financiamento dos projetos apoiados pelo governo federal (via Programa nacional de DST/aids) iniciariam em 2003 suas concorrências descentralizadas, ou seja, seriam realizadas pelos programas estaduais. Somente em 2004, quando se torna regra o processo de descentralização e muitas instituições perdem seus financiamentos é que esta discussão sobre a descentralização reaparece. Este fato será mais bem abordado no capítulo seis, onde faremos a análise e a discussão sobre os financiamentos dos projetos de redução de danos para usuários de crack.

4.3. Tendência hegemônica à instrumentalização.

A tendência à instrumentalização (transformando a redução de danos numa estratégia de mera distribuição de insumos) tem significado um esvaziamento de sua dimensão política, cuja direção social estaria associada, pelo menos em suas origens históricas em nosso meio, à afirmação dos direitos de cidadania.

O processo de instrumentalização da redução de danos poderá ser analisado no interior de uma tendência mais geral no campo da produção teórica e de planejamento das políticas sociais que, em certo sentido, respondem às exigências do pensamento “pós-moderno”, ao recusar a objetividade, a capacidade da razão de produzir conhecimentos teóricos que expliquem a realidade e, principalmente, a possibilidade de uma razão crítica capaz de orientar ações ética e politicamente comprometidas.

Por ser a ideologia da nova forma de acumulação do capital, o pós-modernismo relega à condição de mitos euro-cêntricos totalitários os conceitos que fundaram e orientaram a modernidade: as idéias de racionalidade e universalidade, o contraponto entre necessidade e contingência, os problemas da relação entre subjetividade e objetividade, a história como dotada de sentido imanente, a diferença entre natureza e cultura etc (Chauí: 2001, 22-23).

Os efeitos da recusa desses conceitos, que se expressam na valorização da dimensão instrumental da razão, são assim analisados pela autora:

A ciência e a tecnologia contemporâneas submetidas à lógica neoliberal e à ideologia pós-moderna, parecem haver-se tornado o contrário do que delas se esperava: em lugar de fonte de conhecimento contra as superstições, criaram a ciência e a tecnologia como novos mitos e magias; em lugar de fonte libertadora das carências naturais e cerceamento das guerras, tornaram-se, por meio do complexo industrial-militar, causas de carências e genocídios. Surgem como poderes desconhecidos, negando a possibilidade da ação ética como racionalidade consciente, voluntária, livre e responsável, sobretudo porque operam sob a forma do segredo (o controle das informações como segredos de Estado e dos oligopólios transnacionais) e da desinformação propiciada pelos meios de comunicação de massa. (Chauí: 2001, 25).

Na mesma direção, em artigo que analisa uma experiência a de um hospital público a partir da participação do sistema privado de atendimento

médico nessa mesma instituição, Cohn faz as seguintes considerações sobre a dicotomia entre política e técnica.

Tal esforço remete não só a necessidade de se pensar a superação da dicotomia entre as dimensões política e técnica, hoje ainda presente na grande maioria das análises sobre a questão da saúde no país, mas a partir daí a própria necessidade de superação da concepção da existência no Brasil de um sistema dual de proteção social, com distintas lógicas de articulação com o sistema econômico: um subsistema securitário, baseado na lógica contributiva, e, portanto em tese na captação de poupanças individuais, e um subsistema assistencialista, baseado no financiamento com recursos orçamentários, e, portanto em tese redistributivista. (Cohn e Elias, 2002, 177).

A análise desta tendência será demonstrada no capítulo seis. Mas aqui cabe ressaltar que a nosso ver ao longo da implementação dos projetos de redução de danos no Brasil, houve uma falta de investimento na dimensão política nos projetos de redução de danos e isso é uma consequência da ditadura dos projetos defendida por Galvão (1997), onde as equipes tiveram que responder tecnicamente ao financiamento havendo então pouca valorização na organização política.

Isso aparece também na capacitação das equipes, que atualmente não tem nenhum padrão⁵³ para a formação do redutor. Geralmente o redutor é convidado para trabalhar nesta função por ser usuários de drogas e conseguir incorporar estratégias de prevenção além de circular nas cenas de uso de drogas com facilidade. Mas não há nenhum critério de participação política, em centros comunitários, associações de bairro ou outros

⁵³ O que estamos chamando aqui de padrão refere-se a um conteúdo mínimo, discutido e aprovado pelas associações de redução de danos. Este conteúdo deveria contemplar noções de direitos humanos, controle social, uso de drogas e práticas de prevenção e cuidados à saúde.

movimentos sociais de moradia, etc., demonstrando que não há preocupação da equipe com a formação política anterior ou posterior a contratação.

A tendência à instrumentalização também se refletiu na adequação dos insumos disponibilizados, ou seja, o insumo de fato, é um meio de chegar ao usuário, mas se a equipe não tem uma preocupação em tornar aqueles usuários cidadãos sua atuação passa a ser a de mero distribuidor de equipamentos.

Desta forma a ação de redução de danos que pressupõe uma afirmação de direitos de cidadania, acaba sendo transformada em uma preocupação com atividades instrumentais de distribuição de equipamentos para a prevenção de doenças, ato este que consideramos reduzir a própria compreensão da redução de danos enquanto medida de saúde pública e afirmação de direitos de à saúde.

No próximo capítulo estaremos descrevendo nossa pesquisa empírica dos cinco projetos-piloto para usuários de crack.

5. “Tinha uma pedra no caminho...”

Projetos Piloto de redução de danos para usuários de crack.

Em Brasília, em abril de 2002, o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde reuniu as associações estaduais e nacionais de redução/redutores de danos. Essa reunião teve como objetivo principal discutir um projeto que iria traçar o perfil estrutural e de atendimento dessas associações⁵⁴ no Brasil. Enviaram representantes 18 associações, e cada uma teve 15 minutos para apresentar as atividades que vinha executando.

Essas associações, na sua maioria, acessavam usuários de drogas injetáveis (UDI)⁵⁵ e sua rede de interação social. No entanto, algumas instituições manifestaram preocupação com o crescente número de usuários de crack, que estavam sendo abordados nas intervenções de rua, e admitiram seu despreparo para intervir preventivamente com eles.

À noite, depois do jantar, três associações reuniram-se com o coordenador de um projeto (projeto 1), que trabalhava exclusivamente com “craqueiros” e tinha como prática o fornecimento de cachimbos de madeira⁵⁶. Nesse pequeno encontro, conversou-se sobre a possibilidade de cada associação desenvolver um projeto visando exclusivamente reduzir danos associados ao uso de crack.

Contudo, para a implementação de estratégias tão inovadoras, uma série de dificuldades teriam que ser superadas. Uma das principais era a

⁵⁴ Atualmente (junho 2006) temos aproximadamente 30 associações entre as estaduais e as nacionais, sendo que alguns estados têm mais que uma estadual como, por exemplo, São Paulo, Pernambuco e Rio Grande do Sul.

⁵⁵ Para facilitar a leitura usaremos, a partir de então, usuários de injetáveis.

⁵⁶ Mais adiante abordaremos em destaque a inserção deste equipamento mas, por hora, podemos afirmar que a distribuição do cachimbo é uma forma de conter o compartilhamento dos cachimbos, durante o consumo grupal.

obtenção de um financiamento específico para a execução de tais projetos. Ainda em Brasília, os representantes destas instituições procuraram a assessora técnica coordenadora do setor de prevenção do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids)⁵⁷ e solicitaram ajuda.

Na reunião, a coordenadora foi bem acessível e indicou que os projetos deveriam utilizar metodologias semelhantes nas ações preventivas, utilizando o mesmo insumo⁵⁸, o cachimbo de madeira neste caso, e o mesmo instrumento para coleta de dados. Combinou-se a elaboração de um questionário padrão que seria aplicado aos usuários acessados pelos projetos.

Para o questionário se propôs que fossem feitas questões em relação às práticas sexuais do perfil socioeconômico e cultural dos usuários acessados pelos projetos. Desta forma, os representantes acordaram em adaptar alguns questionários já existentes visando usuários de crack, e usá-los como padrão para que pudessem comparar os dados coletados. Buscava-se verificar a exposição ao vírus HIV, pela prática de sexo desprotegido, uma vez que há carência de estudos nacionais que apresentem tal dado.

A compreensão do perfil socioeconômico, cultural e do perfil do uso de crack serviria para avaliar o grau de marginalidade desses usuários, fator que pode contribuir para o aumento de práticas de risco específicas dessas populações (Nappo, 2004).

⁵⁷ Para facilitar a leitura, toda vez que nos referirmos ao PN-DST/Aids, usaremos o termo Programa Nacional de aids.

⁵⁸ Insumo: *sm. Econ polít* Neologismo com que se traduz a expressão inglesa *input*, que designa todas as despesas e investimentos que contribuem para a obtenção de determinado resultado, mercadoria ou produto até o acabamento ou consumo final (Michaelis on-line). No nosso caso, insumos designam os materiais distribuídos nas atividades de campo, ou seja, preservativos, cachimbos, seringas, protetores labiais, piteiras de silicone etc.

Na ocasião, levou-se em consideração que, mesmo o Programa Nacional de aids desenvolvendo suas ações nos marcos teóricos do conceito de vulnerabilidade, e priorizando trabalhos com populações em maior risco social, receava-se que muitos assessores técnicos do próprio Programa pudessem questionar o financiamento de projetos tão específicos. Isso de fato ocorreu e houve questionamentos devido a falta de estudos epidemiológicos que comprovassem a grande exposição a riscos a que esses usuários estavam vulneráveis.

Alguns assessores, seguindo a epidemiologia clássica, defendiam que as ações preventivas deveriam ser desenvolvidas somente junto a populações investigadas anteriormente e apresentassem exposição comprovada aos riscos. Os assessores que discordaram do financiamento desses projetos-piloto demonstraram publicamente suas opiniões, em reuniões e eventos, argumentando que eram desnecessários tais projetos, uma vez que a transmissão por uso injetável era comprovada e a transmissão indireta (sexo-desprotegido) a que os craqueiros estavam expostos era de mesma natureza daquela apresentada por grande parte da população. Para eles, a intervenção junto a usuários de crack deveria ser limitar às intervenções dirigidas à população em geral.

“Por que temos que fazer ações específicas para os “craqueiros”? Eles usam droga e não estão nem aí com nada. Dar camisinha pra quê? Pra eles trocarem por droga?” Esse foi o discurso de um Assessor Técnico do Programa Nacional para algumas ONG/aids numa reunião em Brasília na qual se discutia a cota de preservativos a ser distribuída nas intervenções de rua para cada população. Tal posição parece demonstrar um grande

preconceito em relação a todos os usuários de drogas, e aos craqueiros em especial, ao ignorar suas especificidades, como o alto grau de marginalidade em que eles vivem e a grande exclusão social a que os “craqueiros” estão submetidos.

Já na primeira fase de desenvolvimento (junho a dezembro de 2002) dos projetos-piloto, pôde-se comprovar a grande exposição dos usuários de crack às DST/Aids por prática sexual desprotegida. *“O que eles dizem pra gente é que eles precisam de mais camisinha, porque eles transam muito e se não tiver eles fazem sem mesmo, dizem que precisam transar para controlar a fissura...”* Esta foi a justificativa do coordenador de um dos projetos na primeira reunião dos quatro⁵⁹ projetos-piloto que foi referendada pelos representantes de três outros projetos.

Os coordenadores também constataram que o compartilhamento dos cachimbos ocorria com frequência, e isso tornava os craqueiros vulneráveis a outras enfermidades como as hepatites, tuberculose e herpes.

Nos primeiros meses de execução, percebeu-se a necessidade de se fazer a troca dos cachimbos fornecidos pelos projetos, uma vez que, após aproximadamente duas semanas de uso, o cachimbo se deteriorava. A troca possibilitava a retirada do material inadequado das cenas de uso, além de criar canais de comunicação com os usuários, na tentativa de entender a complexidade e as especificidades do uso de crack.

Entre os coordenadores destes quatro projetos, alguns consultores em redução de danos e alguns assessores do Programa Nacional de aids, foi acordado que passariam a se reunir com frequência trimestral, com o

⁵⁹ O quinto projeto-piloto será incorporado posteriormente como relataremos mais à frente.

objetivo de discutir adaptações às novas estratégias e aos novos insumos, bem como suas dificuldades nas intervenções. Este acordo foi só parcialmente cumprido, já que os projetos conseguiram se reunir somente duas vezes no seu primeiro ano de execução. Na primeira reunião em Brasília, outro projeto desenvolvido de forma muito semelhante, trabalhando com a construção e distribuição de cachimbos de bambu pelos craqueiros numa cidade do interior, entrou para o “rol” dos projetos-piloto.

Quando os projetos se iniciaram, foi criado no site “yahoo grupos” uma lista de discussão sobre redução de danos para crack denominada “cracados”. Tanto nas discussões da internet, como nas reuniões dos projetos, percebeu-se, por exemplo, que o cachimbo de madeira distribuído só satisfazia aos usuários do projeto 1, o mesmo que o havia criado.

Os usuários de outros dois projetos (projeto 2 e projeto 3) achavam o cachimbo fornecido muito grande, pois, por viverem em situação de rua, preferiam algo menor, mais fácil de esconder no caso de revista policial. Diferiam, também, dos usuários do projeto 4, que não gostavam do cachimbo do jeito que ele era e por isso faziam uma série de adaptações. Os usuários do projeto 4 são, na sua maioria, moradores da comunidade, e fazem uso em locais protegidos, em suas casas ou galpões, por isso tinham menos necessidade de esconder seus cachimbos e preferiam os seus, de tubos de PVC. Isso indicava a importância de se estar atento às especificidades regionais quando se pesquisa novos métodos de abordagem e novos insumos a serem utilizados. Do ponto de vista das necessidades, hábitos e aprendizagem sobre o modo de usar as drogas, que muitas vezes aquilo que é idealizado pelas equipes não correspondem às expectativas e

necessidades identificadas pelos próprios usuários, ou que leve a não adoção (ou adaptação ou abandono) do equipamento de prevenção que é fornecido pelas equipes).

Na segunda reunião chegou-se à conclusão da necessidade de se criar um novo tipo de cachimbo, respeitando as características de cada projeto, levando em consideração as particularidades de práticas, modos e condições de consumo dos usuários. Sabemos que é uma prática comum entre os craqueiros raspar o cachimbo após usá-lo, para aproveitar, em uma última fumada, o resto de resina que nele permanece depositado. Se o cachimbo for de material poroso, como metal, plástico e até madeira, o usuário corre o risco de ingerir partículas do próprio apetrecho, arrancadas durante a raspagem. A expectativa dos técnicos dos projetos era que fosse um cachimbo de vidro ou de outro material resistente ao calor e não-poroso, para que não acumulasse “borra”, e não pudesse ser raspado. Mas, já de início pensou-se que o de vidro talvez não fosse tão recomendado porque tinha a desvantagem de ser facilmente quebrável.

Atualmente, o insumo que tem tido maior aceitação entre os usuários, e considerado, pelos “cracados”, o mais importante é o protetor labial, usado para proteger os lábios das queimaduras e fissuras causadas pelo uso contínuo de crack. Estes protetores contêm, entre outras substâncias, própolis e calêndula, que ajudam na cicatrização das fissuras e de queimaduras já existentes; contêm, ainda, filtro solar que protege os lábios contra a desidratação causada pelo uso da droga.

“Todos os craqueiros nos pedem os protetores. E você viu no campo que eles usam mesmo. Nossa equipe percebeu uma diminuição nas feridas na

boca deles, depois que começamos a distribuir o protetor. E você sabia que foi eles que nos ensinaram que se deve usar o protetor antes de fumar o crack? Pois é... eles nos ensinaram isso, pois serve de proteção às queimaduras.” Esta fala da coordenadora do projeto 2 aponta para a necessidade de um contato direto com usuários para a discussão de estratégias de prevenção.

Outros insumos que também têm sido bem aceitos pelos usuários são pequenos tubos de silicone, que podem ser adaptados aos mais diversos tipos de cachimbos, com a intenção que na hora do uso, cada usuário tenha o seu e desta forma eles sirvam como protetores dos lábios, no caso do compartilhamento do cachimbo ser inevitável.

Os projetos-piloto de redução e danos para o crack, com exceção do Projeto 5 que entrou para o grupo posteriormente, iniciaram seus trabalhos em 2002 e tiveram via Programa Nacional de aids pelo menos três financiamentos. Em 2004, inicia-se o processo de descentralização dos financiamentos dos projetos através do qual o Programa Nacional repassa a verba para os Programas Estaduais, e estes então, devem fazer concorrências públicas para os financiamentos das ações das ONG.

Ainda em 2004, estreitou-se uma parceria com o Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV)⁶⁰ e esta parceria se efetivou na contratação de dois consultores internacionais para fazer uma visita e uma “avaliação” detalhada dos projetos. A escolha de dois consultores franceses deu-se por suas inserções em uma instituição que possui uma experiência bastante exitosa em intervenções diretas com usuários de drogas em situação de risco

⁶⁰ Para facilitar a leitura, toda vez que nos referirmos ao PNHV usaremos o termo Programa Nacional de Hepatites.

social. Além disso, esta instituição estava iniciando um trabalho com a distribuição de kits⁶¹ para usuários de crack.

Esta consultoria teve como principal objetivo trazer alguém de fora que pudesse ter um olhar mais “técnico” e menos “militante” para as intervenções que estavam acontecendo. Tinha também o objetivo de verificar a qualidade das intervenções de rua, a intersetorialidade entre a rua a sede dos projetos, as parcerias com os equipamentos sociais e observar a distribuição dos insumos e a aceitação dos mesmos pelos usuários.

Na realidade, mais do que uma avaliação, estes consultores vieram em busca de uma parceria internacional, pois, assim como os projetos-piloto no Brasil, o projeto de distribuição de kit para craqueiros na França estava numa fase experimental, tanto para a escolha dos insumos como da forma de abordagem e implementação das estratégias de redução de danos.

Esta parceria se devia ao fato dos projetos do Brasil ter uma larga experiência na abordagem de usuários de cocaína, pois desde que a redução de danos foi implementada no Brasil as estratégias internacionais foram adaptadas. Como a droga de escolha nos países onde a redução de danos surgiu era a heroína, no Brasil as intervenções tiveram que ser modificadas. A cocaína, por ser uma droga estimulante e de ação rápida, requer uma frequência maior de uso e uma quantidade de insumos maiores, além de exigir que as intervenções face-a-face sejam mais rápidas.

O relatório elaborado em parceria com os programas nacionais foi parcialmente disponibilizado para os projetos. Na fase de coleta de dados,

⁶¹ O Kit kiff, distribuído pelo EGO, contém, em um saco plástico com fecho a vácuo, oito *swabs*, seis piteiras de silicone, um cachimbo de vidro, folhas laminadas para confecção das grelhas, dois elásticos, três sachês de protetor labial, um preservativo e um gel lubrificante.

pudemos conversar com os representantes dos programas nacionais e tivemos acesso parcial ao relatório dos consultores internacionais. Todos foram bastante enfáticos em relação à qualidade das intervenções.

Dos cinco projetos, somente um teve avaliação “excelente”, outro “ótimo” e os três restantes receberam a avaliação “boa”, o que significa que algumas intervenções deveriam ser melhoradas, e as parcerias ser mais bem constituídas. Observaram, também, a necessidade de uma capacitação continuada dos redutores, uma vez que é comum a rotatividade deles.

Em junho de 2005, os projetos-piloto foram questionados, via telefone pelo Programa Nacional de aids e Programa Nacional de Hepatites, sobre o desenvolvimento das suas atividades. O projeto 4 estava parado por falta de recursos, o projeto 5 tinha sido incorporado pelo programa municipal de DST/aids, dois (projetos 1 e 2) estavam participando do processo de concorrência estadual e o projeto 3 informou que não havia participado da concorrência porque havia recebido uma informação de que não poderia participar da mesma, já que tinha projeto ainda em execução.

Depois de obtidas estas informações pelo telefone, os Programas Nacionais de aids e de Hepatites, decidiram realizar uma reunião em cada município onde os projetos estavam sendo desenvolvidos com os coordenadores estaduais e municipais de DST/aids e de Hepatites Virais e o coordenador do projeto. Combinou-se com a coordenação nacional de saúde mental que a coordenação estadual e municipal participariam das reuniões.

O objetivo da reunião era apresentar o projeto para os parceiros estaduais e municipais, além de levá-los a uma visita aos locais onde as equipes dos projetos atuavam para que os gestores compreendessem as

especificidades do uso de crack e a necessidade de manutenção dos projetos. Foi solicitado ainda, que os projetos preenchessem uma planilha de monitoramento, que subsidiaria uma proposta para o trabalho com usuários de crack que seria disponibilizada na página do Ministério da Saúde.

No município do projeto 1, a reunião realizada não estava completa, pois as coordenações estaduais de DST/aids e de Hepatites Virais não compareceram. A instituição executora se mostrou bastante preocupada com o relacionamento com a coordenação estadual de DST/aids, pois segundo o coordenador do projeto, “nunca atende” a seus pedidos e não aprovou o projeto de continuidade alegando duplicidade de intervenção. O município, por sua vez, se comprometeu a repassar os recursos para a manutenção da sede, além de cestas básica e vales-transporte para os redutores de danos.

No município do projeto 2, as coordenações estadual e municipal de hepatites virais não compareceram, apesar do projeto ser uma referência ao programa nacional de hepatites para o trabalho com usuários de crack. No referido município, o processo de descentralização já havia sido implantado e, embora o projeto para usuários de crack já estivesse aprovado na concorrência estadual (junho de 2005), até novembro, data da nossa visita, o recurso ainda não havia sido disponibilizado.

Na reunião com o projeto 3, houve um conflito entre a coordenação estadual e o diretor da ONG responsável. A entidade afirmou que havia recebido uma informação de um técnico da coordenação estadual para que não participasse da concorrência estadual, em razão de já possuírem um projeto aprovado pelo estado na época da concorrência, e que isso inviabilizaria sua participação em outra concorrência. O coordenador

estadual alegou que eles não poderiam ter recebido essa informação de ninguém porque isso era uma inverdade. Após a discussão na qual não se chegou a um consenso sobre o tema, ficou decidido que o município estabeleceria parceria com a associação, na qual esta capacitaria os redutores contratados pelo município para trabalhar com usuários de crack.

Embora o projeto 4 tivesse paralisado suas atividades havia seis meses, os gestores presentes, coordenadores estaduais de DST/aids e Hepatites Virais, se mostraram disponíveis para ajudar na articulação com o município, pois todos reconheciam a importância estratégica do projeto. No dia seguinte a esta reunião foi realizado outro encontro entre os representantes dos programas nacionais com a coordenação municipal de aids. Neste, se decidiu que o município repassaria a verba para a continuidade do projeto por mais seis meses.

Somente na reunião do projeto 5 houve a participação de todos os gestores. Na realidade, este projeto foi incorporado pelo município e isto facilitou a articulação intraprogramas. O maior problema, na época, era a contratação dos redutores porque o município, por questões burocráticas, não poderia fazê-lo. Sugeriu-se, então, que a coordenação de saúde mental contratasse os redutores e estabelecesse uma parceria com o programa municipal de DST/aids para ceder os contratados.

Observamos uma dificuldade de se manter os projetos por meio de financiamentos para ONG; esta estratégia, que se mostrou eficiente no surgimento dos projetos de redução de danos, tem se tornado pouco eficaz na atualidade.

5.1. Projeto 1. Seu surgimento

Este projeto obteve seu primeiro financiamento em 1998 e foi implantado pelo seu coordenador atual que, por motivos pessoais, havia mudado de cidade e decidiu conceber um projeto semelhante ao que ele havia trabalhado no Rio de Janeiro.

No Brasil havia desde 1995 uma política de redução de danos implantada e por isso não foi difícil conseguir a inserção do projeto dentro de uma ONG/aids que existia na cidade. A importância do projeto era evidente, pois na cidade havia uma notificação de HIV por uso de drogas injetável bastante grande, ou seja, 30,8%.

Uma equipe de usuários de injetáveis, que havia sido capacitada para trabalhar como redutores de danos desenvolveu o projeto. Suas atividades iniciais incluíam trabalhar nas cenas grupais de uso de drogas⁶², com distribuição do kit para uso injetável⁶³, além de realizar intervenções que ensinavam o uso seguro de drogas e o uso de preservativos.

Em 2000, tanto os usuários de injetáveis, como os redutores de danos do projeto, começaram a relatar uma diminuição na disponibilização de cloridrato de cocaína (cocaína em pó)⁶⁴ nos locais de tráfico, e o surgimento, em grande quantidade, de crack. Este fato torna-se, ainda mais relevante quando, numa intervenção, um usuário procura a equipe e relata: *“Eu acho*

⁶² Abordaremos a importância da participação dos redutores de danos nas cenas grupais de uso de drogas no capítulo seis, na análise e discussão.

⁶³ O Kit para uso seguro de drogas injetáveis, que pode ter uma variação de cidade para cidade, contém basicamente seringas, potes para diluição da droga, água destilada para usar na diluição, compressas anti-sépticas para assepsia do lugar da injeção, além de um folder explicativo sobre as técnicas de injeção segura e preservativos. Nestes kits podem variar, ainda, a quantidade dos insumos e o local onde eles são disponibilizados, podendo ser num saco, caixinha de papel ou estojo de plástico para óculos.

⁶⁴ Para facilitar a leitura usaremos o termo cocaína, quando nos referirmos ao cloridrato de cocaína.

legal o trabalho, as conversas, mas este folder para UDI não serve pra mim porque eu uso crack.”

A partir de então, o projeto decidiu juntar um grupo de usuários de crack, e fazer uma série de conversas para entender como o uso da droga acontecia para construir com eles estratégias que pudessem ser usadas na hora do uso buscando minimizar os danos à saúde.

Na época, a maior preocupação era com a ingestão das partículas sólidas, que são queimadas ao fumar a droga e entram no sistema respiratório causando inúmeros problemas, principalmente nos pulmões. Na ingestão várias partículas podem ser absorvidas, partículas que fazem parte da composição do crack, da cinza do cigarro ou mesmo da raspagem da “borra” que é feita após o uso de algumas pedras de crack.

A equipe do projeto, junto dos usuários, decidiu pensar num cachimbo que pudesse ser raspado e, como nesta cidade há uma fábrica de cachimbos tradicional, a equipe foi até a fábrica e conversou com seus donos que se dispuseram a ajudar. *“Eles compraram a idéia e fizeram alguns protótipos. O primeiro foi aquele do saci-pererê mesmo, depois aquele com a piteira de plástico e depois eles foram fazendo todas as adaptações que a gente pedia até chegar neste protótipo”*. Esta fala do coordenador do projeto nos remete a um fato bastante interessante, de que quando se explica à população geral as questões de prevenção de doenças que podem ser evitadas no momento do uso de drogas ela tende a entender os princípios da redução de danos.

Esta fábrica tornou-se referência para a venda de cachimbos no Brasil todo, sendo até hoje a única fábrica de cachimbos de madeira para usuários de crack. Um outro projeto (projeto 5) também está comercializando, em

larga escala, cachimbos artesanais confeccionados pelos próprios usuários, em oficinas de geração de renda, por 1/3 do preço do produzido na fábrica.

Muitos usuários deste projeto tinham a prática de fumar em latas, e esta era uma preocupação grande da equipe, pois como geralmente as latas são pegas no lixo, esses usuários estavam vulneráveis a infecção de doenças. Recebiam as informações sobre os riscos pela equipe, em uma tentativa de fazê-los abandonar o uso da lata e migrar para os cachimbos.

5.1.1. O projeto em si (A estrutura de funcionamento do projeto)

O projeto é desenvolvido dentro de uma ONG/aids, e só teve financiamentos do Programa Nacional de aids; atualmente quem mantém o projeto é a Coordenação Estadual de DST/aids, ainda que relatem uma relação conflituosa com o gestor.

Segundo os coordenadores da ONG, o financiamento do projeto sempre foi problemático. Transcorridos 12 meses do primeiro financiamento, ocorreu uma lacuna de três ou quatro meses até chegarem os recursos do financiamento seguinte. Isso dificultou as ações que vinham sendo desenvolvidas, que somente foram mantidas porque os redutores de danos aceitaram trabalhar voluntariamente no projeto. Apesar disso, os coordenadores relataram que houve uma redução da eficácia das ações, pois neste período os redutores acabaram tendo que fazer “bicos” para poder se sustentar diminuindo suas horas de trabalho de campo.

Até dezembro de 2005, o projeto era financiado pelas Coordenações Estadual e municipal. A prefeitura financiava parte do projeto, basicamente

a manutenção de sede além de cestas básica e vale transporte para os redutores da equipe.

O projeto teve poucos problemas de aceitação na comunidade onde é executado, pois desde o início, e ao longo do seu desenvolvimento, buscou fazer um trabalho de sensibilização com a população geral, com a mídia e com a polícia. Neste sentido, a experiência do coordenador foi fundamental, pois o trabalho com redução de danos no Rio de Janeiro lhe ensinou que tal estratégia era importante para a garantia do apoio da comunidade como um todo.

Este projeto ficou conhecido nacionalmente quando solicitou apoio aos diversos projetos de redução de danos do Brasil para defender-se junto ao Ministério Público Estadual. A ONG recebeu uma intimação para enviar um representante ao órgão para prestar esclarecimentos sobre o trabalho desenvolvido, ou seja, por que se estava distribuindo os cachimbos para usuários de crack. A queixa foi registrada por um advogado que teve acesso ao kit para uso de crack e o considerou inadequado para ações de saúde pública.

O apoio dos outros projetos e do próprio Programa Nacional de aids foi fundamental. Este fato teve repercussão ainda maior quando o apresentador de um programa sensacionalista, convidou o advogado que entrou com a ação para uma entrevista e fez colocações extremamente agressivas em relação ao projeto, e à redução de danos como política pública de saúde.

Se por um lado o acontecimento colocou em xeque o projeto de redução de danos naquela cidade, por outro, contribuiu para que o tema fosse discutido com a população em geral, o que proporcionou um grande

apoio que via o projeto como referência para o trabalho com usuários de crack, obrigando o Ministério Público a arquivar o processo. Após dois meses, a mídia da cidade fez uma série de reportagens tecendo elogios ao projeto.

Em novembro de 2005, apesar não saber como faria para continuar suas ações, porque a continuidade de financiamento tinha sido negada pela coordenação estadual, a equipe do projeto decidiu sair da ONG onde era executado e fundou sua própria ONG, um Centro de Convivência para usuários de drogas. Este, além executar o projeto na rua, tinha como objetivo desenvolver uma série de oficinas e atividades de inclusão para os usuários de drogas.

5.1.2. Como o projeto é executado

O projeto é desenvolvido nos locais de uso de droga, com usuários adultos e adolescentes oriundos de comunidades carentes, muitos em situação de risco social. A equipe é constituída por usuários de drogas e um corpo técnico composto por psicólogos e assistentes sociais. Os redutores são usuários de injetáveis e crack que estão “na ativa”, ou seja, usando drogas.

Ao longo da execução do projeto, ocorreram diversas alterações. Por exemplo, uma assistente de coordenação foi trabalhar com profissionais do sexo, um redutor que era evangélico decidiu ficar somente na igreja, um outro redutor se reorganizou e começou a ser moto-boy.

Quanto ao contrato de trabalho, havia dois tipos. Alguns redutores fixos, que recebiam mensalmente e tinham como função realizar o trabalho

de campo, confeccionar relatórios e participar de reuniões, e alguns “amigos do projeto”, que eram contratados para a realização de tarefas específicas, de acordo com a demanda da coordenação.

A diferença entre eles é que os “amigos do projeto” não têm obrigações burocráticas, e desenvolvem suas ações de forma voluntária. Podem ser tanto pessoas que participam das cenas de uso e discutem com os usuários as formas seguras para o uso de drogas, quanto pessoas que simplesmente têm insumos nas suas casas, onde os usuários podem passar para retirá-los.

É necessário que para o trabalho com usuários de crack o redutor tenha um perfil diferenciado, ou seja, saiba efetuar intervenções rápidas quando no local de uso da droga, pois como o crack é fumado e entra e sai da corrente sanguínea com muita rapidez causa também muito rapidamente uma fissura intensa e este efeito pode atrapalhar a intervenção, na medida em que o craqueiro fica muito irritado e arredio quando está fissurado. Além do fato do trabalho de campo acontecer nos locais de uso que são geralmente em locais públicos (terrenos baldios) e como a diferença entre uso e porte de drogas é bastante confuso, o redutor acaba ficando suscetível à violência que a ilicitude das drogas provoca.

O trabalho feito por redutores e amigos do projeto acontece nas cenas de uso de pelo menos três grandes regiões da cidade. Uma próxima a um comércio de drogas (tráfico), outra próxima da área de prostituição de mulheres, homens e travestis, e outra dentro de um parque. À equipe técnica cabe a supervisão de campo e a administração do projeto.

O horário é diferente de região para região, mas geralmente a intervenção ocorre do final da tarde em diante, não se estendendo muito além da meia-noite. Mas, ela depende de diversas variáveis, tais como o horário que os usuários estão disponíveis às intervenções, se estão na “correria” para conseguir a droga, ou se a estão usando compulsivamente.

Outra variável importante é o grau de violência do local. Nos dias em que a repressão policial está mais intensa, as atividades no campo são realizadas com mais rapidez. A briga de gangues do tráfico também pode ser uma variável, e a qualidade da droga que está disponível na região outra, pois quando se tem uma droga mais forte e o seu efeito é mais intenso, os usuários ficam mais arredios às intervenções.

O trabalho realizado no campo é composto por intervenções face-a-face com usuários de crack, que recebem um kit para uso de crack⁶⁵ ou, se preferirem, podem receber os insumos individualmente, só o cachimbo, ou os *swab* ou preservativos. Há a orientação para que troquem o cachimbo usado por um novo, mas nem sempre o usuário consegue seguir esta recomendação porque eles têm medo de andar com o insumo usado, por causa da repressão policial, *‘se você tem um cachimbo é porque vai usar droga’*.

A distribuição de preservativos é feita pelos redutores/amigos do projeto, mas quando é desenvolvido na área de prostituição, há um controle sobre o número de preservativos para que estes não virem moeda de troca por droga. Normalmente, os usuários recebem três preservativos os/as profissionais do sexo vinculados ao projeto recebem uma cota maior.

⁶⁵ O kit deste projeto é composto por um cachimbo e madeira, um folder explicativo, um preservativo e *swabs* (compressas anti-sépticas).

Nas áreas de atuação tem sempre um amigo do projeto com uma quantidade de insumos e preservativos para ser distribuído nos dias em que a equipe não está no campo, como forma de evitar falta de equipamentos na hora do uso.

Depois de alguns anos de atuação, a equipe do projeto percebeu a necessidade de intervenções focadas nas especificidades de gênero, promovendo, a partir de então, dentro da comunidade acessada, oficinas para mulheres usuárias de drogas e/ou parceiras de usuários, com distribuição inclusive de preservativos femininos. A coordenadora da atividade nos conta: *“A distribuição dos preservativos femininos acontece de modo singular, pois todo o nosso trabalho é voltado para que a mulher seja protagonista das cenas da sua história de vida e, em particular, da sua vida sexual”*.

Em novembro de 2005, a equipe do projeto inaugurou um Centro de Convivência para usuários de drogas. A idéia é agregar outras atividades tais como uma série de oficinas e reuniões; como por exemplo, oficinas de informação, onde se lê no jornal a notícia que foi transmitida pela televisão e se comparam às informações, como uma forma de ajudar os usuários a criarem senso crítico em relação às informações divulgadas.

O Centro de Convivência pretendia desenvolver, também, oficinas de geração de renda, de cidadania e de sexo mais seguro. A idéia principal era que o centro pudesse servir como espaço de lazer e um local onde os usuários se reúnam para conversar, assistir a filmes etc.

A inauguração do centro não anulou o trabalho de campo, porque havia usuários que não saiam do lugar de uso de drogas por diversos

motivos, que iam desde brigas com gangues rivais e ameaças de morte a problemas com a polícia. Sem contar, ainda, que havia usuários que trabalhavam no comércio de drogas (tráfico) e não podiam deixar seu ponto de venda.

Tanto no campo como na sede, a principal atividade do projeto era desincentivar o compartilhamento do cachimbo nas cenas grupais de uso de crack, caracterizando esta estratégia como uso menos arriscado de droga.

Mas, mesmo depois de anos de trabalho, os usuários do projeto ainda emprestam seu cachimbo para que outros usuários o usem, alegando que um cachimbo que é usado várias vezes ajuda a droga ficar mais forte. O coordenador nos fala: *“É sempre aquela coisa... Quando a oferta é grande eles não compartilham, mas tem a história de que quando eles estão na ‘nóia’, jogam fora o cachimbo... É tem também a crença deles que um cachimbo que tá mais sujo faz a droga dar maior efeito...”*

Entre os usuários do projeto há um número razoável que diz não mais compartilhar o cachimbo; outros alegam compartilhar com segurança, usam o cachimbo primeiro e depois emprestam para os outros “craqueiros” usarem. Quando o cachimbo volta às suas mãos, limpam a piteira com swab e o usam novamente. No final da sessão de uso, a “borra” é do dono do cachimbo. Mas há uma minoria que não compartilha nunca seus cachimbos.

Este projeto tem como principais insumos, os cachimbos de madeira e os *swab*⁶⁶. Depois de perceber que os usuários machucavam suas mãos no preparo da pedra de crack para fumar, foi discutido com eles qual seria

⁶⁶ Existe no mercado brasileiro, pelo menos dois tipos de *swab*, uma compressa de algodão de 3 cm x 3 cm embebida em álcool, geralmente disponibilizada nos kits para uso de droga injetável, e outro tipo, muito requisitada pelos usuários deste projeto, de papel de aproximadamente 15 cm X 7 cm embebido em álcool.

melhor maneira de evitar tais ferimentos. Nessa discussão, os “craqueiros” falaram para a equipe que eles precisavam quebrar a pedra para que ela entrasse em combustão mais facilmente, e era nesse ato que geralmente eles machucavam os dedos.

A equipe ponderou que lavar as mãos antes de manipular a pedra era a melhor alternativa para evitar tais ferimentos, além de evitar que os machucados contaminassem o crack. Mas, como isso não era possível porque os locais onde a droga é usada geralmente não têm pia e a “fissura” impede que os usuários procurem um lugar para se lavar, decidiu-se testar dois tipos de *swabs* disponíveis no mercado brasileiro. Os usuários preferiam o maior, que podem usar para limpar as mãos antes e após o uso de crack, retirar a maquiagem no caso das profissionais do sexo, e usar como papel higiênico como no caso dos moradores de rua.

Já em relação aos cachimbos, esses usuários apontaram algumas controvérsias. Um, por exemplo, disse-nos que preferia usar a lata porque após o uso a jogava fora e desta forma não ficaria com o apetrecho em sua mão, evitando qualquer constrangimento em caso de batida policial. Outro, disse-nos que mantinha o cachimbo em casa para o caso de aparecer a droga, mas não saía na rua com ele. Somente um usuário que nos encontrou na rua disse que o cachimbo é o seu “fiel companheiro”.

Em relação ao uso da lata, muitos usuários, após anos de intervenção continuam usando-a. Parece que a sua confecção faz parte do “ritual” de uso da droga. Primeiro tem-se de se achar a lata, depois prepará-la⁶⁷ para o uso

⁶⁷ O preparo da lata para uso já foi descrito no capítulo 1.

e por fim jogá-la fora, como se a dispensa dela fizesse o usuário dispensar seu pensamento sobre o seu uso.

Este projeto não trabalhava com protetor labial, nem com as piteiras de silicone, embora já tenha recebido uma doação do projeto 2, mas até o momento da nossa visita (novembro de 2005) não havia feito, uma avaliação com os usuários sobre a sua eficácia.

No kit deste projeto, que é disponibilizado dentro de um estojo de plástico, vem também um cartão sobre a vacinação contra a hepatite B. A equipe nos contou que este cartão é muito requisitado pelos usuários, que o utilizam para bater a pedra de crack após quebrá-la. Nesta cidade é prática entre os usuários bater a pedra de crack até ela virar pó, para então ser misturada à cinza de cigarro para ser fumada. Diferente de usuários de outros projetos que somente quebram a pedra e a misturam com a cinza para usar a droga.

A equipe do projeto nos contou que nas reuniões com os usuários sempre buscavam discutir quais as formas de ajudá-los a reduzir os danos na hora do uso da droga; sabiam que disponibilizar insumos era fundamental, mas havia muito que fazer, ainda. O próprio coordenador do projeto diz: *“Os insumos são os pontos de contato, é a forma que a gente tem de vincular o usuário ao projeto, e a forma que a gente tem para se vincular ao usuário, mas a informação e o material informativo-educativo, os encaminhamentos médicos, a participação em oficinas, eu acho que isso é a real prevenção junto a esta população, acho que insumo apenas não resolve o problema deles não, porque, quando não tem, eles compartilham mesmo.”*

5.1.3. Considerações

Na última visita a campo, a impressão que se teve é que o projeto estava parado, ou caminhando de forma muito precária há algum tempo. Os redutores com quem conversamos relataram que estavam sem receber havia quatro meses, e isso gerou um desconforto quando souberam que o projeto tinha financiamento até dezembro de 2005. Segundo o coordenador do projeto, os salários dos redutores estavam ajudando a pagar parte das despesas com a reforma da sede, sem que eles soubessem.

Foi muito significativo também o fato de não encontrarmos nenhum usuário no campo a não ser um “amigo do projeto”, que nos mostrou alguns cachimbos usados e falou sobre o seu uso. Além de um usuário que nos disse que só usava na lata porque “*esse negócio de cachimbo é besteira*”.

Sempre ouvimos falar que os usuários acessados tinham uma relação de confiança com a equipe a ponto de relatarem suas intimidades. Estes fatos eram demonstrados nas reuniões onde se levavam gravações, vídeos etc, demonstrando o trabalho. Contudo, na nossa visita não conseguimos observar isso.

A questão da distribuição e do incentivo ao uso do preservativo masculino, é falha. Os redutores/amigos do projeto relatam que não utilizam preservativos nas suas relações e demonstraram muita dificuldade em explicar como se coloca o preservativo.

A equipe também tem dificuldades em falar sobre aspectos preventivos na saúde como um todo. Por exemplo, sobre a necessidade de se fazer o exame preventivo de câncer de colo para as mulheres, ou melhor, explicar às

mulheres que elas devem ir ao ginecologista pelo menos uma vez ao ano. Ou mesmo explicar sobre os sinais de doenças sexualmente transmissíveis.

As dificuldades aparecem também na cobertura vacinal da equipe. Somente parte dela é vacinada contra a hepatite B, e ninguém havia sido vacinado contra o tétano. Vacinas obrigatórias para quem lida com material perfuro-cortante, uma vez que os redutores recolhem equipamentos sujos (cachimbos e seringas usadas) no campo. Sem contar que o recolhimento dos materiais é feito sem as devidas técnicas de biossegurança⁶⁸.

Na reunião com os gestores, a equipe disse que, quando solicitam, os usuários são encaminhados para serviços de saúde por guia formal, ou somente via oral, e que os principais problemas de saúde relatados são tosse e problemas de pele.

A equipe não sabia nos explicar se os “craqueiros” eram atendidos ou não, pois muitos pegam o encaminhamento, mas não comparecem aos serviços, ou quando comparecem não suportam a burocracia do serviço.

Algumas parcerias nos parecem importantes para que o projeto aconteça, como por exemplo, a fábrica de cachimbos, alguns políticos e a própria mídia local. Já com os gestores de saúde, a única parceria possível será a municipal, já que a estadual glosou a continuidade do projeto.

Tínhamos este projeto como uma referência para o trabalho com usuários de crack, mas depois da nossa visita, ficamos nos perguntando sobre o que teria acontecido no projeto que no contato direto se mostrou tão inadequado, pois as informações básicas de saúde e transmissão de doenças

⁶⁸ As técnicas de biossegurança são um conjunto de medidas que buscam proteger as pessoas que lidam com materiais contaminados, que vão desde a cobertura vacinal adequada a formas de manipulação de materiais, como a utilização de luvas e pinças.

pelo uso compartilhado de equipamentos eram pouco discutidas. Além do fato de os redutores terem dificuldades de ensinar corretamente o uso de preservativos.

Tudo isso pode nos levar a pensar que a implantação de projetos deveria ser mais bem monitorada pelos agentes financiadores, sejam eles governamentais ou não. E que os redutores de danos e amigos de projeto devem ter uma capacitação continuada, uma vez que as informações de cuidados à saúde devem ser discutidas cotidianamente para que a sua introjeção seja mais eficaz.

5.2. Projeto 2. Seu surgimento

Podemos dizer, com certeza, que a instituição onde o projeto 2 se encontra, foi a “mentora” dos projetos-piloto. Tanto em eventos anteriores a 2002, como em reuniões dos projetos de redução de danos, esta instituição, sempre que possível, colocava em discussão a crescente epidemia de crack entre seus usuários e a angústia causada na equipe pela ausência de estratégias eficientes de redução de danos entre os “craqueiros”.

Desde sua fundação em 1998, acessava um número grande de usuários de crack. Parte deles eram novos usuários que apareciam na sede da instituição e estavam iniciando seu uso de drogas pelo crack. Outra parte era de usuários de injetáveis que usavam crack quando a cocaína disponível não era de boa qualidade para injeção.

Observava-se que o uso de injetável estava diminuindo, enquanto o uso de crack estava crescendo, e isso se devia a pelo menos dois fatores: primeiro, o uso injetável exigia prática de injeção, ou alguém que ajudasse o usuário a se injetar, bem como equipamentos disponíveis para o uso (seringas, frascos de diluição, água limpa, compressas etc.), diferentemente do crack, que podia ser usado numa lata encontrada no lixo; segundo, que para alguns usuários, o uso de injetável estava associado diretamente com a transmissão da aids.

A instituição, por sua vez, que tinha os princípios da convivência segura com a droga como base para o seu funcionamento, começou a explicar, nas reuniões com os usuários na sede ou nos locais de uso de drogas, que o compartilhamento dos cachimbos poderia ser um vetor para a transmissão de doenças.

Antes do surgimento oficial dos projetos-piloto, a equipe que já acessava craqueiros levou grande parte dos seus usuários para o serviço de saúde onde testaram e tratavam tuberculose, pois em 2000 houve uma alta incidência de tuberculose entre os usuários que freqüentavam a instituição. Desta forma, já era bem evidente para a equipe que o trabalho com usuários de crack exigiria articulações com equipamentos de saúde que tratassem outras doenças além da aids.

Na reunião de Brasília em 2002, o coordenador do recém-criado Programa Nacional de Hepatites Virais foi questionado pela então vice-presidente da instituição se o Programa Nacional de Hepatites iria investir na prevenção das hepatites virais entre os “craqueiros”, uma vez que,

provavelmente, o uso compartilhado de cachimbos e/ou latas nas cenas grupais de uso de drogas possibilitava a transmissão das hepatites B e C.

O coordenador do Programa Nacional de Hepatites respondeu que o programa era recém-criado e que, a princípio, não havia pensado em nada específico para essa população, até porque desconhecia estudos que comprovassem dados sobre a eficácia de transmissão de hepatites pelo uso compartilhado de equipamentos para uso de drogas.

A vice-presidente da instituição, por sua vez, reagiu com indignação, respondendo ao coordenador do programa que esperava que ele não cometesse o mesmo erro do Programa Nacional de aids, que precisou primeiro notificar uma epidemia entre usuários de injetáveis para depois implementar estratégias de redução de danos.

Esta indignação só acabou em 2003 quando foi mudada a coordenação do Programa Nacional de Hepatites, que a partir de então passou a ter uma aproximação maior com os projetos de redução de danos, por uma de suas assessoras da prevenção. Atualmente esta instituição é referência do Programa Nacional de Hepatites para trabalho de prevenção entre usuários de drogas.

5.2.1. O projeto em si

O projeto oficial, como projeto-piloto, surge em 2002, mas sua equipe tinha longa experiência com usuários de drogas em geral e injetáveis em especial, desde 1994. Em 1998, um grupo de usuários de drogas e duas técnicas saem da ONG/aids, onde desenvolviam o projeto de redução de

danos com usuários de drogas injetáveis e fundam, no centro da cidade, um centro de convivência⁶⁹ para usuários de drogas.

Este centro de convivência estava inicialmente, alocado em um núcleo de prevenção à aids dentro de uma Universidade Pública. Mas, em 2001, atendendo à determinação da reitoria, o núcleo solicitou que a Instituição se constituísse juridicamente, porque ele não poderia mais receber financiamentos que não fosse exclusivamente via Universidade. Desta forma em 2001, o Centro de Convivência se constitui juridicamente como uma Organização da Sociedade Civil (OSC)⁷⁰. Em 2002, numa reunião em Rio Branco entre as associações de redução/redutores de danos, o centro de convivência, devido ao seu trabalho desenvolvido é reconhecido pelas 17 associações presentes como uma associação estadual de redutores de danos e usuários de drogas.

Ao longo do seu desenvolvimento, a instituição começou a discutir entre a equipe que era necessário um projeto específico para usuários de crack, pois esta tinha uma enorme experiência com usuários de injetáveis, mas pelo pouco que conhecia, observava que o uso de crack iria requerer estratégias diferentes daquelas que estavam acostumadas a implementar.

Em 2002 surge o projeto-piloto, que caminhou razoavelmente bem de 2002 a 2004, sofrendo alterações da equipe e de horários de campo, de tipos de intervenção, funcionando às vezes com uma equipe reduzida, outras vezes em intervenções grandes, com a equipe ampliada. Em 2004, o projeto

⁶⁹ Este foi o primeiro Centro de convivência para usuários de drogas fundado no Brasil.

⁷⁰ Em 2001, no Brasil, uma mudança no código civil determina que todas entidades sem fins lucrativos devem se constituir como Organizações da Sociedade Civil e não mais como Organizações Não Governamentais.

sofre a reprovação do financiamento por parte do Programa Municipal junto ao Programa Estadual de DST/aids⁷¹, sem nenhuma explicação.

Quando os diretores da instituição receberam a notificação da reprovação, solicitaram de imediato uma reunião com os coordenadores municipais e estaduais, que não aconteceu de imediato. Somente pôde ser realizada em março de 2004, após um protesto da instituição na abertura de uma conferência internacional que acontecia em São Paulo.

Os membros da equipe do projeto entraram na plenária na mesma hora que a prefeita da cidade, colocaram a camiseta da instituição e levantaram letras compondo a frase “Não Aprovado”, gritando o nome do projeto; após isto, cada um saiu um para um lado, aplaudidos pela plenária que sabia da não aprovação do projeto.

Pressionados pelos participantes da conferência, os programas municipal e estadual se viram obrigados a fazer uma reunião, ainda na conferência, para explicar o porquê da não aprovação do projeto para os Programas Nacionais de Hepatites e de aids.

Na reunião, os gestores estaduais e municipais alegaram que a não aprovação do projeto se devia ao fato deles entenderem que o projeto era de pesquisa, pois aplicava um questionário e desta forma deveria ter a rubrica de financiamento dos projetos de pesquisa e não só projeto de ONG. Além do fato de o Programa municipal dizer que não havia intersecção entre crack e aids.

⁷¹ Como parte do processo de descentralização, os projetos que eram financiados pelo Programa Nacional de Aids deveriam receber um parecer de aprovação conjunto dos programas estadual e municipal de aids.

Foi esclarecido pelo Programa Nacional de aids que em primeiro lugar, esta instituição fazia parte dos cinco projetos-piloto do Brasil e era a melhor avaliada como projeto de intervenção. Segundo, era evidente a vulnerabilidade dos usuários de crack às DST/aids, por sexo desprotegido. E terceiro, que o projeto era de intervenção e que o fato de aplicar um questionário não o qualificava como de pesquisa. Depois desta reunião, o projeto teve sua aprovação, mas só recebeu seus recursos em maio.

Ainda, em relação aos financiamentos, outro problema apontado é que os recursos internacionais nunca tiveram usuários de crack como população prioritária, sem contar ainda que muitos profissionais de saúde não entendem a redução de danos como política de direitos humanos. Na fala da coordenadora do projeto isso ficou claro. *“Por que os gestores têm dificuldade de financiar projetos para usuários de crack? Acho que passa por várias questões, desde falta de vontade política e falta de verba, ou preconceito. Sei lá, parece que eles não vêm relação com a aids, ou com as outras doenças.”*

O projeto teve, ainda, um problema bastante sério com a polícia. Como grande parte das atividades do projeto é executada na rua, com adolescentes e adultos em situação de rua, houve sempre ações de repressão por parte da polícia com os usuários. *“E na rua é complicado, a repressão acontece com os usuários e com a equipe, eles batem nos usuário, tomam os insumos que são pagos com dinheiro público, e por conta da operação limpeza⁷² da prefeitura*

⁷² O despreparo policial para o entendimento da atuação da Redução de Danos como Saúde Coletiva e promoção da Cultura dos Direitos Humanos mostra uma Polícia repressora e truculenta frente aos usuários acessados em campo, trazendo uma situação limite. As ações da Polícia Militar na área onde o projeto é desenvolvido podem apresentar alguns comportamentos, como revelam relatos dos usuários nos campos de atuação dos redutores de danos, tais como humilhação aos usuários, espancamentos, apreensão e destruição dos insumos de prevenção que os usuários recebem dos redutores de danos, destruição dos pertences dos usuários, coação, ameaças e/ou prática de violência física e moral para com os mesmos. A “Operação Limpeza” promovida no mês de março de

eles começaram a expulsar com hostilidade todas as pessoas que moram na rua, são grosseiros com os redutores, os mandam embora com truculência, tem dias que dá uma tristeza... um desespero...” Nos conta a coordenadora.

Não foram poucas as tentativas de conversa da equipe do projeto com o comando da Polícia Militar, até mesmo os Programas Nacionais de Aids e de Hepatites tentaram, algumas vezes, marcar uma reunião com o comandante do batalhão da área onde o projeto ainda é desenvolvido mas a resposta foi sempre negativa.

O acesso aos serviços públicos sempre foi complicado, seja a serviços de saúde, ou aos de assistência social, porque os profissionais não estão preparado para atender usuários de drogas. Em geral, o lugar não é adequado às especificidades dos usuários, funcionando com horários fixos, com longas esperas, exigindo silêncio e quietude por parte dos usuários que têm que ser mesmo “pacientes”, sem contar que muitas vezes são lugares extremamente assépticos, constringendo os craqueiros que, freqüentemente, estavam sujos e mal vestidos.

Atualmente (jun.2006) o projeto conta com uma equipe de 13 pessoas entre técnicos e redutores. Os técnicos possuem graduação em psicologia, jornalismo e serviço social e os redutores são estagiários de psicologia e serviço social. Quando o projeto foi iniciado, contava com dois psicólogos na coordenação e usuários de crack como redutores, mas, ao longo do trabalho começou-se a perceber que os craqueiros tinham dificuldades de cumprir as

2004 na *área* trouxe debate que acontece nas grandes metrópoles do mundo, sobre a revitalização do centro. (Silva, NA, pôster apresentado na III Conferência Latina de Redução de Danos, em Barcelona em 2005.).

funções de redutores, e optou-se por usar estagiários, ou usuários de outras drogas como redutores de danos.

A rotatividade acontece e a equipe tenta explicar: *“Acho que tem vários motivos: a dificuldade do trabalho, o baixo salário, o não reconhecimento desta atividade, temos uma alta rotatividade... Tem a questão do próprio uso de drogas de cada um, os financiamentos... Porque aí a gente fica sem receber e o pessoal precisa fazer um bico, sai e não volta mais... Tem a coisa do salário que estamos sem, e aí ficamos sem um profissional que reduza os danos da equipe, é difícil trabalhar assim...”* Nesta fala da presidente da instituição podemos perceber a dificuldade do repasse do recurso, e o quanto isso afeta a equipe e o trabalho como um todo.

As atividades desta instituição como um todo, e o projeto em especial, têm recebido um grande reconhecimento por parte de outros projetos do seu Estado e do Brasil. Desta maneira, foi convidada e paga para capacitar projetos e serviços em redução de danos para crack, o que pode significar uma forma de manutenção financeira do projeto, pois obriga a equipe a pesquisar novas tecnologias de intervenção, assim como novos insumos.

5.2.2. Como o projeto é desenvolvido

Grande parte dos usuários é atendida na rua, na sua maioria jovens e adultos em situação de risco social. Os atendidos na sede do projeto são de baixa renda, mas não vivem em situação de rua. Esta diferença é visível quando se está na sede da instituição, pois como esta se situa numa galeria, no centro de uma grande metrópole, sua localização acaba, por vezes,

excluindo alguns usuários, pois eles têm que pegar um elevador, e o acesso acaba sendo reservado aos que estão mais bem vestidos. Os mais sujos não conseguem ir à sede e dependem exclusivamente das intervenções realizadas na rua.

O trabalho feito na rua geralmente acontece três vezes por semana, com uma equipe de pelo menos três redutores de danos que circulam nas ruas onde há uso de crack. Eles também entram nos locais de uso, terrenos baldios, casas ocupadas, e distribuem os vários insumos⁷³, além de informações sobre o acesso aos diversos serviços de saúde e sociais. Normalmente, as intervenções são no período da tarde, raramente à noite porque ao anoitecer os usuários já se encontram muito intoxicados e não conseguem dar atenção aos redutores e às suas intervenções preventivas.

Uma vez por semana um técnico vai para a rua com os redutores, como forma de supervisionar as atividades e manter contato direto com os usuários que não conseguem ir à sede.

A equipe tem percebido que há uma grande dificuldade dos usuários saírem do seu local de uso para ir até a sede. As dificuldades vão desde suas precárias condições de vestuário à paranóia devido ao uso do crack. Em função dessa percepção, a instituição adaptou a unidade móvel⁷⁴ que

⁷³ A instituição tem uma série de insumos para distribuição, além do kit-nóia: que contém dentro de um estojo de plástico um cachimbo de madeira, protetores labiais e piteiras de silicone, os redutores têm na sua bolsa de campo o kit nervoso (kit para uso de droga injetável), e preservativos, além de folder sobre transmissão de doenças, uso de preservativos e uso seguro de drogas.

⁷⁴ A unidade móvel é uma Kombi branca, com os logotipos da instituição, do Programa Nacional de DST/Aids e da UNODC (Union Nation Office on Drugs and Crime – Organismo Internacional das Nações Unidas, financiador-parceiro do Programa de /aids). Possui dois toldos vermelhos, um na porta lateral e outro na porta traseira, além de duas mesas e oito cadeiras de ferro, desmontáveis; conta ainda com um gerador de energia que permite a utilização de equipamentos de som e microfones, televisão e aparelhos de DVD, e também em ocasiões especiais, como festas ou eventos, um cachimbo e uma seringa de aproximadamente 7 metros são inflados em cima da Kombi.

possuía, com recursos de financiamentos para as intervenções de rua; o carro foi carinhosamente apelidado pelos usuários de “nóia-móvel”.

A unidade que era somente usada para transporte da equipe, após as adaptações começou a fazer parte das atividades que eram exclusivas da sede, na rua. *“Decidimos levar a sede para o campo. E estava indo tudo bem, mas aí, quando a gente começou a ter uma atuação maior, veio a “operação limpa”, a polícia foi super hostil com a equipe e os usuários sumiram do campo, e aí tivemos que suspender tudo. Atualmente o “nóia-móvel” só é usado para o transporte que a gente faz dos usuários aos serviços de saúde”*. Esta fala da coordenadora demonstra a dificuldade que o projeto enfrenta, na sua relação com a polícia, que tem dificuldades em entender as estratégias de redução de danos como direito à saúde.

Ainda sobre a utilização do carro na rua, nunca tiveram problemas como a quebra e/ou roubo de material. Depois que a operação limpeza diminuiu (nov 2005) a frequência de suas intervenções, o projeto iniciou outra atividade no campo o “Cinema da Praça”, em que se exhibe um filme e depois se promove um debate.

Dentro das atividades desenvolvidas na sede da instituição, a prioridade é discutir a convivência com a droga e com os outros usuários, já que o projeto tem grande número de poli-usuários que participam das atividades da sede. E há grande discriminação entre os usuários das diversas drogas, ou mesmo de diversas vias de uso. Na fala de um deles isso fica visível: *“Eu não fumo pedra, meu negócio é cheirar pó, esse negócio de fumar pedra é coisa de nóia. Eles fumam, vendem até a mãe, brigam com todo*

mundo e depois da “depre” vêm pedir desculpa... Eu agora tenho tido mais paciência com eles, mas tem dia que eu quero dar umas porradas.”

Muitas vezes, os usuários que chegavam eram acompanhados pelos seguranças da galeria, até a sala do Centro, e relatam sua indignação sentindo-se discriminados pela sua condição de usuário.

Isso, em geral, era um problema, pois havia dificuldade de acesso dos usuários que sentiam-se perseguidos pelos seguranças. Se estivessem mal vestidos e não tivessem tomado banho, a dificuldade de acesso à sede era maior. A entidade por sua vez, já havia feito varias reuniões com os seguranças da galeria, mas a cada mudança de síndico havia necessidade de nova reunião. Todos esses problemas foram agravantes à freqüência dos usuários.

Na sede, além da distribuição de insumos, havia atividades estruturadas, como um colóquio semanal onde se discute sexo seguro e uso seguro de drogas, além de questões correlatas. Ocorria também uma reunião semanal com um grupo de mulheres que discutia sexualidade; há ainda, exibição de vídeos, além de outras atividades propostas pelos usuários.

No início do projeto a sede ficou meio esvaziada, agora, depois de quatro anos na rua, já se observa um número crescente de usuários que a freqüentam. A idéia é que se consiga uma casa térrea para a sede, mas a doação prometida pela Secretaria Municipal de Habitação não se efetivou até o momento (jun. 2006).

O projeto iniciou a distribuição do cachimbo de madeira, mas ele não foi bem aceito pelos usuários. Alegavam vários problemas: primeiro achavam o cachimbo muito grande e, por isso, muito difícil de esconder no caso de

uma batida policial; segundo que, quando raspavam a “borra”, ela vinha com pedacinhos de madeira, ficando com gosto na hora de fumar; terceiro, alegavam que o cachimbo “roubava” a droga na hora do uso porque sua grelha não é vedada, e por fim o fato de não ser desmontável, o que dificultava a raspagem da piteira.

Por conta disso, o projeto decidiu rapidamente pensar juntamente com os usuários sobre alguns insumos que pudessem reduzir os danos na hora do compartilhamento. Esta atitude foi fundamental para aceitação dos novos insumos, pois a construção de estratégias junto com os usuários tem se mostrado eficaz em todo mundo.

Surgiu, então, as piteiras de silicone, que são usadas individualmente, quando o compartilhamento acontece. A lógica, é que cada usuário tenha sempre a mão piteiras⁷⁵ de silicone que são adaptadas aos diversos tipos de cachimbo na hora do uso. Após a utilização, o usuário tira a sua piteira e passa o cachimbo para o outro, que adapta a sua piteira e fuma a droga.

Já o protetor labial, também disponibilizado pelo projeto, surge por conta de uma discussão na lista “cracados”. Numa das diversas discussões por email, sobre as fissuras labiais causadas pelo uso contínuo de crack, lembrou-se que o kit francês disponibilizava um protetor labial para os “craqueiros”.

Não se tinha a fórmula do protetor disponível, mas uma técnica de um outro estado, numa conversa com uma farmacêutica, conseguiu convencer a profissional, a desenvolver a fórmula de um protetor, que protegesse os

⁷⁵ As piteiras de silicone são de diversos diâmetros, sendo que na hora do campo o usuário escolhem a que melhor se adapta ao seu cachimbo.

lábios das queimaduras causadas pelo uso de crack, além de cicatrizar as feridas já existentes⁷⁶.

Depois de conseguir a fórmula, esta mesma técnica foi a uma fábrica de batons que se dispôs a manipular e comercializar os protetores. Atualmente, outra fábrica comercializando também um protetor muito parecido como o distribuído por este projeto.

Houve uma grande aceitação por parte dos usuários deste projeto, e por parte dos usuários dos outros projetos também, pois a instituição doou alguns protetores aos projetos-piloto, mas somente esta ONG trabalha com a disponibilização do insumo. Os outros projetos alegaram que, como não orçaram recursos para a compra dos protetores, têm dificuldade para comprá-los. Isso pode nos demonstrar o obstáculo que os projetos têm para readaptar seus orçamentos às suas próprias necessidades.

A instituição conta com uma equipe de assistentes sociais que trabalham em todos os projetos, e fazem encaminhamentos dos usuários vinculados para outros serviços além dos de saúde. Grande parte dos usuários precisa retirar documentos e carece de albergues. Outra parte solicita ajuda para reencontrar a família, e uma pequena parte pede reinserção educacional.

Como já dissemos anteriormente, este projeto é uma referência para o trabalho com usuários de crack no seu estado, e tem sido referência para a pesquisa, junto aos craqueiros, de novos insumos para o uso seguro de crack.

5.2.3. Considerações

⁷⁶ O protetor labial é um baton de um grama. Composto de filtro solar, hidratante, calêndula, própolis e vitamina E, protege de queimaduras e cicatriza feridas na boca.

A equipe possui redutores e técnicos de ambos os sexos, embora os frequentadores do centro sejam na sua maioria, de homens. O grupo de mulheres, que surgiu há cinco anos, oscila na frequência, tendo épocas de intensas atividades e épocas de atividades restritas.

Observa-se também um grande número de adolescentes em situação de risco social. Nesta cidade, muitos usuários acessados são o que chamamos de “filhos do crack”: crianças que foram geradas por pais moradores de rua, que usavam crack e que já morreram, deixando seus filhos sem família. Apesar disso, muitos desses usuários acessados sabem ler, o que demonstra que aprenderam a ler com os outros na rua ou frequentaram a escola por alguns anos.

Há um número significativo de meninas usuárias de crack que relatam saber que o uso de preservativos evita gravidez, mas como falta preservativo na hora da relação sexual, elas transam sem, e isso se reflete no grande número de meninas grávidas que encontramos nas intervenções de rua.

Na última visita (nov. 2005) que fizemos ao projeto, pudemos perceber que a “operação limpeza”, que tinha afastado muitos usuários do seu local de uso e conseqüentemente das intervenções do projeto, produziu algumas conseqüências sobre a instituição. Sua equipe apresentou-se cansada e desmotivada, e junto a isso, havia o fato de todos estarem sem receber há alguns meses.

Percebeu-se também, que há uma dificuldade em dar mais noções de cidadania, por parte da instituição, aos usuários de maior vulnerabilidade social. Pois, quando a operação limpeza ocorreu, por parte do município, o projeto não serviu como base de resistência dos usuários acessados.

É bem verdade que, grande parte dos usuários acessados tem um grande grau de vulnerabilidade social, e por isso a introdução de conceitos de cidadania ficou muito difícil, apontaremos para outros fatores sobre esta dificuldade na discussão, mas de fato, ajudar os usuários a obter este resgate parece ser o caminho possível para a redução de danos sociais.

Tentando deixar de lado o fato de termos participado da concepção e implantação do projeto no seu início como uma das coordenadoras do projeto e vice-presidente da instituição, nossa impressão sobre o projeto foi ótima. Mas o que mais nos impressionou foi a relação estabelecida entre os usuários e os redutores, tanto nas intervenções de rua como nas atividades de sede percebemos os usuários fazendo perguntas diretas para a equipe como, por exemplo, sobre a vida pessoal deles, se usavam drogas, se já haviam usado crack, o que sentiram, e se usam preservativos, demonstrando uma intimidade na relação.

Por fim, o projeto tinha, também, uma especificidade importante no que diz respeito aos encaminhamentos. Como a população vinculada, era composta por um número grande de jovens em situação de rua, não possuindo documentos nem moradia fixa, o acesso ao serviço de saúde ficava comprometido.

A maneira que a equipe reagiu a esta demanda foi a de acompanhar seus usuários aos serviços, como forma de garantir o atendimento. A equipe nos conta: *“Eles vão ao serviço de saúde desde que acompanhados com a equipe. A gente sempre trabalhou com encaminhamentos, mas percebemos que isto não funcionava, então decidimos que iríamos levá-los aos serviços e aí eles começaram a ir... Sim, eles são atendidos, são geralmente colocados como*

os últimos da fila, mas são atendidos. Tem se mostrado fundamental nossa presença como forma de garantir os atendimentos.”

5.3. Projeto 3. Seu surgimento

A instituição onde o projeto 3 acontece foi a segunda a se compor como associação estadual de redutores de danos no Brasil, por volta de 1997. Este fato é importante no seu histórico porque assim como outros projetos, a associação acompanhou o surgimento da epidemia de crack no seu campo e no seu estado como um todo.

O estado onde o projeto foi desenvolvido desde o final da década de 90 passa a concentrar um grande número de notificações de HIV por uso de drogas injetáveis, sendo que grande parte dos usuários acessados pelo projeto já era portador do HIV.

Com o surgimento do crack nas cenas grupais de uso de drogas na cidade em questão, acompanhou-se o mesmo fenômeno que estava acontecendo em outras cidades do Brasil: o desaparecimento da cocaína em pó e o surgimento do crack, com uma oferta em todas as áreas do comércio de drogas (tráfico). Os usuários de injetáveis, que de fato faziam uso mais freqüente da cocaína, começam a experimentar a nova droga e a usá-la com freqüência, uma vez que estava cada vez mais difícil achar a cocaína de boa qualidade para injeção.

Desta migração do uso de injetável para o uso fumado, poucos usuários escaparam e encontramos um grande número de novos usuários que ia aos locais de comércio de drogas para experimentar o crack.

As grandes reportagens jornalísticas, no final dos anos 90, sobre a potência e os malefícios do crack, que tinham a intenção de informar a população, foram percebidas por grande parte dos usuários como propaganda de divulgação. Um dos usuários do projeto nos relatou: *“Eu nem usava droga direito, de vez em quando, dava um “tirinho”⁷⁷, mas aí quando falaram do crack no Globo Repórter, dizendo que era uma droga que viciava na primeira vez que usava, fui correndo atrás. E aí, quando eu usei e não me viciiei na primeira vez, fiquei frustrado... Fiquei usando até me viciar, e hoje ta f*#! de largar.”*

Já em 2002, as conseqüências do uso de crack na população acessada pelo projeto de redução de danos para o uso de drogas injetáveis, eram visíveis. Usuários que normalmente mantinham um controle sobre o seu uso, trabalhavam, e buscavam tratar o HIV, tinham, em muito pouco tempo de uso de crack, entrado num nível de dependência intensa, abandonado o trabalho, o tratamento e suas famílias.

A instituição já vinha há um tempo conversando com a instituição do projeto 2 sobre o crescente aumento de consumo de crack entre os usuários acessados no campo e sobre que tipo de intervenção poderia ser feita com eles. Na reunião de Brasília, foram as duas maiores defensoras da criação dos projetos-piloto.

Mas aí surgiu um outro problema. Esta instituição não tinha como prática de campo reuniões com seus usuários. Desta forma, construir estratégias com os craqueiros foi o seu primeiro problema. Até que surgiu

⁷⁷ “Dar um tirinho” significa cheirar cocaína, na gíria dos usuários de drogas..

entre os usuários acessados, um que mostrou capacidade de interlocução com a equipe, ensinando para eles tudo que era necessário.

De fato, o projeto 3 foi levado a cabo, desde o seu surgimento, por este usuário que se tornou redutor que chamaremos de **X**. Primeiro, ele capacitou a equipe explicando as diferentes maneiras de fumar a pedra, em seguida discutiu que tipos de estratégias poderiam ser usadas para aproximação com os usuários, e depois mapeou as áreas de comércio e uso de crack. A partir deste momento a equipe estava pronta para ir à rua e trabalhar com craqueiros.

5.3.1. O projeto em si

A instituição teve financiamento para projetos de sustentabilidade e para trabalho com usuários de injetáveis mas todos financiados pelo Programa Nacional de aids, e atualmente (out. 2005) está sem financiamento. A equipe não soube explicar com clareza o porquê de não ter entrado na concorrência estadual para financiamentos. Disseram que, na época da concorrência, receberam uma informação via telefone, de um assessor do estado, que não poderiam participar porque tinham um projeto em andamento aprovado, mas esta informação não foi confirmada pela coordenação estadual.

Na realidade, a relação entre a coordenação estadual, municipal e o projeto se mostrou bastante tumultuada. Quando surgiu um incentivo a financiamentos para os programas de redução de danos no Brasil, este município teve um projeto aprovado (1996) que foi executado pela prefeitura por parte da equipe que hoje está na ONG.

Depois de um ano, teve de interromper o projeto por questões políticas, e os membros do projeto que eram contratados pelo Município, decidiram fundar a ONG que entre outros, desenvolveu o projeto para usuários de crack. Com a mudança de governo em 2004, o município implementou novamente um projeto para trabalhar com usuários de injetáveis e solicitou a capacitação dos seus redutores para a ONG em questão, que ofereceu o treinamento gratuitamente.

Contudo, a prefeitura relatou que não pretendia trabalhar com usuários de crack, só com os usuários de drogas injetáveis e isso gerou um grande dilema, pois a equipe do projeto alegou que havia poucos usuários de injetável na cidade e que a prefeitura deveria investir nas intervenções para os craqueiros, criando um conflito político bem grande.

Conflito este, incentivado pelo estado, que por sua vez toma partido do município e nega que tenha dado a informação para a ONG que ela não podia participar da concorrência, apesar de assumir que tem uma relação bem problemática com o presidente da instituição, que é conselheiro de saúde e faz denúncias sobre a gestão da secretaria de saúde. A alternativa encontrada na reunião entre estado, município, programas nacionais e a coordenadora de projeto, foi a de contratar a equipe para as capacitações dos diferentes projetos de redução de danos que seriam desenvolvidos no interior do estado. A instituição, por sua vez relata que o processo de descentralização no Estado estava sendo manipulado, onde somente “os amigos do rei” receberam financiamentos.

Quando eram financiados pelo Programa Nacional de aids, nunca tiveram problemas além da demora do repasse, já a falta de recursos para a

aquisição de insumos foi um erro da instituição, que não tinha prática no planejamento de projetos.

Não relataram problemas com a polícia, muito pelo contrário, o projeto para usuários de crack sempre foi muito bem aceito em toda cidade, servindo de referência em capacitação para a Secretaria de Segurança Pública, bem como para as secretarias Municipal e Estadual de Saúde.

O que podemos observar na entrevista com a coordenadora e na conversa de grupo com os redutores é que os acordos de contratação entre a coordenação do projeto e o resto da equipe pode ter sido o principal problema para o mau andamento do projeto.

Tanto os redutores como a coordenadora do projeto nos relataram que alguns usuários (as) só foram contratados porque estavam namorando membros da diretoria da instituição e isso aconteceu logo no início do projeto com a assistente de coordenação que namorava a presidente da ONG e a coordenadora que namorava um redutor (X).

Se por um lado para o desenvolvimento do projeto foi fundamental a contratação de X, sua participação na equipe foi sempre problemática porque a cada conflito matrimonial, que não eram poucos, a equipe sofria conseqüências, que iam desde discussões dos amigos de X com os amigos da esposa às discussões com a coordenadora (esposa) e os redutores porque ela protegia o marido quando ele cometia deslizes no campo, como usar droga em horário de trabalho.

Este projeto insistiu e investiu na contratação de usuários de crack como redutor embora já fosse sabido que o perfil do redutor que trabalha

com “craqueiros” deve ser diferente do que trabalha com “baqueiros”⁷⁸, pois o redutor que trabalha com usuário de injetável pode ser usuário “na ativa” e freqüentar os locais de uso onde trabalha, fora do seu horário de trabalho para fazer uso da droga sem que isso afete sua relação com os usuários e o seu trabalho de campo (Domanico, 2001). Enquanto que os redutores que trabalham com os usuários de crack demonstram maiores dificuldades nas relações com usuários e nas intervenções preventivas quando sob efeito do crack.

Essas relações foram discutidas nas reuniões entre os projetos-piloto e uma alternativa encontrada pelos membros das equipes, foi a de que: se o projeto quiser trabalhar com usuário de crack como redutor, é melhor que esses redutores desenvolvam suas ações em locais diferentes dos escolhidos para fazer seu uso de drogas, segundo os cracados isso se justifica porque é uma maneira de ajudar o redutor a se abster do uso no horário de trabalho uma vez que a fissura causada pelo uso de crack é mais intensa.

A atitude de usar droga nos horários de trabalho não seria um problema se o redutor conseguisse continuar seu trabalho sob o efeito do crack; o problema é que isso não acontece. Todos os projetos que trabalharam com usuários de crack relataram que, depois do uso, o redutor-usuário perdia a capacidade de continuar percorrendo as áreas para a execução das intervenções e acabava ficando na área usando a droga.

⁷⁸ Baqueiros são pessoas que tomam “baque”, injeção de cocaína.

Após a ocorrência da morte violenta⁷⁹ do principal redutor, o **X**, o projeto começou a decair, houve um desânimo geral e os problemas entre os redutores e a equipe tomaram um rumo incontrollável, além, obviamente, do final do financiamento e da ausência de recursos para o pagamento da equipe. A coordenadora do projeto nos coloca isso de uma forma muito clara: *“A falta de dinheiro junto, com a falta de compromisso dos redutores, as brigas entre os redutores do projeto de crack com os dos redutores do projeto UDI.. Tudo virou motivo de briga... Uma hora era porque o projeto com os usuários de crack tinha supervisão e o com usuários de drogas injetáveis não tinha... Depois porque o projeto para usuários de crack era piloto e o de UDI não era... Ficou uma loucura, tudo era motivo de briga... Picuinhas em geral... Foi f#@\$!”*

5.3.2. Como o projeto é desenvolvido

A equipe iniciou os projetos de campo com usuários de injetáveis coordenado por uma assistente social e um grupo de usuários de drogas que foi capacitado para trabalhar como redutores de danos. Posteriormente, o projeto passou a ser coordenado por uma redutora que tinha nível médio. Como já relatamos anteriormente, houve uma rotatividade grande de redutores, sendo que parte deles eram usuários de injetáveis, que começaram junto a outros usuários verificar a migração para o crack. A equipe por sua vez que não tinha qualificação para trabalhar com craqueiros

⁷⁹ O redutor foi assassinado em 2005, num local de comércio de drogas, após uma discussão com outro usuário que disse que ele havia sido preso, porque tinha sido delatado pelo redutor que negou a acusação, mas não escapou da morte, com quatro tiros; este redutor já havia sido preso e após sua prisão o usuário que o matou também foi preso. Logo após a morte do redutor, o assassino foi morto pela polícia.

começou a discutir com eles como era feito o uso de crack e os usuários contaram que usavam na lata ou no cachimbo que eles próprios confeccionavam.

Os cachimbos eram feitos de diferentes maneiras, com pilhas usadas, isqueiros e cápsulas de bala de revólver. A equipe considerava que esse material era inadequado, pois na hora da raspagem partículas de alumínio poderiam ser ingeridas. Os cachimbos feitos de pilha eram ainda mais problemáticos, pois seus usuários ingeriam, além de partículas de metal, o resto das substâncias das pilhas.

A equipe do projeto encontrou nos locais de campo cachimbos confeccionados com seringas que eram distribuídas para o uso de drogas injetáveis. Estas eram aquecidas e dobradas em forma de L onde numa das extremidades era confeccionada uma grelha com papel alumínio onde o crack era fumado. A utilização de seringas como cachimbo assustou ainda mais a equipe que começou a perceber que algumas das seringas utilizadas para confecção dos mesmos tinham sido usadas antes para injetar drogas. Desta maneira, a equipe decidiu fazer uma reunião com os usuários para se discutir sobre a confecção de cachimbos mais apropriados.

Os tipos de cachimbos e o seu compartilhamento se apresentavam como os maiores problemas a serem resolvidos pelos redutores e na tentativa de buscar uma solução a equipe do projeto começou a desenvolver oficinas de confecção de cachimbos nos locais de uso de crack, como forma de conscientizar os craqueiros sobre os riscos do compartilhamento e da absorção de substâncias tóxicas no processo da “raspagem”. A maioria dos cachimbos confeccionados nessas oficinas eram inadequados, feitos de metal

mas ainda assim a equipe entendia que esta estratégia poderia servir para aumentar o vínculo com os usuários e isso aconteceu de fato embora nas oficinas os cachimbos de seringas não apareceram e nenhum dos usuários assumiu usá-los.

Os redutores seguiam uma rotina de trabalho, segunda-feira a equipe ficava na sede, onde havia uma variação de atividades, preparação do material de campo, supervisão com a equipe e grupo de estudo. De terça a sexta ocorria as visitas ao campo, geralmente no final da tarde, com curta duração porque as áreas de atuação eram muito violentas, com brigas de gangues, batidas policial, etc.

A coordenadora relatou os vários horários testados para o campo: à noite os usuários estavam muito intoxicados e refratários às intervenções; no meio da tarde, também era problemático, pois os usuários estavam “na correria”, atrás do dinheiro para comprar a droga; de manhã, tampouco era viável, pois os usuários estavam dormindo. Desta maneira a solução dada pela equipe foi a de adaptar os horários para cada área, segundo os redutores havia área que o melhor horário era de madrugada onde eram acessado um maior número de usuários, mas o problema era conseguir um redutor para trabalhar nestes horários.

O projeto-piloto funcionou ao longo de quatro anos com as oficinas de cachimbos e intervenções de rua, onde eram passadas as orientações sobre o uso seguro de crack, incentivando o não compartilhamento dos cachimbos.

Os insumos distribuídos sempre foram bem controlados, por causa da quantidade disponível. Os cachimbos, por exemplo, que foram comprados em pequena quantidade na primeira versão do projeto, ou doados pelo

projeto 5, eram distribuídos somente para os usuários cadastrados. Já os preservativos que eram repassados pela coordenação estadual, eram distribuídos nas intervenções semanais.

Os usuários deste projeto não se adaptaram aos cachimbos de madeira e muitos relatavam que preferiam usar latas ou seus antigos cachimbos de metal. A equipe não chegou a trabalhar com o protetor labial, nem com as piteiras de silicone, uma solução bem aplicável a este projeto, que tinha uma população de jovens muito parecida com a do projeto 2.

Atualmente⁸⁰ (outubro de 2005), o projeto caminha de forma voluntária somente com dois redutores na rua. No contato com os poucos usuários que encontramos (na nossa última visita), ouvimos algumas reclamações: a de que estão sentindo falta de equipe para conversar, a de falta preservativos e a de que falta até lata na rua para eles usarem crack. Um deles diz: *“Agora com este negócio de reciclagem não sobra mais lata para a gente usar... Ai a Fulana (coordenadora do projeto) disse para gente comprar um refrigerante e tomar, para depois usar a lata, mas você acha que eu vou tomar refrigerante? Que nada, eu tomo uma cerveja mesmo.”*

Outra reclamação dos usuários foi de não ter mais a sede do projeto para tomar banho. Até junho de 2005, enquanto o projeto tinha financiamento e parte dos salários eram usados para pagar as contas da sede, era oferecida a possibilidade de banho. Numa das reuniões na sede aberta aos usuários, um deles solicitou que o projeto colocasse um chuveiro no banheiro para que eles pudessem tomar banho. A equipe fez um acordo entre os usuários e os redutores para que o banho fosse organizado.

⁸⁰ Hoje em dia (junho de 2006) o projeto acabou.

A coordenadora nos conta: *“Eles levavam o sabonete, a gente só dava a água, e depois do banho, eles limpavam o banheiro. Então quando um usuário saía, ia um redutor e olhava o banheiro, se estivesse legal ele podia embora. Era o único serviço que a gente podia oferecer a eles, aí um dia um usuário pediu para colocar um chuveiro quente. Eu disse que não tínhamos como pagar a luz, compramos o chuveiro e eles fizeram um “gato” (risos) e começou a ter banho quente. Agora que perdemos a sede, perdemos também esta atividade.”*

Apesar de inicialmente ter sido coordenado por uma assistente social, este projeto nunca desenvolveu atividades mais direcionadas à inclusão social, como ajuda na obtenção de documentos, encaminhamentos a albergues, etc.

5.3.3. Considerações

A população acessada é muito parecida com a de outros projetos, no que diz respeito à relação entre os adultos e adolescentes. Observamos que estes usuários não se misturam devido a diferenças em sua disposição a tornar público seu uso. Enquanto o adolescente usava droga na frente de todo mundo sem muita preocupação com isso, os adultos procuravam se esconder para fazer seu uso.

Havia um grande número de mulheres acessadas, a maior parte delas era profissional do sexo que nos relatou um aumento de horas de trabalho em função do uso de crack, pois precisavam de dinheiro para comprar a droga.

A maioria dos usuários acessados sabia ler embora quase todos tivessem abandonado a escola, outros nos relataram a dificuldade em manter seus estudos em função do uso de crack, um usuário nos disse: *“Ta difícil, mas não posso deixar faculdade, acho que vou perder este ano, mas tudo bem o que eu não quero é deixar de estudar.”* Observamos que os craqueiros sabem ler porque comentavam o folder ou qualquer material escrito que lhes era disponibilizado, embora muitos estejam em situação de rua.

A coordenadora havia nos dito que o projeto estava parado, trabalhando somente com dois voluntários, há alguns meses e isso apareceu refletido na nossa visita ao campo, pois nenhum usuário fez referência a uso de crack, solicitando somente preservativos e reclamando da ausência de banho.

Sobre os encaminhamentos para serviços de saúde, os usuários solicitam, mas raramente conseguem ir aos serviços para apurar seus sintomas, que são principalmente feridas no corpo, tosse e pigarro. Alegam que têm receio de serem maltratados por serem usuários de drogas e reagirem com agressividade a este maltrato.

O projeto orienta informalmente os usuários para que fumem maconha para a diminuição da fissura, ou então para que voltem para o uso injetável caso já tenham sido UDI anteriormente. Estas recomendações são uma maneira de diminuir o consumo de cocaína, já que o efeito da cocaína fumada é mais rápido que o da cocaína injetada, mas essas recomendações não são seguidas pelos usuários.

De todos os projetos visitados, este nos pareceu o mais frágil, tanto na sua execução, como na sua continuidade, bem comprometida. A coordenadora atual está grávida de seis meses e o financiamento para a manutenção da equipe não foi conseguido. Ela acha que o problema é mais pessoal do institucional: *“Não acho que o problema é com o redutor que trabalha com crack... O problema é outro... É que o atual presidente da associação tem problemas pessoais sérios, que afetam a articulação com o Estado, sem falar, é claro, que a morte do X (marido) mexeu muito com todos nós. E mais do que isso, sem financiamento fica muito difícil manter a equipe.”*

O que pudemos observar é que os usuários acessados perderam muito rapidamente as poucas informações de saúde que receberam; é como se a equipe tivesse que estar presente o tempo todo para lembrá-los das estratégias de redução de danos, por isso é que concluímos que as intervenções estavam frágeis.

Outro exemplo dessa fragilidade está no próprio gerenciamento da instituição que mantém o projeto. Ao longo de oito anos, não conseguiu se estabelecer numa sede, estando atualmente com seus equipamentos espalhados nas casas dos diretores, não possuindo, portanto, uma referência concreta para os usuários.

O gerenciamento do projeto também foi problemático na sua execução. Seus financiamentos eram basicamente para pagar a equipe e equipar a sede, para que os redutores pudessem desenvolver as atividades burocráticas necessárias, mas isso teve conseqüências no campo, como a diminuição de horas de trabalho na rua por conta do administração do projeto, bem como poucos equipamentos disponibilizados por falta de recursos para compra dos insumos.

O fato do projeto não disponibilizar os insumos adequados aos seus usuários, neste caso algo parecido com as piteiras de silicone e os protetores labiais, pode ter dificultado aos craqueiros introjetar estratégias de prevenção na hora do uso, especialmente aos que fumam nas latas. E, sem dúvida nenhuma, o fato de não se propor estratégias de inclusão social dificulta a formação dos usuários como cidadãos portadores de direito. Mas nem tudo está perdido, a própria coordenadora reconhece: *“O grande desafio nosso é fazer a inserção dos usuários de drogas na sociedade e a*

conscientização dos programas de redução e danos. A única opção para os usuários de crack, ainda que a gente não tenha conseguido fazer tudo, é o projeto de redução de danos, pois somente na redução de danos o usuário de crack é tratado como cidadão.”

5.4. Projeto 4. Seu surgimento

O projeto 4 está, também, dentro de uma ONG, mas foi o único que teve como seu primeiro financiamento um projeto para usuários de crack. A equipe que estava em Brasília, e defendeu o projeto, não era a mesma que iria executá-lo; mas o fato dessa associação de redução de danos já ter realizado oficinas de confecção de cachimbos na comunidade acessada foi um fator importante para que a associação defendesse um financiamento para suas ações com usuários de crack.

A associação onde está o projeto 4 foi fundada em 1999, por um grupo de técnicos e redutores que já executavam o trabalho de redução de danos em um Centro de Atendimento a usuários de drogas de uma universidade pública. Sua fundação acontece, entre outros motivos, para que as intervenções de rua pudessem acontecer independentes do vínculo com a Universidade.

Em 2001, a presidência da instituição, que estava sob responsabilidade de um médico, passa para um redutor de danos. Assim, as atividades da associação, que antes estavam mais direcionados à pesquisa, passam então a se voltar às intervenções de rua, diretamente com usuários de drogas.

Na realidade, na área onde o projeto é desenvolvido atualmente (agosto de 2005) era realizado um trabalho de troca de seringas usadas por novas pelo centro da universidade e pelo atual presidente da instituição que nele trabalhava. E a partir de 2000 começa a haver uma diminuição drástica no uso de cocaína injetável e um aumento considerável no uso de crack.

No trabalho de campo, o redutor-presidente começou a ficar impressionado com a criatividade que os craqueiros tinham para confeccionar seus cachimbos, que eram feitos dos mais variados materiais possíveis e imagináveis, inclusive de seringas também. Por isso, depois de uma conversa com os usuários decidiu-se fazer uma oficina de confecção de cachimbos. O Centro da Universidade disponibilizou um pequeno recurso financeiro para que o redutor pudesse adquirir o material necessário para a confecção dos cachimbos que os usuários achavam mais adequados.

E foi assim que tudo começou. Sem financiamento específico, primeiro conversando com os usuários e perguntando qual seria o material necessário para o que acreditavam ser o cachimbo ideal, os usuários disseram que era tubos de PVC e uma dobra de tubo também chamada de joelho, além de um laminado que tinha que ter uma espessura diferente para a grelha que deveria ser presa com fita crepe.

O redutor nos contou que quando foram comprar os tubos conversou com o dono do armazém e que este forneceu gratuitamente alguns a mais, pois compreendeu que os cachimbos que seriam confeccionados ajudariam a evitar que os craqueiros usassem qualquer material pego no lixo. A associação de moradores da comunidade emprestou a sede para que a oficina acontecesse.

Depois da oficina, o cachimbo de PVC tornou-se um sucesso e sua circulação na rua começou a crescer e conseqüentemente e por conta disso a equipe começou a temer uma intervenção mais repressora da polícia: *“Eu comecei a ficar com medo da questão legal, o cachimbo começou a circular na rua e foi um ‘boom’... E eu fiquei com medo da polícia e, num segundo momento, a gente começou a perceber... e, você até nos deu um toque, que aquele não era o cachimbo ideal, por conta de na hora da raspagem ia com PVC e tudo...”*

Por isso quando teve em Brasília a reunião para a definição dos projetos piloto, a associação que já tinha tido esta experiência, se mostrou super disponível a participar. Sendo também a responsável, junto com o projeto 1, pela confecção do questionário padrão.

Sua principal característica era que o projeto acontecia dentro de uma comunidade, com seu total apoio e reconhecimento.

5.4.1. O projeto em si

O projeto teve financiamento do Programa Nacional de aids e caminhou bem entre 2002 e 2003. Em 2004, a associação decidiu solicitar ao agente financiador recurso para comprar um carro, pois uma unidade móvel poderia viabilizar ainda mais o projeto, que poderia oferecer transporte dos usuários a serviços de saúde e aumentar as intervenções de campo.

Mas o Programa Nacional de aids cortou parte do financiamento do projeto, e o recurso para a aquisição da unidade móvel não pôde ser usado, porque o valor liberado para a compra do carro era inferior ao preço do mesmo. Além de não dar para comprar o carro, o recurso repassado não

permitia a aquisição dos equipamentos necessários para sua utilização, desta forma o recurso foi devolvido posteriormente.

Esse foi o primeiro de vários problemas de financiamento que o projeto teve. Depois, o aditivo para continuidade do projeto demorou a ser liberado. Em 2005, a entidade não entrou na concorrência estadual, ficando sem financiamento, mas quando aconteceu a reunião com os gestores locais e os programas nacionais (ago. 2005), o município prometeu um repasse de recursos para a instituição, que não pôde ser feito por falta na documentação exigida pelo Programa Municipal de DST/aids.

Um outro problema que afetou muito a manutenção do projeto, e podemos pensar que talvez tenha sido o problema que realmente assustou a equipe, foi o receio da repressão policial. *“Por conta que o delegado na época das negociações que fomos falar da coisa do cachimbo e o cara disse que era tudo muito bonitinho, mas ele queria um estudo que comprovasse a exposição dos usuários de crack e disse que ele não ia perseguir ninguém, mas ia cumprir a lei se pegasse alguém com o cachimbo; aí a gente ficou com medo e estabeleceu algumas estratégias, uma era trabalhar com um grupo controle, só aqueles recebiam o insumo, outra era só distribuir o cachimbo na sede.”*

De fato, o receio em relação à polícia atrapalhou em muito o bom andamento do projeto. Também, o Centro da Universidade não se posicionou como era o esperado, pois anteriormente havia se colocado como o defensor da redução de danos para o uso de injetável. A equipe esperava que o centro se posicionasse da mesma forma em relação ao uso de crack. Mas, frente à fala do delegado, o centro recuou alegando que o projeto era da associação o dele com injetável. Isto serviu como um “banho de água fria” na equipe.

Hoje, podemos avaliar que alguns fatos podem ter contribuído para a posição do Centro. O primeiro é que após a oficina de cachimbos e a aprovação do projeto-piloto, a equipe da associação ganha uma visibilidade nacional e internacional, apagando aquela hegemônica que até então o centro conservava. Segundo, que o redutor-presidente passa ser convidado para uma série de eventos como presidente da associação e não como redutor do Centro. E, por fim, o projeto de redução de danos para usuários de crack passa a ser referenciado como uma boa experiência nacional, sobrepondo-se a referência que o Centro tinha com os projetos de injetáveis.

Essa confusão de papéis, se tornaria mais aguda na figura do presidente da associação, mas aparece na equipe como um todo, pois muitos deles trabalhavam no centro também, dificultando uma separação real das intervenções de rua, além de oprimir a equipe para fazer intercâmbios nacionais, bem como supervisões em outros projetos.

A equipe do projeto não relatou brigas ou outras confusões apesar de trabalhar com grande parte dos redutores usuários de crack na ativa. Os principais problemas apontados foram às discussões entre os usuários e os redutores e a falta de anotações de campo, porque alguns redutores na hora do campo começaram a usar a droga e abandonaram o trabalho algumas vezes. O coordenador do projeto considerava essas intercorrências normais de quem trabalha com redução de danos.

Sobre a continuidade do projeto⁸¹, havia na época (ago/2005) uma total incerteza, pois após um ano sem financiamento, a equipe, que é uma referência na comunidade, relatava cansaço com o trabalho voluntário. Além

⁸¹ Em junho de 2006 o projeto tinha acabado.

disso, ao longo de 2005, os redutores e técnicos tiveram de “tirar do próprio bolso” recursos para o pagamento da sede. Contudo, como era referência nacional, estadual e municipal, era provável a união de alguns militantes numa “força tarefa” para que conseguir os documentos necessários para que a associação participasse da concorrência estadual. Mas a associação não solicitou ajuda e não participou da concorrência estadual.

5.4.2. Como o projeto é desenvolvido

A equipe é formada por um grupo de redutores de danos que pertenciam ao Centro⁸² ou ao outro departamento da universidade pública, e outros redutores pertencem à própria comunidade. É importante lembrar que os membros que pertencem à universidade não são contratados como redutores. Seus vínculos com a Universidade caracterizam-se pelo funcionalismo público ou contratação por projeto para serem desenvolvidos nas atividades da universidade, sendo que as ações da ONG devem ser desenvolvidas em outros horários, fora do de trabalho.

O projeto é executado numa comunidade carente de um bairro no subúrbio de uma grande capital. Nesta comunidade há comércio de drogas e um número substancial de usuários de drogas. O acesso a esta comunidade aconteceu por conta do projeto da universidade, que trabalhava com troca de seringas.

Com o aumento do consumo de crack no final da década de 90, e a mudança na direção da ONG, em 2001, fica evidente para a equipe que seria

⁸² Em 2004, houve uma divergência pessoal e administrativa entre os diretores do centro de tratamento da universidade pública, causando divisão da equipe que pôde ir para outra área da universidade, com a fundação de um novo serviço ligado a outro departamento.

necessária uma sede próxima da área onde o trabalho era desenvolvido. Dessa maneira, a direção da ONG fez um acordo com a comunidade e alugou uma sala no meio do bairro, onde passou a desenvolver parte das suas atividades à tarde e nos finais de semana.

A oficina de cachimbos de PVC foi o marco para os usuários começarem a discutir os danos causados pelo uso de crack. Após esta oficina a entidade recebeu financiamento para desenvolver um projeto para usuários de crack e começou a distribuir o cachimbo de madeira nas intervenções de rua. Somente depois essas atividades passaram a acontecer na sede da instituição e na casa do “reductor-morador”⁸³.

A distribuição de preservativos continuou nas ruas da comunidade, e essa atividade era como um chamariz onde era feito o convite aos usuários de drogas para participar da discussão sobre uso seguro de drogas, de crack em especial, e uso de preservativos. Outra intervenção, extremamente eficaz, era a disponibilização do insumo em locais de uso de drogas que poderiam ser a casa de um usuário, ou mesmo lugares abandonados que eram conhecidos na comunidade como locais de uso de crack. Então, o reductor ia lá com os cachimbos e distribuía aos craqueiros e já aproveitava e conversava sobre a redução de danos associados ao uso de drogas, além de sempre falar sobre o uso correto do preservativo como forma de evitar as doenças sexualmente transmissíveis.

⁸³ Neste projeto existe a figura do reductor-morador, pessoas capacitadas como redutores de danos que moram na comunidade onde o projeto acontece, têm obrigações com os horários de reuniões, com relatórios e com o controle dos materiais distribuídos, contudo não têm obrigação com atividades específicas de campo, que neste caso pode ser 24 horas. Normalmente, o reductor-morador tem um acordo com os usuários, que sabem em quais horários podem passar na sua casa para a retirada dos materiais.

A disponibilização dos insumos nos locais de uso e nas casas do redutor-morador era fundamental, pois assim se tinha uma garantia de insumos na área de uso durante 24 horas por dia, atendendo o usuário da comunidade e os usuários esporádicos, que iam à comunidade somente pra comprar e usar a droga, um redutor nos diz: *“Ce vê, o cara vai lá na boca pegar uma pedra. Mas para usar ele precisa de várias coisas, da pedra, do cachimbo, da cinza, de um local... então, se ele vai na casa de um cara que tem tudo isso, ele não compartilha e usa direitinho, porque tem muita gente que só vai lá para usar, porque sabe que naquela área é “Real Madri”, só tem crack... Não tem outra coisa além disso, por isso é importante ter insumo em tudo que é lugar, manja?”*

Ocorria também uma atividade mensal que era chamada de “conversa sobre droga”, onde se discutia de tudo, desde a qualidade da droga na área naquela semana até como reduzir danos na hora do uso. Os homens eram separados das mulheres, e nessas conversas pudemos observar uma diferença bastante grande em relação aos dois.

As mulheres associavam seu uso de drogas ao sexo desprotegido, e relatavam suas preocupações com a gravidez e com doenças. Já os homens associavam ao uso de drogas somente a violência policial e era raro relatarem questões sobre o uso de preservativo.

Este projeto não encontrou problemas com o uso da lata, nunca houve a prática de fumar na lata. Eles sempre usaram o cachimbo que faziam de qualquer coisa, mostrando grande criatividade. Mas o compartilhamento ainda era bastante usual, além da prática de fumar a “borra”, também chamada de resina na região.

Os craqueiros mais antigos não se adaptaram ao cachimbo distribuído, normalmente fazendo uma série de adaptações a ele. Serravam a piteira, mudavam a grelha, cortavam a base onde se fuma, enfim; o mais importante é que neste projeto se criou a “cultura” do cachimbo, onde cada um conseguia ter o seu. Havia compartilhamento, já que um número grande de usuários costumava emprestar seu cachimbo como forma de garantir a resina da última fumada.

Mas, da mesma maneira que a criatividade na confecção dos cachimbos ocorria, os usuários do projeto, depois de acirradas discussões sobre os malefícios da sua raspagem, criaram uma maneira de retirar a borra sem precisar raspar. Chamam esta forma de limpeza de “ciência”.

Novamente podemos perceber a importância do contato direto com os usuários, e da discussão e construção com eles de formas de uso mais seguro; o coordenador do projeto nos conta: *“Eles perceberam que a raspagem era furada, porque vinha um monte de coisas junto, e aí começaram a lavar os cachimbos com álcool. Então, eles enchem o cachimbo com álcool, fecham com os dedos e chocalham o álcool dentro deles, aí eles despejam o líquido num prato e colocam fogo, aí fica um óleo no prato que eles misturam com cinza de cigarro, raspam tudo junto colocam no cachimbo e fumam.”*

Este projeto não contava com outros insumos além do cachimbo de madeira. Também observamos poucas fissuras lábias entre seus usuários. As piteiras de silicone poderiam ser um insumo importante para a proteção no caso do compartilhamento, mas essa construção deverá ser feita em discussões com os craqueiros.

5.4.3. Considerações

Os usuários acessados pelo projeto eram na maioria homens, com uma porcentagem de 40% de mulheres, parceiras de usuários e amigas deles. A média de idade é de 28 anos. Parte deles eram usuários de injetáveis que migraram para o uso de crack.

O projeto que caminhava de uma maneira voluntária, ou seja, sem financiamento, e estava acessando um crescente número de jovens que estavam iniciando o uso, e da maneira mais exposta possível, compartilhando os cachimbos e entrando para a prostituição, tanto os homens como as mulheres. Muitos deles fazendo o que os usuários chamam de “bolo doido”, o redutor nos explica: *“É correria para trocar sexo por drogas... Transar com cinco, com seis caras... Tem umas que vão para um lugar que não tem crack, que tem o pessoal só biritando e aí elas vão mesmo, com um, com dois; o negocio é conseguir dinheiro.”*

Sobre o uso de drogas, pudemos observar que os homens de fato consomem mais, mas as mulheres têm uma relação diferente com a substância. Os usuários nos contam que: *“Não sei o que dá nas mulheres, que elas ‘pipam’ para trepar, mesmo... Transam mesmo... Ficam taradas...”*

O projeto encaminhava os usuários para Unidades Básicas de Saúde, mas na região qualquer pessoa tinha dificuldade para conseguir atendimento, porque o serviço de saúde da cidade onde o projeto acontecia era muito ruim. Atualmente (jan. 2006), um grande número de programas de saúde da família (PSF), dessa cidade foi capacitado em redução de danos, o que deve facilitar o atendimento de usuários por conta de problemas

dentários, pulmonares e dermatológicos, além de muitas doenças sexualmente transmissíveis.

A equipe que já havia trabalhado com usuários de injetáveis e pôde trabalhar com as duas populações nos relatou que usuários de crack eram mais difíceis de trabalhar porque o efeito da droga é muito intenso e isso faz com que a fissura chegue rapidamente.

Era considerado mais fácil lidar com o uso de injetável, porque o usuário tomava sua dose e saía do local de uso para dar uma volta, ver as pessoas, e depois voltava para o local para tomar outra dose, diferente do usuário de crack, que ficava no local de uso sem sair, por isso, a necessidade de intervenções nos locais de uso.

A diminuição do trabalho de campo deste projeto nos deixou bastante preocupados. As dificuldades na organização burocrática da entidade dificultaram o repasse do recurso do município, que também não disponibilizou um serviço de orientação jurídica.

A entidade também teve dificuldade para solicitar ajuda de outras instituições ou pessoas ligadas ao movimento social. Todas estas dificuldades da associação podem demonstrar o cansaço por parte da sua direção, que usou a maior parte do seu tempo para procurar junto com os usuários respostas criativas aos seus problemas no uso seguro de drogas, e acabou não tendo disponibilidade para a burocracia institucional necessária para a manutenção da entidade: *“Depois de tudo que a gente fez com esses projetos-piloto eles se acabam... Eu acho que o Ministério ficou com medo de comprar esta briga com a sociedade; depois de tudo, e aí? A gente não pode fazer tudo, eu tava lá com eles... e aí tem a burocracia, não agüentei.”*

Na nossa ultima visita ao campo (Jan. 2006), por exemplo, fomos convidados para participar de uma cena de uso dentro da casa de um usuário, demonstrando para nós, mais uma vez, a relação de confiança com a equipe do projeto, pois se estávamos com eles (equipe) éramos confiáveis o suficiente para adentrar a intimidade da casa.

5.5. Projeto 5. Seu surgimento

O projeto 5, que era desenvolvido numa ONG/aids, em julho de 2005, foi incluído no Programa Municipal de Aids. Teve sua inclusão como projeto-piloto de forma bem diferente, era desenvolvido por uma ONG/aids que não fazia parte do movimento de redução e danos, portanto, não estava representado na reunião das associações de redução de danos/redutores de danos, em Brasília, que deu origem aos projetos-piloto.

Antes de ser piloto ele surgiu como projeto de redução de danos, em 2001, quando a equipe que trabalhava na ONG decidiu enviar um projeto para concorrência nacional, para trabalhar com usuários de injetáveis, e teve o projeto aprovado para o financiamento.

O projeto 5 começou a ser desenvolvido com o objetivo de conter a epidemia de aids entre os usuários de injetáveis da cidade. A coordenadora do projeto que estava no final da sua formação em serviço social, e escrevendo sua monografia sobre o uso de injetável, começou a deparar com o crescente aumento de usuários que relatavam estar usando crack, ao invés de injetável.

Neste momento, uma redutora do projeto, que era usuária de crack e de injetável, contou para equipe como era o uso de crack e disse para a

coordenadora que sabia fazer um cachimbo de bambu. A coordenadora solicitou que ela fizesse alguns cachimbos, foi para o campo, e os distribuiu para os usuários testarem. Eles aprovaram, e iniciaram uma discussão mais direta com a equipe sobre o uso de crack e os insumos necessários para seu uso.

Em 2003, caiu bruscamente o número de distribuição de seringas para o uso injetável e cresceu a demanda por cachimbos. Nesta cidade também aconteceu o fenômeno da migração do uso para novas modalidades de uso de droga pelos mesmos motivos: cocaína de baixa qualidade e de difícil acesso, grande quantidade de crack disponível no mercado, e uma epidemia de aids entre os usuários de injetáveis.

Ainda em 2003, houve um encontro da Associação Brasileira de Redução de Danos, para se debater *Advocacy*⁸⁴, quando a coordenadora do projeto 5 conversou com uma assessora do Programa Nacional de aids sobre a questão do crack e contou que estavam fornecendo cachimbos confeccionados pelos seus redutores aos craqueiros. A coordenadora não sabia da existência dos quatro projetos-piloto, mas, quando mostrou o cachimbo confeccionado e distribuído pelo projeto, imediatamente a assessora, que na época era a responsável pelo acompanhamento dos projetos, disse que iria sugerir a entrada do projeto 5 para o “rol” dos projetos-piloto. E, foi exatamente o que aconteceu na primeira reunião dos projetos que ocorreu em outubro de 2003, em Brasília.

⁸⁴ *Advocacy* é “um conjunto de ações dirigidas a quem toma decisões, em apoio a uma causa política específica, levando em conta a conjuntura de aliados, adversários e pessoas não mobilizadas”. (Projeto Somos – Desenvolvimento Organizacional, *Advocacy* e Intervenção para ONGs que trabalham com Gays e outros HSH, org. Toni Reis e David Harrad, série manuais, n° 65, pg 57, PN-DST/Aids/SVS/MS, Brasília, 2005

Na reunião, que contou com a participação dos coordenadores dos projetos, alguns assessores do Programa Nacional de aids e mais alguns redutores de outros projetos indicados pelo Programa Nacional de aids, o projeto 5 foi apresentado e aceito no grupo dos projetos-piloto.

A representante do projeto explicou como ele era desenvolvido, e mostrou o cachimbo que era confeccionado pelos seus redutores, mas assumiu que tinha alguns problemas com a instituição, causados, talvez, pela visibilidade do projeto de redução de danos. Assim, aquela entidade que inicialmente tinha sido tão acolhedora, passou a impor algumas regras para a continuidade do projeto.

E este se desenvolveu obedecendo as regras, até que, em julho de 2005, por acreditar que os usuários de crack deveriam ter suas intervenções garantidas, o município assumiu o projeto, levando consigo inclusive, dois integrantes da equipe: a coordenadora e o assistente de coordenação.

Infelizmente, problemas burocráticos impediram a contratação dos redutores de danos e em janeiro de 2006 o CAPS-AD⁸⁵ da cidade teve um projeto de redução de danos aprovado e contratou a coordenadora e sua equipe para dar continuidade ao projeto.

5.5.1 O projeto em si

Os financiamentos do projeto sempre ocorreram por meio do Programa Nacional de aids, e com o processo de descentralização o projeto foi incorporado primeiramente pelo Programa Municipal de aids da cidade e atualmente (junho de 2006) está no Programa de Saúde Mental; tem

⁸⁵ CAPS-AD e: Centro de Apoio Psicosocial – Álcool e Drogas.

destaque na falta de grandes problemas políticos, nunca tiveram problemas com a comunidade, com a polícia ou com outros projetos sociais desenvolvidos na cidade.

Com a polícia, em especial, a relação é ótima. Todas as vezes que havia alguma atividade da polícia que fosse contra a redução de danos ou mesmo contra os usuários de drogas a coordenação do projeto intervinha e era atendida pelo comando policial e suas considerações eram levadas em conta. Com a mídia também a relação era ótima, todas as reportagens publicadas sobre o projeto foram mostradas à coordenadora antes da publicação e/ou apresentação.

Desta maneira, um dos poucos problemas relatados foi à dificuldade no repasse do recurso financeiro do Ministério da Saúde, problema enfrentado por todos os projetos financiados pelo Programa Nacional de aids, uns com mais tranqüilidade, pois ao longo do projeto, conseguem fazer uma reserva de dinheiro que pode manter a equipe enquanto o repasse não chega, outros com mais desespero, implicando inclusive na diminuição ou mesmo na interrupção das atividades. O projeto 5 já ficou seis meses sem receber os recursos e relata que diminuiu o trabalho nessa época mas não o encerrou.

Quanto à relação com a ONG onde esteve alocado, a coordenadora não quis entrar em detalhes e a instituição não pôde nos atender, mas o que pudemos perceber é que talvez a ONG não tivesse idéia da repercussão que o projeto para usuários de drogas daria à instituição.

Isso gerou receio na instituição, pois, como seu trabalho era de prevenção de aids com adolescentes começou a solicitar para o projeto que

fizesse suas reuniões com os usuários em outro lugar, como forma de evitar o contato entre usuários de drogas e os adolescentes. Esta atitude foi vista como preconceito demonstrado em relação ao usuário de drogas, era como se o contato com os adolescentes pudesse induzi-los ao uso de drogas. As várias vezes que a equipe quis colocar isso em discussão na instituição, sentiu-se oprimida pela direção.

A equipe decidiu ficar na instituição, que não impedia os financiamentos, nem intervinha no projeto, até que conseguissem se estabelecer em outro lugar. Em 2005, parte da equipe foi convidada para ir para o Programa Municipal de aids que incorporou uma parte da equipe. Outra parte tentou fundar uma ONG para trabalhar com usuários de drogas, desenvolvendo atividades de autogestão, como a confecção de cachimbos, por exemplo, mas teve dificuldades de implementação e sua inauguração não aconteceu.

O problema maior era a dificuldade de contratação dos redutores pela prefeitura, que estava afetando o desenvolvimento do projeto que modificou suas áreas de atuação. A coordenadora que contava com um número e redutores de danos nas diversas áreas de comércio de drogas da cidade, estava somente com seu assistente de projeto e um redutor voluntário.

Tanto o voluntário quanto os “amigos do projeto” tinham insumos que supriam os usuários que não conseguiam ir até o serviço da prefeitura para retirar os cachimbos e os preservativos, mas o projeto tinha outras atividades além dessas que estavam funcionando precariamente.

Na reunião com os gestores locais e os Programas Nacionais de aids e de hepatites, a alternativa, como já relatamos, foi a de que a área de Saúde

Mental, que podia contratar redutores de danos para desenvolver ações junto aos CAPS-AD, contratasse a equipe que já estava capacitada e estabelecesse uma parceria com o programa municipal de aids para a continuidade das ações com os craqueiros.

5.5.2. Como o projeto é desenvolvido

A equipe sempre foi formada por técnicos e redutores-usuários, não necessariamente usuários de crack, mas usuários de drogas. Mantê-los na equipe nos períodos em que não há pagamento sempre é muito difícil, até porque são pessoas pobres que geralmente têm o salário de redutor como a única remuneração. Desta forma, quando há interrupção de salário iniciam a busca por “bicos” (que para os homens geralmente é de ajudante de construção, repositor de estoques etc., e para mulheres geralmente é como diarista).

O projeto que tem redutor-usuário, como este, pode, também, significar ter de alterar as áreas de trabalho deles, pois de vez em quando os redutores têm que trocar de área de atuação por estarem com problema no local em que atuam. Estes problemas vão desde dívida de droga até brigas pessoais com outros usuários. Neste projeto, já houve usuários que foram embora da cidade por dívida de droga com traficante.

A equipe foi formada para o trabalho com usuários de injetável, mas depois teve de adaptar-se para falar de crack. Essas adaptações foram feitas em construção com os usuários sendo talvez por isso que o projeto pôde se desenvolver tão bem.

Até julho de 2005, o projeto era desenvolvido por redutores de danos em áreas periféricas da cidade, locais de compra e consumo de crack. Na sua maioria, os usuários do projeto são moradores das comunidades, e são acessados nos seus locais de moradia. A comunidade, por sua vez, também é foco de ações preventivas de maior amplitude, ou seja, distribuição de camisinhas e informações gerais sobre prevenção das DST/aids/hepatites.

A parte do trabalho que é desenvolvida nas cenas grupais de uso de drogas é feita com certa tranqüilidade, pois alguns redutores são usuários e isso facilita sua entrada nos locais de uso. Foi assim que o projeto ganhou força, iniciou com a discussão sobre o melhor tipo de cachimbo, e oficinas de confecção na casa de alguns usuários, que compreendiam a necessidade desta discussão e entendiam que a ONG onde o projeto era desenvolvido não permitia que as oficinas fossem na sua sede.

Mas, além das oficinas de cachimbo, que eram feitas mais no começo do trabalho de cada área, outras oficinas compõem as atividades do projeto. O que a equipe chama de “oficina” é uma reunião de usuários com alguns redutores que debatem temas de saúde, de direitos humanos, direitos sociais, etc.

Normalmente o projeto era desenvolvido na rua. A demanda por cachimbos na sede só apareceu depois de uma reportagem sobre o projeto veiculada numa emissora local, o que motivou alguns usuários a ir à instituição, onde pediam os cachimbos no portão. Para evitar maiores problemas com a ONG a equipe do projeto mapeou de onde eram esses usuários e os informavam os horários de campo que fariam naquela área, ou próxima dela, para que os usuários não precisassem ir à ONG.

O horário também devia ser respeitado, geralmente o trabalho era feito no final da tarde. Quando o projeto foi iniciado, as intervenções eram feitas à noite e havia um acesso a mais usuários, mas a qualidade da intervenção não era boa, pois eles já estavam muito intoxicados. Pegavam o material mas não conseguiam conversar direito com a equipe, que sentia que os craqueiros acessados não conseguiam incorporar as informações. Ainda hoje, alguns comerciantes de droga ficam com os insumos, mas foi feito um acordo para que os insumos não virassem moeda de troca.

Em outubro de 2005 os trabalhos se desenvolviam em uma área de prostituição próxima da sede do Programa Municipal de aids, após a migração do projeto para o município. O trabalho era sendo feito neste local por vários motivos, primeiro porque a imprensa relatou que as prostitutas estavam consumindo crack, depois porque souberam que alguns usuários retiravam cachimbos para vendê-lo nesta área, terceiro porque é perto da sede atual do projeto e, por fim, como o trabalho está sem redutores, sua coordenação poderia ir a campo somente com o assistente de coordenação.

O trabalho nas outras áreas continuava de forma voluntária, realizado por alguns “amigos do projeto”. Alguns usuários conseguiam ir à sede do projeto para retirar seus insumos e, como esta estava dentro de um serviço de saúde capacitado para receber esses usuários, os atendimentos de saúde eram garantidos.

Os insumos distribuídos eram os cachimbos de madeira, confeccionados por alguns redutores-usuários com a ajuda de um marceneiro. No início do projeto, os cachimbos eram feitos de bambu, mas depois, com o aumento da demanda e nas conversas com os usuários, foi

sugerido que se criasse um outro tipo de cachimbo que fosse desmontável; nisso tiveram a ajuda de um torneiro mecânico que criou com eles o cachimbo que é atualmente (out. 2005) distribuído.

A confecção do cachimbo é bem barata, porque a parte aonde vai a grelha é doada por uma fábrica de cabos de vassouras, e a piteira, que também é de madeira, é confeccionada no torno. O custo maior é na compra do laminado para fazer a grelha e da fita crepe para prendê-la.

Observamos também, neste projeto, uma dificuldade em trocar cachimbos. Pode-se pensar que isso se deve a dois motivos: ou os usuários não compreendem a real necessidade de retirar os equipamentos sujos dos locais de uso, ou os usuários têm receio de andar com os cachimbos usados até o local da troca por causa da repressão policial. Há uma casa de uso que é o único lugar onde os craqueiros após usarem a droga não raspam o cachimbo e o colocam na caixa coletora para ser retirada pelo redutor, mas a coordenação do projeto não soube explicar por que isso acontece neste local.

Os usuários vinculados preferem o cachimbo a lata, eles dizem que se sentem mais seguros por causa do herpes e das hepatites. Já outros usuários revelam que usam o cachimbo procurando diminuir as fissuras labiais que, após a orientação dada pela equipe do projeto começaram a perceber como sendo causadas pelo crack. Passaram então a usar os cachimbos e perceberam que isso diminuía as lesões.

Sobre as piteiras de silicone, a coordenadora do projeto tinha ressalvas, pois achava que ela poderia ser compartilhada pois os usuários podiam se confundir na hora do uso. Já o protetor labial será testado assim que o programa municipal fizer a aquisição, pois o trabalho do não uso da

lata leva um tempo para ser implementado, como nos conta a coordenadora: *“A gente tenta fumar no cachimbo, mas a melhor forma de usar a pedra é na lata porque ela segura a bola melhor. Então, quando um usuário te diz isso fica difícil, porque você está trabalhando com uma questão de gosto, e isso tem que ser levado em conta, é muito diferente do uso injetável que é sempre no mesmo jeito.”*

Além da distribuição de insumos, o projeto tinha um acesso muito bom ao serviço de saúde, que funcionava e atendia bem os usuários. Tinham também uma boa interlocução com a Secretaria da Criança e do Adolescente e com a Secretaria de Educação, onde buscavam capacitar os professores sobre as questões do uso de drogas.

O projeto, mesmo estando numa fase de adaptação, esperando a contratação de redutores, tinha o reconhecimento de todos os gestores, municipais e estaduais, para que ele possa ser uma referencia como projeto piloto de redução de danos para usuários de crack.

5.5.3. Considerações

Aos poucos, os usuários do projeto foram se dando conta das complicações causadas pelo uso de crack, complicações respiratórias, problemas de pele etc. E quando conseguiram ir à unidade de saúde foram atendidos, mas em relação ao problema com drogas, havia poucos lugares para tratamento. O projeto os encaminhava para o Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas, embora os técnicos deste centro relatassem dificuldades de atender usuários de crack. Uma capacitação para os funcionários já estava marcada quando visitamos o projeto.

Observamos um pequeno número de usuários de injetáveis que continuam somente nesta prática, e encontramos um grande número de usuários novos que iniciaram seu uso pelo crack e nunca usaram injetável.

A relação dos usuários com a equipe do projeto era de confiança, o que possibilitava a entrada na cena de uso de crack por qualquer pessoa que estivesse acompanhada por um membro da equipe.

As diferenças entre homens e mulheres acessados, eram relatadas pelos homens craqueiros, que diziam que as mulheres usuárias de crack eram mais agressivas com seu uso, com seu consumo e com as relações na cena; alguns usuários disseram que as mulheres eram difíceis de controlar: *“Eu não quero usar com esta mulher, ela é muito nóia. Nem com aquela outra que também é f@#\$.”*

Entre os adolescentes e os adultos, o que verificamos é que como os usuários adultos iniciaram seu uso drogas na cocaína injetável antes de migrar para o crack, observamos uma melhor administração do uso, ao contrário do que ocorreu entre os adolescentes que iniciaram seu uso pelo crack. Além disso, o uso de drogas entre os adolescentes é sempre mais problemático, pois faz parte da adolescência a não aceitação do limite.

A relação com o município era boa, mas não foi sempre assim. A coordenação anterior fornecia os preservativos e os insumos para o uso injetável, mas, segundo a coordenadora do projeto, não gostava do trabalho de Redução de Danos, e isso pode ser observado quando o projeto só teve abertura para a capacitação dos Programas de Saúde da Família em 2005, na atual gestão.

Nossa impressão foi a melhor em relação a este projeto. Observamos

uma grande aceitação da equipe por parte dos usuários que vinham à equipe solicitar insumos e nos conhecer sem receio algum. Quando estivemos no campo das profissionais do sexo, que estavam no seu horário de trabalho, fomos também muito bem recebidos e elas não se recusaram, em nenhum momento, a responder as perguntas que fazíamos.

Quando estávamos no serviço de saúde conversando com a equipe do projeto, pudemos observar a facilidade que os usuários tinham em chegar ao serviço para retirar seus insumos, demonstrando que a capacitação da equipe do serviço feita pelos redutores do projeto tinha sido muito bem aceita e incorporada pelos servidores.

Mas as atividades nas áreas periféricas da cidade mantidas pelos redutores estavam paradas, obrigando os “amigos do projeto” a “segurar” as intervenções. Desta maneira, as poucas intervenções que são realizadas têm que dar conta de um número grande de usuários que ainda não conseguem ir à sede buscar seus insumos.

E por fim, observamos a falta de atividades mais estruturadas que fossem além de saúde. Mas observamos essa preocupação na equipe, de se articular melhor para que o projeto fosse uma referência em direitos humanos para os usuários de drogas, e de crack em especial.

As palavras da coordenadora nos emocionam, demonstrando que ainda há muito que se fazer para que os usuários de drogas sejam aceitos como cidadãos portadores de direito: *“O desafio da Redução de Danos é ultrapassar as barreiras discriminatórias e moralistas que a gente enfrenta. Porque você é discriminado pelo trabalho que você faz independente se você está trabalhando com saúde, com direitos humanos de presos, prostitutas,*

usuários de drogas... Acho que o desafio é humanizar as pessoas, e a redução de danos é muito ampla porque ela faz uma humanização que quebra preconceitos..."

6. Análise e discussão

Esta tese tem como objetivo analisar o processo de implantação e desenvolvimento das estratégias de redução de danos sociais e à saúde associados ao uso de cocaína fumada (crack), através do estudo dos cinco projetos-piloto para usuários de crack desenvolvidos no Brasil, financiados pelo Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde.

A pesquisa teórica que realizamos pretendeu situar os marcos das mudanças políticas e de gestão da saúde no âmbito das respostas que o Estado organizou nas últimas duas décadas para responder à epidemia do HIV/aids, especialmente na sua relação com as ONG/aids; algumas determinações que incidem sobre o uso de cocaína e sobre o surgimento do crack, e os marcos da trajetória histórica da redução de danos no mundo e no Brasil.

Os projetos-piloto, objeto de nossa pesquisa empírica, emergiram num contexto de mudanças econômicas e políticas que se expressam na relação entre o Estado e a chamada sociedade civil organizada, através da proliferação de entidades e organizações de natureza privada sem fins lucrativos e que compõem o chamado terceiro setor.

Como vimos, a forma de financiamento e as exigências técnicas e administrativas para a gestão dos recursos imprimiram um novo perfil de

atuação nas organizações, que passaram a assumir a prestação de serviços voltados à prevenção e à assistência aos segmentos considerados prioritários no controle da epidemia.

Passou-se de uma militância política e de defesa dos direitos de cidadania a uma modalidade de intervenção técnica voltada a interferir nos comportamentos e práticas dos segmentos considerados mais vulneráveis aos riscos de infecção pelas DST/aids e hepatites virais e aos danos associados ao uso de drogas.

Esse giro, a nosso ver, responde às exigências das políticas neoliberais implementadas no continente latino-americano a partir da década de 80 e no caso brasileiro, à hegemonia do neoliberalismo emergente nos anos 90 e, que no âmbito da saúde, coloca em risco os avanços e conquistas coroados pela Constituição de 88 e, principalmente, distorce o significado da direção social das políticas de saúde tributárias da reforma sanitária e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esses elementos configuram o contexto de implantação e desenvolvimento dos projetos-piloto analisados em nossa pesquisa empírica. Assim, do ponto de vista teórico-metodológico, os dados colhidos em campo serão analisados à luz dessas determinações que configuram a chamada **“ditadura dos projetos”**, noção apresentada no capítulo três que será utilizada como conceito teórico mediador entre as determinações mais amplas postas pelas mudanças econômicas e políticas que incidem sobre a relação entre o Estado brasileiro e as organizações responsáveis pela implementação dos projetos-piloto e as condições objetivas nas quais se

realizam as propostas de redução de danos aos usuários de crack no interior desses projetos.

Assim, nossa análise sobre as modalidades de financiamento, perfil e qualificação da equipe executora, orientação teórico-prática das estratégias e atividades realizadas pelas equipes, articulação entre esses elementos às reais necessidades dos usuários de crack atendidos por esses projetos, na perspectiva de redução de danos, terão como referência a noção de **“ditadura dos projetos”**.

À noção **“ditadura dos projetos”**, enquanto conceito teórico mediador de nossas análises, pretendemos articular uma outra noção que a nosso ver permite analisar alguns elementos presentes na realidade de execução dos projetos-piloto e que resultam dos processos de exclusão experimentados pelos usuários de drogas ilícitas, e no caso de nosso objeto de estudo, pelos usuários de crack. Trata-se da noção de **“pânico moral”**, elaborada por Cohen (1980), que contribui para pensar os rebatimentos da exclusão social dos usuários de crack no interior das respostas formuladas pelas equipes dos projetos-piloto. Essa noção apresentada no capítulo um será resgatada na segunda parte desse capítulo para que possamos garantir uma análise mais abrangente e capaz de apreender a complexidade que envolve tanto o fenômeno do uso de crack quanto as respostas formuladas pelas equipes dos projetos-piloto com o objetivo de reduzir os danos associados ao uso de crack.

6.1. A Ditadura dos projetos

Tomando como referência a “**ditadura dos projetos**” analisaremos e discutiremos os financiamentos dos projetos de redução de danos para usuários de crack e a tendência hegemônica de instrumentalização da redução de danos apresentada no capítulo quatro.

Dos cinco projetos analisados, todos tiveram financiamento exclusivo do Programa Nacional de DST/aids e relataram dificuldades em conseguir outros financiamentos de entidades nacionais ou internacionais, principalmente pela não inclusão da categoria usuário de droga (crack) como população prioritária. Desta forma, nossa análise nos remete aos seguintes aspectos:

a) As entidades normalmente não têm outras fontes de financiamentos de suas atividades, portanto há uma tendência a escolher projetos que atendam a populações que são consideradas prioritárias pelas agências de fomento no campo do HIV/aids. Isso nos remete a dois resultados que consideramos inadequados: o **focalismo** das ações e a **falta de identificação política** com os direitos das populações atendidas.

Não consideramos o focalismo um bom resultado, e contrariamente é muito ruim, pois no caso dos projetos de redução de danos é de suma importância que os usuários atendidos possam receber outras intervenções para além das orientações para o uso seguro de drogas. Observamos isso com muita clareza no projeto um, por exemplo, onde os redutores não sabiam dar informações de cuidados à saúde como um todo e mal falavam sobre o uso de preservativos. No projeto três, a equipe relatou dificuldades

para garantir direitos sociais como albergue, alimentação e vale-transporte e de qualquer outra atividade que ia além dos encaminhamentos para os serviços de aids (CTA, SAE). No projeto quatro, por exemplo, os redutores tinham muito conhecimento sobre uso seguro de drogas, mas relataram que precisavam saber muito mais sobre direitos à saúde.

Neste sentido, sugerimos que de suma importância a ampliação do conceito de redução de danos para além da saúde, ou seja, poderia ser pensado em introduzir esta discussão através dos conselhos de assistência social e direitos humanos em outras instância garantidoras de direito, somando o conceito para redução de danos sociais e à saúde, por exemplo.

A falta de identificação política com os direitos da população atendida, no nosso caso a de usuários de crack, não apareceu de forma transparente. Observamos tal aspecto nas entrelinhas das discussões de grupos. Nos projetos um, dois e três, os poucos usuários que participaram da discussão tiveram muita dificuldade de relatar suas reais necessidades para a garantia dos seus direitos sociais; mais do que isso, nas entrevistas com os coordenadores pudemos perceber que apenas algumas respostas sobre encaminhamentos e acompanhamentos a serviços eram as politicamente corretas.

E quando perguntávamos sobre a participação dos usuários acessados nas instâncias de controle social, tivemos a resposta unânime que os usuários não estavam preocupados com isso, que a princípio sua preocupação era somente com o uso de drogas, demonstrando para nós um

distanciamento das reais necessidades dos craqueiros, que a princípio é garantia do direito ao uso seguro de drogas.

Desta forma **a falta de identificação política com a população atendida** precisa ser sanada. Nossa sugestão aqui é que se estabeleçam canais de discussão entre os usuários e as equipes dos projetos para que o protagonismo dos usuários de crack seja incentivado através de participação em eventos e ajuda na formação de uma identidade política, fazendo assim com que os usuários de crack possam se sentir portadores de direitos e não precisar que “outros” falem por eles.

b) O financiamento dos projetos se restringe aos insumos e à ajuda de custo, que gera **limitação das ações** como qualificação da equipe, manutenção da infra-estrutura dos projetos, rotatividade na equipe que não pode ter dedicação exclusiva ao trabalho dificultando a produção de dados, registros e levantamentos que contribuam para a reflexão e avaliação das propostas implementadas.

A restrição dos financiadores foi relatada por todos os projetos onde alguns membros das equipes retiravam parte dos seus salários para a manutenção da sede da instituição, e compra de lanches para reuniões, por exemplo, limitando suas ações tanto para intervenções intra como extramuros da sede.

A **limitação das ações** se intersecciona com o item anterior, mas para dar conta da sua especificidade, acreditamos que será necessário melhorar a qualificação da equipe, que vai além da ampliação do conceito de redução de danos, buscando outras instâncias formadoras, como conselhos de saúde de

assistência social, por exemplo. Acreditamos que neste sentido a rotatividade da equipe possa ser diminuída.

c) A prioridade das agências em relação a determinados segmentos também cria mudanças constantes de objetos e de estratégias causando dificuldades para a **consolidação de experiência** e **criação de identidade da organização** com as necessidades de determinados segmentos, por exemplo, os usuários de drogas ilícitas e os de crack.

Isso já foi amplamente discutido no capítulo cinco, onde contamos a história de cada projeto. Todos iniciaram suas intervenções com usuários de drogas injetáveis que tinham como prioridade a prevenção das DST/aids e hepatites virais através do incentivo do não compartilhamento dos apetrechos para o uso de drogas injetáveis. Com o surgimento dos projetos-piloto, a experiência de redução de danos para uso de injetável teve que ser readaptada para o uso de cocaína fumada.

O mesmo aconteceu em relação à criação de identidade. Primeiro, os projetos estavam locados em ONG/aids, depois foram para ONG de redução de danos, outros para centros de convivência com objetivos diversos, como a garantia de direitos sociais, de direitos à saúde e de direitos humanos, muitas vezes gerando confusão na população atendida que não se identificava com a equipe que estava fazendo a intervenção.

Essas mudanças de objetos e estratégias estão diretamente relacionadas com as prioridades das agências financiadoras que tem como consequência a dificuldade na **consolidação de experiência** afetando diretamente o trabalho de campo.

Já para dar conta da dificuldade na **criação de uma identidade da organização** no caso de organizações não governamentais, nossa proposta é a incorporação pelos serviços de saúde dos projetos de redução de danos, porque desta maneira a **identidade da organização** poderia ser mantida e suas ações seriam a de fazer o controle social, pois não estariam submetida às prioridades das agências financiadoras executando ações no lugar do Estado.

A dificuldade nos financiamentos também aparece no processo de descentralização por parte dos estados e municípios por não “saberem” fazer os editais para as concorrências elencando populações excluídas socialmente. Atualmente, somente três projetos conseguiram manter suas atividades (projeto um, dois e cinco) em execução; podemos ampliar a análise destes fatos sob o olhar de outros elementos:

d) Ausência de compromisso com a política de redução de danos, uma vez que tal postura requer desconstrução de estigmas e respeito à diversidade do uso de drogas. Neste sentido, alguns coordenadores de programas municipais e estaduais relataram dificuldades em defender a política de redução danos nas suas cidades, pois tal atitude é encarada por algumas comunidades como incentivo ao uso de drogas.

Estes coordenadores nos revelaram que em algumas cidades sofreram pressão tanto da comunidade como dos conselhos de saúde, que reivindicavam que o recurso para as concorrências deveria ser destinado a outras populações; que a questão do uso de drogas deveria ter como meta a

abstinência, ou seja, da política de “não às drogas” e não à política de “redução de danos”.

Para dar conta disso, nossa sugestão em relação à **ausência de compromisso com a política de redução de danos** por parte de alguns gestores é sensibilizá-los as questões relacionadas aos direitos humanos e melhorar os conhecimentos de custo - benefício das estratégias de redução de danos, uma vez que os estudos apontaram que a redução de danos contribuiu de forma eficaz como barreira a epidemia de aids entre usuários de drogas injetáveis. No nosso caso poucos estudos foram feitos em relação ao custo - benefício da redução de danos para usuários de crack, mas nos estudos feitos já há comprovação de que é mais barato fornecer insumos e acesso a serviços do que simplesmente tratar os craqueiros.

e) Observamos também uma **dificuldade de compreender a concepção da descentralização** que atende aos objetivos iniciais do SUS, ou seja, a ampliação do controle e da participação social, onde atualmente estes aspectos têm se transformado apenas numa transferência de responsabilidade, delegando às instâncias estaduais e municipais atribuições para as quais não estão totalmente capacitadas.

Ainda que existam estas dificuldades, e apesar do SUS já ter completado 18 anos, observamos que em alguns estados os projetos tiveram aceitação e conseguiram sua sustentabilidade, mesmo que sob forma de recursos repassados. Assim, o projeto dois está sendo financiado pelo programa estadual de DST/aids seguindo a lógica da descentralização, e o projeto cinco foi incorporado, junto com parte de sua equipe, pela

coordenação municipal de saúde mental que está responsável pelo projeto de redução de danos na cidade. Podemos observar que nas cidades onde isso ocorreu há um comprometimento político com os projetos de redução de danos e com os usuários de crack. O projeto cinco foi o primeiro projeto sobre o qual temos referência de incorporação dentro da saúde mental neste ano, seguindo as recomendações que constam na Portaria 1.028, de 1º de julho de 2005⁸⁶, onde os projetos podem ser desenvolvidos dentro de um CAPS-AD e isso pode significar um avanço na luta por tornar a redução de danos uma política pública.

Para dar conta da **dificuldade de compreender a concepção da descentralização** acreditamos que a alternativa vai além da compreensão dos princípios do SUS (integralidade, equidade, participação social e universalidade), se faz necessário um melhor entendimento da função de servidor público como executor do que está previsto nas leis, no nosso caso o SUS.

Mas podemos observar também na análise dos projetos-piloto, que a instrumentalização da redução de danos é um reflexo da “ditadura dos projetos”, que exige respostas rápidas e mensuráveis. Analisaremos isto observando a ruptura com a dimensão política, a adequação dos insumos e da capacitação da equipe para o trabalho com usuários de crack. Neste sentido colocamos os aspectos:

⁸⁶ Edição Número 126 de 04/07/2005.

Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005

Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.(em anexo)

f) Sobre a dimensão política: as equipes dos projetos demonstraram **dificuldade de proporcionar o protagonismo** dos usuários de drogas, pois mesmo considerando que não era objetivo dos projetos a construção de uma participação ativa na luta pelos direitos dos usuários de drogas, a redução de danos tem como um de seus pressupostos a consolidação dos direitos de cidadania. Desta maneira, a concepção de Redução de Danos que estava na base desses projetos não levou a um investimento da equipe nesta direção. Neste sentido estamos analisando uma contradição de base, ou seja, a redução de danos é uma concepção que tem como um de seus pressupostos a afirmação dos direitos humanos e de cidadania.

No entanto, na medida em que a realidade social brasileira reproduz de forma ampliada as desigualdades e nega cotidianamente a cidadania, identificamos uma tendência entre as equipes dos projetos-piloto de transformar a redução de danos em simples estratégias de prevenção com a distribuição de insumos. Ou seja, não enfrentam politicamente a violação dos direitos de cidadania dos usuários atendidos e resumem a perspectiva de redução de danos à distribuição de insumos. Porém, podemos observar que a forma como a redução de danos foi implementada no Brasil foi também uma grande contradição na realidade da sociedade brasileira, sociedade esta profundamente desigual e excludente do ponto de vista do atendimento dos serviços e das políticas sociais, e isso rebate potencialmente na atuação dos programas/projetos de redução de danos que não conseguem ser mais ampla.

Para se lidar com a dificuldade de proporcionar o **protagonismo do usuário crack**, acreditamos que no interior das equipes que executam os

projetos deve haver uma discussão com os usuários de drogas acessados sobre o lugar dos usuários de drogas como cidadão portador de direitos, neste sentido a formação política das instituições e a consolidação da experiência devem se unir.

g) Restrição da redução de danos aos seus conteúdos estratégicos, técnicos e instrumentais, mudando a ação cultural e política para ação técnica (ditadura dos projetos). Tal tendência se refletiu diretamente na **adequação dos insumos** disponibilizados onde alguns projetos conseguiram promover esta adequação e outros não.

Todos os projetos já tinham equipes de redutores de danos trabalhando no campo, com a experiência anterior de trabalhos com o uso de droga injetável. Para o uso de droga injetável a resposta dos projetos e do próprio poder público na adequação dos insumos foi mais eficiente e ágil, na medida em que as equipes passavam a conhecer a realidade do uso injetável e informavam ao poder público que o equipamento disponibilizado não era adequado, a resposta era mais assertiva. Isso talvez porque para o uso de droga injetável as adequações dos insumos eram mais bem justificadas, como prevenção a doenças, enquanto que no crack a justificativa tem a ver com a melhoria da relação do usuário com a sociedade.

Para o uso de crack, as diversas maneiras de usar a droga, os diversos elementos como o tamanho da “pedra” ou a qualidade da droga, criaram uma variedade e possibilidades de redução de danos. Algumas equipes conseguiram se adaptar a esta realidade, outras não. Ou seja, se por um lado uma equipe conseguia ver que o equipamento não era adequado, por

outro ficava “calcificada” na capacidade de criar um novo insumo e isso rebate diretamente nas intervenções com os usuários, pois a equipe que não conseguiu atender as demandas dos usuários, exigiu que os “craqueiros” se adaptassem ao insumo disponibilizado sem levar em consideração a solicitação feita pelos “craqueiros”.

Desta forma, os projetos que iniciaram suas ações com a preocupação fundamental de evitar a ingestão de partículas sólidas e o compartilhamento dos apetrechos (cachimbos e/ou latas) no uso de crack, não atingiram sua adesão geral ao cachimbo de madeira (cachimbo padrão) disponibilizado. Em outro projeto, observamos na visita a campo que se construiu junto com os usuários outro modelo de cachimbo de madeira que teve maior adesão dos usuários. Os outros três projetos não conseguiram que seus “craqueiros” aderissem ao cachimbo de madeira, continuando com seus cachimbos artesanais, de metal e de plástico. Desses três projetos restantes, somente um conseguiu “criar” e adequar um insumo que ajuda a evitar a transmissão das doenças, a piteira de silicone⁸⁷, disponibilizada para os usuários que não conseguem abandonar o hábito de compartilhamento. Esse mesmo projeto também foi o que implementou o uso de protetor labial por grande parte dos seus usuários na hora de “fumar a pedra”, conforme observamos nas várias visitas a campo que efetuamos na época de coleta de dados. Este projeto parece ter conseguido a inclusão de um insumo que atendesse às reais necessidades dos usuários de crack atendidos, levando em consideração as especificidades do uso de crack daqueles usuários.

⁸⁷ Esta piteira existe no kit kiff disponibilizados para os usuários de crack de Paris. No Brasil a equipe do projeto teve que procurar os tubos de silicone que se adaptavam aos diferentes tipos de cachimbos confeccionados pelos seus usuários.

A nossa sugestão para a **adequação dos insumos** é o mais simples possível, ouvir o usuário e construir insumos que não alterem o seu ritual de uso (a dificuldade de implantar o cachimbo padrão em vários projetos se deu principalmente porque o cachimbo era muito diferente do costumeiramente usado pelos craqueiros). No caso da introdução de novos insumos, como aconteceu com o protetor labial, a eficácia da implantação, se deveu ao fato de que no projeto no qual foi implantado houve várias discussões com os craqueiros de como deveria ser o protetor e de forma ele deveria ser usado.

h) Observamos também que a tendência à instrumentalização teve como resultado uma **fragilidade na capacitação das equipes**. No caso da participação do controle social, por exemplo, somente em um dos projetos a equipe relatou a participação no Conselho Municipal da Política de Drogas⁸⁸, e só dois projetos participavam do Fórum de ONG/aids do Estado. A participação no Conselho Estadual de Saúde foi relatada somente por um projeto e nenhum se referiu ao Conselho de Assistência Social ou a outros órgão de controle social.

A capacitação da equipe aparece refletida na contratação das equipes que relataram dificuldades na escolha de redutores para trabalhar nas cenas de crack pela inexperiência com as dificuldades inerentes ao trato com os usuários. Essas são geradas pelo alto grau de intoxicação em que os craqueiros se encontram nos locais de uso e pelo alto índice de violência existente nas “cenas”. Tal situação pode ser justificada pela total exclusão e descaso da sociedade com esta parcela da população, onde a criminalidade e

⁸⁸ Dependendo da cidade o nome pode mudar, antigamente todos eram conhecidos conselho municipal de entorpecentes (COMEN).

a violência resultam da articulação entre processos de exclusão social (precariedade das políticas sociais, preconceitos, discriminação) e a atual legislação de drogas que contribui para acentuar esse processo, já que a presença do Estado só ocorre através da ação policial – marcada pela truculência, pela corrupção e discriminação de pobres e negros.

Além dos riscos inerentes a esta atividade, as dificuldades do trabalho aparecem na forma como os redutores são contratados, tendo que se submeter às formas de pagamento dos projetos para essa atividade, como baixo valor de ajuda de custo, descontinuidade no pagamento.

Observamos também a relação entre a forma de contratação e a falta de investimento na capacitação política das equipes, tendo como conseqüências a ausência de identificação com a perspectiva de afirmação dos direitos humanos e de cidadania da redução de danos.

No entanto, o processo de contratação e de capacitação das pessoas que integravam as equipes dos projetos revelou várias contradições. A baixa remuneração das equipes gera duas ordens de dificuldades: a) por um lado reduz as exigências de contratação, já que se paga muito pouco; b) por outro, mesmo se pagando pouco, num país com altos índices de desemprego e profundas desigualdades, a remuneração se torna o grande atrativo para que as pessoas se vinculem aos projetos. Da mesma forma, a descontinuidade do financiamento gera a interrupção das ações e uma alta rotatividade no interior da equipe. Tudo isso, aliado à ausência de investimento na formação política, leva a uma falta de identificação das pessoas que executam as ações de redução de danos.

Essas mudanças não ocorrem apenas entre os redutores, mas também entre os coordenadores, o que é ainda mais complicado, dadas as exigências e responsabilidades de planejamento e articulação das ações dos projetos que estão implicadas nessa função. A mudança de coordenação em alguns projetos dificultou sua execução e também foi motivada pela modalidade de remuneração e incerteza quanto à continuidade do financiamento, pois na medida em que um coordenador conseguia uma ocupação financeiramente mais interessante abandonava o projeto, mostrando mais uma vez que em alguns casos a ausência de compromisso político com a redução de danos rebatia na continuidade de algumas ações.

O vínculo das equipes, de forma contraditória, passa pela remuneração oferecida pelos projetos e não pela defesa da política de redução de danos e dos direitos dos usuários de droga. Assim, aquela aposta da redução de danos na formação de quadros políticos, capacitados para interferir na correlação de forças entre o Estado e os segmentos organizados da sociedade, na perspectiva de reconhecimento da redução de danos como medida de Saúde Pública se inviabiliza nesse processo.

Observamos que quando o projeto é interrompido, especialmente por falta de financiamento, tanto os redutores como os usuários atendidos não demonstram nem interesse nem capacidade de articulação política para reivindicar sua continuidade junto aos poderes públicos. Isso, a nosso ver, revela uma falta de consciência política acerca da importância da redução de danos na luta pela afirmação dos direitos humanos e de cidadania dos usuários de drogas.

A **fragilidade na capacitação da equipe** poderia ser sanada com um padrão ou programa mínimo, discutido entre todos os projetos de redução de danos, que um redutor deveria aprender. Noções de direitos humanos, da história das drogas, vulnerabilidade às doenças e risco social, etc. Obviamente que este item vai de encontro também com os outros acima mencionados como criação de identidade da organização, formação política em controle social e advocacy.

Outro dado que observamos, mas que não conseguimos categorizar, é a grande **capacidade de circulação das equipes nas redes de usuários de drogas e nas cenas de uso**. Esse foi um dos pontos positivos encontrados no trabalho executado pelas equipes dos projetos, uma vez que essa aproximação com a realidade de uso e com as redes de relações dos usuários cria a possibilidade de tornar as equipes e a redução de danos uma referência importante para os usuários.

Além disso, do ponto de vista da consolidação da experiência de redução de danos, é importante a presença do redutor nos locais de uso, pois permite o conhecimento das condições de uso, das motivações para o uso e das referências sócio-culturais dos usuários.

No entanto, observamos que esta proximidade com as redes dos usuários e com as cenas de uso tornou-se endógena. Ou seja, as equipes reproduziam o mesmo movimento dos usuários no interior dessas redes sem com isso garantir que sua presença fosse identificada como um braço da saúde e da cidadania nos espaços de convivência e de interação dos usuários de drogas. A presença das equipes nesses espaços não contribuiu para a

construção de alternativas de interação social dos usuários, para a identificação de canais diferenciados de participação cidadã e nem para ampliar o acesso e a busca ativa dos usuários aos equipamentos e serviços sociais e de saúde.

Em relação à **capacidade de circulação das equipes na rede de usuários de drogas e nas cenas de uso**, acreditamos que esta capacidade deve servir para além do estabelecimento de vínculos de confiança e consolidação da experiência. Elas precisam ajudar na criação de canais de discussão com os usuários para a necessidade de ampliação de suas redes sociais, bem como para a criação de outros espaços de convivência além da cena de uso de drogas.

No processo de análise dos dados observamos que além dos elementos de caráter estrutural (desigualdade e exclusão social, violação de direitos humanos e de cidadania) e conjuntural (mudanças econômicas e políticas no âmbito do planejamento e da gestão dos programas de saúde para as DST, Hepatites e HIV/aids), elementos de natureza sociocultural também incidiam sobre a realidade de execução dos projetos-piloto. Assim, embora não tivéssemos a intenção inicial de analisar em nossa tese as particularidades socioculturais que incidem sobre as possibilidades de acesso dos usuários de crack aos serviços de saúde e a outros equipamentos sociais, sentimos a necessidade de introduzir outro conceito teórico mediador que permitisse iluminar esses aspectos presentes na atuação das equipes dos projetos-piloto.

Por isso, além da noção de **“ditadura dos projetos”** que permitiu, em nossa análise, articular as determinações de natureza estrutural e conjuntural que configuram as relações entre o Estado e as organizações executoras da redução de danos para usuários de crack e a realidade de implantação dos projetos-piloto, utilizaremos o conceito de **“pânico moral”** na perspectiva de iluminar os elementos de natureza sociocultural presentes na realidade empírica dos projetos analisados.

6.2. Pânico Moral

A nosso ver, algumas das dificuldades encontradas pelos “cracados” para implantação dos projetos de redução de danos e alguns elementos presentes no processo de exclusão social dos usuários podem ser pensados à luz desse conceito.

a) Em relação à **polícia** somente uma equipe relatou que não tinha dificuldades na sua relação com a instituição e/ou seus servidores, pois em todos os outros projetos ouvimos relatos da equipe sobre a violência policial com os usuários e com a própria equipe. Numa visita a campo no projeto dois pudemos constatar o despreparo policial. Enquanto a equipe estava num lado da rua conversando e distribuindo insumos, no outro lado a polícia passava e com um alicate quebrava os cachimbos dizendo: “A secretaria de saúde distribui e a secretaria de segurança recolhe”. A denúncia para a corregedoria da polícia militar foi feita, mas até o momento (junho de 2006) passado mais de dois anos, nenhum contato com a instituição foi feito por parte da polícia militar.

No ano anterior (2005), em um evento na cidade em questão, o subprefeito disse, em alto e bom som, que a cidade precisava ser limpa dos craqueiros e que havia pessoas que estavam distribuindo cachimbos para eles continuarem fumando crack. De imediato a representante do Ministério da Saúde, que estava na mesa respondeu que isso era uma medida de saúde pública com o objetivo de evitar que esses usuários adoecessem, mas o subprefeito disse que a cidade precisava ser limpa dos usuários e eles tinham é que parar de fumar crack, arrancando palmas da plenária.

Neste sentido em relação aos problemas apontados com a **polícia** nossa sugestão é a de que as instituições devem se articular com os comandos policiais e escolas de formação para que a discussão sobre redução de danos seja feita na academia de polícia e a equipe que faz o trabalho de campo também pensar em estratégias de intervenção com os policiais de rua.

Isso pode demonstrar que a sociedade reage de forma contundente ao pânico moral e suas reações são incentivadas por órgãos governamentais e por gestores também proporcionando os aspectos abaixo relacionados:

b) A precariedade de políticas públicas para os craqueiros também nos pareceu um reflexo do pânico moral, pois embora seja uma epidemia nacional, seu uso não tem a mesma importância, e a mesma visibilidade, que o uso injetável, pelo menos no que diz respeito à redução de danos.

Sabemos que a redução de danos surge no interior do Programa Nacional de aids, que a forma de organizar a resposta da aids é também determinada por prioridades que o Estado e o financiador colocam. Mas,

devido ao fato do uso de crack não estar relacionado como via de transmissão direta (sangüínea) e por acontecer numa população marginalizada, sua visibilidade política ficou comprometida, reproduzindo uma marginalização no interior da marginalização, onde os “craqueiros” são os últimos da lista.

A marginalização dessa forma específica de marginalização social também apareceu nas concorrências dos Programas Estaduais e Municipais de aids. O projeto dois, por exemplo, recebeu um parecer negativo porque o programa municipal não via ligação direta entre crack e aids. Esse projeto só conseguiu manter seu financiamento após um protesto numa conferência internacional, quando o Programa Nacional e o Estadual solicitaram uma reunião e conseguiram que o município desse o parecer positivo.

A instituição que locava e ainda loca o projeto, fez questão de dizer que o parecer negativo não se devia somente ao fato da prefeitura não entender a transmissão indireta (relação sexual desprotegida) do HIV e outras DST entre os usuários de crack. Devia-se, principalmente, à discriminação contra os “craqueiros”, porque esta mesma prefeitura não havia implementado em nenhum equipamento social estratégias para o tratamento de usuários de crack, nem estratégias de redução de danos para esses usuários. A prefeitura de que estamos nos referindo tinha como funcionários pelo menos 50 redutores de danos, que desenvolviam suas ações nas ruas e dentro de serviços de saúde, exclusivamente com usuários de drogas injetáveis.

Outras instituições como a do projeto um, do projeto três e do projeto quatro, relatam o quanto se sentiram discriminados nos processos de seleção nas concorrências estaduais.

Sobre a **precariedade de políticas públicas** para os craqueiros, nossa contribuição é no sentido de incentivar as instituições não governamentais a exercer o controle social sobre instituições públicas, além das de saúde, para a criação de políticas de inclusão para os craqueiros.

c) Observamos a discriminação para com os cracados que parecem ser tão discriminados como os usuários que atendem. Em reuniões e eventos com outros técnicos da redução de danos observamos por diversas vezes as colocações preconceituosas e desmerecedoras em relação a estes técnicos. Ouve-se muito a alegação de redutores de danos que para crack não há o que se fazer, desqualificando todo o trabalho que os “cracados” estavam desenvolvendo valendo-se de teorias demonizantes para justificar seu preconceito para com os técnicos.

Em relação à discriminação para com os cracados acreditamos que trabalhos científicos devem ser incentivados com o objetivo de mostrar a eficácia do trabalho de redução de danos com craqueiros.

d) Discriminação para com os craqueiros onde o pânico moral apareceu refletido nos serviços de saúde. Pudemos observar isto quando observamos os dados repassados pelas equipes dos projetos nos mostrando que os serviços de saúde eram discriminatórios e a equidade, princípio fundamental do SUS não existia, uma vez que tais serviços não atendiam os diferentes de forma diferente, simplesmente não efetuando o atendimento.

Quando nos referimos a discriminação dos craqueiros, nos referimos especificamente ao serviços de saúde, nesta caso a sugestão que podemos fazer é no sentido de sensibilizar e capacitar os serviços de saúde para o atendimento diferenciado (equidade) aos usuários de crack, diferenciado para que se possa garantir a continuidade nos tratamentos de saúde como uma forma de incluí-los na instituição pública para a buscas de outros direitos.

E por fim, a **circulação nas redes sociais**⁸⁹ dos “craqueiros” também aparece como um ponto para análise, embora também, não tenhamos conseguido incorporá-lo numa categoria mais ampla. Se por um lado é de extrema importância que isso aconteça, porque são nessas redes que as informações de prevenção são decodificadas pelos usuários em estratégias que tenham sentido, por outro lado limitam a formação dos usuários como cidadãos.

Isso porque as equipes circulavam nas mesmas redes de exclusão dos usuários. Então o que era extremamente positivo – a busca ativa dos usuários, reconhecimento da diversidade, conhecimento dos rituais das praticas sócios culturais e das cenas de uso – acaba reproduzindo a lógica de exclusão.

Ainda que os três projetos persistentes tenham dificuldades de continuidade e os outros dois projetos tenham interrompido suas ações, pode-se dizer que estas equipes ajudaram muitos usuários de crack a

⁸⁹ Para uma discussão mais aprofundada sobre redes sociais, ver Brites (1999) e Bastos (1996)

repensar seu uso de drogas e seus direitos sociais. Nas planilhas de monitoramento, encontramos encaminhamentos para serviços de saúde que foram executados, inclusão de usuários de crack em equipamentos sociais e de saúde, participação dos usuários de crack em associações de comunidades etc.

Neste sentido, o reconhecimento da dimensão política da redução de danos – afirmação dos direitos humanos e de cidadania – articula-se com uma aposta na construção de uma base de legitimidade social e política, visando sua incorporação como medida de Saúde Pública. Essa aposta, na trajetória da redução de danos no Brasil, sempre esteve ligada à atuação das equipes dos projetos de redução de danos.

Numa visita a campo, o reconhecimento dos cracados como membros das redes dos craqueiros serve de incentivo para a continuidade de pesquisas no campo do uso de crack. Mas para isso é fundamental a sua identificação com o usuário, rompendo com o pânico moral e não se submetendo a ditadura dos projetos. Como nos disse um usuário numa visita a campo: *“Mas vocês são tudo nóia mesmo, porque ficar aqui no meio da gente, falando sobre como usar crack, camisinhas, essas coisas... Agüentando a nossa nóia, voltando sempre apesar das brigas e ainda sendo amigo da gente? Não é coisa de gente normal não.”*

Considerações finais.

Algumas considerações podem ser feitas tanto no âmbito governamental como no âmbito não governamental frente o que observamos e analisamos no desenvolvimento dos projetos-piloto de redução de danos para usuários de crack. No nosso caso a forma como os financiamentos aconteceram afetaram diretamente na execução dos projetos submetendo as instituições e suas equipes ao que intitulamos de **“ditadura dos projetos”**. Além de observarmos o alto grau de exclusão que os usuários de crack estavam expostos nos remetendo a discussão sobre o **“pânico moral”**.

Nossas considerações finais caminham no sentido de entender porque é tão difícil implementar estratégias de redução de danos para usuários de crack tanto no âmbito governamental, como no âmbito não governamental.

Se por um lado temos certeza de que a redução de danos contempla o conjunto de estratégias mais assertivas na garantia do direito ao uso de drogas e ao respeito à diversidade dos usuários, por outro observamos que a forma como ela foi implantada no Brasil acarretou equívocos na sua atuação.

Nossas considerações servem como uma reflexão a mais que precisa ser feita para a continuidade dos projetos em execução e para o desenvolvimento de outros. Neste sentido, o caminho proposto vai na direção de que as estratégias de redução de danos associados ao uso de drogas devem ser amplamente discutidas pela sociedade, onde as organizações não governamentais exerçam o controle social para sua implantação e execução e o governo garanta que suas ações possam ser incorporados pelos seus diversos setores avalizando a transversalidade que a fenômeno de drogas exige, e como uma política pública tenha dentro dos diversos ministérios recursos financeiros e humanos

Referências

- ABDELGALIL, S.** et al. Household and family characteristics of street children in Aracaju, Brazil. Liverpool: ADC Online Journal; 2004.
- ALLIANCE, Greater London Alcohol and Drug.** An evidence base for London crack cocaine strategy. London: GLADA; 2004.
- ANDRADE, A. G. e LEITE, M. C.** et. al. Cocaína e crack dos fundamentos ao tratamento, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas do Sul; 1999.
- ANDRADE, T.M.** Redução de danos: um novo paradigma? *In* TAVARES, L.A., ALMEIDA, A.R.B., Filho, A.N. (org) Drogas: clínica e cultura. Salvador: EDUFBA; 2004.
- ASHLEY, R.** Cocaine, Its History, Uses and Effects. Nova York: Warner Books; 1975.
- ARRETCHE, M.** A política da política de saúde no Brasil, *In* LIMA, N. T. (org). Sociedade e democracia – história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005.
- AYRES, J. R. C. M.**, Sobre o risco, para compreender a epidemiologia. São Paulo: Editora HUCITEC; 1997.
- _____. Debate on the paper by David Vlahov e David D. Celetano. São Paulo: USP; 2006.

AYRES, J. R. C. M. et al., Vulnerabilidade e prevenção em tempo de Aids, *In* BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs.) Sexualidades pelo avesso – Direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999.

BASTOS, F. I. Singular e plural: como se conjuga o verbo prevenir? *In* MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. Drogas e Aids estratégias de redução de danos. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994.

_____. Ruína e reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS e UERJ; 1996.

_____. Redução de Danos e saúde coletiva. *In* SAMPAIO, C.M.A & CAMPOS, M.A. Drogas , Dignidade & Inclusão social. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2003.

BARBOSA, R. M. e PARKER, R. (orgs.). Sexualidades pelo avesso – Direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999.

BECKER, H. S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec;1999.

_____. Uma teoria da ação coletiva. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1976.

BOURDIEU, P. Algumas propriedades dos campos *In* BOURDIEU, P. Questões de Sociologia. Rio de Janeiro: Ed.Marco Zero; 1983.

_____. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

BOURGOIS, P. In search of respect – Selling crack in el bairro. São Francisco: Cambridge University Press; 1994.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República, Brasília, DF: 2006.

BRAVO, M. Infecciones de transmision sanguinea y sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas em las americas. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 2004.

BREWER, D. D. et al. Past and future research on the crack cocaine-domestic violence link. American Journal of Public Health, Seattle, v. 95, n.9, 2005.

BRITES, C. M. USO DE DROGA INJETÁVEL E REDES DE INTERAÇÃO SOCIAL - Prazer e cuidados com a saúde, é possível? 1999. Dissertação de Mestrado do Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BUENO, R. C., A experiência de Santos no Trabalho com UDIs *In* MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. Drogas e Aids estratégias de redução de danos. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994.

_____. Estratégias de redução de danos em Santos *In* BASTOS, F. I. e MESQUITA, F. Troca de seringas drogas e aids: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BUSS, P. Prefácio *In* LIMA, N.T. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

BURROWS, D. E. Advocacy and coverage of needle exchange programs: results of comparative study of harm reduction programs in Brazil, Bangladesh, Belarus, Ukraine, Russian Federation, China and Australia. Scielo Brazil, Caderno Saúde Pública, Minas Gerais, vol. 22, n. 4, 2006.

CAIAFFA, W. T. et al. The contribution of two brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HVC infection and prevention strategies among

injecting drug users: the AJUDE-Brasil I and II projects. Scielo Brazil, Cadernos Saúde Pública, Minas Gerais, vol. 22, n. 4, 2006.

CAMPTON, W. M. et al. Development in the Epidemiology of Drug use and drug use disorder. New York: American Psychiatric Association; 2004.

CAMPOS, R.O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde nos anos noventa no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (3), 2000.

CASTILHO, E. “É necessário entender a aids”. Brasília: Notas de Rede, Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde;1997.

CATALANO, R. F. et al. A Universal intervention for the prevention of substance abuse: preparing for the drug-free years. *In* Drug Abuse Prevention Through Family Intervention. NIDA Research Monograph, Washington, Number 177, 1998.

CEBRID. Levantamento Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Secretaria Nacional Anti-drogas; 2003.

CHAUÍ, M. Escritos sobre a universidade. São Paulo: Unesp; 2001.

COHN, A. e ELIAS, P. E. M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90, *In* Cadernos de Saúde Pública 18 (Suplementos), Rio de Janeiro: 2002.

DARLING, N.; PALMER, R. F.; KIPKE, M. D. Do street youths perceptions of their caregivers predict hiv-risk behavior? Journal of family psychology, Los Angeles, 2005.

DAVENPORT-HINES, R. The pursuit of oblivion – A Global History of narcotics. New York: Wnorton; 2004.

DELPIROU, A. e LABROUSE, A. Coca Coke – Produtores, consumidores, traficantes e governantes. São Paulo: Editora Brasiliense; 1988.

DOMANICO, A. CONTROLANDO A MALUQUEZ – A redução no contexto do uso de cocaína injetável. 2001. Dissertação de mestrado do Programa de Pós graduação de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

DOMANICO, A. e MACRAE, E. J. B. N. Estratégias de redução da danos para uso de crack, *In* SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Panorama Atual de drogas e dependências. São Paulo: Ed. Atheneu; 2006.

DONEDA, D. e MARQUES, F. A Política Brasileira de Redução de Danos à Saúde pelo Uso Indevido de Drogas: Diretrizes e seus Desdobramentos nos Estados e Municípios. *In* BASTOS, F. I. e MESQUITA, F. (orgs). Troca de seringas: Drogas e aids. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

EMMANUELI, J.; DESENCLOS, J-C. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. France: Department Maladies Infectieuses, Institut de Ville Sanitaire; 2005.

ESCOHOTADO, A. Historia General de Las Drogas. Madri/Espanha: Espasa; 2000.

FLOM, P L. et al. Stigmatized drug use, sexual partner concurrency, and other sex risk network and behavior characteristics of 18- to 24- year- old youth in a high-risk neighborhood. New York: National Institute on drug abuse; 2001.

FONSECA, E. M. et al. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. Scielo Brazil, Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 4, 2006.

FRIAS, B. Excelência do SUS depende do cidadão. Jornal A Tarde, Bahia, 2006. Caderno do Consumidor, p.13.

GALDURÓZ, J. C. et al. I Levantamento domiciliar nacional o uso de drogas psicotrópicas - Parte A. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). UNIFESP; 2000.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS *In* PARKER, R. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA; 1997.

_____. A epidemia da AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Ed.: ABIA-EDITORA 34; 2000.

GLOBO, O – Aumenta em 37% o consumo de crack no Rio. Jornal O Globo , 26 de jun de 2006. Caderno cidades.

GOFFMAN, E. Estigma – Notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada. 4. Ed. Rio de Janeiro: LTC editora; 1988.

GOHN, M. G. Os sem-terra, ONGs e cidadania. 2ª Ed. São Paulo: Cortez; 2000.

GOHN, M. G. (org) Movimentos Sociais no início do século XXI Antigos e novos atores sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.

GOODMAN, D. Toronto crack users perspectives: inside, outside, upside down. Toronto: Wellesley central health Corporation; 2003.

GORDON, R. J.; LOWY, F. D. Bacterial infections in drug users. Massachusetts: The New England Journal of Medicine; 2005.

HAROCOPOS, A. et al. On the rocks – a follow-up study of crack users in London. London: Criminal policy research Unit South Bank University; 2003.

HATSUKAMI, D. K.; FISCHMAN, M. W. Crack cocaine and cocaine hydrochloride: are the differences myth or reality? JAMA, The Journal of the American Medical Association. USA, v 276 n19 p1580(9), 20 Nov 1996.

HOPE, V. D.; HICKMAN, M.; TILLING, K.. Capturing crack cocaine use: estimating the prevalence of crack cocaine use in London using capture-recapture with covariates, London: University of Bristol; 2005.

HURTADO, J. G., Cocaine, The Legend - About Coca and Cocaine. La Paz: International Coca Research Institute; 1995.

IGIA, Grup. et al. Contextos, sujeitos y drogas. Un manual sobre drogadependencias. Espanha: Grup Igia; 2000.

_____. _____. Gestionando las drogas - Conferencia de consenso sobre reduccion de danos relacionados con las drogas: cooperacion e interdisciplinaridad. Espanha: Grup Igia; 2001.

KALINA, E. Drogadição Hoje - Indivíduo , família e sociedade. Porto Alegre: Artes Médicas editora; 1999.

KARAM, M. L. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In SAMPAIO, C. M. A & CAMPOS, M. A. Drogas , Dignidade & Inclusão social. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2003.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo In LAURELL, A. C. (org) Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo. São Paulo: Editora Cortez; 1995.

LAURELL, A. C. et al (org.). Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo., 2 Ed. São Paulo: Cortez; 1997.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A construção do saber – Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Minas Gerais: Ed. UFMG, Artes Médicas; 1999.

LEITE, M. C. A história da cocaína In, ANDRADE, A. G. & LEITE, M. C. et alii. Cocaína e crack dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas do Sul;1999.

LIMA, H., et al. Manual de referência para atendimento integral a usuários de drogas vivendo com HIV/Aids. Acre: REARD/PRD-AC; 2005

LIMA, N.T. Saúde e democracia: história e perpectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

MACRAE, E.J.B.N. A abordagem etnográfica do uso de drogas *In* MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. Drogas e Aids estratégias de redução de danos. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994.

_____. Guiado pela Lua – Xamanismo e uso ritual da ayahuasca no culto do Santo Daime. São Paulo: Ed. Brasiliense; 1992.

_____. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. *In* TAVARES, L.A., ALMEIDA, A.R.B., Filho, A.N. (org) Drogas: clínica e cultura, Salvador: EDUFBA; 2004.

MACRAE, E. J. B.N. e SIMÕES, J. Rodas de Fumo – o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: EDUFBA; 2000.

MALVASI, P. A. Meninos do Morumbi – Eficácia simbólica e dilemas institucionais de uma Ong. 2004. Dissertação apresentada ao programa de

Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de São Paulo. São Paulo.

MARLATT, G. A. Redução de Danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas do Sul; 1999.

MASSIAH, E., et al. Stigma, discrimination, and Hiv/aids knowledge among physicians in Barbados. Scielo public health, Panamerica salud publica, Washington, v. 16, n. 6, 2004.

MCMAHON J.M., SIMM M., MILANO D., CLATTS M., Detection of hepatitis C virus in the nasal secretions of an intranasal Ann Clin Microbiol Antimicrob. New York, 7;3:6, May 2004.

MELCOP, A.G. e O'HARE, P. Álcool e Redução de Danos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.

MESQUITA, F. et al. Trends of hiv infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos, São Paulo, 2001.

_____. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil *In* MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. Drogas e Aids estratégias de redução de danos. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994.

_____. Dar oportunidades de vida aos usuários de drogas injetáveis - Polêmica Nacional *In* BASTOS, F.I. e MESQUITA, F. Troca de seringas drogas e aids: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

_____. AIDS na rota da cocaína - um conto santista. São Paulo: Editora Anita Garibaldi; 1992.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O., Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Scielo Brasil, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil: proposta de projeto de controle de DSTs e AIDS. Banco Mundial: missão de identificação e preparação. Brasília: Mimeo 1992.

_____. Secretaria de Política de Saúde. Levantamento Nacional sobre prevenção de dst/aids e de uso indevido de drogas em escolas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Projeto AJUDE- Brasil: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis de Redução de Danos (PRD) apoiados pela CN-DST/AIDS. Brasília, Série Avaliação, n. 6, 2001.

_____. Manual de Redução de Danos – Saúde e Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Secretaria de Política de Saúde. A contribuição dos estudos multicêntricos frente a epidemia de HIV/aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Relatório das ações de redução de danos com usuários de crack desenvolvidas em 2004 e planejamento de ações para 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

MORGAN, J.P.; ZIMMER, O. L., The Social Pharmacology of Smokeable Cocaine-Not All It Cracked Up To Be”. In Crack in America – Demon Drugs and Social Justice. Berkley: University of California Press; 1997.

NAPPO, S. A. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID; 2004.

_____, Baqueiros e Craqueiros: Um estudo etnográfico sobre consumo de cocaína na cidade de São Paulo. São Paulo: UNIFESP; 1996.

NAPPO, S. A. *et al.* Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. São Paulo: UNIFESP; 2001.

NEMES, M. I. B., et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para investigação em serviços de saúde no Brasil. São Paulo: USP; 2004.

NUÑEZ, M. E. O crack em Salvador. In SOS Crack prevenção e tratamento. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 1998.

O'HARE, P., Redução de danos: alguns princípios e prática In MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. Drogas e Aids estratégias de redução de danos. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994.

PEREIRA, P. A. P. et al (org.) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez e Rio de Janeiro: UERJ; 2001.

PERETTI-WATEL, P. Cannabis, ecstasy: du stigma au déni. L'Harmattan, 2005.

PÉREZ, G.C. Nuevas Estrategias de atención en Drogodependencias -La Reducción de Riesgos y Danos, Fono editorial Fundación Universitaria Luis Amigó; 2001.

PETERSON, J., et al. Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users. Scielo Brazil, Caderno Saúde Pública. Baltimore, vol. 22, n. 4, 2006.

PINTO, L. Pierre Bourdieu e a Teoria do Mundo Social. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2000.

RAMACHANDARAN, S. et al Inhalation of crack cocaine can mimic pulmonary embolism. Hospital of the university – clinic nuclear medicine. Pennsylvania, v. 29, 2004.

REALE, D. E. O caminho da Redução de Danos Associados ao uso de drogas: do Estigma a Solidariedade. 1997. Dissertação de mestrado do Programa de Pós graduação de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.

REGHELIN, E. M., Redução de danos: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2002.

REINERMAN, C.; e LEVINE, H. G. “Crack in Context-America’s Latest Demon Drug”; In Crack in America- Demon Drugs and Social Justice. Berkley: University of California Press; 1997.

ROGERS, S. J.; RUEFLI, T., Does harm reduction programming make a difference in the lives of highly marginalized, at-risk drug users? Harm Reduction Journal, New York, 2004.

SADER, E. Perspectiva: os porquês da desordem mundial – mestres explicam a globalização. Rio de Janeiro: Editora Record; 2005.

SALA, A.; NEMES, M. I.; COHEN, D. D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14 n. 4, p. 741-751,1998.

SALAZAR, A. R., et al. El estigma em la representacion socialde la lepra. Scielo public health. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4,1995.

SAMPAIO, C. M. Ane & CAMPOS, M. A. Drogas, Dignidade & Inclusão social. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2003.

SAULOY, M. e BONNIEC, Y LE, À qui profite la Cocaïne? Paris: Calman Levy; 1992.

SEIBEL, S. D. ; TOSCANO, A. Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.

SILVA, S. L., Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso de crack. 2000. Dissertação de mestrado em saúde pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.

SILVA, A. P., BLANCHETTE, T., PINHO, A. M. M. de et al. Prostitutes, victims of trafficking and moral panics: an analysis of how facts are produced in research regarding "trafficking of human beings". Cad. Pagu., no.25, p.153-184, jul./dic. 2005.

SILVEIRA, D. X.; JUNIOR, E. L.; RODRIGUES, L. R. Redução de danos no uso de maconha por dependentes de crack, In SOS crack prevenção e tratamento. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 1998.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F.G.. Panorama Atual de drogas e dependências. São Paulo: Ed. Atheneu; 2006.

SIMMS, I. et al. The re-emergence of syphilis in the united kingdom: the new epidemic phases. American sexually transmitted diseases association, London, 2005.

SOLANO, N. As Organizações Não-governamentais e a Coordenação Nacional de DST/Aids, In ABONG, Direitos Humanos, Cidadania e AIDS, São Paulo: Editora Autores Associados, Cadernos ABONG, n. 28; 2000.

SOUZA, C.T. de et al. The association of socioeconomic status and use of crack/cocaine with unprotected anal sex in a cohort of men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil. J. Acquir Immune Defic Syndr., Rio de Janeiro, v. 29(1), p 95-100, 2002.

TAVARES, L.A., ALMEIDA, A.R.B., Filho, A.N. (org) Drogas: clínica e cultura. Salvador: EDUFBA; 2004.

VASCONCELOS, M. D. Pierre Bourdieu: A herança sociológica. vol.23, n.78, p.77-87, abr. 2002.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa qualitativa em saúde – Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial; 2000.

VILLARINHO, L. Relatório final do projeto de redução de danos para crack. São Paulo; 2001.

VLAHOV, D.; CELETANO, D. Access to highly active antiretroviral therapy for injection drug users: adherence, resitance, and death in Baltimore. Scielo Brazil, Caderno Saúde Pública. Minas Gerais, vol. 22, n. 4, 2006.

WODAK, A. Redução de danos e troca de seringas *In* BASTOS, F.I. e MESQUITA, F. Troca de seringas drogas e aids: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

ZALUAR, A. Drogas e cidadania – Repressão ou redução de riscos. São Paulo: Editora Brasiliense;1994.

_____. Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

ZERO Hora, Pesquisa mostra novos riscos do uso de crack, *Jornal Zero Hora*, Rio Grande do Sul, 16 mai 2006.

Agência de notícias da aids. Disponível em:

<<http://www.agenciaaids.com.br>>. Acesso em 2004 a 2006.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

<<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>>. Acesso em 2004 a 2006.

Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior.

<<http://www.capes.gov.br>>. Acesso em 2004 a 2006.

Jornal Folha de São Paulo. <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em 2006.

Jornal O estado de São Paulo. <<http://www.estado.com.br/>>. Acesso em 2006.

Jornal O estado de São Paulo. <<http://www.diariopopular.com.br/>>. Acesso em 2006.

Jornal O estado de São Paulo. <<http://www.jt.com.br/>>. Acesso em 2006.

International Harm Reduction Association. <<http://www.ihra.net/>>. Acesso em 2004 a 2006.

Dicionário Michaelis. <http://www.michaelis.uol.com.br>>. Acesso em 2006.

Ministério da Saúde. <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 2004 a 2006.

[United States Agency for International Development](http://www.usaid.gov)

[\(USAID\)](http://www.usaid.gov). <<http://www.usaid.gov/>>. Acesso em 2004 a 2006.

Banco Mundial. <<http://www.obancomundial.org>>. Acesso em 2005.

Programa Nacional de Aids. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Acesso em: 2004 a 2006.

Revista Época. <<http://revistaepoca.globo.com/>>. Acesso em 2006.

Secretaria Nacional Antidrogas. Observatório Brasileiro de Informação sobre Drogas. <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em 2004 a 2006

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre os cinco projetos pilotos de redução de danos para usuários de crack existentes no Brasil.

Esta pesquisa faz parte da tese de doutorado intitulada “Craqueiros e cracados: Bem vindo ao mundo dos nórias.” Desenvolvida no programa de pós-graduação em ciências sociais na Universidade Federal da Bahia, sob orientação do Prof. Dr. Edward John Batista das Neves MacRae.

Sua participação consciente e voluntária neste estudo é fundamental, uma vez que um dos objetivos do nosso estudo é contribuir para o conhecimento das formas para desenvolver projetos de redução de danos para usuários de crack. Neste sentido, conhecer alguns aspectos da sua experiência é de extrema importância.

Ao aceitar participar desta pesquisa você deve fornecer alguns aspectos da sua vida profissional, através de uma entrevista que será gravada. A utilização do gravador tem por objetivo garantir a fidelidade das informações fornecidas por você.

Se você assim desejar, sua identidade não será revelada, e todas as informações fornecidas por você serão sigilosas. Utilizaremos nomes fictícios para todas as pessoas que forem citadas durante a entrevista, inclusive você, para garantir a confidencialidade, já que todas as informações que forem utilizadas no relatório final poderão se tornar públicas.

Você também pode interromper a entrevista a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal.

Durante a entrevista, caso você queira dar alguma informação a entrevistadora, mas não queira que esta informação seja gravada, basta solicitar que interromperemos a gravação.

Ao aceitar participar, você deve assinar este termo de consentimento juntamente com a entrevistadora, termo no qual você terá uma cópia.

Eu,, declaro que li/ouvi as considerações, exigências e objetivos deste estudo e concordo em fornecer as informações solicitadas através de uma entrevista que sra. gravada.

_____/_____/200_.

entrevistado

entrevistadora

Responsável pela entrevista
Andrea Domanico
Estrada de São Lázaro, Edifício Bosque de Ondina, 127 apto 802
Federação – Salvador - Bahia

Anexo 2

Roteiro de entrevista

DADOS DO PROJETO

1. Nome:
2. Data do primeiro financiamento:
3. Coordenador atual:
4. Membros d equipe:
5. Formação de cada um:
6. Nome do primeiro coordenador (a):
7. Outros coordenadores:

USUÁRIOS ATENDIDOS PELO PROJETO

1. Fale-me um pouco dele?
2. Que tipo de doença eles têm?
3. Eles procuram serviços de saúde? São atendidos?

O PROJETO EM SI

1. Quando surgiu o projeto?
2. Quantos financiamentos já tiveram?
3. Teve problemas para financiar o projeto?
4. Que tipos de financiamento já teve?
5. Teve algum problema que afetasse o desenvolvimento do projeto? Que tipo de problema?
6. A equipe é a mesma? Teve dificuldades com a equipe? Que tipo de dificuldades?
7. Teve outros problemas? De que tipo?
8. Como o projeto é desenvolvido?
9. Foi sempre desta maneira?
10. Que tipo de insumos vcs distribuem?

11. Como vocês pensam em dar continuidade ao projeto?
12. Como é trabalhar com estes usuários fora do campo, vocês fazem alguma reunião.
13. O que eles perguntam?
14. Você já viu cena de uso?
15. Qual o futuro da redução de danos para crack
16. Você acha que os PP podem ser referências para outros. O seu pode?
17. Há diferença entre homens e mulheres
18. Há diferença entre homens e adolescentes
19. Se você tivesse que pensar numa substituição o que você usaria?
20. O que mais podemos fazer do que distribuir insumos, documentos...
21. Qual a relação entre crack e aids?
22. Porque você decidiu trabalhar com RD
23. Qual o grande desafio da RD?

Anexo 3

Planilha de Monitoramento de Campo

PROJETOS CRACK

NOME DA INSTITUIÇÃO:

NOME DO PROJETO:

MUNICÍPIO:

1. Número de técnicos que atuam no projeto de crack:

- Vinculados ao Programa Municipal de DST/Aids
- Vinculados a outros programas. Qual(is)? _____
- Consultor contratado via projeto
- Voluntários
- Outros, descreva: _____

2. Número de redutores que atuam no projeto de crack:

- Remunerados
- Não Remunerados (voluntários)

3. Tipo de vinculação dos redutores de danos:

- contratados pelo Programa Municipal de Aids
- contratados através de Projeto financiado pelo Programa Estadual de Aids
- contratados através de Projeto financiado pelo PN DST/Aids
- contratados pela Atenção Básica
- outro tipo de vínculo, descreva:

4. A equipe foi capacitada para questões relacionadas a:

- Aids/DST?
Como?
- Hepatites?
Como?
- Saúde mental?
Como? _____
- Tuberculose?
Como?
- Outras? Quais? Hanseníase, Leptospirose.
Como?

5. A equipe do projeto está vacinada? (hepatite B, tétano, BCG)

- Sim, para: Hepatite B
 BCG
 tétano
- Sim, parte da equipe. Quem? _____
para: Hepatite B
 BCG
 tétano
- Não

Caso SIM, descreva a maneira como se deu a articulação para esta vacinação:

Quando o programa de redução de danos foi implantado, a coordenação do projeto entrou em contato com o setor de imunização da prefeitura, e um técnico responsável foi até a sede do Grupo Reviver para vacinar a equipe.

6. Existe alguma estratégia de vacinação oferecida para os usuários acessados pelo projeto?

- () Sim () hepatite B
 () BCG
 () tétano
- () Não

Caso SIM, descreva a maneira como se dá a articulação e encaminhamento para vacinação:

7. Qual a área de atuação do projeto (citar nomes)?

8. Faça a descrição da área geográfica de abrangência das ações do projeto (se é em área aberta: terreno baldio/mocó ou casa/moradia etc):

9. Descreva o perfil e a quantidade aproximada da população acessada. Descreva qualitativamente esses grupos populacionais, detalhando características deles (por sexo, orientação sexual, faixas etárias, profissionais do sexo, população geral, travestis, moradores de rua etc)

10. Descreva como faz o encaminhamento dos usuários acessados para serviços de saúde (por ex. hospitais, ambulatório de DST/Aids, UBS, etc)

11. Descreva a interlocução e parcerias com outros setores do governo (por ex. educação, justiça, assistência social).

12. Insumos: descrição da aquisição e disponibilização de:

A. Preservativo masculino	
Como adquire	
Como distribui	
B. Preservativo feminino	
Como adquire	
Como distribui	
C. Kit RD	
Como adquire	
Como distribui	
D. Cachimbo	
Como adquire	
Como distribui	

E. Piteira de silicone	
Como adquire	
Como distribui	

F. Protetor labial	
Como adquire	
Como distribui	

13. Relação com Coordenação Municipal e Coordenação Estadual de Aids. Coloque todos os pontos importantes - de insumos a apoio técnico das ações.

14. Descreve a relação com a Coordenação Estadual de Hepatites

15. O município dispõe de:

- Coordenação de saúde mental
- CAPS para transtornos mentais (CAPS I, CAPS II, CAPS III e/ou CAPSi)
- CAPS para álcool e drogas (CAPSad)
- Coordenação municipal de hepatites virais
- SAE
- CTA

Relação com a saúde mental:

16. O projeto mantém relação com a coordenação de saúde mental:

- não mantém
- mantém relação para o encaminhamento para os casos de transtorno mental
- mantém relação para o encaminhamento para os casos que procuram tratamento para o uso de álcool e outras drogas – CAPSad
- mantém relação com o hospital psiquiátrico para o envio da pessoa quando em crise em decorrência do transtorno mental e/ou por necessidade de desintoxicação
- mantém relação com o hospital geral para o envio da pessoa por necessidade de desintoxicação do álcool e outras drogas

17. O Projeto, nos casos onde a pessoa solicita ajuda para o tratamento do uso de álcool e outras drogas tem como parceiros:

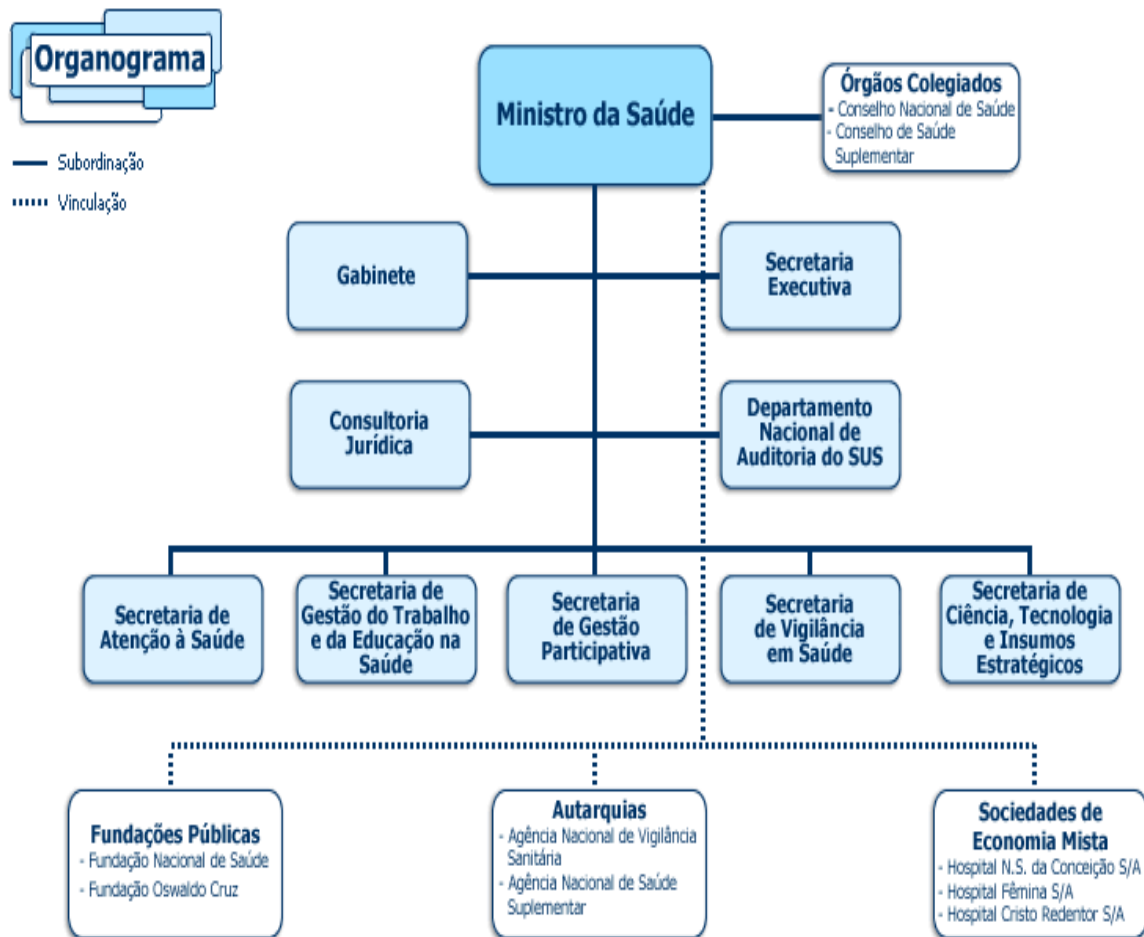
- hospitais psiquiátricos
- ONG que atuam no tratamento da dependência química
- CAPS ad
- outros, quais?

18. Indique a institucionalização das ações via PAM ou por meio de outro mecanismo. Colocar aqui como garante a continuidade das ações com o fim do financiamento do projeto. Se não consegue manter as ações, colocar aqui também.

19. Dificuldades. Colocar aqui aspectos financeiros, técnicos e políticos.

20. Faça considerações que achar pertinentes sobre o trabalho.

Anexo 4



Ministério da Saúde
 Esplanada dos Ministérios Bl. G
 CEP: 70.058-900 Brasília/DF - Brasil
 Telefone: (61) 315-2425