

GRUPO POPULAÇÕES ESPECÍFICAS DE MAIOR RISCO
PROFISSIONAIS DO SEXO

Quadro Demonstrativo dos Principais Produtos por Populações

A - Grupos populacionais de risco acrescido - Profissionais do sexo (PS)

Produto	Período: 1999	Cobertura	Período: 2000	Cobertura	Período: Jan/Mar de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001
Projetos de prevenção de DST/Aids e Uso Indevido de Drogas para Profissionais do Sexo_Travestis e Michês implantados	Apoio a 25 projetos	60.179 Profissionais do Sexo Perfil: AC-1, RO-1, PA-2, MS-1, GO-1, DF-2, MA-1, CE-2, PB-1, SE-1, BA-1, MG-2, RJ-3, SP-1, PR-1, SC-1, RS-3	Apoio a 54 projetos: 32 PS 9 Travestis 2 Michês 19 projetos aprovados em concorrência descentralizada	110.671 Profissionais do Sexo	Análise de 6 projetos: 4 de continuidade e 2 estratégicos Acompanhamento da etapa final do inquérito sorológico da Pesquisa de Efetividade Tramitação dos projetos de concorrência de ONG	170.671 pessoas direta e indireta/ 3.000 mulheres PS 9.603 PS total = 183.274 Profissionais do Sexo
Profissionais do Sexo tendo adotado práticas de sexo seguras como prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas	Definição dos critérios de fornecimento de preservativos femininos a 18 instituições que trabalham com Profissionais do Sexo		Apoio a 17 projetos	2.700 PS 244.800 preservativos (32.400/mês) femininos distribuídos para 17 projetos (com início em maio) 1.365.720 preservativos masculinos distribuídos	Acompanhamento de 2 Oficinas sobre uso de preservativo feminino para Profissionais do Sexo	4.650 PS 666.600 preservativos femininos distribuídos para 31 projetos
Fortalecimento de instituições (ONG e OGP) para o desenvolvimento de ações de prevenção dirigidas a Profissionais do Sexo, Travestis e Michês	1 Seminário Nacional sobre Prostituição, Saúde, Família e Segurança 1 Oficina de Capacitação para Agentes Multiplicadores	200 Profissionais do Sexo 24 Profissionais do Sexo capacitados	1 Encontro Nacional de Travestis e Liberados 3 Encontros realizados de Profissionais do Sexo	180 Travestis 700 Profissionais do Sexo		
Profissionais do Sexo informados sobre a prevenção as DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas	Elaboração e produção de materiais de IEC no âmbito dos projetos de intervenção				Encaminhamentos para: reedição de cartilha para Profissionais do Sexo e definição de folder para Travestis	20.000 exemplares 30.000 exemplares

Obs.: A partir de junho de 2001 serão definidas projeções da cobertura (com base populacional efetiva estimada) das ações desenvolvidas junto a esta população, a partir de pesquisa abrangente de avaliação, ora em curso.

O Contexto Atual

Diversas ações vêm sendo desenvolvidas junto a esta população, por parte de instituições públicas e privadas e grupos de defesa dos direitos humanos. Se, por um lado, essa multiplicidade de ações demonstra a vitalidade das iniciativas desenvolvidas, coloca para os profissionais envolvidos com o planejamento, coordenação e avaliação das ações preventivas, o desafio de compendiar e avaliá-las de forma sistemática. Encontra-se em fase final uma pesquisa sobre a efetividade das ações de prevenção dirigidas às Profissionais do Sexo em três Regiões brasileiras, a qual propiciará uma visão mais precisa e abrangente da situação atual desta população.

Constata-se ter havido, em anos recentes, ampliação do apoio por parte da CN-DST/Aids à execução de projetos dirigidos a esta população (atualmente 43), tendo sido superada a meta estabelecida para o ano de 2000 (de 36 projetos). As ações visando à prevenção das DST e HIV/aids vêm sendo priorizadas no conjunto de ações desenvolvidas pelas ONGs que trabalham com profissionais do sexo.

A atuação governamental vem sendo estimulada a partir de reuniões técnicas com estados e municípios e discussões no âmbito do grupo gestor. Verificou-se que 61 Coordenações municipais e 12 Coordenações estaduais incluíram no POA/2000 ações dirigidas a profissionais do sexo, de ambos os sexos - o que confirma o envolvimento do setor público em estratégias voltadas para essa população. Estas iniciativas, porém, ainda estão aquém da necessidade, visto que existem 165 municípios conveniados. As informações disponíveis demonstram ser esta população extremamente jovem, com poder aquisitivo e nível de escolaridade baixos, sendo freqüente o consumo de drogas, lícitas e ilícitas.

O consumo de drogas se inter-relaciona com as práticas dos profissionais do sexo de forma complexa. Por um lado, o consumo de álcool e drogas ilícitas funcionaria como um "amortecedor" das preocupações constantes de um cotidiano árduo e, freqüentemente, violento, por outro, este consumo inúmeras vezes ganha um caráter "aditivo" e com dinâmica própria, fazendo com que a/o profissional do sexo trabalhe, ao menos em parte, para financiar o hábito de consumir álcool e/ou drogas.

Um outro aspecto da questão é a prática do sexo comercial por parte de usuários de drogas sem experiência prévia de sexo comercial, enquanto uma estratégia, entre outras (como participação no tráfico, pequenos furtos etc.), de financiamento dos seus hábitos de consumo. As relações entre estes diferentes grupos e subgrupos, com práticas e atitudes diferenciadas, não são de modo algum simples ou, na maioria das vezes, harmônicas.

Diferentes estudos (quantitativos e qualitativos) informam sobre o consumo de drogas nesta população (BOX 1).

BOX 1

"Mulheres da Luz", um estudo etnográfico em São Paulo, por Selma Lima da Silva

"...O que se observa é que com o uso do crack a faixa etária de ingresso na prostituição diminuiu de 15 e 16 anos para 10 e 11 anos..."

"... a relação prostituição e drogas não se constitui em fenômeno recente, porém, com o advento do crack, ocorreu uma deterioração da qualidade de vida das mulheres que se tornaram consumidoras desta droga..."

"...as informações de campanhas de prevenção ou através de profissionais de saúde circulam de forma correta, muito embora, não se mostrem suficientes para a incorporação de hábitos preventivos..."

"...o uso do preservativo é facultativo, pois se [a trabalhadora do sexo] arruma um marido ou se o cliente for antigo deixam de usar... Se o uso do crack leva ao freqüente descuido no uso do preservativo aumentando a vulnerabilidade para as DST/Aids, cabe ressaltar que esta é uma prática que também ocorre no grupo de mulheres não usuárias..."

"The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil", por Szwarcwald e colaboradores. The International Journal of Drug Policy 9:427-436.

Seiscentas e noventa e sete trabalhadoras do sexo foram entrevistadas e testadas (para a infecção pelo HIV e outras DST), em Santos, SP. Nas análises univariadas, o 'uso de drogas injetáveis' e o 'uso de crack no mês anterior' se mostraram fortemente associados à infecção pelo HIV. A análise multivariada destacou como variável com maior capacidade preditora da infecção pelo HIV o uso de crack, sendo os demais fatores de risco: o [baixo] 'nível de escolaridade'; 'a prática de sexo anal com clientes'; 'o uso de drogas injetáveis'; 'a idade [precoce] da primeira relação sexual' e 'a idade [mais jovem].

Análises adicionais mostraram que as usuárias de crack tendem a usar mais freqüentemente outras drogas ilícitas simultaneamente, a concordar mais freqüentemente em ter sexo desprotegido e a auferir ganhos significativamente menores por encontros sexuais, se comparadas às trabalhadoras que não são usuárias de crack.

Em relação ao uso de preservativos, os diversos estudos desenvolvidos em diferentes regiões do País apontam, de forma bastante consistente, para um uso assistemático dos condons com clientes e um uso especialmente infreqüente, e preocupante, com parceiros estáveis (marido, namorado, amigo).

Diferentes estudos, como o de Lurie e colaboradores (AIDS 1995 9(suppl. 1):S31-37), mostram que os níveis de utilização sistemática de preservativos são substancialmente distintos nos diferentes estratos sociais (BOX 2).

BOX 2

O estudo de Lurie et al. entrevistou e testou (para diferentes DST) 600 trabalhadoras do sexo: 100 de status socioeconômico mais elevado e 100 de status socioeconômico mais baixo de cada uma de três cidades de São Paulo (São Paulo, Campinas e Santos).

Comparadas com as de status sócio-econômico mais elevado, as trabalhadoras do sexo com status sócio-econômico mais baixo

trabalharam mais horas por dia e referiram ter tido um maior número de clientes por dia. De um modo geral, 23% das mulheres disseram temer violências se insistissem com os clientes em usar preservativos e 74% relataram medos similares em relação a seus parceiros sexuais não-clientes.

As mulheres com status socioeconômico mais baixo estavam mais freqüentemente infectadas pelo HIV-1 do que aquelas com status socioeconômico mais elevado (17 versus 4%), sendo o mesmo observado para a sífilis (66 vs. 24%) e a hepatite B (52 vs.26%).

Mobilização social

Observa-se um maior número de projetos nas regiões Nordeste (34%) e Sudeste (25%), regiões onde se supõe existir uma maior concentração de associações de classe e/ou ONG que trabalham com profissionais do sexo.

Uma das ações a serem priorizadas é o fomento à organização dos profissionais do sexo, para que possam desenvolver ações em defesa dos seus direitos e promoção da cidadania, além de fortalecer o trabalho de prevenção às DST e ao HIV/aids, além de outras afecções prevalentes neste grupo (como problemas tocoginecológicos). A participação das ONG também vem se mostrando fundamental na interlocução com o conjunto dos movimentos sociais e as instituições públicas.

Acesso a serviços de saúde

Observa-se que, de um modo geral, os serviços de saúde não estão suficientemente preparados para oferecer atendimento integral aos profissionais do sexo, com um perfil mais favorável nos locais onde há vínculos mais estreitos com projetos de intervenção. O estudo de Peterson & Szterenfeld (Public Health 1992 106:217-223), mostrou que apenas 16% das trabalhadoras do sexo, atuantes no Rio de Janeiro, freqüentavam serviços públicos de saúde.

Estudos posteriores mostram um incremento substancial desses percentuais, ainda que persista a desconfiança mútua entre profissionais do sexo e serviços de saúde.

SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS JUNTO A ESTA POPULAÇÃO

Disponibilização do preservativo feminino

A boa receptividade ao preservativo feminino e a sua utilização consistente têm sido verificadas nessa população. Com o preservativo feminino, as profissionais do sexo passam a dispor de um recurso adicional, especialmente útil face às dificuldades de negociação com clientes resistentes à utilização do preservativo masculino, propiciando maior autonomia, no exercício da profissão de forma mais segura. Há relatos de situações onde a mulher utiliza o preservativo feminino, dispensando a argumentação e consentimento do parceiro. Vantagens adicionais referidas pelas profissionais do sexo quanto à utilização dos preservativos femininos (em relação aos preservativos masculinos) dizem respeito, também, ao seu emprego com clientes com problemas de ereção e nos períodos de menstruação.

A sensibilização ao uso sistemático dos preservativos femininos vem sendo desenvolvida por meio de oficinas, integrando nessas diferentes populações, resultando em um intercâmbio de

experiências e um melhor conhecimento das especificidades de cada população, com otimização das ações de campo.

Promoção de ações de redução de danos secundários ao uso indevido de drogas

Ações ligadas à redução de danos secundários ao uso de drogas injetáveis têm sido estimuladas junto aos projetos e implementadas à medida que estes mesmos identificam com mais clareza o consumo de drogas injetáveis entre a população atingida e se encorajam a incluir atividades de trocas de seringas/agulhas no trabalho de intervenção comportamental, a exemplo de projeto de uma ONG do Rio de Janeiro.

Há relatos de trabalhos pontuais, incluindo demandas específicas de determinados subgrupos dentre os trabalhadores do sexo, como no uso de silicone e hormônios injetáveis por parte de alguns travestis.

Ampliação das ações de prevenção com profissionais do sexo nos estados e municípios e articulação com ONG

Observa-se o crescimento de ações nos estados e municípios, voltadas a esta população. Existe uma necessidade de implementar ações junto a michês, bem como a continuidade de ações dirigidas às profissionais do sexo, dada a disparidade entre a cobertura atual das ações e a magnitude (estimada) desta população e a gravidade da epidemia em alguns de seus segmentos, como travestis e/ou profissionais do sexo de status sócioeconômico mais baixo.

Tabela 1 - Gastos dos OGP* (em R\$), nos anos de 1999, 2000 e 2001

Gastos dos OGP	1999	2000	% 2000/1999?	2001	% 2001/ 2000 ?
Profissionais masculinos do sexo	52.843,50	108.247,15	104,84%	79.170,00	26,86%
Profissionais femininos do sexo	237.821,39	676.219,63	184,34%	854.836,44	26,41%

* OGP - Órgãos Gestores do Programa

Incremento de investimentos, de um determinado ano, com relação a ano-base anterior

Importantes investimentos técnicos e financeiros estão sendo destinados ao incremento de ações em determinados municípios, com papel central na dinâmica regional da epidemia, visando à ampliação da abrangência.

Será desenvolvido, ainda, um estudo dirigido a homens que fazem sexo com homens, frequentadores de saunas, ampliando o acesso aos profissionais do sexo masculino e, em consequência, ampliando a vinculação destes homens às ONG e OG de referência para a implementação de ações de prevenção.

Principais Dificuldades e Avanços

1. Ampliação do número de projetos destinados à população de profissionais do sexo e conseqüente aumento da cobertura das ações. Houve avanços na realização da "Pesquisa de Efetividade das Ações de Prevenção", em três regiões brasileiras, no momento em curso, que subsidiará um melhor conhecimento da população e estratégias culturalmente apropriadas e permitirá a (re)definição de prioridades.
2. Carência de dados sobre o tema específico do uso de drogas entre profissionais do sexo.
 - Ampliação das discussões Drogas x Prostituição -> Vulnerabilidade; para uma melhor compreensão da realidade e das estratégias de redução de danos como parte das iniciativas de prevenção entre PS, michês e travestis.
 - Foram realizadas reuniões com lideranças de travestis com o debate acerca dos riscos de infecção na prática de injeção de silicone e das estratégias específicas de prevenção apropriadas para este segmento populacional.

Tais dificuldades vêm sendo revertidas através de iniciativas como a integração plena de ações de redução de danos secundários ao uso de drogas dirigidas a profissionais do sexo.

Outra iniciativa foi a integração de projetos dirigidos a profissionais do sexo e a usuários de drogas no que diz respeito às oficinas de sensibilização quanto ao uso de preservativos femininos.

3. Ampliação do apoio governamental para o desenvolvimento de projetos e ações de intervenção comportamental dirigidas a profissionais do sexo.

As coordenações estaduais e municipais têm falta de recursos humanos especializados para o manejo de populações sob risco acrescido, ou ainda, a indisponibilidade de trabalho em horário noturno dos seus quadros. Modificar

uma cultura institucional e o modelo assistencial não constitui tarefa fácil, porém tem sido possível incrementar esta participação com o estímulo a uma maior integração com as ONG e com o conjunto de ações de prevenção no âmbito dos POA locais.

Sustentabilidade

Atual - Os executores dos projetos de intervenção dirigidos aos profissionais do sexo são, em sua grande maioria, ONG (41 dos 44 projetos apoiados).

No ano de 2000, procedeu-se à descentralização das concorrências públicas no âmbito dos projetos de ONG, tendo sido aprovados 19 projetos referentes a esta população. Com isto, haverá um envolvimento maior por parte dos estados, pois os mesmos serão também responsáveis pelo monitoramento dessas ações.

Quanto aos projetos estratégicos e de continuidade, novos critérios de aprovação foram estabelecidos, incluindo a ampliação na contrapartida institucional das ONG, a maior participação das coordenações estaduais e municipais e metodologias inovadoras.

Aponta-se ainda a necessidade de reformular os processos de supervisão, que deverá ser implementada de forma descentralizada, porém integrada, capacitando as coordenações regionais a formular de modo balanceado os POA, com prioridade para as populações de risco acrescido, obedecendo ainda a critérios de sustentabilidade.

Integração com o SUS - Os relatos de coordenadores de projetos, profissionais de saúde sob supervisão e reuniões técnicas revelam que os profissionais do sexo são freqüentemente discriminados quando demandam os serviços do SUS. Observa-se um melhor acolhimento e um manejo mais adequado das especificidades destas populações onde existem projetos específicos em curso, pois estes projetos incluem no seu trabalho uma sensibilização dos profissionais dos serviços de saúde.

Sugestões

- Capacitar e repassar tecnologia a instituições para trabalharem com profissionais do sexo em locais onde há maior concentração destes/quadro epidêmico mais grave ou potencialmente mais grave, aumentando a cobertura dos projetos;
- Preparar os serviços do SUS para ampliar e melhorar o acolhimento de profissionais do sexo;
- Produzir materiais institucionais específicos para esta população;
- Apoiar iniciativas de estudos e pesquisas nesta população no contexto das DST/HIV/aids.

USUÁRIOS DE DROGAS (DE UM MODO GERAL) E USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS

Estimativa Populacional

São ainda raros os estudos de estimação do número de usuários de drogas a partir de técnicas estatísticas consagradas para este fim, como as técnicas de captura-recaptura e a utilização de modelos log-lineares. A bibliografia brasileira conta com um único trabalho publicado, referente a Porto Alegre, RS.

Por ora, estima-se, a partir de dados disponibilizados por outras pesquisas, como a desenvolvida junto aos "Conscritos do Exército" e a

"Pesquisa sobre Comportamento Sexual", desenvolvida pelo CEBRAP, que existam cerca de 800.000 usuários de drogas injetáveis (UDI) no País, com utilização desta via de consumo ao menos uma vez nos últimos 12 meses.

CASOS DE AIDS

Porcentagem de casos de aids pertencentes a esta categoria = 36.218 (dados preliminares até 02/09/2000), equivalentes a 18,5% do total.

Quadro 1 - Porcentagem de casos de AIDS pertencentes a esta categoria = 36.218 (dados preliminares até 02/09/2000), equivalentes a 18,5% do total

Produto	Período: 1999	Cobertura	Período: 2000	Cobertura	Período: Jan/Mar de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001	Principais resultados sobre HIV e DST
Capacitação de profissionais como agentes multiplicadores	25 projetos aprovados no segundo semestre (22 novos e 3 de continuidade).	Capacitação de 38.150 pessoas	30 projetos Monitoramento de 25 projetos e 05 novos projetos assinados	Acréscimo em 1.254 profissionais capacitadas 39.404 Profissionais Capacitados	Produto revisto, e ações incorporadas por estados, municípios e universidades Monitoramento dos 30 projetos	Manutenção da população estimada por ações diretas da CN	Prevalência AIDS/HIV X 100.000 (Taxa) n= 267 (52%) 5 sítios com variações de 20% a 78% Pesquisa Ajude Brasil I UFMG, 1998
Acesso a UDI por meio de ações de Redução de Danos	22 projetos de RD apoiados	11.245 UDI acessados 14.246 UD acessados 51 agentes atuando como redutores de danos 300.000 seringas e agulhas trocadas/distribuídas	49 projetos de RD PERFIL: Monitoramento e continuidade dos 22 projetos de 1999 Aprovação de 19 novos projetos (02 MG, 01 BA, 01 RS, 04 RJ, 04 SP, 03 SC, 04 PR.) Elaboração de 08 propostas de redução de danos em presídios:	31.450 UD/UDI acessados Custo médio por UDI/Ano em Julho/2000: US\$ 29	78 projetos/propostas em andamento PERFIL: 41 PRD/intervenção em 2000 06 propostas aprovadas em 2001 09 PRD/presídios em implantação 04 CTA iniciando ações de RD: 18 projetos aprovados em concorrência descentralizada (estimativa em 2.625 UD/UDI).	Estima-se um aumento de 10% na cobertura prevista no ano 2000 = 34.595 UDI acessados no ano 2001 Estimativa de áreas de abrangência = 240	Prevalência de Outras DST: HTLV I/II (13%) 5 sítios com variações de 2,6 a 27% Pesquisa Ajude Brasil I UFMG, 1998

Continua

	Áreas de abrangência = 128		Áreas de abrangência = 165			
Acesso a UD/UDI por ações diretas de Estados e Municípios	28 OGP com previsão orçamentária dirigida a UD/UDI	Sem estimativa	36 OGP com previsão para UDI 11 OGP com previsão para UD	Sem estimativa	38 OGP com previsão para UDI 02 OGP com previsão para UD	Sem estimativa
Implementação de ações de tratamento da dependência química	33 projetos aprovados – maioria integrados ao SUS 24 novos + 9 de continuidade <u>Estados de MT, SC, SP, PR, ES, AC, MG, PA, RJ</u>	17.330 UD acessados	26 projetos Continuidade dos 24 de 1999 e 2 novos projetos	Previsão de 15.170 UD-UDI e 2.588 familiares	Linha de investimento incorporada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.	Meta: implantação de CAPS/NAPS em municípios com mais de 600.000 habitantes para o tratamento de transtornos mentais e dependência química.
Realização de estudos e pesquisas para geração de linha de base	01 estudo epidemiológico em 05 sítios	Resultados disponíveis em relatório na CN	01 estudo epidemiológico em 06 sítios 03 estudos multicêntricos (Estudo com a OMS) em SP, RJ e BA	1.000 UDI 300 UDI por sítio	Resultados preliminares em relatório disponível na CN Resultados preliminares da BA referenciados no texto abaixo.	Não se aplica

Situação Atual

O uso compartilhado de equipamentos utilizados na auto-administração de drogas injetáveis - com o predomínio absoluto da cocaína injetável - é, direta ou indiretamente, responsável por cerca de 25% do total de casos de aids notificados até o momento. Além da infecção pelo HIV, as demais doenças de transmissão sanguínea são bastante prevalentes entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) brasileiros, com taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais, além de infecções particularmente comuns em determinadas regiões brasileiras, como a infecção pelo HTLVII, endêmica na Bahia, região nordeste do Brasil e mesmo surtos de malária transmitida por equipamentos de injeção.

Além da magnitude em si destas taxas de infecção, este fato representa um risco acrescido para infecções transmissíveis através do ato sexual desprotegido e, eventualmente, transmissíveis também verticalmente durante a gravidez/parto. Estudos empíricos vêm demonstrando que a maioria desses UDI é sexualmente ativa e que a frequência de uso sistemático de preservativos nesta população é extremamente baixa. Estas questões incidem no perfil epidemiológico, quando constatamos que 38,2% das mulheres com aids contraíram o vírus

compartilhando seringas ou através de parceria sexual com UDI, e 36% dos casos de aids pediátrica apontam um dos progenitores com UDI.

Os casos de aids entre UDI no Brasil obedecem, diferentemente do que ocorre com os casos incluídos nas demais categorias de exposição, um padrão geopolítico bastante definido, que não coincide com a tradicional concentração de casos de aids no conjunto das regiões metropolitanas, nas diferentes regiões. A ampla maioria dos casos de aids entre UDI vem sendo registrada nas regiões sudeste e sul, e porção sul da região Centro-Oeste, afetando expressivamente, nestas regiões, não só áreas metropolitanas como cidades de porte médio.

Ao longo do período compreendido entre a segunda metade da década de 80 e a primeira metade da década de 90, estes casos distribuíam-se preferencialmente ao longo de uma faixa que conecta a porção sul da região Centro-Oeste ao litoral do Estado de São Paulo (estado mais rico e industrializado da federação e que conta com o maior porto da América do Sul, Santos). Este município registrou, durante todo o período mencionado, as mais elevadas taxas de incidência acumulada de aids do

Brasil, com cerca de 50% do total de casos registrados entre os UDI. Esta faixa geográfica coincide, grosso modo, com as principais rotas de trânsito, comércio e exportação da cocaína no Brasil.

A segunda metade da década testemunha duas alterações muito relevantes neste cenário: a vigorosa expansão da epidemia de aids na direção do litoral sul do Brasil e o expressivo aumento no consumo de crack, inicialmente no Município de São Paulo e, posteriormente, em diversas cidades de porte médio de São Paulo, e daí para diversas regiões do País. Na frequência por município de residência, e percentual do total de casos (excluindo-se os ignorados) de subcategoria de exposição UDI, nos 100 municípios com maior número de casos desta subcategoria, 61 são do estado de São Paulo.

A dinâmica da epidemia na região litorânea sul e no extremo sul do País (próximo à região litorânea) vem sendo fortemente influenciada pela difusão do HIV/aids na população de UDI, com diversos municípios registrando mais de 60% do total de novos casos de aids em UDI. Municípios do litoral do Estado de Santa Catarina, como Itajaí, Camboriú e Balneário Camboriú figuram hoje entre os municípios brasileiros com as maiores incidências de aids de um modo geral, com participação central dos UDI nas dinâmicas regionais da epidemia.

Em suma, nos defrontamos no Brasil com um cenário complexo e em permanente mutação referente tanto ao tráfico quanto ao consumo de drogas. Este cenário repercute de forma importante na dinâmica da epidemia do HIV/aids, reclamando diversas alternativas preventivas, aplicáveis a contextos que variam de regiões com um uso incipiente de drogas injetáveis (ainda que de um consumo intenso de drogas ilícitas pelas demais vias) a regiões onde existem epidemias maduras de HIV/aids na população local de UDI (com taxas de infecção pelo HIV por vezes superiores a 60%).

A disseminação do HIV entre os usuários de drogas, seus parceiros sexuais e filhos constitui, sem dúvida, um dos mais sérios danos decorrentes do consumo de determinadas substâncias psicoativas. Portanto, as ações preventivas devem compreender as seguintes iniciativas: desestimular o consumo de drogas; desestimular a transição para vias mais graves e danosas de consumo; oferecer tratamento aos usuários de drogas (e, eventualmente, a seus familiares); evitar, por meio da disponibilização de equipamentos descartáveis de injeção, a infecção pelo

HIV e demais patógenos de transmissão sanguínea entre aqueles que não querem, não podem ou não conseguem parar de injetar drogas.

Portanto, qualquer estratégia de prevenção realmente eficaz do HIV/AIDS na população de usuários de drogas e de seus parceiros tem de incorporar não só medidas que reduzam os danos secundários ao consumo como, também, reduzam o próprio contingente de usuários de drogas injetáveis de uma dada comunidade.

As ações de prevenção primária, ainda que previstas no texto da legislação em vigor, vêm sendo implementadas no país de forma fragmentária. Ao longo das últimas décadas, as ações repressivas têm, inegavelmente, concentrado a maior parte dos escassos recursos destinados à política de drogas no país. Além disso, se comparadas às ações repressivas, as estratégias preventivas são bastante menos visíveis e seus resultados só podem ser evidenciados a longo prazo, e utilizando critérios cuja avaliação e mensuração é complexa. Não obstante, constituem a única forma de lidar com o eixo central de qualquer mercado - a demanda.

Alguns trabalhos vêm analisando de forma crítica as ações preventivas desenvolvidas entre nós, criticando, por exemplo, seu caráter amedrontador e a falta de precisão das informações veiculadas e a necessidade de desenvolver formas inovadoras de prevenção que ultrapassem os muros do sistema escolar e atinjam de fato as comunidades pobres e os menores em situação de rua.

Perfil do Uso de Drogas no Brasil

Na pesquisa "Levantamento Sobre o Uso de Drogas com Estudantes de 1º e 2º Grau em 10 Capitais Brasileiras" - realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) -, conclui-se que o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes da rede pública de ensino vem aumentando significativamente, ao longo do período que vai de 1987 a 1997.

Nesta pesquisa, observa-se o alarmante consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes de 10 a 18 anos, estando, em todos os anos pesquisados, acima de 65% o total de alunos que já experimentaram alguma bebida alcoólica. Em 1997, o estudo apontou que 51% dos alunos entre 10 e 12 anos já haviam feito uso de álcool e 30% já haviam se embriagado

com bebidas alcoólicas, sendo que o local relatado mais frequentemente como o de iniciação foi o ambiente familiar.

O consumo imoderado do álcool está associado a múltiplos danos, tais como: a) cerca de 61% de todos os acidentes de trânsito; b) 70% das mortes violentas; c) quarto lugar no grupo das doenças que mais incapacitam; d) sétimo lugar dentre as maiores causas de óbito, na população acima de 15 anos de idade; e) violência doméstica e comunitária.

Estima-se a existência de 16-20 milhões de brasileiros alcoólicos. Os efeitos do álcool sobre o comportamento sexual e, mais especificamente, sobre a adoção e manutenção de práticas seguras quanto aos riscos de infecção pelas DST/HIV-aids, são complexos, frequentemente associados a diferentes circunstâncias sociais, traços de personalidade e também ao consumo de outras substâncias, lícitas e ilícitas. A despeito dessas complexas inter-relações, o papel do álcool como facilitador de interações sexuais de risco não deve ser minimizado.

Em relação a outras drogas de consumo, ressalta-se o uso de solventes, maconha, ansiolíticos, anfetaminas e cocaína; sendo que as estudantes (do sexo feminino) relataram um maior consumo de anfetaminas e ansiolíticos. Comparando-se o aumento do consumo destas substâncias ao longo dos quatro levantamentos levados a cabo entre os estudantes, na categoria de uso "seis vezes ou mais no mês", observou-se aumento no consumo de 100% para os ansiolíticos; 150% para as anfetaminas; 325% para a maconha e 700% para a cocaína.

Estudos demográficos apontam para a crescente tendência de redução da faixa etária de início de vida sexual (em torno de 13 anos), refletida em altos índices de gravidez na adolescência, o que coincide com um início igualmente precoce do uso de bebidas alcoólicas. Recente pesquisa realizada na periferia de Caruaru (Pernambuco) confirmou esses dados ao revelar que: 27,6% dos entrevistados tiveram a primeira relação sexual antes dos 13 anos e 80,1% tiveram antes dos 17 anos. Tais índices coincidem com a idade média de início de consumo de bebidas alcoólicas, também extraídos da pesquisa supracitada: 32,2% começaram a beber antes dos 13 anos e 74,9% antes dos 17 anos.

Pesquisas recentes têm comprovado o quanto o usuário de drogas se expõe a riscos quando se relaciona sexualmente sob efeito de drogas, tais como a realizada no sistema penitenciário do Rio de Janeiro - DESIPE, em 1999. Neste estudo ficou evidenciado que 54% dos entrevistados usuários de drogas se relacionaram sexualmente com pessoas desconhecidas sob efeito de álcool e 45% se relacionaram sexualmente sob efeito de outras drogas.

Ações de Redução de Danos nos Três Níveis de Governo

De um modo geral, as ações de RD no Brasil expandiram-se francamente durante o ano 2000. No período de 1994 a 1998, dos 12 PRD em execução, 08 (67%) eram executados por OG (Organizações Governamentais), 03 (25%) por universidades e 01 (8%) por uma ONG. Já em 2000, dos 78 projetos ou propostas em andamento, 33 (42%) são executados por OG, 42 (54%) por ONG e 03 (4%) por universidades. Finalizamos o ano 2000 com 78 projetos de redução de danos, com o seguinte perfil dos executores: 32 OG (41%), 44 ONG (56%) e 02 universidades (3%).

Este panorama nos remete a um contexto onde a sociedade civil tem sido participativa e parceira dos estados e municípios, sobretudo em regiões onde, por questões de preconceito ou dificuldades políticas, as propostas de redução de danos necessitam de uma participação bastante ativa da sociedade civil para sua implantação.

De um modo geral, os insumos utilizados por estes programas tais como seringas, agulhas, caixas coletoras, preservativos e outros equipamentos para injeção não estão previstos nos recursos solicitados à CN.

Outro ponto crítico quanto à implantação e sustentabilidade das ações de RD é a remuneração dos agentes de saúde de campo ou redutores de danos, assim como a de consultores para supervisão, pesquisa e avaliação das ações de RD.

A visibilidade das ações de redução de danos por parte da sociedade civil nos meios de comunicação de massa, bem como a divulgação de experiências bem sucedidas pelos gestores que desenvolvem ações, permitiu a expansão para outras regiões, bem como a qualificação dos recursos por parte dos gestores para a implantação de ações municipalizadas.

TABELA 2 - ESTIMATIVA ORÇAMENTÁRIA DOS OGP, DIRIGIDOS A UDI E % DE CRESCIMENTO

População	GASTOS DOS OGP E % DE CRESCIMENTO				
	1999 (R\$)	2000 (R\$)	% de crescimento 1999/2000	2001 (R\$)	% de crescimento 2000/2001
UDI	390.868,11	612.544,11	56,71	1.556.464,46	154,1
Total de OGP apoiados pela CN	150	177		177	
N de OGP / UDI	28 (19%)	36 (20,3%)		38 (21,5 %)	

Atualmente, tem havido ampliação da discussão para inclusão de ações de prevenção, com ênfase naquelas dirigidas a populações de risco acrescido no Sistema Único de Saúde. A consultoria destinada a este fim tem planejado estes recursos desde a especificação de insumo de prevenção (que passa a ser entendida como um conjunto de materiais de suporte tais como preservativos masculinos, femininos, seringas, agulhas, gel lubrificante, etc), até a especificação dos procedimentos que gerarão recursos financeiros para a execução das ações de prevenção.

Este processo de qualificação das ações de prevenção tem colocado ao Ministério da Saúde um novo desafio, já que todos os procedimentos do SUS tem como base a série histórica de atendimento em serviços de saúde e estas ações deram visibilidade a populações historicamente excluídas do Sistema de Saúde.

As ações de redução de danos, desta forma, contribuem para a inclusão dos usuários de drogas na equidade do sistema, quando disponibiliza não apenas os equipamentos necessários a prática de sexo e droga seguros, mas os aproxima do acesso a bens e serviços.

Outros esforços têm sido feitos para a incorporação das ações de redução de danos no âmbito de outras ações abrangentes de saúde, como nos Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família (PACS/PSF), pois tais programas contam com o apoio direto dos municípios que os

implementam, mobilizando recursos próprios, e têm a saúde preventiva como meta e balizamento de suas iniciativas. O melhor exemplo neste sentido tem sido o PRD da Bahia, o qual vem expandindo suas ações junto aos PACS locais, promovendo a capacitação dos agentes e a elaboração de material específico, proporcionando, em contrapartida, retaguarda em termos de supervisão para as equipes de saúde, bem como a garantia de continuidade das ações de redução de danos.

Paralelamente, investimentos dirigidos a projetos de tratamento da dependência química vêm sendo incorporados pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde por meio da proposta de implantação de serviços em municípios com mais de 600.000 habitantes, segundo normatização já estabelecida pelo SUS para a área de transtornos mentais, fomentando serviços que preferencialmente ofereçam tratamento ambulatorial ou de centro-dia, promovendo, portanto, ações de redução de danos. Ainda sob esta ótica, outra contribuição observada se dá na medida em que a abstinência deixa de ser condição essencial para inclusão no tratamento, como alternativa às ofertas de tratamento existentes no País (entidades religiosas, de auto-ajuda, etc).

A organização da sociedade civil também merece ser destacada entre as ações bem sucedidas nos anos de 2000 e 2001. As duas associações nacionais vinculadas à redução de danos foram fortalecidas, do ponto de vista técnico e financeiro, pelo nível central, promovendo-se, por um lado, a visibilidade das propostas de redução de danos e, por outro,

contribuindo para que desta interação possam emergir propostas de controle social junto às diferentes instâncias decisórias e executivas.

Destaca-se ainda a implantação e o fortalecimento de 87 associações estaduais de redução de danos (RS(2), SC(1), SP(1), RJ(1), BA(1), MG(1) e PR(1)). Estas instâncias têm cumprido o papel de inserir o conceito de redução de danos entre as ONG que historicamente atuam como parceiras da CN e que, em grande medida, desconhecem o tema ou compartilham dos preconceitos inerentes à população em geral. Como exemplo, citamos a organização de uma mesa de representantes de usuários de drogas no "X Encontro de Pessoas Vivendo com AIDS", durante o Fórum Comunitário, organizado no Rio de Janeiro no final do ano de 2000, bem como a intensa participação destas associações e redes durante o Fórum 2000.

Efetividade das Ações de Redução de Danos

Pode-se medir a efetividade das ações de RD por meio, entre outras alternativas, da avaliação e mensuração do seu impacto econômico (economia para o SUS com a prevenção de novos casos de aids), bem como pelo aumento da abrangência dos projetos e maior acesso a UDI e suas redes de interação. No âmbito jurídico, a maior ou menor viabilização dos conceitos e práticas de RD vêm se traduzindo na aprovação de Leis Estaduais e Municipais relacionadas ao tema.

Cabe destacar que as ações de RD iniciaram-se tardiamente no Brasil, com as epidemias de HIV e hepatite C já "instaladas" entre UDI, fazendo com que nem sempre a efetividade das ações desenvolvidas se traduza em reversão, a curto prazo, das epidemias estabelecidas, com redução dos níveis de prevalência para as diferentes infecções e, idealmente, da(s) incidência(s) destas infecções (quando existem meios de mensurá-la(s)).

No entanto, dados interessantes vêm sendo levantados a partir da utilização de ensaios sensíveis/ menos sensíveis de testagem para o HIV (detuned assays) e da triangulação de diferentes métodos e indicadores biológicos. Estes novos trabalhos apontam para um declínio substancial da epidemia em diferentes localidades do Brasil, exemplificados no Box 3 que se segue, através de um trabalho desenvolvido no Rio de Janeiro.

BOX 3

Uma epidemia em declínio? Dados recentes sobre a difusão do HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis no Brasil

Francisco Inácio Bastos

Aspectos conceituais

O exemplo dos países desenvolvidos vem demonstrando claramente que não só é possível prevenir epidemias em determinados segmentos populacionais, mesmo em segmentos considerados, a princípio, como refratários à mudança comportamental, como os usuários de drogas injetáveis (UDI) (Des Jarlais et al., 1998a), como reverter epidemias "maduras"/estabelecidas (ainda uma vez o exemplo paradigmático é o sucesso das intervenções desenvolvidas entre UDI - Des Jarlais et al., 1998b; Des Jarlais et al., 2000a; Des Jarlais et al., 2000b).

O sucesso destas intervenções preventivas se prende, por um lado, a fenômenos de fácil compreensão (embora de difícil mensuração) como o aumento da oferta de seringas estéreis e a retirada de circulação de seringas passíveis de "infectar" os UDI que as reutilizam (Bastos & Strathdee, 2000), mas vão bem além disso, o que inclui desde efeitos indiretos das estratégias preventivas (por exemplo, cuidados médicos básicos dispensados pelos programas de troca de seringas - PTS -, com, conseqüente redução de taxas de infecção por outras infecções sexualmente transmissíveis que não o HIV/AIDS, que servem como cofatores na transmissão sexual do HIV - Bastos & Strathdee, 2000) a características complexas das redes de interação dos UDI e seus parceiros sexuais (Friedman et al., 2000), passando pela capacidade dos PTS de referir os UDI a programas de tratamento para o abuso de drogas, e com isso reduzir substancialmente ou mesmo eliminar as práticas de injeção (devido à abstinência do consumo de drogas ou a transição para padrões de consumo que não incluam as drogas injetáveis) (Strathdee et al., 1999).

Enfim, ainda que não seja possível por ora estabelecer precisamente o quanto cada um desses fatores (e outros, não mencionados aqui) vem contribuindo para a "prevenção" e/ou reversão de epidemias entre UDI (van Ameijden et al., 1994; van Ameijden et al., 1995), fato é que ambas ("prevenção" e reversão) são factíveis, uma vez que existam os recursos humanos, financeiros e técnicos necessários.

Achados empíricos

Os estudos desenvolvidos pelo nosso grupo de pesquisa, no Rio de Janeiro, vinham registrando até então prevalências pontuais para a infecção pelo HIV na população de UDI em torno de 27% (Telles et al., 1997; Guimarães et al., no prelo) e prevalências substancialmente mais elevadas (acima de 55%) para as hepatites B e C (Oliveira et al., 1999), nos sucessivos estudos seccionais que realizamos junto a esta população.

Para nossa surpresa, nos deparamos, no âmbito do estudo "OMS/WHO - II" de avaliação da prevalência e fatores de risco para o HIV e hepatites virais entre usuários de drogas, injetáveis e não-injetáveis (ainda em andamento), com uma prevalência pontual para a infecção pelo HIV de 8% (estando restritas, por ora, as análises aos usuários de drogas injetáveis), acompanhada de redução igualmente substancial das prevalências para as hepatites B e C (Bastos et al., 2001).

Os achados parecem consistentes com resultados anteriores, no sentido de uma epidemia em declínio nesta população, no Rio de Janeiro, como demonstramos no trabalho supra-citado (Bastos et al., 2001), através da triangulação de dados provenientes de diversas fontes, o que está descrito a seguir.

Em trabalho ainda inédito de nosso grupo (Guimarães et al., no prelo), no qual utilizamos o algoritmo de testagem sensível/menos sensível ou "detuned assays", não evidenciamos uma única infecção nova pelo HIV no conjunto de amostras referentes a projeto desenvolvido em 1994-6 junto à população de UDI ("Projeto Brasil", ver detalhes em Telles et al., 1997), estocadas em freezer a

-70o C. Em virtude do fato mesmo de não termos encontrado uma única infecção recente para o HIV nestas amostras, não nos deparamos com o problema habitual de estimativas desta natureza, os dilatados intervalos de confiança quando da estimação de incidência a partir de amostras pequenas. Repetiremos no projeto em curso (que já recrutou mais de 500 usuários de drogas injetáveis) o mesmo algoritmo de testagem, contando desta feita com uma amostra substancialmente maior, e, portanto, com a oportunidade de estimar a incidência da infecção pelo HIV nesta população com uma maior margem de certeza.

Igualmente, no âmbito de projeto anterior, desenvolvido exclusivamente em centros de tratamento para o abuso de drogas (Bastos et al., 2000), encontramos prevalências relativamente baixas para os diferentes patógenos de transmissão sexual e sanguínea avaliados, inclusive o HIV (0,9%), prevalências estas comparáveis aos dados disponíveis para a assim denominada "população geral" (com exceção da prevalência para o vírus da hepatite C - HCV -, substancialmente mais elevada no subgrupo de usuários e ex-usuários de drogas injetáveis, frente aos demais usuários de drogas avaliados e à população geral). Ainda que se tratando de uma amostra cujo processo de (auto-)seleção está sujeito a marcado viés - uma vez que congrega usuários que demandaram espontaneamente tratamento para um consumo de drogas que lhes pareceu abusivo, concordando em permanecer em listas de espera e, posteriormente, num árduo programa de tratamento, em regime de internação -, não deixa de ser animador constatar que usuários de drogas com um grau de abuso que justifica (aos seus olhos e aos olhos dos profissionais) uma internação prolongada não estejam mais freqüentemente sujeitos às diferentes infecções do que a população geral.

Comparando o estudo OMS/WHO - II ao projeto anterior desenvolvido em 1994/6 ("Projeto Brasil"), é possível verificar ainda que o declínio observado no projeto em curso quanto à prevalência da infecção pelo HIV se faz acompanhar de um declínio em tudo semelhante das taxas de infecção para os agentes das hepatites B e C (mais pronunciado quanto a esta última). Os valores encontrados no âmbito do projeto OMS/WHO - II foram de: 4,5%, 24,3% e 14,1%, para, respectivamente, a infecção aguda pelo HBV (vírus da hepatite B) (definida pela presença do marcador HBsAg);

qualquer marcador sorológico para o HBV (ou seja, infecção aguda, crônica ou passada para o HBV) e para a infecção pelo HCV. Já no projeto de 1994/6, estes valores foram de, respectivamente: 7,8%, 55,8% e 69,6%.

O declínio muito acentuado da prevalência para a infecção pelo HCV aparentemente acompanhou o declínio, igualmente expressivo, dos diferentes comportamentos de risco na esfera das práticas de injeção (por exemplo, redução do compartilhamento ou menor freqüência de injeção). Observou-se, ainda na esfera dos hábitos e comportamentos sexuais, um ligeiro incremento das práticas de sexo seguro, quando se compara o presente projeto ao projeto anterior (1994/6), embora esta mudança seja ainda pouco expressiva.

As razões subjacentes a esse declínio global das taxas de infecção parecem fruto, basicamente, da saturação desta população de dimensão relativamente reduzida, do declínio espontâneo dos comportamentos que põem estes indivíduos sob risco, e, possivelmente, da ação benéfica dos programas preventivos. O papel destes diferentes fatores deve ser cuidadosamente avaliado.

Cabe observar ainda que, em contraste com o recente aumento da incidência de aids nas cidades (especialmente litorâneas) do sul do Brasil, onde o papel dos UDI na epidemia regional é absolutamente central, municípios como Santos (SP) (o maior porto brasileiro), após experimentarem uma difusão explosiva do HIV/aids no começo da epidemia (anos 80), têm registrado nos últimos anos uma "desaceleração" do processo de difusão da epidemia de aids (expressa pelo registro de novos casos de aids), de um modo geral, e especificamente entre os UDI (Mesquita, 2000).

Tais achados sugerem que o Brasil está experimentando, cronologicamente, diferentes epidemias. Uma epidemia mais madura existiria, por exemplo, em Santos (e Baixada Santista), municípios nos quais a prevalência da infecção pelo HIV entre UDI, antes aparentemente "estabilizada" em níveis muito elevados de 50-60% (Carvalho et al., 1996), está, assim como no Rio de Janeiro, experimentando um declínio expressivo (Mesquita, 2000). Resultados similares foram ainda relatados em Salvador, Bahia, com um declínio igualmente expressivo das prevalências das infecções para o HIV e o HTLV - vírus causador da leucemia/linfoma das

células T e da paraparesia espástica tropical - em estudo recente (1999/2000), se comparado aos estudos anteriores (vide tabela no texto principal).

Nossa conclusão provisória é que em algumas regiões brasileiras (das quais Rio de Janeiro, Baixada Santista e Salvador constituiriam exemplos) existem hoje epidemias de HIV maduras em suas populações de UDI. Embora não nos seja possível por ora estabelecer relações de causalidade e precedência, fato é que nestas mesmas localidades foram implantados, com relativo sucesso, programas preventivos. O quanto das alterações observadas na dinâmica dessas epidemias é possível atribuir em cada região à saturação da população de UDI, à mudança espontânea de seus hábitos, a mudanças na "cena de uso", e o quanto à ação dos programas preventivos, cabe a nós responder.

Bibliografia:

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

Bastos FI, Lowndes CM, Derrico M et al. (2000). Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J STD AIDS* 11:383-392.

Bastos FI, Telles PR, Oliveira ML et al. (2001). Different findings point to a substantial decline of the AIDS epidemic among injection drug users (IDUs) in Rio de Janeiro (RJ), Brazil. XII Conf. Int. de Redução dos efeitos nocivos das drogas (harm reduction), New Delhi.

Carvalho HB, Mesquita F, Massad E et al. (1996). HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 12:84-92.

Des Jarlais DC, Choopanya K, Millson P et al. (1998a). The structure of stable seroprevalence HIV-1 epidemics among IDUs. In: Stimson G, Des Jarlais DC & Ball A (eds.). *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. Londres: UCL Press.

Des Jarlais DC, Perlis T, Friedman SR et al. (1998b). Declining seroprevalence in a very

large HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1991 to 1996. *Am J Public Health* 88:1801-6.

Des Jarlais DC, Perlis T, Friedman SR et al. (2000a). Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: injection drug users in New York City, 1990-1997. *Am J Public Health* 90:1112-6.

Des Jarlais DC, Marmor M, Friedmann P et al. (2000b). HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. *Am J Public Health* 90:352-9.

Friedman SR, Kottiri BJ, Neaigus A et al. (2000). Network-related mechanisms may help explain long-term HIV-1 seroprevalence levels that remain high but do not approach population-group saturation. *Am J Epidemiol* 152:913-22.

Guimarães ML, Bastos FI, Telles PR et al. (no prelo). Retroviruses infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City, Brazil: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-infection with HTLV. *J Clin Virol*

Mesquita FC (2000). Trabalho apresentado na Reunião do "WHO Multicentre Study Phase II Study", São Petesburgo, Federação Russa.

Oliveira ML, Bastos FI, Telles PR et al. (1999). Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. *Braz J Med Biol Res* 32:1107-14.

Strathdee SA, Celentano DD, Shah N et al. (1999). Needle-exchange attendance and health care utilization promote entry into detoxification. *J Urban Health* 76:448-60.

Telles PR, Bastos FI, Guldish J et al. (1997). Risk behaviors and HIV seroprevalence among IDUs in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS* 11(suppl. 1):S35-S44.

van Ameijden EJ, van den Hoek AR & Coutinho RA (1994). Injecting risk behavior among drug users in Amsterdam, 1986 to 1992, and its relationship to AIDS prevention programs.

Am J Public Health 84:275-81
van Ameijden EJ, Watters JK, van den Hoek JA & Coutinho RA (1995). Interventions among injecting drug users: do they work? *AIDS* 9(Suppl A):S75-84

Outros resultados podem ser extraídos dos estudos de linha-de-base (AJUDE I) e, posterior, reavaliação dos PRD (AJUDE II), este último ainda

em execução pela Universidade Federal de Minas Gerais, e dos Estudos Multicêntricos realizados em Salvador, BA:

LINHA DE BASE	FASE 1	FASE 2 (resultados parciais)
Projeto Ajude Brasil	<p>N = 280 UDI acessados em PRD</p> <p>Soroprevalência global para o HIV = 52,5 %</p> <p>Itajaí = 78,0% (n = 50)</p> <p>Porto Alegre = 48,5 % (n = 132)</p> <p>São José do Rio Preto = 64,4% (n = 45)</p> <p>São Paulo = 46,7 % (n = 15)</p> <p>Sorocaba = 21,1 % (n = 38)</p>	<p>N = 458 UDI acessados em PRD</p> <p>Soroprevalência global para o HIV = 41,5 %</p> <p>Itajaí = 40,0 % (n = 50)</p> <p>Porto Alegre = 77,1% (n = 130) São José do Rio Preto = 38,0 % (n = 79)</p> <p>Gravataí = 46,2 % (n = 39)</p> <p>Florianópolis = 31,7 % (n = 41)</p> <p>Salvador = 6,8% (n = 118)</p>
Estudo Multicêntrico	<p>Salvador – BA – 1996</p> <p>Soroprevalência para o HIV = 49,5 %</p> <p>Soroprevalência para o HTLV I/II = 35,0 %</p>	<p>Salvador – BA – 2001</p> <p>Soroprevalência para o HIV = 7,1 %</p> <p>Soroprevalência para o HTLV I/II = 5,1%</p>

Como se pode observar, há um importante decréscimo nas soroprevalências para o HIV e o HTLV em Salvador, cidade onde foi implantado o primeiro PRD do Brasil, no qual também vem sendo observada a entrada do crack em campos de atuação do projeto (acompanhada da menor frequência de injeções de cocaína ou mesmo da transição de vias no sentido do uso não-injetável) que tem buscado estratégias de ampliação junto a outros programas da saúde.

Em Porto Alegre, por outro lado, observa-se um aumento da soroprevalência para a infecção pelo HIV; sendo este o PRD que mais tem acessado novos UDI em todo o País, promove a redução de danos como uma política municipal e distribui em torno de 15.000 seringas/mês. As ações de RD foram, no entanto, iniciadas, em um momento posterior se comparado a Salvador. O município da região Sul no qual o acesso aos UDI vem sendo mais fácil e o recrutamento mais intenso é Gravataí. Neste município, o PRD, com 1 ano de existência, acessou 247 UDI e conta atualmente com 163 UDI vinculados, tendo distribuído 28.709 seringas e recolhido 17.262, não sendo relevante na região o consumo de crack.

É importante destacar os projetos realizados nas cidades do interior de São Paulo para a discussão de outros resultados de intervenções junto a esta população. Estas cidades são rotas conhecidas do tráfico de cocaína, proveniente dos Estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, e têm uma cultura popular de intenso consumo de álcool e drogas de um modo geral. Além disso, são cidades economicamente importantes no cenário do estado e do País, de densidade populacional expressiva, e locais nos quais os projetos de prevenção vêm sendo implantados com maior rapidez (frente à capital). Como exemplo, citamos a cidade de Campinas, cujo projeto foi iniciado há 3 meses e já conta com 21 UDI acessados e vinculados, com a distribuição de 630 seringas e o recolhimento de 261 destas.

SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS JUNTO A ESTA POPULAÇÃO

As seguintes linhas vêm sendo efetivamente implementadas:

AMPLIAÇÃO DE AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NO PAÍS

a) Elaboração de material de IEC (Informação, Educação e Comunicação)

Diferentes materiais têm sido produzidos, com a previsão do lançamento em "Seminário de Avaliação das Ações de RD", em São Paulo, em maio próximo, dos seguintes materiais: "Manual de Redução de Danos (Campo)", Folder, Cartaz, "Manual para o Tratamento do UDI HIV+", Vídeo de RD e 2 publicações contendo estudos e pesquisas desenvolvidos na área de drogas & aids.

Pretende-se com este material de suporte, sensibilizar parcerias para ampliação das ações de redução de danos (gestores, profissionais de saúde e diversas instituições de naturezas distintas), já que um argumento comumente utilizado para a não-realização tem sido o despreparo técnico.

O lançamento concomitante de todos estes materiais constitui uma oportunidade de difusão e intercâmbio de idéias e ações dirigidas à população de UDI. A articulação com a mídia permitirá melhor avaliar as possibilidades de uma campanha na grande mídia para essa população. Parte deste material também será enviado para parceiros da Coordenação na América Latina.

O apoio à sociedade civil organizada tem sido uma premissa no desenvolvimento das ações, tanto internamente (CN), enquanto discussão conjunta do trato às várias questões que envolvem ONG (aprovação de projetos, relatórios, poder decisório a partir do protagonismo e das demandas), como na execução propriamente dita, quanto ao destino paritário de recursos à OG e ONG (eventos, projetos, financiamento de cursos, participação em seminários, etc).

A discussão coletiva da prevenção vem contribuindo sensivelmente para articulações absolutamente imprescindíveis para o impacto na redução de HIV/aids em usuários de drogas injetáveis. Nos referimos a articulação de ações integradas e disponibilização dos insumos para qualquer população (profissionais do sexo, presidiários, etc) ,

isto é , o saber pode circular e a ação pode ser eficaz em qualquer contexto na trajetória de vida do usuário de droga injetável.

A distribuição do preservativo feminino junto a mulheres usuárias de drogas injetáveis e parceiras de usuários de drogas injetáveis têm superado a expectativa de aceitabilidade. Em 2000, 9 projetos de redução de danos recebiam este insumo, beneficiando 225 mulheres e a partir de 2001, 39 projetos, atingindo 8775 mulheres, representando um aumento de 433%.

O pronunciamento do Ministro da Justiça, em reunião junto a esta CN, manifestando-se favorável a redução de danos e a troca de seringas em presídios certamente possibilitará o avanço destas ações junto a população de encarcerados. Na pesquisa Ajude Brasil I, temos o dado de que cerca de 70% dos UDI já esteve detido pelo menos uma vez na vida.

A aprovação de 9 projetos de redução de danos em presídios representa o esforço que vem sendo empenhado nesta área, assim como a possibilidade de aproximarmos estas unidades de confinamento dos serviços de saúde, já que a estratégia a ser utilizada será a de criar um vínculo entre CTA e presídios para dar visibilidade ao uso de drogas na prisão.

b) Ações para o fortalecimento institucional dos executores de programas através de: assessoria/ consultoria técnicas, integração e otimização de subprojetos a partir de ações políticas e operacionais em nível local e oferecimento/viabilização de oportunidades de treinamento para executores de projetos (capacitações específicas, oferta de estágios e elaboração de material de IEC);

As experiências bem sucedidas nos Estados do RJ, RS, SC e PR, foram integradas aos planos estaduais, nas ações de capacitação. No RJ, a universidade executora absorveu tais ações como parte de sua linha de pesquisa e de extensão, promovendo capacitações locais em regiões desfavorecidas, com isso, fortalecendo as atuações de associações de moradores e lideranças comunitárias. Ao serem avaliadas as iniciativas desse PRD, foi apontada a necessidade de haver uma maior integração com as coordenações de DST locais e de implementar ações com maior abrangência, como no exemplo das rádios comunitárias.

No RS, os projetos de capacitação têm como principal executora a Escola de Saúde Pública do Estado, que mantém diversos núcleos de capacitação no estado, em parceria com centros universitários. Em SC, tais projetos vêm dirigindo seus esforços para a capacitação de profissionais da rede básica de saúde,

bem como ao fomento de projetos de redução de danos (atualmente SC conta com 07 PRD apoiados pela CN e 02 aprovados em concorrência descentralizada). No Paraná, as ações de capacitação foram dirigidas à implantação de PRD e à capacitação dos redutores de danos (esta Unidade da Federação conta atualmente com 08 projetos apoiados pela CN e 03 aprovados em concorrência descentralizada).

c) Apoio, implementação e supervisão de atividades dirigidas a UDI, promovendo a adoção de práticas sexuais e de injeção de drogas mais seguras;

Houve franca ampliação das ações de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas, sobretudo em estados da região Centro-Oeste e Norte, como podemos observar no perfil dos PRD.

NATUREZA DOS PRD	UNIDADES DA FEDERAÇÃO ABRANGIDAS
41 PRD/ intervenção apoiados diretamente pela CN (em 1999, projetos de continuidade e em 2000 projetos em implantação, de continuidade ou de expansão das ações)	SP = 10, RS = 07, PR = 07, RJ = 1, DF = 1, BA = 1, MT = 2, MG = 03, SC = 06, MS = 02 e PE = 1.
06 propostas aprovadas 2001 (ONG e Associações)	SP = 2, MS = 2, AC = 1 e PE = 1
09 PRD/presídios em implantação (08 em 2000 e 01 em 2001)	Maceió/AL, Campo Grande/MS; Salvador/BA, São José do Rio Preto/SP, Itajaí/SC, Porto Alegre/RS, Belo Horizonte/MG, Curitiba/PR e São Vicente/SP
04 CTA iniciando ações de RD (*)	Campo Grande/MS, Rio de Janeiro/RJ, Três Lagoas/MS, Caxias do Sul/RS
18 projetos para UD/UDI aprovados em concorrência descentralizada	07 SP, 01 RJ, 03 PR, 02 SC, 05 RS
Total = 78	Distribuição pelas UF: SP = 21, RS = 14, PR = 11, RJ = 3, DF = 1, BA = 2, MT = 02, MG = 04, SC = 09, MS = 07, PE = 02, AL = 1 e AC = 1

Obs: Informalmente, temos conhecimento de outros serviços específicos de HIV/aids (SAE, CTA) que estão sendo postos de troca de seringas através de iniciativas locais (Programa Municipal de DST/aids por exemplo), sendo que não dispomos deste quantitativo sistematizado.

Para a efetiva implementação destes projetos foram fomentadas pelas Coordenações Nacional e Locais as seguintes ações e iniciativas:

- Ações de apoio político para a articulação com segmentos da justiça, mídia, ação social e sociedade civil por meio de reuniões, elaboração de documentos e promoção de discussões do tema em fóruns pertinentes;
- Fortalecimento institucional dos executores por meio de assessorias e consultorias técnicas;
- Integração e otimização de subprojetos a partir de ações políticas e operacionais em nível local para o fortalecimento político das equipes;
- Oferecimento e viabilização de oportunidades de treinamento para os executores de projetos;
- Fortalecimento institucional das associações de redutores de danos;
- Produção de materiais institucionais, educativos e de informação em apoio às ações dos subprojetos;
- Apoio a projetos nacionais de RD dirigidos a executores nacionais e representantes da América Latina.

Importantes contatos foram estabelecidos com os países do Cone Sul para a elaboração de propostas de cooperação internacional na área de RD, sendo o Brasil o campo para estágio dos colegas estrangeiros e País proponente de estratégias de implantação dos programas de troca de seringas.

Ações de advocacy para a implantação de ações de RD como política oficial têm sido implantadas, tais como:

- Incorporação da proposta de redução de danos secundários ao uso de drogas como política oficial pela SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas);
- Aprovação de Leis Estaduais e Municipais e apoio para a elaboração de projetos de lei;
- Apresentação junto ao Senado das ações de RD buscando a reformulação/substituição da Lei de Entorpecentes em vigor no País desde 1976;
- Projeto de Lei Federal para RD, submetido em maio/2000 à Câmara dos Deputados e proposta em estudo no Ministério da Saúde para apresentação de projeto no executivo para a incorporação da RD na Lei 8080 (Lei que regulamenta o SUS);
- Defesa das propostas de RD no âmbito da Coordenação de Saúde Mental e sua incorporação metodológica em serviços de tratamento da dependência química vinculados ao SUS;
- Apoio à estruturação de serviços de saúde mental para a assistência da dependência química e acolhimento dos portadores do HIV usuários de drogas;
- Incorporação do tema RD pela COSAM (Coordenação de Saúde Mental);
- Implantação de serviços em municípios com mais de 600.000 habitantes para o tratamento de transtornos mentais e da dependência química.

d) Desenvolvimento de estudos de avaliação das linhas de ação dos subprojetos e apoio a estudos/pesquisas desenvolvidos no País, objetivando levantar a situação atual de uso/usuários de drogas injetáveis (UDI);

Continuidade dos estudos de base e multicêntricos (estes na fase de conclusão da primeira etapa), havendo necessidade de ampliar a utilização dos protocolos de testagem para o HIV "sensíveis/menos sensíveis" (detuned assays) a diferentes localidades do País, nos moldes da experiência desenvolvida no Rio de Janeiro.

Também se estuda a possibilidade de mensurar o número de UDI no Brasil através da utilização de diferentes técnicas estatísticas, possibilitando com isso uma estimativa de base populacional da cobertura dos programas.

Principais Dificuldades e Avanços

Avanços importantes:

- Maior disponibilidade de recursos para as ações de redução de danos;
- Maior integração com as demais áreas da saúde e sucomponentes;
- Busca efetiva de uma maior sustentabilidade das ações, independentemente de recursos da CN-DST/AIDS;
- Fortalecimento das ONG no sentido de serem reconhecidas (se assim o quiserem como prestadores de serviços de saúde, na medida em que a ação de prevenção é qualificada)
- Incorporação de metodologias de ONG/OG que atuam com outros segmentos populacionais, com uma história de iniciativas bem sucedidas;
- Inclusão das seringas e agulhas, gel lubrificante, aumento da disponibilização supervisionada de preservativos femininos, como insumos de prevenção, ao lado de insumos mais tradicionais, como os preservativos masculinos.

Principais dificuldades:

- Resistências políticas para a implantação de políticas de RD;
- Segmentos da sociedade civil que atuam no tratamento da dependência química, contrários à RD, ainda que este diálogo tenha melhorado sensivelmente nos últimos anos;
- Necessidade de intensificar as discussões com instâncias que trabalham com o uso de drogas e educação.
- Interface com outras populações (presidiários, profissionais do sexo, garimpeiros)

Como dificuldade central a ser enfrentada, destaca-se a ainda baixa cobertura das ações. A título de exemplo, cite-se o fato de apenas 20 dos 62 municípios com maior número de casos de aids pertencentes a esta categoria de exposição contarem com projetos de RD.

Diante desta defasagem entre necessidades e cobertura efetiva, a CN promoverá, por meio das associações locais de redutores de danos, a sensibilização dos gestores estaduais e municipais para a implantação de redução de danos nestes municípios.

No Estado de São Paulo, a Associação Paulista de Redutores de Danos (APRENDA), por meio de projeto aprovado em concorrência de ONG (ano 2000), vem executando projeto dirigido ao fortalecimento dos redutores de danos nos projetos em execução. A Coordenação Estadual de DST/aids, por seu turno, vem implementando ações em "cidades estratégicas", objetivando a implantação de ações de prevenção dirigidas a populações de risco acrescido, tendo como primeiro objetivo a implantação de um projeto na cidade de Araçatuba-SP (15º município do ranking dos municípios mais afetados pela epidemia no Brasil). Estas intervenções são executadas em parceria técnica e política com a CN.

Em Minas Gerais, por meio de projeto fruto de uma parceria entre a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) e uma ONG local, iniciou-se um projeto de implantação de ações de redução de danos voltados para os serviços do SUS (Rede de Assistência Básica) e presídios. Trata-se de

uma proposta integrada às Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde de Minas Gerais e Belo Horizonte, que, no momento, buscam sensibilizar os gestores de saúde em um estado historicamente conservador com relação às propostas de redução de danos.

Sustentabilidade

Esforços no sentido de integrar ações de prevenção a serviços de assistência têm sido feitos pela CN, privilegiando ações de prevenção em populações sob maior risco. A execução de projetos de RD junto a populações de risco acrescido (tais como profissionais do sexo) também é incentivada.

São necessários maiores esforços para garantir a continuidade e a participação de UDI ou ex-UDI como agentes de saúde. Diversas avaliações têm sido realizadas pela CN-DST/AIDS, buscando tanto implantar ações de RD em outras áreas da saúde quanto permitir um maior empowerment das ONGs ligadas a essa população.

Aponta-se, ainda, o papel central que o Brasil vem desempenhando junto aos países da América Latina, por seu conhecimento e experiência no desenvolvimento de estratégias de RD entre usuários de cocaína. Esta experiência tem incluído o estágio no Brasil de profissionais de diferentes países latino-americanos; articulações para a mudança de legislações locais; além de apoio direto para a obtenção de insumos e implantação de ações de intervenção por parte destes países. De um modo geral, é necessário incorporar as estratégias de RD no âmbito dos serviços de assistência, objetivando promover uma maior humanização destes serviços e sua necessária adaptação a populações historicamente excluídas e com difícil acesso à rede de saúde.

PRESÍDIOS (POPULAÇÃO CONFINADA ADULTA)

ESTIMATIVA POPULACIONAL: 216 MIL PESSOAS, SENDO APROXIMADAMENTE 206 MIL HOMENS E 10 MIL MULHERES.

(FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIA-SIPEN/MJ, JULHO 200)

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001
Sistemas prisionais apoiados na execução de projetos de prevenção que incluem treinamentos de funcionários e detentos, informação a visitantes e distribuição de insumos de prevenção	18 sistemas prisionais desenvolvendo projetos apoiados pela CN ou Coordenações Estaduais:	90.000 prisioneiros	20 sistemas prisionais desenvolvendo projetos apoiados pela CN ou Coordenações Estaduais	100.000 prisioneiros informados e recebendo materiais 30.000 tendo participado oficinas, atividades educativas e/ou intervenções comportamentais.	Coleta de dados sobre ações desenvolvidas nas penitenciárias do país, no contexto das DST/Aids, no ano 2000. 05 projetos aprovados por meio de concorrências descentralizadas	130.000 prisioneiros informados 10.500 prisioneiros acessados total = 140.500
					Reprodução de material educativo (cartilha), criado em oficina pedagógica por detentos do Estado de SP	tiragem prevista 50 mil
Serviços de aconselhamento, diagnóstico e assistência reforçando atendimento em sistemas penais	05 estados desenvolvendo atividades: SC, SP, MG, AM, PE.		09 estados desenvolvendo atividades, através de 10 projetos: SC, SP, MG, AM, PE, BA, MS, PR, RS.	10.000 prisioneiros	Proposta do Min. Saúde: Piso de Atenção Básica (PAB) para a assistência à saúde no Sistema Prisional.	Realização de Pesquisa Nacional Sentinela nos Presídios (testagem não vinculada), a partir do 2º semestre/01

Continua

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001
Preservativos distribuídos	Distribuídos nos 27 estados, quantitativo não acurado		Preservativos distribuídos em 2000: relação preservativo prisioneiro varia entre 0.5 (BA) e 3.8 (SP), por mês.	100 mil receberam preservativos		
Programas de orientação a visitantes íntimos implantados.	15 programas implantados (RS, SC, PR, SP, MS, MT, RJ, CE, MA, PA, PE, GO, MG, AC, DF)		19 programas implantados (RS, SC, PR, SP, MS, MT, RJ, CE, MA, PA, PE, GO, MG, AC, DF, AM, SE, PI, PB)	70.000 parceiros/as ou familiares de presos informados/a sb DST e AIDS e recebendo preservativos		Realização de uma Campanha Nacional de prevenção às DST/Aids, voltada para esta população específica
Cooperação e contrapartidas dos sistemas judiciais e penais reforçados por meio de ações políticas	Fórum "Aids em Prisões" Resolução 001/99 sb prevenção por ocasião de visitas íntimas – parceria com o Conselho Nacional de Política Penitenciária	500 profissionais	Implementação do Grupo Matricial com a presença do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do MJ,	Recomendações oficiais aos 27 estados Recomendação do DEPEN sobre o acompanhamento de presos HIV positivos em sistemas penais.	Definição de convênio entre o MS e MJ para atendimento de população prisional através do SUS (Sistema Único de Saúde)	

Situação Atual

Pesquisas sobre o sistema prisional indicam que mais da metade dos presos têm menos de trinta anos; 95% são provenientes das classes mais pobres, 95% são do sexo masculino, dois terços não completaram o primeiro grau e cerca de 12% são analfabetos ("O Brasil Atrás das Grades", Human Rights Watch, 1998).

A grave superlotação constitui talvez o problema fundamental, e crônico, que aflige o sistema penal brasileiro. Com 43,6% da população carcerária do País, São Paulo apresenta o pior déficit de vagas, em números absolutos, e a maior quantidade de condenados presos em delegacias.

Levantamento do Sistema de Informações Penitenciárias (SIPEN), realizado em janeiro de 2001, mostra que as celas de presídios têm, em média, 36% detentos a mais do que a sua capacidade. São Paulo, local onde este déficit chega a 25.978 vagas, tem 39% de presos a mais do que deveria comportar nas suas 74 penitenciárias estaduais, sem contar com os problemas da Casa de Detenção (o segundo maior presídio do mundo). A situação mais grave de superlotação, no entanto, é a do Maranhão: 3,2 presos por vaga. Sergipe tem um índice de 2,4 presos e Mato Grosso do Sul e Pernambuco, de 2 presos.

O amontoamento de presos não é exclusividade dos presídios. O referido levantamento mostra que 13 estados estão com os distritos policiais superlotados. Em SP, os DP contam com 33.891 presos em 17.464 vagas, numa proporção de quase 2:1. Os estabelecimentos penais com maior superlotação no Brasil são as delegacias de polícia. Ao invés de serem usadas para detenções de período curto, como deveria ser, as delegacias policiais em vários estados mantêm detentos por longos períodos de tempo, até mesmo anos. A polícia está a cargo de fração substancial da população carcerária. Nos casos extremos, de São Paulo e Minas Gerais, a polícia tornou-se, na prática, a autoridade prisional, suplementando e, efetivamente, substituindo o sistema penal convencional.

O Centro Brasileiro de Estudos e Pesquisas Judiciais (CEBEPJ), em pesquisa realizada em São Paulo e divulgada em março de 2001, revelou que é comum encontrar jovens de 20 anos acumulando penas em torno de 40 anos. Quase a metade dos delitos "contra o patrimônio" é cometida por jovens na faixa etária de 18 a 21 anos. Apenas 25% dos acusados de furto e 15% de roubo têm mais de 30 anos. Mais da metade dos acusados são reincidentes. Os homens respondem por 97% das ocorrências.

É inegável que a solução dos conflitos sociais não pode, como querem erradamente alguns, desembocar invariavelmente no encarceramento.

Nível Federal

O Brasil não possui, de fato, um sistema penal, mas sim muitos sistemas penais. Cada um dos governos estaduais, assim como o governo do Distrito Federal, administra um conjunto separado de estabelecimentos penais com uma estrutura organizacional distinta, polícias independentes e, em alguns casos, leis de execução penal suplementares.

O fato de existir uma autoridade estadual sobre os presídios não é sinônimo de que o governo federal esteja ausente dessa área. No âmbito do Ministério da Justiça operam duas agências federais voltadas para a política prisional: o Departamento Penitenciário e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Estas duas agências possuem áreas de interesses distintas: a primeira é primordialmente incumbida dos aspectos práticos (tais como o financiamento para a construção de novos presídios) enquanto a segunda tem seu foco na orientação intelectual das políticas. Uma contribuição importante do Conselho Nacional é a pesquisa e publicação do "Censo Penitenciário Nacional".

Atualmente, 20 projetos, apoiados diretamente pela CN, estão em execução nestes estabelecimentos. Estes projetos contemplam: os treinamentos para os funcionários do sistema prisional e detentos, a difusão de informações, a distribuição de preservativos, o aconselhamento e o reforço aos recursos assistenciais existentes nos sistemas prisionais. Quatro deles são de implantação ou ampliação de serviços médico-assistenciais em unidades prisionais.

Os executores desse conjunto de projetos são instituições e departamentos do Sistema de Segurança e Justiça (9), ONG (7), serviços universitários (3) e uma prefeitura (1). Os projetos executados pelas OG visam ao conjunto dos sistemas prisionais da unidade federada, enquanto os executados por ONG cumprem uma função mais especializada ou complementar (como no exemplo de um projeto voltado para mulheres nas filas de visitas íntimas), ou se destinam a grupos menores (como os detentos de determinadas delegacias ou cadeias públicas).

A distribuição regional dos projetos deste conjunto é relativamente equilibrada, com exceção da região Norte, que conta com um único projeto. Sete dos 20 projetos estão localizados na região Sul e 4 em cada uma das demais regiões. As Unidades da Federação com maior número de projetos desta natureza são: São Paulo, Santa Catarina (com 3 projetos cada) e Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Pernambuco (com 2 projetos cada). As demais unidades que contam com projetos destinados a detentos são: Acre, Paraíba, Bahia, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e Paraná (com um projeto cada). Em 8 (oito) estados as intervenções preventivo-assistenciais incorporam ações de redução de danos (RD) secundários ao uso de drogas injetáveis (AL, PE, MS, MG, SP, PR, SC, RS).

Níveis Estadual e Municipal

Vinte Coordenações Municipais e 11 Coordenações Estaduais incluíram nos seus POA ações com população confinada adulta, além de 05 projetos de ONG (01 em SP, 03 no RJ e 01 em SC), aprovados em concorrência descentralizada, que também atuam junto à população confinada.

Mobilização social

O Brasil tem a maior população carcerária da América Latina, operando o maior presídio individual da região. Com uma taxa aproximada de 124,8 presos por 100.000 habitantes, o Brasil encarcera menos pessoas per capita do que muitos outros países da região, embora a enorme extensão do seu território e magnitude da sua população geral determinem seu expressivo número absoluto de presos. Nos últimos 5 anos, houve um incremento substancial dessa população, com um crescimento de 34,4% da população carcerária para um aumento populacional estimado em 11,1%. Os presos são quase exclusivamente originários das classes mais pobres, sem educação e politicamente impotentes, à margem da sociedade.

Abusos dos direitos humanos ainda são frequentemente cometidos nos estabelecimentos prisionais e afetam milhares de pessoas. As ações da Coordenação Nacional de DST e Aids têm buscado enfrentar este desafio. Nas últimas concorrências de projetos da sociedade civil - no âmbito federal e também nas concorrências descentralizadas para os Estados - projetos de intervenção que contemplam a defesa dos direitos humanos e promoção da cidadania da população confinada foram considerados parcerias prioritárias.

Acesso a serviços de saúde

Como parte do seu objetivo na reabilitação e ressocialização, a Lei de Execução Penal (LEP) vigente no País determina que os presos tenham acesso a várias modalidades de assistência (inclusive médica, jurídica e do serviço social). Na prática nenhum desses benefícios é oferecido na dimensão contemplada pela lei, sequer a assistência médica - o mais básico e fundamental destes três serviços - é oferecida em níveis mínimos para a maior parte dos presos. Em vários estabelecimentos, médicos e enfermeiros qualificados são poucos e os medicamentos difíceis de serem obtidos.

Mulheres em vários estados enfrentam a discriminação quanto às visitas conjugais. Enquanto os presos (do sexo masculino) tendem a ter essas visitas garantidas, com pouco ou nenhum controle das autoridades estaduais, as presas algumas vezes têm as visitas negadas ou permitidas em condições extremamente restritivas. Além disso, apesar da Constituição de 1988 garantir às presas o direito de manter seus bebês consigo durante todo o período de lactação, presas em alguns estabelecimentos penitenciários perdem a guarda dos filhos imediatamente após darem à luz.

Os projetos de intervenção educativa e de promoção da assistência à saúde, apoiados pela Coordenação Nacional de DST e Aids fazem inobstante a necessidade de aumentar a abrangência, uma diferença significativa onde estão instalados. No presídio de Itajaí-SC, por exemplo, as ações para o desenvolvimento da "Redução de Danos", entre os UDI, vêm servindo para promover e melhorar as condições operacionais dos serviços de saúde do ambiente prisional. Em Pernambuco também, as articulações e os recursos investidos pela Coordenação Nacional, em parceria com o Ministério da Justiça e Secretaria Estadual de Justiça, resultaram na implantação de ambulatórios no presídio de Caruaru, qualificando e ampliando a assistência à saúde do detento. Um indicador da melhoria do acesso à saúde entre os prisioneiros é a garantia, como a todos os brasileiros, ao tratamento com os anti-retrovirais, que é disponibilizado, sem exceção. Este é, provavelmente, um aspecto singular de acesso do detento à cidadania.

Estudos de soroprevalência para o HIV e demais DST/infecções de transmissão sanguínea em população carcerária

O relatório da organização não-governamental Human Rights Watch, "O Brasil Após das Grades, 1998", afirma: várias doenças infecto-contagiosas tais como a tuberculose e a aids atingiram níveis epidêmicos entre a população carcerária brasileira. Descrevendo os presídios como "um território ideal para a transmissão do vírus HIV", a UNAIDS tem alertado continuamente as autoridades prisionais para a adoção de medidas preventivas que possam evitar maiores índices de contaminação pelo HIV e outros patógenos. Os níveis elevados de soroprevalência para a infecção pelo HIV encontrados nos presídios do Brasil corroboram este alerta da UNAIDS e lhe conferem um sentido de urgência.

No final de 1997, pesquisadores da Universidade de São Paulo, após coletarem dados por todo o País, estimaram que cerca de 20% da população carcerária do Brasil estava infectada pelo HIV. Ainda segundo essa revisão, as maiores taxas de infecção pelo HIV podiam ser encontradas nos presídios do sudeste do Brasil, o que inclui São Paulo e sua enorme população carcerária. Em alguns presídios de São Paulo, as taxas de prevalência pontual chegam a 30% para o HIV. Taxas substancialmente mais baixas foram encontradas no nordeste, da ordem de 2-3%.

Diversos fatores, tais como comportamentos sexuais de risco e uso compartilhado de drogas injetáveis contribuíram e contribuem para a atual situação da epidemia na população carcerária. Levantamento dos prontuários de 106 pacientes infectados pelo HIV da Central Médica Penal da Bahia, indica que 70% deles teriam contraído o HIV por meio do compartilhamento de seringas. Também em um presídio de Sorocaba (SP), onde foram examinados 1.060 homens, a prevalência da infecção pelo HIV foi de 12,5%. Neste estudo, os principais fatores de risco para a infecção foram: o uso de drogas injetáveis e as práticas sexuais com parceiros usuários de droga.

Dados sobre a Penitenciária Feminina do Espírito Santo indicam prevalências pontuais de 9,9% e 19,0% para o HIV e o HCV, respectivamente, entre 121 detentas. Já entre as 13 detentas que declararam fazer uso de drogas injetáveis essas prevalências foram de, respectivamente, 46,15% e 58,8%. As taxas de infecção para outras DST analisadas pelo estudo foram de: 15,7% para sífilis e 9,3% para o HPV.

No Rio de Janeiro (1998), o relato de uso de drogas injetáveis no período imediatamente anterior ao da prisão foi substancialmente mais baixo (3%) do que entre os detentos de São Paulo (18-24%), quadro em tudo semelhante ao encontrado entre os usuários de drogas entrevistados nas comunidades e centros de tratamento.

Síntese dos resultados das intervenções desenvolvidas junto a esta população

Visando garantir a continuidade das ações de prevenção para a população prisional, foram visitados, no ano de 1999, os seguintes estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Pernambuco e Bahia. Nestes estados foram realizadas audiências e reuniões com as principais autoridades das administrações prisionais e Secretarias Estaduais de Justiça e Saúde. Como consequência deste esforço, no final de 1999, foram apresentados 14 projetos à Coordenação Nacional para financiamento, além de 4 executados com recursos dos POA estaduais. Estes projetos resultam de parcerias entre diferentes instituições e têm como eixos de atuação a descentralização e a sustentabilidade. Em 2000, o número de projetos ampliou-se para 20.

O Grupo Matricial para Presídios (constituído por responsáveis das áreas de Prevenção, Direitos Humanos, Assistência e Drogas & Aids da CN DST/Aids e por representantes do UNDCP e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciárias do Ministério da Justiça - CNPCP), reuniu-se cinco vezes durante o ano de 1999. Nestes fóruns foi delineada a realização de um seminário dirigido a autoridades dos sistemas penais e de saúde, efetivamente realizado em dezembro de 1999, com o objetivo de integrar e promover a sustentabilidade de programas estaduais de prevenção às DST/aids e uso indevido de drogas entre populações prisionais. Deste fórum participaram autoridades responsáveis pelo sistema prisional e representantes das coordenações estaduais de DST e aids de todos os estados brasileiros.

Durante o evento foram analisados os principais problemas enfrentados pelo sistema prisional em relação às DST, à aids e à prevenção ao uso indevido de drogas, além de terem sido discutidas experiências bem sucedidas visando à prevenção. Como resultado, foram elaboradas recomendações técnicas e propostas iniciativas no sentido de uma melhor integração entre os sistemas de saúde e prisionais locais. Do ponto de vista da ação imediata, 10 subprojetos em 6 diferentes estados brasileiros foram iniciados.

Em 2001, as articulações com a Secretaria Nacional de Justiça foram retomadas com maior ênfase. Nesse processo, o Ministério da Justiça foi envolvido mais diretamente, através do encaminhamento de consulta feita pela CN-DST/AIDS a todas as Secretarias Estaduais de Justiça, visando coletar dados relativos às ações desenvolvidas nos presídios, em nível estadual, no contexto das DST/aids.

Esta articulação interministerial prevê também a celebração de convênio entre o MJ e o MS para assistência à saúde dos detentos através do SUS. A definição de um Piso de Assistência Básica para os Presídios (PAB-Presídios) prevê o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais. Isso garantirá a implantação de equipes de saúde nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF), para atuação nas diferentes penitenciárias do País, processo que já está em andamento.

Principais Dificuldades e Avanços

É relevante o trabalho de advocacia e de normatização desenvolvido junto ao Ministério da Justiça para estimular a resposta dos próprios sistemas prisionais às questões da saúde e junto ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária para regulamentação de questões diversas tais como: visitas íntimas, assistência médica a detentos e financiamento pelo SUS de procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários a essa assistência quando prestada nos sistemas prisionais.

É preciso atuar de forma integrada nos planos executivo, legislativo e judiciário, a médio e longo prazo. A questão mais urgente é a redução do contingente da população carcerária, sem renunciar, contudo, à punição dos que cometem atos ilícitos. Para tanto, é preciso discriminar certas condutas (como no caso dos usuários de drogas) e, principalmente, ampliar as penas alternativas. Enquanto nos EUA e na Europa, estas penas são aplicadas em 30-40% das condenações, no Brasil não chegam a 3%, aí incluídos os casos de suspensão de pena. É urgente, portanto, alterar a lei. Hoje apenas réus primários condenados a penas não superiores a quatro anos de detenção podem se beneficiar da sanção alternativa, o que significa, no máximo, 10% dos casos.

Outro ponto importante diz respeito ao regime de progressão da pena. Hoje superlotam os presídios muitos detentos que não recebem os benefícios previstos em lei: é fundamental que a progressão torne-se a regra, não a exceção.

A ausência ou insuficiência de materiais de IEC dirigidos a populações analfabetas (no que nos diz respeito, relacionado às DST/HIV-aids) constitui outra das dificuldades de que se ressentem os executores dos projetos dirigidos às populações dos nossos presídios.

São imensas as dificuldades por enfrentar e os avanços ainda incipientes, mas não se pode descartar a importância dos projetos em execução, que demonstram possibilidade de interferência positiva em um contexto sabidamente adverso, mesmo em presídios desprovidos de estrutura física adequada e recursos humanos suficientes.

Sustentabilidade

As análises mais isentas de diversos especialistas em sistema prisional atestam a falência do sistema prisional brasileiro. A situação não se reflete apenas nas condições subumanas em que vivem os presos. O regime atroz a que estão submetidos implica a renúncia à idéia de recuperação. O detento não apenas não se ressocializa como ainda encontra condições de progredir no crime a partir do momento em que é preso.

O percentual de reincidência entre os egressos do sistema prisional nacional segue aumentando. Em São Paulo, ele é superior a 80%.

É importante registrar também estatísticas que transmitem esperança. Em SP, por exemplo, um projeto cooperativo entre a Secretaria de Administração Penitenciária e a FUNAP (Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso) logrou obter o respeitável índice de 50,45% de presos com trabalho efetivo nas prisões, 17,3% deles envolvidos em estudos regulares. Os esforços de promoção da saúde sexual e reprodutiva e a prevenção das DST/aids devem, progressivamente, se integrar a essas estruturas regulares do sistema prisional na perspectiva de investir na sustentabilidade das ações.

Avaliamos, por fim, que a implementação do PAB-Presídios (Piso de Assistência Básica), referido anteriormente, constitui condição *sine qua non* para elevar a níveis humanamente aceitáveis as condições de assistência à saúde do detento por parte do estado brasileiro e base indispensável para conferir reais perspectivas de sustentabilidade aos projetos de prevenção e assistência às DST/aids em presídios.

HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH)

Tamanho estimado da população: as estimativas disponíveis se reportam ao único estudo sobre comportamento sexual de abrangência nacional. O referido trabalho, de Elza Berquó, estima em 2,5% da população brasileira (aproximadamente 1,3 milhão

de pessoas) o número de homens que referem relações com homens nos últimos 5 anos; e em 17,7% (cerca de 8,5 milhões de pessoas) a porcentagem de homens que referem orientação homo/bissexual.

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	2001 (Jan/Mar)	Cobertura (estimada para 2001)	Principais Resultados HIV e DST
Apoio às ações, eventos e projetos de prevenção executadas pelas organizações da sociedade civil	16 projetos	133.892	21 projetos 4 eventos regionais e nacionais apoiados	167.365 156.400 pessoas	36 projetos 3 eventos regionais e nacionais apoiados	292.899 275.000	<p>Abrangência: 399.550</p> <p>Taxa de Prevalência HIV/Aids: 10,8% (n = 1082) e 9,4% (n=570) (Coortes de SP e MG-1999)</p> <p>Casos de Aids Homo e Bissexuais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 54.777 (1980-2000) casos registrados, representando 26,9% do total de 203.353 notificações 1.872 (2000) casos registrados, representando 21,8% do total de 8.596 notificações no período Total de óbitos (1980-2000) no período: 77.173 <p>Prevalência Outras DST: 29,7% para Hepatite B (n = 1080) coorte HSH/SP</p> <p>Projetos Apoiados: 16 projetos em 1999 21 projetos em 2000 36 projetos 2001</p>
Fortalecimento do movimento homossexual por meio da capacitação de lideranças em ativismo e prevenção das DST/Aids			4 Centros de Capacitação implementados	40 ONG 80 lideranças HSH	6 Centros de Capacitação implementados (até junho 2001)	60 ONG 120 lideranças HSH	
Produção de material informativo			Catálogo sobre Homossexualidade e Aids no Brasil	1.000 ONG/Aids e Grupos Homossexuais	Produção de manual, folder e cartaz (até setembro 2001)	1.000.000	

Situação Atual

As taxas de infecção pelo HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) ainda são, neste início da terceira década da epidemia, substancialmente mais elevadas do que na população dita geral. Ainda que tenha ocorrido certa "saturação" da epidemia nesta população, às custas de inúmeras mortes ao longo das duas primeiras décadas da epidemia, o número de pessoas vivendo com HIV/aids pertencentes a este estrato populacional ainda é expressivo, inclusive em termos de casos novos.

No total de casos acumulados no período 1980-2000, os homo e bissexuais masculinos respondem por mais de um quarto de todos os casos de aids notificados no período. Em relação ao ano de 2000, esta mesma proporção se reduz, embora se mantenha expressiva - o equivalente a 20% do total de novos casos.

Para além das análises relativas a casos de aids (onde existe uma defasagem temporal, por sinal crescente, entre novas infecções e registro de casos de, no mínimo, 8 anos), parece estar ocorrendo, no Brasil, um fenômeno semelhante ao observado nos EUA, onde vem sendo observado um recrudescimento da infecção pelo HIV em jovens homossexuais.

Embora possuam uma casuística relativamente pequena e estejam sujeitos a vícios de seleção evidentes (uma vez que selecionam homens mais preocupados com a sua saúde), os estudos longitudinais (coortes), que têm sido desenvolvidos nas capitais dos Estados de São Paulo ("Projeto Bela Vista"), Rio de Janeiro ("Projeto Praça Onze" e "Projeto Rio") e Minas Gerais ("Projeto Horizonte"), desde o ano de 1994, com este grupo populacional, identificaram que os casos de soroconversão para o HIV localizavam-se preferencialmente entre os voluntários mais jovens, de menor escolaridade e menor renda, o que vai ao encontro das tendências nacionais da epidemia de aids.

Os relatórios preliminares dos estudos de São Paulo e Belo Horizonte apontam para prevalências para a infecção pelo HIV em torno de 10,8% (N=1082) e 9,4% (N=570), quando da entrevista de recrutamento, respectivamente (cabendo observar que se trata de coortes de soronegativos, ou seja, só aqueles que não se mostram infectados no momento do recrutamento são incluídos no estudo propriamente dito). O objetivo principal desses estudos é a determinação da incidência de HIV nesta população, sendo que, em São Paulo, a densidade de incidência observada foi de 1,51 por 100 pessoas/ano.

A pesquisa sobre "Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções Sobre HIV e Aids" (CEBRAP, 1999) indica que 2,5% dos indivíduos do sexo masculino entrevistados informam que, nos últimos cinco anos, tiveram relações sexuais com homens ou com homens e mulheres. Expandindo (com as devidas ressalvas) o dado para a população brasileira, encontramos um total de 1.342.509 indivíduos. Já entre os homens que referem preferir se relacionar com homens/e mulheres, no momento da entrevista, encontramos um percentual de 15,7%, o que, expandindo para a população brasileira, totalizaria 8.430.954 pessoas.

Embora estas sejam cifras consideráveis, grande parte dos grupos homossexuais no Brasil, ao planejar suas ações, utilizam como linha-de-base os dados do

"Relatório Kinsey" (na verdade, conduzido em outro contexto, o dos EUA), que estima em 10% a porcentagem de pessoas que sentem prazer sexual com pessoas do mesmo sexo, de forma preponderante.

Em que pese a insuficiência de informações, os dados disponíveis parecem não sensibilizar, de fato, os gestores em nível municipal e estadual. Com algumas exceções, os grupos homossexuais têm enfrentado dificuldades para verem seus projetos aprovados ou suas parcerias consolidadas no âmbito local, aparecendo a Coordenação Nacional, em muitos casos, como a única instância com possibilidades para articular os esforços de prevenção direcionados a este segmento da população. Assim, grande parte das ações de prevenção, voltadas para este grupo, ainda está sob a responsabilidade dos grupos da sociedade civil organizada. As ONG/aids e os grupos homossexuais têm sido os atores principais das ações de intervenção comportamental e mesmo de proposição de políticas públicas específicas para homens que fazem sexo com homens. Embora este protagonismo seja fomentado pela Coordenação Nacional como um princípio norteador das ações de prevenção, em muitas localidades tem se traduzido em um isolamento das organizações da sociedade civil e das lideranças homossexuais, devido à falta de apoio das instâncias governamentais locais.

Como os grupos homossexuais ou organizações da sociedade civil no Brasil ainda têm uma atuação limitada em relação aos trabalhos de intervenção comportamental, possuindo também características organizacionais que as impedem de desenvolver trabalhos de maior abrangência, a cobertura efetiva deste segmento da população ainda é um desafio a ser enfrentado. Enquanto estados e municípios não reforçarem como uma de suas prioridades para as ações de prevenção das DST/HIV/aids, o trabalho com os segmentos da população com práticas de risco acrescido - como é o caso dos homens que fazem sexo com homens - dificilmente teremos maior impacto em relação ao número de pessoas abrangidas e sensibilizadas por meio das intervenções educativas ou de campanhas de informação.

Visando garantir que a resposta governamental à epidemia pelo HIV/aids junto ao segmento homossexual masculino da população seja efetivamente articulada com outras instâncias governamentais, bem como com setores da sociedade civil organizada ligados à comunidade homossexual, a Coordenação Nacional vem implementando estratégias voltadas para a ampliação da cobertura

das ações dirigidas aos homens que fazem sexo com homens e, ao mesmo tempo, para fortalecer o protagonismo social dos sujeitos de intervenções educativas realizadas, como veremos a seguir.

Síntese dos resultados das intervenções desenvolvidas junto a esta população

1. Apoio a projetos de capacitação de lideranças e grupos homossexuais

Na primeira fase do "Projeto Somos", implantada em 1999, e concluída no início de 2001, 40 grupos novos ou incipientes (não consolidados) foram fortalecidos em todo o País, ultrapassando a expectativa inicial de capacitar 6 lideranças por região geográfica de abrangência dos 4 Centros Regionais de Capacitação e Assessoria (Salvador/BA, Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP e Curitiba/PR) implantados. No período de 1999-2000, tais Centros Regionais identificaram e fortaleceram ações de 80 lideranças homossexuais dos Estados de Pernambuco, Natal, Bahia, Alagoas e Sergipe, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina. No final do ano 2000, foram realizadas quatro oficinas para avaliação de cada um dos Centros Regionais de Capacitação e o comparecimento de todos os grupos treinados indica a permanência das ações do projeto ao longo de um ano.

Para o ano 2001, a continuidade desta estratégia está sendo efetivada, prevendo algumas alterações significativas na sua operacionalização. Nessa nova fase pretende-se ampliar a atuação e abrangência dos Centros Regionais de Capacitação, a partir da criação de estruturas similares em Goiás (atendendo assim os grupos da Região Centro-Oeste) e no Ceará (cobrindo os grupos das Regiões Norte e Nordeste). Além disso, serão implantados três Centros de Capacitação e Assessoria em municípios epidemiologicamente estratégicos no Estado de São Paulo. Esta adequação do "Projeto Somos" irá possibilitar o fortalecimento de mais 120 lideranças ou 60 grupos HSH em todo o País.

2. Promoção, no âmbito dos estados, da organização de fóruns políticos para discussão de ações dirigidas aos HSH

Com a finalidade de incluir na agenda de estados e municípios ações de prevenção direcionadas aos homens que fazem sexo com homens, a Coordenação Nacional tem procurado, por meio de reuniões de

caráter técnico e político nos estados e de encontros do Comitê de Gestão, sensibilizar as Coordenações de DST/Aids locais para a ampliação da sua interface com os grupos homossexuais, visando melhorar o acesso deste segmento populacional à estrutura de serviços de saúde e de atenção às DST/aids, bem como para incentivar a participação destes atores em instâncias de discussão de políticas públicas para o enfrentamento da epidemia pelo HIV/aids.

BOX 4

Experiências exemplares junto à população de HSH

Dois experiências têm se mostrado exemplares na promoção da articulação entre o setor comunitário e o governamental: a constituição dos fóruns estaduais de HSH de São Paulo (criado em julho de 1999) e de Goiás (criado em meados de 2000), que têm envolvido setores governamentais e não-governamentais relacionados à saúde, à promoção social, à defesa dos direitos humanos e à segurança pública, com o objetivo de deliberar e encaminhar questões relativas à prevenção e assistência às DST/aids para os homens que fazem sexo com homens, no âmbito de uma visão mais ampla e integradora das diferentes questões que afetam seu cotidiano e suas perspectivas pessoais e sociais.

Tal estratégia se mostra extremamente importante no momento em que se discute a descentralização dos processos de concorrência para os projetos das organizações da sociedade civil, especificamente, e das ações de prevenção de um modo geral, com vistas a garantir a continuidade do trabalho desenvolvido pelas instâncias governamentais e não-governamentais.

3. Promoção da visibilidade social e política do movimento homossexual brasileiro

A Coordenação Nacional vem apoiando a realização de eventos que tenham por objetivo a mobilização de um grande número de pessoas em torno de questões relacionadas à promoção de direitos humanos e da cultura específica das minorias sexuais. No âmbito destas iniciativas, uma modalidade de evento apoiado refere-se às ações de caráter eminentemente político, onde se promove a discussão dos rumos do movimento homossexual no Brasil e sua articulação com outros movimentos de igual natureza em outras partes do mundo. Apesar de não contarem com um número expressivo de participantes, o apoio a tais eventos é justificado na medida em que estes visam prioritariamente ao fortalecimento das ações do movimento social das minorias sexuais e a inclusão na agenda do movimento de questões relativas à prevenção das DST/aids.

Nesta perspectiva, em agosto de 2000, foi realizado o "Juiz de Fora Rainbow Fest" (que reuniu 400 representantes de diferentes instituições de todo o País) e, em novembro, o "Encontro Regional da International Lesbian and Gay Association - ILGA", com cerca de 1.000 participantes. O primeiro encontro teve o mérito de colocar em destaque questões legais envolvendo as conquistas sociais das minorias sexuais, por exemplo: benefícios previdenciários das parcerias de mesmo sexo e a análise das causas de gays e lésbicas no âmbito das varas de família. Embora a legitimação de alguns aspectos da vida homossexual ainda não seja unânime dentro do movimento, a análise dos participantes levou em consideração a importância destas questões no que diz respeito à promoção da cidadania das minorias sexuais e, conseqüentemente, do maior acesso à saúde e à informação. O "Encontro Regional da ILGA" também cumpriu o papel de fortalecer as ações da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT), inserindo nessa discussão política novas lideranças, muitas delas oriundas da capacitação promovida pelo "Projeto Somos". Mesmo considerando todas as dissidências comuns em encontros desta natureza e as diferenças ideológicas existentes entre a ABGLT e outras lideranças nacionais igualmente expressivas, o Encontro teve o mérito de dissolver tensões dentro do movimento e consolidar o "Projeto Somos" como uma estratégia que envolve não somente os grupos brasileiros, mas, também, outras lideranças latino-americanas.

Uma outra linha de eventos apoiados pela esfera federal está relacionada à promoção de maior visibilidade da cultura e do modo de vida das minorias sexuais no seio da sociedade brasileira como um todo. Além de mobilizar um grande número de pessoas para a defesa de questões políticas e sociais importantes, como auto-estima e não discriminação das minorias sexuais, estes eventos conseguem visibilidade nacional, na medida em que ocupam espaços significativos na mídia impressa e falada. Em junho de 2000, a Coordenação Nacional apoiou a realização da "IV Parada do Orgulho Gay" do Estado de São Paulo, que reuniu, segundo cálculos da polícia militar, 120 mil pessoas e o "8º Festival Mix da Diversidade Sexual", evento já consagrado no calendário cultural das grandes capitais do País (São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Brasília, Belo Horizonte e Recife), abrangendo cerca de 35 mil espectadores nas sessões de cinema e mais 15 mil pessoas em exposições de artes plásticas e shows musicais. Em ambos os eventos, foram realizadas intervenções educativas voltadas para a divulgação de informações sobre prevenção das DST/HIV/aids, com distribuição de preservativos masculinos.

Em outubro de 2001, será realizada a próxima edição do "Encontro Nacional de Gays e Lésbicas que Trabalham com Aids", evento presente desde 1980 no calendário do movimento homossexual brasileiro, onde se pretende reunir todos os grupos homossexuais do País. Além disto, está previsto o apoio da Coordenação Nacional à realização da "V Parada do Orgulho Gay" do Estado de São Paulo, em parceria com as instâncias Estadual e Municipal de DST e Aids (com a expectativa de participação de 200 mil pessoas) e do "9º Festival da Diversidade Sexual", a ser realizado em 06 capitais brasileiras.

4. Fomento aos projetos de intervenção educativa de organizações da sociedade civil e de grupos homossexuais

Na concorrência de 1999 (realizada em março de 2000) foram aprovados 13 projetos dirigidos ao público HSH, de um total de 46 propostas apresentadas. Somaram-se a este conjunto 8 projetos estratégicos que contam com o apoio da esfera federal: cinco deles vinculados ao desenvolvimento do "Projeto Somos" e três relacionados à consolidação de metodologias de intervenção junto à população HSH de classes sociais menos favorecidas e/ou trabalhadores do sexo. Nesta segunda linha de projetos, tem-se verificado a importância que o uso de droga (principalmente o crack) assume no cenário do sexo comercial sendo, portanto, priorizado o desenvolvimento de estratégias voltadas para a redução de danos no âmbito do implantação de tais projetos.

uso de droga (principalmente o crack) assume no cenário do sexo comercial sendo, portanto, priorizado o desenvolvimento de estratégias voltadas para a redução de danos no âmbito do implantação de tais projetos.

Na concorrência de 2000 (realizada em novembro) foram aprovados pelo nível federal 06 novos projetos dirigidos para este segmento da população. No âmbito dos estados que realizaram a concorrência de forma descentralizada, foram aprovados 11 projetos de intervenção comportamental e educativa, a serem implantados no Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná e Ceará. Para o ano de 2001 ainda está previsto o apoio para 19 projetos de intervenção comportamental, visando prioritariamente estimular a implantação de ações de prevenção das DST/HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens, em regiões geográficas pouco abrangidas como o Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

5. Avaliação e produção de material educativo e instrucional

Em 2000, a Coordenação Nacional de DST e Aids coletou uma grande quantidade de material informativo produzido em todo o País, dirigido à população de HSH. Este material deverá ser avaliado por especialistas na área de comunicação, visando à produção de cartaz e folder a serem veiculados em nível nacional, subsidiando assim as diferentes ações educativas desenvolvidas pelas esferas governamentais e não-governamentais.

Neste mesmo ano, uma subcomissão do Comitê Assessor foi instituída, visando a produção da segunda edição do “Manual do Multiplicador para Homossexuais”, publicação apontada como um importante instrumento para intervenções realizadas por organizações da sociedade civil. A primeira reunião desta subcomissão ocorreu em abril e estima-se que até meados de julho este material seja disponibilizado no âmbito nacional, possibilitando fornecer maiores subsídios técnicos para a implantação de programas e projetos sociais para a prevenção das DST/HIV/aids dirigidos à população de HSH.

6. Pesquisas e estudos para avaliação do impacto das ações desenvolvidas no âmbito das organizações governamentais e não-governamentais

Como referimos acima, carecemos de estudos que consigam proporcionar uma noção mais clara da interface entre a infecção pelo HIV e o comportamento da população HSH, no contexto atual.

Neste sentido, a Coordenação Nacional prevê a realização em 2001 de dois estudos importantes, considerando as características epidemiológicas do HIV/aids, bem como a necessidade de aprimoramento das estratégias direcionadas aos homossexuais masculinos.

O primeiro estudo previsto consiste na realização de uma enquete, que poderá vir a ser aplicada periodicamente, junto aos leitores da imprensa gay masculina do País, com o objetivo de compreender o modo de vida dos HSH e de estudar sua adaptação sexual e preventiva face à epidemia pelo HIV/aids. O segundo estudo programado tem como objetivo dimensionar e qualificar as ações de informação, educação e comunicação em saúde, implementadas por organizações governamentais e não-governamentais junto aos homens que fazem sexo com homens jovens, voltadas para a redução da infecção pelas DST/HIV/aids.

Outros protocolos de estudo também estão sendo desenhados objetivando identificar a prevalência de HIV e DST em subgrupos desta população e usuários da rede de CTA. É necessário garantir que a realização de novos estudos leve em consideração a experiência acumulada pelos estudos de corte no País e pelas instituições que, historicamente, têm desempenhado papel de destaque junto a esta população.

Principais Dificuldades e Avanços

Como anteriormente referido, a principal dificuldade no trabalho com este grupo populacional tem sido quantificar e qualificar o contingente populacional a ser abrangido pelas intervenções educativas. No entanto, mesmo sem conseguir identificar as dimensões que a epidemia assume entre HSH, avalia-se que a cobertura dos projetos de intervenção está muito aquém das reais necessidades. Se por um lado o trabalho dos grupos homossexuais (com destaque para a atuação do "Projeto Somos") tem garantido relativa estabilidade quanto ao número de projetos dirigidos aos HSH e ao incremento da qualidade técnica destes projetos, por outro, a natureza e a estrutura das organizações que os executam não permitem que as ações tenham uma abrangência maior do que a observada. Uma maior atuação das instâncias estaduais e municipais é imperativa para aumentar a cobertura das ações desenvolvidas pela sociedade civil organizada, promovendo assim a implantação de maior número de estratégias locais para o enfrentamento da epidemia junto aos homens que fazem sexo com homens. Essa proposta também é considerada como um dos principais instrumentos para garantir maior sustentabilidade das ações de prevenção dirigidas aos grupos específicos e para as próprias organizações da sociedade civil que trabalham neste campo.

Com relação à baixa cobertura das ações dirigidas a este grupo populacional, deve-se destacar a realidade enfrentada nas regiões Norte e Centro-Oeste do País, onde o número de associações comunitárias e/ou grupos de homossexuais é extremamente baixo ou inexistente. Nestes casos, a ação do Estado torna-se ainda mais imperativa e necessária. Neste sentido, cabe salientar que os dados sobre a incidência acumulada de casos de aids na categoria homo/bissexuais, segundo município de residência, indicam a relação desproporcional entre o fomento de ações direcionadas à população HSH e os vinte municípios que apresentam maior concentração de casos de aids (de um modo geral e nesta população), especialmente nas regiões Sudeste, Nordeste e Norte. Em 2001, a partir da ampliação da cobertura do "Projeto Somos" e da priorização de tais municípios nas concorrências nacional e descentralizada, pretende-se que essa deficiência seja atenuada.

Além da baixa cobertura e da relativa deficiência de estudos sobre este segmento populacional, outra dificuldade que merece destaque é a falta de unidade ainda presente no movimento homossexual brasileiro. Tal aspecto tem dificultado a ampla efetividade, por exemplo, das ações do "Projeto Somos", principalmente em alguns estados brasileiros (como São Paulo e Rio Grande do Sul - de grande concentração populacional e bastante representativos no que diz respeito à epidemia pelo HIV/aids). Por outro lado, há de se ressaltar o aumento da qualidade técnica dos projetos executados pelas organizações da sociedade civil dirigidos a este segmento da população, um dos resultados mais expressivos do desenvolvimento do "Projeto Somos". Esta estratégia vem conseguindo fortalecer os grupos homossexuais até então sem capacidade de resposta à epidemia, consolidando assim uma atuação frente à prevenção das DST/HIV/aids de maior qualidade e abrangência.

Apesar das divergências ainda existentes no movimento homossexual como um todo, diversas conquistas e avanços vêm sendo consolidados no âmbito da garantia dos direitos humanos. Entre estas conquistas, cabe salientar a promulgação de leis municipais e estaduais contra a discriminação por orientação sexual e a implantação de serviços telefônicos gratuitos para denúncias sobre atitudes de preconceito, violência e discriminação. Tais conquistas são consideradas fundamentais para o desenvolvimento de qualquer ação que vise à promoção da saúde como um todo e, mais especificamente, a prevenção das DST/HIV/aids. Nesta perspectiva, a interlocução entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça vem sendo cada

vez mais fortalecida, seja por meio do apoio político e institucional da Coordenação Nacional às várias ações e/ou reivindicações de grupos representativos do movimento homossexual, seja pela articulação política entre as diferentes esferas estaduais e municipais da Justiça e da Saúde, objetivando garantir os direitos humanos deste segmento específico da população.

Outro avanço que merece destaque é a conquista de maior visibilidade das manifestações políticas e culturais vinculadas às minorias sexuais. Existe hoje uma incorporação da cultura dita "alternativa" pela sociedade em geral, possibilitando um trânsito social mais fácil para gays e lésbicas. Ao mesmo tempo, as minorias sexuais têm influenciado modelos culturais e de comunicação social, o que tem alterado o imaginário social, com pautas de condutas menos preconceituosas e mais tolerantes, principalmente no que diz respeito às questões relacionadas ao HIV/aids. Muito do que se ensina e se fala sobre sexo mais seguro para mulheres e usuários de drogas injetáveis, por exemplo, parte de uma perspectiva oriunda do movimento e da cultura homossexual. Além disto, o apoio que a Coordenação Nacional fornece às manifestações como o "Festival Mix Brasil" e a "Parada do Orgulho Gay", possibilita garantir maior legitimidade para tais eventos, atraindo a atenção da mídia nacional (e, muitas vezes, internacional) e do setor privado para questões relacionadas à orientação sexual, aos direitos humanos e ao enfrentamento da epidemia pelo HIV/aids. Este apoio também é considerado uma alavanca no sentido de estimular uma maior participação da iniciativa privada no apoio ao movimento social e, ao mesmo tempo, de promover o marketing social dos insumos de prevenção (preservativos masculinos, seringas e lubrificante íntimo).

GARIMPO E POPULAÇÕES DE RESERVAS EXTRATIVISTAS E POPULAÇÕES RURAIS

Tamanho estimado das populações: estima-se que existam 222.584 garimpeiros atuando na Amazônia Legal, 176.078 garimpeiros em reservas legalizadas, o que resultaria numa cobertura das ações já desenvolvidas de, respectivamente, 40% e 25%

destas populações. No que diz respeito às reservas extrativistas, estima-se haver 25.640 famílias de seringueiros, correspondendo a uma cobertura de 73% das famílias por meio das ações já desenvolvidas

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001
1 - Apoio a projetos	09 projetos 60	20% da pop. total 10% da pop.	14 projetos	40% pop. tot	40% pop tot.	70% pop. tot.
2 - Capacitação de agentes multiplicadores	02 oficinas de trabalho 30 participantes de municípios pólos	resex	150 multiplicadores e 02 reuniões de avaliação dos projetos	reserva extrativista	reserva extrativista	reserva extrativista
3 - Realização de estudos e pesquisas	01 Diagnóstico de situação em seis estados garimpeiros da Amazônia Legal		01 pesquisa qualitativa em regiões de fronteiras			
4 - Capacitação de gestores locais	20 gestores locais capacitados		20 gestores locais capacitados			
5 - Realização de fórum nacional de prevenção em	100 participantes no Congresso de Prevenção					

Situação Atual

É pequeno o número de projetos dirigidos a populações de garimpo, reservas extrativistas e assentamentos rurais aprovados entre 1999 e 2000. Dos 14 projetos aprovados, 7 foram totalmente executados e 7 encontram-se, no momento, em andamento. É importante ressaltar que atrasos no envio de documentação e revisões de propostas revelam dificuldades das instituições executoras em relação às exigências administrativas e técnicas da agência financiadora. Foram apresentados relatórios de progresso conclusivos e parciais de 11 projetos. Apenas um projeto não vem enviando relatórios e 3 apresentam pendências relativas à prestação de contas.

Garimpeiros, assentados e comunidades extrativistas têm em comum: alta mobilidade, elevada morbidade e carência quase absoluta em termos de acesso a ações e serviços de saúde. Enquanto os garimpos e comunidades extrativistas concentram-se na Amazônia, acampamentos e assentamentos de trabalhadores rurais sem-terra multiplicam-se por todo o País.

Comunidades extrativistas e garimpos se localizam em regiões muito afastadas dos centros urbanos, com grande dificuldade de acesso e com condições climáticas adversas que ampliam essa dificuldade e o desenvolvimento das atividades dos projetos. Os garimpeiros constituem uma população onde existem dificuldades ampliadas quanto às ações de prevenção pelas características da sua atividade que, por si só, representam um risco permanente à saúde e à própria vida, desenvolvendo, nesse grupo, uma visão imediatista da vida, uma racionalidade voltada para a solução de problemas a curto-prazo, uma quase ausente percepção de risco de uma infecção (a pelo HIV) invisível/imperceptível a curto e médio prazo ou sua não-valorização.

Principais Estratégias e Realizações

No ano de 1999, foi produzido o Manual para Agente Multiplicador de Informação em DST/Aids para Populações de Áreas de Garimpo. Em 2000, este material foi testado, revisado e encontra-se em fase final de edição.

Nos meses de fevereiro e junho de 2000, foram realizadas duas reuniões de monitoramento e avaliação dos projetos e três oficinas de trabalho com as equipes técnicas dos programas dos municípios de áreas garimpeiras. Estas reuniões objetivaram definir ações de prevenção para DST, e HIV/aids e uso indevido de drogas. Nestas reuniões foram identificados alguns problemas relativos à assistência prestada a esta população e ao gerenciamento do Projeto. Dos problemas identificados destaca-se a baixa capacidade de resposta das secretarias de saúde (dos municípios situados em áreas de garimpo) para suprir as necessidades assistenciais destas áreas, a pequena ou ausente rede de serviços de referência e a insuficiente capacitação técnica dos gerentes dos projetos.

Os projetos dirigidos a estas populações têm como estratégia básica o fortalecimento institucional destas secretarias de saúde. Com isso torna-se possível realizar intervenções comportamentais e assistenciais, as quais consistem principalmente na capacitação para diagnóstico e tratamento das DST e iniciativas de redução de danos secundários ao uso de drogas. Os projetos caracterizam-se pela promoção de reuniões, seminários, oficinas; incluem treinamento de agentes multiplicadores e produção de material educativo, culturalmente sensível, em parceria com organizações de classe e outras instâncias da sociedade civil.

Os executores destes projetos são principalmente ONG (08 dos 10 projetos). As regiões Norte e Centro-Oeste concentram a totalidade dos 10 projetos, com seis projetos a região Norte e 02 projetos o Centro-Oeste. As unidades federadas que executam estes projetos são o Pará (3); o Mato Grosso (2); Acre (2); Rondônia (2) e Amapá (1).

A partir da meta inicial - atingir direta e indiretamente 176.078 garimpeiros em reservas legalizadas - de uma população garimpeira em atividade estimada em 222.584 - foram atingidas, através das ações em curso, 40% das pessoas vivendo em garimpos. Em relação aos assentamentos e comunidades rurais, obteve-se até o momento uma cobertura de 11,5% das famílias assentadas e 10% das famílias acampadas, de uma população estimada de 475.800 famílias de trabalhadores rurais.

Das 20.460 famílias de trabalhadores extrativistas, a cobertura foi de 73%, considerando apenas a área de abrangência dos projetos. Como a

epidemia de aids tem apresentado uma tendência crescente à interiorização, esse segmento populacional se mostra fundamental no sentido de conter seu avanço em direção ao interior e às regiões de fronteira.

Destacam-se como relevantes os resultados do estudo "A Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária", versando sobre o diagnóstico situacional das condições de saúde desta população, resultado de cooperação entre o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Este é o primeiro estudo a estabelecer uma linha-de-base entre populações rurais e tem entre seus principais resultados o fato de 71,8% das pessoas (de uma amostra de 6.416 famílias assentadas) referirem nunca usar preservativos em suas relações sexuais.

Outro produto a ser destacado é o diagnóstico da situação das DST e da aids nas regiões de fronteira do Brasil, publicado no livro "Fronteiras Amazônicas do Brasil. Saúde e História Social", de Victor Leonardi.

CAMINHONEIROS

Estimativa Populacional: estima-se que existam no País, 750.000 caminhoneiros de carga/longa distância

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para 2001	Principais resultados sobre HIV e DST
Caminhoneiros informados por campanhas em parceria com empresas e outras instituições	30.000 atingidos anualmente em eventos da categoria; 100.000 atingidos anualmente por campanha em parceria com empresas; 9.000 participantes em concurso de frases de prevenção em pára-choque de caminhão em 99	270.000 informados por campanhas nos dois anos	30.000 atingidos nos eventos da categoria; 400.000 atingidos por campanha nacional, na mídia e estradas, com apoio de empresas, sindicatos, ONG e SEST/SENAC 13.000 responderam a questionário demográfico e comportamental	440.000 atingidos em campanhas e promoções apoiadas por instituições privadas e públicas	200.000 atingidos pela segunda fase da campanha nacional.	400.000 continuação campanha, 30.000 nos eventos, 20.000 em novo concurso de frases de pára-choque total = 450.000	Resultados do questionário comportamental será publicado em abril; junto c/ publicação Do Programa Estadual de SP de dados preliminares de pesquisa comportamental e de soroprevalência de HIV, HCV e sífilis com 120 caminhoneiros, amostra de conveniência, na Via Dutra.
Caminhoneiros atingidos por intervenções presenciais em cooperação com ONG e municípios	350.000 atingidos por intervenções presenciais por 14 projetos	350.000	20 projetos de intervenção presencial com ONG e municipalidades.	200.000 atingidos em intervenções presenciais	Cerca de 100.000 atingidos	200.000 atingidos pelos 20 projetos com ONG e municipalidades	
Caminhoneiros atingidos por meio da cooperação com o SEST/SENAT	10.000 atingidos por 3 postos do SEST/SENAT em 99	10.000	10 postos de atendimento do SEST/SENAT envolvidos em ações de prevenção	15.000 caminhoneiros atingidos pelos postos do SEST/SENAT	10.000 caminhoneiros atingidos por 20 postos do SEST/SENAT em 3 meses	30.000 atingidos diretamente pelos serviços do SEST/SENAT.	

Situação Atual

Em relatórios anteriores e em diferentes trabalhos publicados na literatura especializada a vulnerabilidade dessa categoria profissional às DST HIV/AIDS vem sendo sublinhada. Os caminhoneiros desempenharam um papel fundamental na disseminação da epidemia na África subsaariana, em função de percorrerem longas distâncias, praticarem, com frequência, o sexo inseguro com diferentes parceiras, pertencentes a diferentes regiões geográficas. Ainda que não proceda a simples extrapolação deste raciocínio a um contexto geográfico e socioeconômico inteiramente diverso - o brasileiro -, não resta dúvida que se trata de uma população sob especial vulnerabilidade e particularmente dinâmica, na sua capacidade de deslocamento geográfico e interação social.

O Brasil conta com uma população de mais de 700.000 caminhoneiros de carga intermunicipal. Esta população, de um modo geral, não acessa os serviços de saúde (via de regra instalados longe das estradas), e é composta por homens que viajam, em média, 122.011 km por ano e trabalham, em média, por semana, 76,2 horas (dados de pesquisa da Confederação Nacional dos Transportes).

Além desses números, dispõe-se igualmente de dados preliminares de duas pesquisas (a serem integralmente disponibilizadas a partir de maio de 2001):

- a) um survey contendo questões de natureza comportamental e mensuração da prevalência para a infecção pelo HIV, hepatites virais e sífilis (VDRL), em estudo coordenado pelo Programa Estadual de SP, entre 120 caminhoneiros (amostra não aleatória) e;
- b) tabulação/análise das 12.000 respostas a um questionário sócio-comportamental que a Coordenação Nacional inseriu na "Revista do caminhoneiro" .

É possível adiantar que o estudo implementado em SP não identificou infecções pelo HIV na pequena amostra avaliada. Por outro lado, ambas as pesquisas apontam para questões preocupantes de vulnerabilização social destes transportadores de carga, como o fenômeno da terceirização. A terceirização exclui os caminhoneiros dos postos de trabalho regulares ou os obriga a aumentar as horas

de trabalho para que possam honrar as prestações de seu caminhão, contribuindo para um maior consumo de anfetamínicos, maior risco de distúrbios psicológicos e o afastamento, por períodos mais prolongados, do caminhoneiro dos seus lares.

Nível Federal

A Coordenação Nacional iniciou seu trabalho junto aos caminhoneiros em 1997, financiando pequenos projetos-piloto de ONG.

Hoje, o quadro apresenta-se substancialmente distinto: foram estabelecidas parcerias com instituições de grande porte e atuação em todo o País (SEST/SENAT) e grande parte das atividades (como as campanhas de prevenção, estratégia vital para esta categoria) são financiadas pelo setor privado, com instâncias descentralizadas de supervisão dos projetos.

O SEST/SENAT (Serviço Social dos Transportes/Serviço Nacional de Aprendizagem dos Transportes) é um órgão que recolhe 2,5% sobre as folhas de pagamento das empresas de transportes com a missão de assistir e treinar trabalhadores da área dos transportes. Dispõe de 90 centros de atendimento, com profissionais de saúde e educação, rede de TV digital com 1500 pontos de recepção implantados em áreas frequentadas por caminhoneiros nas cidades e nas estradas.

Em 30 de junho de 2000, a CN assinou termo de cooperação com esta entidade. O acordo não contempla, necessariamente, repasse de recursos financeiros, mas prevê:

- a) Capacitação de seus médicos, dentistas e instrutores sobre prevenção e assistência às DST e aids, de forma descentralizada, em colaboração com as Coordenações Estaduais e Municipais de aids;
- b) Produção conjunta de materiais educativos;
- c) Campanhas de prevenção;
- d) Distribuição de preservativos.

Níveis Estadual e Municipal

Dentre os POA das organizações governamentais (N=177), 30 mencionam caminhoneiros como população-alvo, em 2000, e 36, em 2001.

A CN promove encontros nacionais e regionais entre as Coordenações Estaduais e Municipais de aids e as regionais do SEST/SENAT. As Secretarias de Saúde do Sul, Sudeste e algumas secretarias do Nordeste vêm capacitando médicos e treinadores do SEST/SENAT.

Mobilização Social

A categoria está mobilizada para estas questões, tendo os sindicatos da categoria, espontaneamente, procurado o Ministério da Saúde para participar da campanha nacional dirigida aos caminhoneiros. O espaço obtido na mídia e o financiamento de eventos e materiais por parte das empresas privadas também evidenciam a mobilização alcançada nesta área.

Acesso aos Serviços de Saúde

Uma das características do cotidiano desta população é a dificuldade de acesso aos serviços, em função das distâncias geográficas entre os trajetos habitualmente percorridos pelos caminhoneiros e as unidades de saúde, além da indisponibilidade de tempo. A integração das instâncias federais, estaduais e municipais com o SEST, sindicatos, ONG e entidades presentes nas estradas tem propiciado um melhor encaminhamento dos caminhoneiros aos serviços de saúde.

Testagem para o HIV

Em todo o Estado de São Paulo, parte de Minas Gerais (parcerias com o Programa Estadual e SEST) e Itajaí (parceria UNIVALI, Prefeitura, Autoridade Portuária e SEST), os caminhoneiros têm sido aconselhados e encaminhados aos CTA. O Programa Estadual de DST/Aids de SP concluiu recentemente um projeto de pesquisa em uma unidade do SEST/SENAT, incluindo o aconselhamento e a coleta de sangue na própria Via Dutra. Esta experiência abriu a possibilidade de que alguns postos mais bem equipados do SEST venham a oferecer aconselhamento e refiram à testagem esta população.

Síntese dos resultados das intervenções desenvolvidas junto a esta população

Principais Estratégias

A estratégia de institucionalização da Coordenação Nacional diante das dificuldades dessa categoria para acessar os serviços do SUS foi estabelecer uma parceria com o SEST/SENAT. Este, após assinar termo de cooperação com a CN, já vem assumindo, em cooperação com as secretarias de saúde locais, papel relevante na educação e assistência permanente a essa população. Ao lado desse esforço, centrais sindicais, como a Confederação Nacional de Trabalhadores do Transporte, têm promovido a inserção dos conteúdos relativos às DST e aids em suas atividades de informação e ações dirigidas à promoção da saúde do trabalhador.

Campanhas e promoções de âmbito nacional, financiadas em grande parte por empresas, tem proporcionado sustentabilidade às ações de informação a uma população que, via de regra, não é adequadamente beneficiada por intervenções mais demoradas.

As ONG têm se defrontado com recursos decrescentes quanto ao financiamento para suas ações entre caminhoneiros. Os acordos com as instituições de direito público, como SEST e sindicatos, não prevêem projetos que dependam necessariamente de repasse de recursos. Para efetivarem seu trabalho junto aos caminhoneiros, esses órgãos buscam integração com os serviços de saúde e financiamento por parte das empresas.

Realizações

No momento, 20 ONG mantêm projetos dirigidos a caminhoneiros, com custos decrescentes, da perspectiva do tesouro nacional. Cerca de 20 PATE (Postos de Atendimento do Trabalhador na Estrada) do SEST já contam com médicos e outros profissionais capacitados, informando e distribuindo materiais. Este número será, pelo menos, duplicado em 2001. A Confederação Nacional dos Trabalhadores dos Transportes (afiliada à CUT) participou do lançamento da Campanha Nacional ao lado do Ministro e distribuiu materiais nos pátios das empresas.

Principais Dificuldades e Avanços

As maiores dificuldades se referem às características específicas dessa população-alvo: grande mobilidade, superexploração, acesso deficiente aos serviços de saúde (concentrados nos centros urbanos). Este avanços podem ser creditados à estratégia de descentralização (apoio das prefeituras), institucionalização (cooperação com o SEST) e à busca de financiamento privado junto às empresas de transporte.

Sustentabilidade

Dentre as diferentes populações sob especial risco, o trabalho com caminhoneiros é aquele que logrou obter maior grau de auto-sustentação. Essa experiência, de institucionalização e sustentabilidade, estimulou algumas Coordenações Locais, como a de São Paulo, a buscar atingir outras categorias de trabalhadores com parcerias semelhantes. Em outros termos, o trabalho com caminhoneiros é, de certa forma, um modelo para a prevenção às DST HIV/aids em locais de trabalho, de um modo geral.

Inter-relação com o SUS

A inter-relação desses projetos com o SUS tem sido reforçada pelo fato de que a capacitação e referência para os postos do SEST vem sendo coordenada pelas prefeituras ou regionais de saúde.