

Isadora Zuza da Fonseca

**REDUÇÃO DE DANOS EM FLORIANÓPOLIS:
TRAJETÓRIAS, ENCONTROS E POLÍTICAS**

Dissertação submetida ao
Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau
de Mestre em Antropologia Social
Orientador: Prof. Dr. Alberto
Groisman

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da
UFSC.

Fonseca, Isadora Zuza da
Redução de Danos em Florianópolis: trajetórias,
encontros e políticas / Isadora Zuza da Fonseca;
orientador, Alberto Groisman, 2018.
227 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia
e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação
em Antropologia Social, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. Redução de Danos.
3. Substâncias Psicoativas. 4. Políticas
Públicas. 5. Narrativas. I. Groisman, Alberto.
II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Antropologia
Social. III. Título.

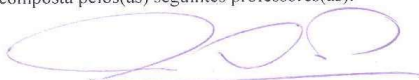
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Redução de Danos em Florianópolis: trajetórias, encontros e políticas

Isadora Zuza da Fonseca

Orientador(a): Prof. Dr. Alberto Groisman

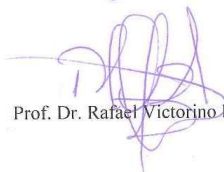
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos(as) seguintes professores(as):



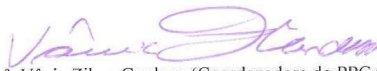
Prof. Dr. Alberto Groisman (Presidente - PPGAS/UFSC)



Prof.ª Dr.ª Daniela Ribeiro Schneider (PPGP/UFSC)



Prof. Dr. Rafael Victorino Devos (PPGAS/UFSC)



Prof.ª Dr.ª Vânia Zikan Cardoso (Coordenadora do PPGAS/UFSC)

Florianópolis, 08 de março de 2018.

Dedico este trabalho a todas as pessoas envolvidas com a redução de danos em Florianópolis, bem como a todas as outras que fazem do seu cotidiano, nas instituições rodas-vivas, um lugar de vida, de arte e de luta por um mundo menos desigual e mais justo para se viver. Também dedico este trabalho às pessoas usuárias de substâncias psicoativas.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é resultado de uma jornada intensa, tensa e emotiva, durante a qual tive muitos encontros importantes, interessantes e alegres. Gostaria de agradecer ao meu orientador Alberto Groisman, pela receptividade, pela oportunidade que me abriu de trabalhar com ele, pelas leituras atentas, as sugestões, aos deslocamentos epistemológicos constantes em nossas conversas, pela paciência, pelo incentivo e pela confiança. Obrigada professor!

Sou muito grata às pessoas com quem encontrei no meu percurso de pesquisa, que deram vida a esta dissertação e sem as quais este trabalho não faria sentido. Muito obrigada pela receptividade, pelo interesse, o tempo e a disposição de compartilharem suas histórias, vidas, trajetórias e perspectivas comigo, pela possibilidade que me proporcionaram de aprendizado, de luta e de inspiração. Meus mais sinceros agradecimentos a Alexandre Martins, Ana Cristina Vidor, Ari Sell, Cid Gomes, Cristina Martins, Ioná Cardoso, Irma Paso, Juliana Sell, Maria Cristina Itokazu, Nilcéia Antunes e Rosilene Brasil. Espero ter feito jus ao que me proporcionaram nessa caminhada.

Sou grata aos colegas do Grupo Oriente, grupo de orientandos do professor, pelas reuniões agradáveis e interessantes, pela leitura atenta e a troca de ideias e conhecimentos, com especial menção a Ariele Cardoso, Magali Lopez, Rudemar Brizola e Luciano Von de Goltz Viana. Agradecimento especial ao Grupo de Ativismo Epistemológico, sempre uma boa pedida, regada a conversas instigantes sobre assuntos canábicos e psicoativos, e com quem participei da organização de dois eventos bem legais: o Colóquio Bezerra da Silva e o I Simpósio de Pesquisa e Política em Plantas e Substâncias de Uso: o Estado da Arte em Santa Catarina. Valeu Vinicius Lanças e Diane Southier não só pela convivência frutífera no grupo, mas na vida, obrigada pela amizade e companhia. Valeu Daniel Lomonaco, uma surpresa muito querida e instigante na minha vida, feliz de ter te conhecido! Sou fã dessa galera.

Não posso deixar de mencionar aqui o meu agradecimento a Heitor Frúgoli, da USP, o professor com quem tive a oportunidade de iniciar meus caminhos na pesquisa em antropologia, ainda na graduação em ciências sociais, quando me orientou na iniciação científica e me proporcionou participar do GEAC, Grupo de Estudos de Antropologia da Cidade, o primeiro grupo de estudo e pesquisa que fiz parte e cujos colegas foram essenciais na minha formação em antropologia.

Agradeço também ao professor Nelson Filice de Barros e à professora Solange L'Abatte pelas experiências no Programa de Aprimoramento Profissional – Ciências Sociais em Saúde, com quem tive a oportunidade de conhecer e pensar a partir desse encontro entre ciências sociais e saúde coletiva. Agradeço também as trocas com os colegas que conheci durante este aprimoramento.

Obrigada à equipe do povo sofrido do Programa de Redução de Danos – Consultório de Rua de São Bernardo do Campo pela convivência e aprendizado em um ano intenso em que pude me aproximar e trabalhar com a perspectiva da redução de danos, experiência que trouxe como fruto a motivação para fazer esta dissertação: Any Klisinsky, Carlos Ferrer, Davi Abdo Benetti, Domiciano Siqueira, Dora Batista, Dorival Júnior, Erica Motta, Nairton Pereira, Patricia Dias Gomes Braz, Pedro Silva, Rafael Félix, Rogério Gusmão, Tatiane Santos Lira, Vagner Luis Ramos. Aos amigos do CAPS III, meus sinceros agradecimentos: Anderson Dalcin, Magda Pereira, Rosiane Costa, Ruriá Gama Azzi. Dili Rosin, amiga guerreira da luta antimanicomial, inspiradora e corinthiana, e Sabrina Fonseca, com quem comecei a tomar chima à tardinha, obrigada! A todas trabalhadoras e trabalhadores do SUS de São Bernardo do Campo do ano de 2012 com quem tive a oportunidade de trabalhar e conviver, deixo meu apreço aqui pela oportunidade de aprender muito com vocês, principalmente o pessoal do “meu” território.

Não posso falar de São Bernardo do Campo, sem mencionar Franciele Finfa e Olivia Bizetto, com quem compartilhei não só a casa, mas a vida, as alegrias e as agruras, saudades Bernadetes, que nossa amizade sempre prospere e se mantenha, apesar das distâncias, obrigada.

Um agradecimento muito especial faço à Rafaela Mattevi e Rodrigo Brüning Schmitt, à Jacqueline Cândido Guilherme e à Mariana Teófilo: muito obrigada, mesmo, pela força, pelo amparo, por me receberem na casa de vocês, por me acolherem, darem-me um teto, pelo carinho e consideração em momentos difíceis aqui na Ilha da Magia. Até me emociono ao escrever essas palavras, que às vezes me faltam para expressar o tamanho da gratidão que sinto diante do que fizeram por mim e, principalmente, pela amizade, pelo companheirismo, pelas risadas e aventuras nesta caminhada.

O que seria da vida sem as amizades? Uma das maravilhas de morar na Ilha do Desterro foram as amizades que fiz, seja através do mestrado, seja fora dele. Agradeço especialmente à Mariah Echeverria, minha primeira amiga em Florianópolis, pela companhia sempre

prazerosa, pelas palavras doces e fortalecedoras, pela luz que é e irradia, pelo lindo coração e pelo carinho. Namastê gata! Obrigada também Remo pela receptividade, pela positividade e amizade. Aprendo muito com vocês!

Um agradecimento especial às amigas queridas, companheiras dessa viagem que tem sido morar em Floripa: Bárbara Aquino e Mainá Souza, minhas musas inspiradoras, quero levá-las sempre comigo, obrigada pela companhia, pelos momentos, ideias, palavras e sentimentos compartilhados, pela energia boa e pela sabedoria! Super obrigada, super especial, às amigas da vida bandida, da vida doce e feliz, das lágrimas e muitas, porque são muitas, risadas: Hellen Soares, sereia de Florianópolis, Juliana Ben, Elisa Helena Tonon e Matilde Quiroga. Valeu mesmo pelos rolês, pelos papos, trocas, cores, danças, chimas e mates com Mati, pela poesia, pela torcida, companheirismo e mil alegrias! Alessandra Ghiorzi valeu querida pela amizade, pelas conversas, risadas, pelo feminismo sempre empolgante, emponderador e inspirador que você irradia! Ao casal maravilha e cheio de axé e baile Bianca Oliveira e Kaio Domingues Hoffman, valeu demais pela amizade, pela companhia, pelas aventuras, os anos novos, as palavras, sempre divertido estar com vocês! Douglas Gadelha Campelo obrigada pela amizade, pelos papos, pela cachaça e por descer até o chão comigo! Camila Duarte e Carlos Maroto Guerola, pessoas incríveis que conheci em Florianópolis, obrigada. E também agradeço a Gabriel Amado, psicólogo e redutor inspirador, e à Mariana Fraga, igualmente inspiradora pela amizade e pelas conversas sempre frutíferas.

A universidade me proporcionou ótimos encontros e pessoas especiais. Ao meu querido amigo Luciano Von de Goltz Viana (de novo), valeu pelas conversas, pelos abraços, leituras atentas, parceria mara no Grupo Oriente, Luber, bah gurizinho te adoro cara. Um agradecimento especial a Willian Luiz da Conceição, pela inspiração, personalidade forte e pelos momentos divididos. Valeu Bruno Huyer, Rafael Kaos Moreira Serra da Silva – não esqueço daquela camisa firmeza do Bad Brains, Leonardo Garcia Carneiro, espero que nossa amizade feita no mestrado continue ativa, valeu pelos momentos no e fora do mestrado! Duas pessoas especiais desta turma querida: Yasser Socarras Gonzales e Vitor Lopes de Andrade, vocês são demais, obrigada pela amizade, carinho e por compartilharem histórias comigo. Vitor aliás sempre misterioso, mas um ouvido atento e interessado nas minhas aventuras. Um agradecimento mara à Diane Wiggers, Lino Nascimento dos Santos, companheiros queridos do mestrado.

Agradecimento especial à Clara Merino e seu companheiro Alex, obrigada por serem tão legais, pelo sorriso fácil, pelo carinho e receptividade comigo! Não posso deixar de mencionar Adriana Biazzi, Gúzman e Rafael Bueno, colegas do mestrado, valeu pelas trocas em sala de aula. Edilma do Nascimento Monteiro, mulher arretada, maravilhosa, e Lays Cruz, também maravilhosa, doce de pessoa, Cristhian Cajé, querido, e Adriana Biller Aparicio, adorei conhecê-las e conhecê-lo, espero que nossa amizade continue prosperando.

Agradeço à Esther Jean Langdon, a primeira professora com quem tive aula na UFSC, na disciplina de Antropologia da Saúde, antes de ingressar no mestrado, que me acolheu e me ensinou nos meus primeiros passos na UFSC e participou da minha banca de qualificação. Agradeço ao professor Rafael Devos, à Mariana Martinez e à Daniela Schneider pela participação nas bancas, pela leitura, pelos olhares e às contribuições feitas, que me abriram para possíveis desdobramentos. Às professoras e professores do PPGAS com quem tive a oportunidade de estudar, obrigada.

Agradeço especialmente à Elisabete Gonçalves Zuza e André Luiz de Castilho Fonseca, minha mãe e meu pai, pessoas que não só me trouxeram ao mundo, mas fazem dele um lugar de amor incondicional. Obrigada pelo apoio e incentivo constantes, por estarem sempre ao meu lado e me impulsionarem na vida, pela luta, esforço, pela dedicação e pela ética na vida, no trabalho e com os amigos, a quem também sou grata pelo apoio, torcida e diversão – como diz meu pai: a luta continua! Amo vocês!! Não posso deixar de mencionar minhas avós Angela Gonçalves Zuza e Maria Hortência de Castilho Fonseca, quem eu amo demais e quem estão sempre me incentivando, apoiando-me e rezando por e para mim, obrigada! Obrigada a minha família, tios, tias, primas e primos, minha raiz, sem os quais a vida ia ser mais chata, amo demais vocês! Deixo aqui um agradecimento especial à tia Clarice de Florianópolis, pelas conversas, os almoços, os cinemas e os mimos de tia.

Não posso deixar de mencionar Guilherme Toledo Prado, Luciane Maria Pezzato, Manuela e Felipe, pessoas que eu amo, obrigada por tudo nessa vida. Agradeço também à Ana Cristina Vangrelino, que sempre trouxe muito ase e muita malemolência para a minha vida, nois floresce. Agradeço também à Franciele Damas, pela amizade e incentivo nesta fase crítica (e não só) de dissertação, tamo junta. Às amigas Branca Braga e Mariane Vicinanza, amigas de longa data, deixo meu carinho e admiração, que possamos ser para sempre amigas. Ao meu

querido amore Erivaldo Riva Rock Cardoso, sem palavras para agradecer toda sua presença de espírito, amor musical e companheirismo nessa vida loka. Deixo um agradecimento especial e terno as minhas amigas e melhores ex-cunhadas Mariana Mancini, Maisa Martorano Suarez Pardo e Natália Martorano Suarez Pardo, que a vida e meus amores por essa vida me trouxeram de melhor. Um super obrigada aos meus amigos Claudecyr Lima – Lontra e Sérgio Kpta, pela amizade rock e certa. Agradeço também à família Bueno – Angello, Alessandro, Adriana e Cristian Bernadino – e a Fábio Alencar pela acolhida em Florianópolis.

À gata Seda e aos amigos da Pousada Verde, obrigada por fazer esse lar mais doce. Mais um agradecimento especial à Mirian Carla Barbosa, minha companheira de casa desde o último ano, obrigada por tudo, pela amizade, pelo companheirismo, pela festa, por dividir os momentos felizes e não tão felizes, é nóx. E às amigas e amigos novos que trouxe, com especial menção a Wilson Karaoglan, Jorge Barros e Leandra Ferreira.

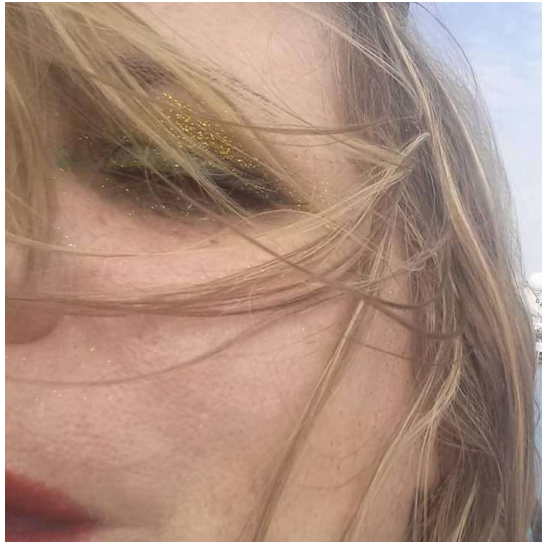
Não posso deixar de mencionar Adriane Pianowski, que partiu para as estrelas durante o mestrado, para brilhar. Obrigada pelo apoio, pela presença de espírito, pela amizade, pelo amadinha, pelas referências, pelo Massive Attack, pelo carinho, ainda sinto falta de te servir aquele whisky e pegar as coisas para você. Mil coisas. Mil amor.

Ao querido amigo Edson Costa Duarte, Vivo, poeta, deixo meu amor eterno. Infelizmente você também transcendeu para as estrelas às vésperas da minha defesa e não pude mostrar esta dissertação para você. Te amo.

Se eu esqueci de alguém, peço desculpas.
Om Tare Tam Soha,

Isadora Zuza da Fonseca.

*“Nossa força está em nosso nomadismo, vida sempre desejante,
transitante, cintilante”*
Adriane Pianowski.
In Memoriam.



RESUMO

FONSECA, Isadora Zuza. Redução de Danos em Florianópolis: trajetórias, encontros e políticas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

A proposta desta pesquisa é traçar a trajetória da política de redução de danos na cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, a partir das narrativas e perspectivas das trabalhadoras e trabalhadores envolvidos com a sua implementação. A redução de danos é considerada uma política voltada para aquelas pessoas que não querem ou não conseguem parar de usar substâncias psicoativas e não tem como mote necessário a abstinência, seja como meio, seja como o fim. Ela se desenvolveu inicialmente através dos Programas de Trocas de Seringas e chega, assim, ao Brasil, inclusive, em Florianópolis, fomentada a partir do Programa Estadual de DST/AIDS, ainda na década de 1980, diante dos altos índices de transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis, que se infectavam através do compartilhamento de seringas e do sexo sem preservativo. Em 1993, é realizado o Primeiro Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs, considerado um marco importante, a partir do qual os usuários de drogas injetáveis são visibilizados e o Programa de Redução de Danos de Florianópolis é fomentado. Os desdobramentos são traçados nesta dissertação até sua aparente dissolução no início da década de 2010. Também são abordadas as noções e as perspectivas dos participantes da pesquisa acerca da redução de danos, das substâncias psicoativas e assuntos correlatos.

Palavras-chave: Antropologia. Redução de Danos. Substâncias Psicoativas. Política Pública. Narrativas.

ABSTRACT

The purpose of this research is to outline the trajectory of harm reduction's policy in the city of Florianópolis, capital of Santa Catarina state, based on the narratives and perspectives of the workers involved in its implementation. Harm reduction is considered a policy that aim to reduce the harms associated with the use of psychoactive substances in people unable or unwilling to stop, and does not have as its motto abstinence, either as a necessary mean or goal. It was developed through Syringe Exchange Programs and thus reaches Brazil, even in Florianópolis, fomented from the STD / AIDS State Program, still in the 1980s, in response of the high rates of HIV transmission between injecting drug users, who became infected through syringe sharing practices and unprotected sex. In 1993, the First National Seminar on HIV / AIDS Prevention among IDUs was held, considered an important milestone, from which injecting drug users are seen and the Florianópolis Harm Reduction Program is promoted. Its developments are traced in this dissertation until its apparent dissolution in the beginning of the decade of 2010. Also the notions and the perspectives of the participants of the research on harm reduction, psychoactive substances and related subjects are approached.

Keywords: Anthropology. Harm Reduction. Psychoactive Substances. Public Policy. Narratives.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADEH – Associação de Defesa dos Direitos Humanos
ABORDA – Associação Brasileira de Redução de Danos
ACORDA – Associação Catarinense de Redutores de Danos
AFLOV – Associação Florianopolitana de Voluntários
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALESC – Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina
AZT – Azidotimidina ou Zidovudina (fármaco antirretroviral)
CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CDI – Centro para Democratização da Informática
CECRED – Centro de Recuperação da Saúde do Dependente

Químico

CEJA – Centro de Ensino de Jovens e Adultos
CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CID-10 – Código Internacional de Doenças
COMAD – Conselho Municipal Antidrogas
COMEN – Conselho Municipal de Entorpecentes
CONEN – Conselho Estadual de Entorpecentes de Santa Catarina
CNPJ – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CS – Centro de Saúde
DASP – Departamento Autônomo de Saúde Pública
DDI – Didanosina (fármaco antirretroviral)
DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações

Mentais ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DST – Doença Sexualmente Transmissível
EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
FAB – Frente de Artistas del Borda
FAÇA – Fundação Açoriana para o Controle da AIDS
FAPEU – Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão

Universitária

FHSC – Fundação Hospitalar de Santa Catarina
GAPA: Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
HCT: Hospital Colônia Santana
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HCST – Hospital Colônia Santa Tereza
HNR – Hospital Nereu Ramos
IEPAS – Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IPPSEA – Instituto de Planejamento, Pesquisa Social e Estudos Avançados

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LGBTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LSD – dietilamida do ácido lisérgico.

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários

PFL – Partido da Frente Liberal

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PPB – Partido Progressista Brasileiro

PP – Partido Progressista

PPS – Partido Popular Socialista

PRD – Programa de Redução de Danos

PRD-CR – Programa de Redução de Danos – Consultório de Rua (São Bernardo do Campo)

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PT – Partido dos Trabalhadores

RD – Redução de Danos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

THC – Tetra-hidrocanabinol

UDI – Usuário de Drogas Injetáveis

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNEGRO – União dos Negros pela Igualdade

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 ANTROPOLOGIA E REDUÇÃO DE DANOS: OS ESTUDOS SOBRE PSICOATIVOS, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	33
2.1 ANTROPOLOGIA, POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E REDUÇÃO DE DANOS.....	43
2.2 REDUÇÃO DE DANOS COMO AUTOATENÇÃO.....	52
2.3 A ANTROPOLOGIA E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS...54	
2.4 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, REDUÇÃO DE DANOS E O DIREITO À CIDADE.....	64
3 REDUÇÃO DE DANOS EM FLORIANÓPOLIS/SC: TRAJETÓRIAS E NARRATIVAS.....	73
3.1 EM TEMPOS DE AIDS: O PROTAGONISMO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA E OS DESAFIOS DA MUNICIPALIZAÇÃO.....	73
3.2 REDUÇÃO DE DANOS EM FLORIANÓPOLIS: A CRIAÇÃO DO INSTITUTO ARCO-ÍRIS DE DIREITOS HUMANOS E A PARCERIA COM A PREFEITURA MUNICIPAL.....	81
3.3 O CONTATO COM A EXPERIÊNCIA DE PORTO ALEGRE.	84
3.4 O INÍCIO ‘QUASE-CLANDESTINO’ DO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS EM FLORIANÓPOLIS E O DESAFIO DOS SEIS MESES.....	86
3.5 CAMPO: O ‘MODUS OPERANDI’ DO TRABALHO DA EQUIPE DE REDUÇÃO DE DANOS.....	88
3.6 A BUSCA DE PARCERIAS COM A REDE PÚBLICA DE SAÚDE.....	98

3.7 A PARCERIA COM O CECRED: A RETAGUARDA PARA O PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	102
3.8 A LEGALIZAÇÃO DA TROCA DE SERINGAS: UM MARCO PARA O PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	113
3.9 A ACORDA ENTRA EM CENA.....	116
3.10 O PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS NO NOVO MILÊNIO: AS MUDANÇAS INSTITUCIONAIS E A PARCERIA COM AS ONG's.....	124
3.11 O PROTAGONISMO DO INSTITUTO ARCO-ÍRIS DE DIREITOS HUMANOS PARA ALÉM DO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS DE FLORIANÓPOLIS: A “REDUÇÃO DE DANOS SOCIAIS”.....	134
3.12 A CHEGADA DO CRACK EM FLORIANÓPOLIS.....	138
3.13 A AMPLIAÇÃO DO REDUÇÃO DE DANOS DIANTE DA PERDA DA CENTRALIDADE “EPIDEMIOLÓGICA” DO USUÁRIO DE DROGAS INJETÁVEIS E OS NOVOS DESAFIOS	146
3.14 A REDUÇÃO DE DANOS NA SAÚDE MENTAL E O DESAFIO DA FORMALIZAÇÃO DOS AGENTES REDUTORES	152
3.15 O CONSULTÓRIO DE RUA SUBSTITUIU A REDUÇÃO DE DANOS EM FLORIANÓPOLIS?.....	155
3.16 OS DESAFIOS SE AMPLIAM: O SUS SOB AMEAÇA.....	159
3.17 A PROPOSTA DA REDUÇÃO DE DANOS PARA OS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CHEGAMOS AO FIM DO CAMINHO?.....	161

4 REDUÇÃO DE DANOS, SUBSTÂNCIAS E RELAÇÕES: CAMPO SEMÂNTICO E PERSPECTIVAS.....	171
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	206
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	215

1 INTRODUÇÃO

“*A vida é uma jornada*”, canta o jamaicano Clinton Fearon em um *reggae* cujo título é exatamente este e que me inspirou na etapa final da escrita desta dissertação, intitulada *Redução de danos em Florianópolis: trajetórias, encontros e políticas*, que versa sobre a trajetória da política de redução de danos na cidade de Florianópolis. Ressalto de antemão que reconstituir os fatos históricos não foi o meu objetivo, mas sim trazer as memórias reflexivas e críticas desta política de Estado, da perspectiva de parte das trabalhadoras e trabalhadores envolvidos, cujas jornadas tive o prazer de compartilhar em nossas conversas e que trago aqui.

E por falar – mais uma vez – em jornadas, apresento, nesta introdução, um memorial pessoal de como cheguei neste tema, as reflexões acerca das intenções iniciais e dos desdobramentos que a pesquisa de campo trouxe no percurso deste trabalho, bem como algumas considerações relevantes sobre a política de redução de danos, que serão desenvolvidas ao longo do texto.

O uso de substâncias psicoativas é um tema rico, polêmico e complexo, que sempre me chamou a atenção não só por estas características, como pela sua presença no cotidiano das relações sociais de quase todo mundo com quem cruzei, inclusive no meu, desde muito cedo. O que não é nada surpreendente, já que, como muito da literatura sobre o tema aponta repetidamente, tal uso é difundido em muitas sociedades e em diversos tempos históricos, ao mesmo tempo que atravessa diversas dimensões da vida humana, sejam elas domésticas, religiosas, econômicas, políticas, recreativas e experienciais de todo o tipo, com as mais diversas intenções e finalidades. Os usuários, por sua vez, da mesma forma que as substâncias, tem sido pensados e enquadrados de diversos modos, particularmente desqualificadores, e tem sido foco de algumas políticas públicas, como a redução de danos.

No Brasil, até a década de 1980, as políticas públicas voltadas aos usuários de substâncias psicoativas, comumente denominadas drogas, marcadas pelo binômio lícitas e ilícitas, pertenciam às esferas jurídica e penal e visavam as chamadas políticas de repressão da oferta e da demanda, baseadas no paradigma proibicionista vigente e na retórica de combate, de “guerra às drogas”. Como apontam Machado e Boarini (2013), as perspectivas relativas aos usos e usuários de psicoativos eram marcadas por um “*modelo moral e criminal*”, que qualificava certas

substâncias como *entorpecentes*, e pelo “*modelo da doença*”, encampado pela biomedicina. Estes modelos previam (e de certo modo ainda o fazem) aos usuários ou a prisão ou a internação em hospitais psiquiátricos e em comunidades religiosas, parte das chamadas comunidades terapêuticas, que, desde então, expandiram-se impulsionadas pela “*lacuna na saúde pública em relação à assistência aos usuários de drogas*” (2013, 583-584) e pela atuação junto aos grupos políticos.

É com o surgimento da Aids e a constatação de sua epidemia a partir da década de 1980 (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015) que os usuários de psicoativos se tornaram foco da saúde pública, em um período marcado pela redemocratização do país e pelos movimentos na saúde da reforma sanitária e de luta antimanicomial, que culminaram na criação e definição do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporado à nova Constituição do país em 1988. Os usuários em questão eram aqueles que utilizavam as chamadas drogas injetáveis, referidos na literatura como UDIs, e cujas práticas, como o compartilhamento de seringas e o “*sexo desprotegido*”, foram identificadas como de risco relativo à transmissão do vírus da Aids – em Santa Catarina, o primeiro caso notificado é de 1986 (SC/SES/DIVE, 2010, 50) – e outras doenças como as hepatites. Neste contexto, em 1989, foi implantado no país o primeiro Programa de Trocas de Seringas na cidade de Santos (SP) (Machado e Boarini, 2013), embargado pela justiça. Segundo Mesquita, “*as acusações eram de facilitação do uso de entorpecentes e gasto de dinheiro público com usuários de drogas. Essa última afirmação tenta classificar o usuário de drogas em um cidadão de segunda categoria que não merece a saúde como dever constitucional do Estado*” (Mesquita, 1992, 51). Este programa era inspirado na chamada Redução de Danos, uma estratégia de cuidado à saúde desenvolvida de forma mais sistemática pela primeira vez na Holanda, também na década de 1980, a partir do movimento dos próprios usuários de drogas injetáveis, voltada aos usuários que não queriam ou não conseguiam parar de usar substâncias psicoativas, e não teria como mote, meio e fim a abstinência, uma exigência das abordagens biomédicas mais tradicionais em relação ao uso de determinados psicoativos, a saber *álcool e outras drogas*.

Tematizar a redução de danos, a partir das experiências e concepções das pessoas que atuam e atuaram na ponta desta “*estratégia*” na cidade de Florianópolis (SC), transformada em política pública no país ao longo da década de 1990, foi a proposta do projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da

UFSC, interesse inicial que se manteve com algumas transformações no percurso de qualificação do projeto e da pesquisa de campo proposta, a serem apresentadas ao longo desta dissertação.

O meu interesse sobre o tema da redução de danos decorreu das minhas experiências na área, quando trabalhei durante um ano em um serviço saúde no município de São Bernardo do Campo, região metropolitana de São Paulo, intitulado Programa de Redução de Danos–Consultório de Rua, voltado à população de rua e usuária de substâncias psicoativas nas ruas. Esta experiência se articula à minha trajetória acadêmica nas ciências sociais e na antropologia, bem como à minha vivência como filha de uma psicóloga sanitária e de um economista da saúde mental do SUS, cujas experiências como trabalhadores do Estado e do SUS, bem como a de seus colegas e amigos que tive a oportunidade de acompanhar, fizeram-me refletir sobre o papel, a participação, a valorização/ desvalorização dos trabalhadores que atuam, elaboram, experimentam e colocam em prática as políticas de saúde, voltadas à população, e, como representantes do Estado, muitas vezes são negligenciados, desconsiderados e desrespeitados pelo próprio Estado, materializados em outros agentes, ficando à mercê dos interesses políticos situacionais, transitórios e locais das administrações e das lutas pelo poder que marcam a gestão das políticas públicas.

Durante a graduação em ciências sociais, tive a oportunidade de participar do GEAC, Grupo de Estudos de Antropologia da Cidade, criado pelo Prof. Dr. Heitor Frúgoli Júnior, e de uma pesquisa coletiva, desenvolvida por este grupo de pesquisa, intitulada *Abordagens etnográficas sobre o bairro da Luz (São Paulo): gentrification em questão na antropologia* (2008-2010), realizada no bairro da Luz em São Paulo, cujo objetivo era o de contribuir para uma reflexão antropológica sistemática sobre o alcance do conceito de *gentrification*. Durante esta pesquisa, aproximei-me tangencialmente da questão do uso de psicoativos, pois é no bairro da Luz onde se encontra a tão conhecida cracolândia¹.

Em 2010, após finalizar o bacharelado, ingressei no Programa de Aprimoramento Profissional – Ciências Sociais em Saúde oferecido

¹ A cracolândia – terra do crack – se refere a uma grande concentração de usuários de crack situados no bairro da Luz, um bairro central e tradicional de São Paulo. Frúgoli e Spaggiari (2010) apontam esta região como uma territorialidade itinerante e relacional, sujeita a deslocamentos que variam conforme as dinâmicas internas, as intervenções e as repressões, marcada pelo estigma de degradação, vício e criminalidade, sendo identificada nos próprios corpos dos usuários, que a carregam consigo aonde vão.

pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), mais especificamente, pelo Departamento de Saúde Coletiva, sob responsabilidade na época dos Professores Doutores Nelson Filice de Barros e Solange L'Abatte. Durante este ano, pude vivenciar uma parte da rotina e do processo de trabalho de um serviço de saúde no município de Campinas-SP e acompanhar duas turmas de estudantes de medicina, do primeiro e segundo ano, na disciplina Saúde e Sociedade em sala de aula e nas atividades no Centro de Saúde. Assim, foi no Programa de Aprimoramento que me aproximei da saúde como campo do conhecimento e pesquisa das ciências sociais, apesar de sentir falta de uma abordagem mais antropológica do tema – talvez pela minha experiência e interesse anteriores por essa área do conhecimento, pois, na época, o enfoque do curso era mais sociológico, voltado para sociologia médica e para a produção teórica em saúde coletiva e análise institucional.

Em 2012, assumi o cargo de técnica de redução de danos no Programa de Redução de Danos – Consultório de Rua (PRD-CR), do município de São Bernardo do Campo, situado na região metropolitana de São Paulo conhecida como ABC, que se constituiu em um dos principais polos industriais e sindicais do país, com a instalação da indústria automobilística na segunda metade do século XX. O programa é definido no site da prefeitura como

um conjunto de ações destinado a pessoas que vivem em uso abusivo de álcool e drogas ou são moradores de rua. Conta com uma equipe multiprofissional que percorre os pontos onde se reúnem moradores de ruas e usuários de drogas, com o propósito de estabelecer vínculos e oferecer assistência à saúde e encaminhamento para outros serviços disponibilizados na rede (Prefeitura Municipal de São Bernardo Campo, 2015a).

O PRD-CR compõe a rede assistencial de saúde de São Bernardo do Campo, sendo, na época, diretamente vinculado à rede de atenção à saúde mental, localizando-se na região central, próximo a rodoviária, no complexo de serviços que incluía o Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), voltado às pessoas com transtornos mentais, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), para *“adultos que fazem uso abusivo de álcool e drogas”* (Prefeitura Municipal de São Bernardo Campo, 2015b), e o Pronto Atendimento de Psiquiatria, para urgência e emergência psiquiátricas.

Na época, trabalhei com outros dois técnicos redutores de danos, quatro agentes de redução de danos, enfermeira, técnica de enfermagem, motorista, assistente administrativo, coordenador – que formavam a equipe que trabalhava quarenta horas semanais, mais psicólogo, uma terapeuta ocupacional e uma médica, que dedicavam algumas horas ao programa. O cargo que eu ocupava, de técnica em redução de danos, diferia do cargo de agente de redução de danos pela exigência de nível superior e atribuição de maiores responsabilidades, como, por exemplo, a supervisão, a coordenação da equipe em campo e a representação do programa na ausência do coordenador. Este cargo foi criado especificamente em São Bernardo do Campo e uma das razões apontadas para a minha contratação foi a formação em ciências sociais. A criação deste cargo e as funções diferenciais incumbidas a ele criavam uma hierarquia institucional dentro da equipe, que provavelmente contribuíram para algumas das tensões no cotidiano do trabalho, relativas às atribuições conferidas aos técnicos – inclusive na relação entre meus colegas e eu, quando a responsabilidade pela equipe era minha, o que é uma hipótese que levanto ao refletir sobre aquela época.

O “*campo*” era o fio condutor do trabalho da equipe no PRD-CR e é base da atuação da redução de danos pensada como forma de atenção². Uma localidade (rua, terreno baldio, ocupação, construção abandonada, praça, viaduto, buraco, sistema de esgoto) se constituía como *campo* quando se constatava a permanência e a frequência de pessoas em situação de rua e/ou usuárias de substâncias psicoativas. A movimentação da equipe era desencadeada pelo movimento dessas populações, cuja itinerância tentava acompanhar, incidindo nesses percursos e no seu campo espacial e relacional.

A delimitação da área do campo era feita pela equipe através do mapeamento da cidade mediante as informações dos próprios usuários, de outros profissionais de saúde, da assistência social, da comunidade, de indicadores indiretos como boletins epidemiológicos e das próprias saídas a campo. Um aspecto fundamental da constituição do campo era a regularidade com que a equipe o incorporava na agenda cotidiana mediante a avaliação de suas características, de aspectos associados à “*vulnerabilidade social*” e em comparação com outras territorialidades. A regularidade das ações e intervenções da equipe foi sempre considerada fundamental para estabelecer o vínculo e as relações de

² Formas de atenção como aquelas que intencionalmente “[...] *buscan prevenir; dar tratamiento, controlar; aliviar y/o curar un padecimiento determinado*” (Menéndez, 2005, 34).

confiança com os usuários, considerados imprescindíveis para a (possibilidade de) eficácia das ações em saúde.

Uma das ideias norteadoras das políticas como o Consultório de/na Rua, embasada pelas experiências dos programas de redução de danos, é a de “*oferta programada*” e não de “*demanda espontânea*”: os agentes redutores de danos devem ir ao encontro dos usuários e não esperar que eles cheguem até o serviço de saúde. Esta ideia é orientada pela constatação já mencionada da vulnerabilidade social, do estigma e da discriminação sofrida pelas pessoas em situação de rua e/ou usuárias de substâncias psicoativas e seu baixo acesso aos serviços das políticas de saúde.

Pensando nisso que os programas de redução de danos empregaram como redutores os próprios usuários de drogas, tendo em vista uma facilidade de acesso e conhecimento privilegiado presumidos, por compartilharem os *códigos e rotinas* do grupo. Assumir o cargo de agente redutor também era um modo de lhes oferecer um outro tipo de *inserção na sociedade* via trabalho. Havia recomendações específicas da redução de danos para estes agentes, como a de não consumir e nem portar drogas durante o trabalho, e, no caso de uso, este deveria ser feito de preferência longe das pessoas atendidas.

Vale ressaltar que os agentes redutores de danos não são reconhecidos oficialmente como uma categoria profissional e, diante disso, há um debate sobre a necessidade ou não dessa profissionalização, pois, se por um lado, ela resolveria o problema da precariedade das contratações, por outro, como no caso dos Consultórios na Rua, nem todos os usuários empregados teriam a mesma chance de permanecer no trabalho, ou sequer seriam contratados, no caso de uma seleção ou concurso mais tradicional, devido às exigências de escolarização, no caso daqueles cuja formação escolar não cumprisse com as exigências requeridas.

Ao mesmo tempo, os objetivos de expansão da cobertura da política de saúde – e controle biopolítico sobre a população – eram evidenciados pelo próprio modo como a equipe do PRD-CR se referia (e assim era instruída) à *população* foco do programa: como usuários – no sentido de usuários do sistema de saúde, de incorporá-los, ao longo do tempo, ao sistema de saúde, de modo que eles assumissem o cuidado de si e acessassem a rede de serviços por conta própria. Recomendava-se assim que a ação da redução de danos deveria se centrar “*no sujeito com quem se trabalha*”, pois

são os sujeitos concretos – a partir de suas condições objetivas, valores e experiências

socioculturais – que atribuirão sentido e significado às informações e ao material educativo a que têm acesso. Os sujeitos devem ser, portanto, a medida e a referência para as ações e estratégias preventivas que lhes são dirigidas (Ministério da saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, 2001, 33).

Era em campo que os redutores de danos realizavam regularmente “ações educativas”, distribuíam material informativo, kits de insumos, realizavam aconselhamento, identificavam demandas e realizavam encaminhamentos, segundo a configuração local do sistema de saúde. O redutor era considerado o mediador entre os usuários de drogas e o sistema de atenção à saúde. Vale ressaltar que no caso do PRD-CR, caracterizado pela presença de uma equipe multidisciplinar de saúde, outros profissionais, para além dos agentes e técnicos redutores de danos, também realizavam cuidados à saúde e ações educativas em campo e, nesse sentido, também eram considerados redutores na e pela equipe.

Se o redutor era um mediador entre os usuários e o sistema, qual o lugar ocupado pelo Consultório de Rua? Essa questão não era um consenso. O Consultório seria um dispositivo de cuidado itinerante, com uma equipe que responderia pelos cuidados gerais, como mais um equipamento da atenção básica, ou seria mais focado no trabalho de criar redes com os outros agentes e serviços do território para o atendimento dos usuários? Um conceito utilizado com frequência pela coordenação era o de *ponte*, no sentido de que o Programa de Redução de Danos-Consultório de Rua, através do trabalho de redução de danos, faria a ‘ponte’ entre a população em situação de rua e/ou usuária de substâncias psicoativas (“drogas”) na rua e a rede de atenção à saúde disponível.

Em reflexões posteriores a minha saída do programa e a partir da leitura de manuais de redução de danos, entendi que ‘ponte’ era o termo utilizado como modo de descrever a atuação dos programas de redução de danos que antecederam o Consultório de Rua. O coordenador possuía uma experiência anterior, tendo trabalhado inclusive no já mencionado primeiro programa brasileiro de redução de danos no município de Santos, no estado de São Paulo, no final da década 1980. Assim (e isso é uma hipótese a partir da minha experiência cotidiana), a proeminência da redução de danos como princípio norteador das concepções e práticas do Programa de Redução de Danos-Consultório de Rua de São Bernardo do Campo, marcada no discurso e

na percepção da intervenção enquanto tal da coordenação e da equipe, além da presença no próprio nome, talvez se relacione com própria trajetória do coordenador, cujo papel na implementação da política e na formação da equipe foi preponderante, inclusive, quanto à decisão de adesão do PRD-CR à saúde mental, segundo relatava. Vale ressaltar que, antes mesmo de minha saída, já se discutia sobre a vinculação do Consultório de Rua à rede de atenção básica, o que se consolidou enquanto política nacional do Ministério da Saúde no âmbito da política de redução de danos. A questão da minimização dos danos também era uma premissa da própria equipe de saúde, que tomava medidas consideradas de segurança na saúde pública, como higienização do carro, assepsia dos materiais biomédicos utilizados e a higienização constante das mãos com álcool pela equipe, de preferência na ausência dos usuários, para que eles não interpretassem essas práticas como uma aversão a eles, o que poderia dificultar o estabelecimento do vínculo³.

Fazia parte do cotidiano do PRD-CR uma série de reuniões: reuniões de equipe semanais, reuniões com parceiros da rede intersetorial, como a assistência social, e com colegas de outros serviços de saúde. Nestas reuniões eram discutidos casos, combinadas estratégias de campo e intervenção, linhas de cuidado, protocolos de organização e encaminhamento entre os serviços. Regularmente aconteciam as Reuniões de Território⁴, das quais participavam representantes dos

³ Tem vários textos publicados da área da saúde sobre a ideia de vínculo. Deixo dois indicados: GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005; BARBOSA, Maria Idalice Silva e BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 27, n. 04 [Acessado 24 Maio 2018], pp. 1003-1022

⁴ Sobre a noção de território no SUS: “‘o território da saúde não é só físico ou geográfico: é o trabalho ou a localidade. O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho’ (Ceccim, 2005a, p.983). Os territórios estruturam habitus [...] A tarefa de confrontar a força de captura das racionalidades médico-hegemônica e gerencial hegemônica requer impor a necessidade de singularização da atenção e do cuidado e a convocação permanentemente dos limites dos territórios (Rovere, 2005). Encontra-se em jogo um processo de territorialização: construção da integralidade da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde; um sistema e serviços capazes de acolher o outro [...] Essa territorialização não se limita à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde,

serviços adscritos da rede de saúde. Como o PRD-CR era referência, de toda a cidade, da população considerada em situação de rua e usuária de drogas na rua, que, apesar de inserida no território, não era necessariamente atendida pelas equipes da atenção básica, por exemplo – seja porque não buscassem os serviços, seja por questões de preconceito, medo e discriminação por parte dos próprios trabalhadores –, a equipe se dividia por território, com cada membro como representante de um ou dois territórios, tendo que comparecer às respectivas reuniões. A importância da participação nessas reuniões era percebida de modo controverso e diverso pela equipe. Alguns as percebiam como não resolutivas, como uma perda de tempo e foco da principal atividade do PRD-CR: o campo.

Além das controvérsias dentro da equipe e com os parceiros da rede de saúde, estas reveladas nos debates acalorados com os colegas nas reuniões de território, havia diferentes lógicas de intervenção relativas à população de rua sob a mesma administração municipal: ao mesmo tempo que funcionava o PRD-CR, com uma lógica que se apresentava como mais *humanizada*⁵, havia a Secretaria de Serviços

mas se amplia à re orientação de saberes e práticas no campo da saúde, que envolve desterritorializar os atuais saberes hegemônicos e práticas vigentes (Ceccim, 2005a). A territorialização pode expressar também pactuação no que tange à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde. Envolve a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais [...] Essas diferentes configurações espaciais podem dar origem a diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, instituições, processos e fluxos, preconizados no Pacto de Gestão do SUS (Fleury & Ouverney, 2007).”
(Gondim e Monken, 2009).
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>

⁵ Sobre o conceito de humanização na perspectiva do SUS: “A humanização enquanto política pública de saúde vem-se afirmando na atualidade como criação de espaços/tempos que alterem as formas de produzir saúde, tomando como princípios o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipes (transversalidade), assim como a inseparabilidade entre a atenção e a gestão. Este movimento se faz com sujeitos que possam exercer sua autonomia de modo acolhedor, corresponsável, resolutivo e de gestão compartilhada dos processos de trabalho [...] Com a desestabilização do caráter unitário e totalitário de ‘homem’ e com a valorização da dimensão concreta das práticas de saúde, o conceito de humanização ganha capacidade de transformação dos modelos de gestão e

Urbanos, que realizava “*os rapas*”, ou seja, retirava os pertences das pessoas em situação de rua e os levava nos caminhões, pois não poderia haver *moradores* de rua, mas somente pessoas *em situação* de rua.

O chamado Consultório de Rua foi uma das primeiras estratégias a compor o que viria ser a redução de danos como se encontra hoje estabelecida e proposta como política pública. A criação do primeiro Consultório de Rua, em 1999, é creditada ao professor e médico Antonio Nery Filho, fundador e coordenador geral do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), ligado à faculdade médica da Universidade Federal da Bahia. Este dispositivo teria sido elaborado a partir da ideia de “*ofertas de serviços na modalidade de atendimento extramuros, objetivando promover acessibilidade aos serviços de saúde, assistência integral aos usuários de rua e promoção de laços sociais com enfoque intersetorial*”. (Silva, Frazão, Linhares, 2014,). Segundo Oliveira (2009), este projeto foi precedido por uma pesquisa etnográfica com as crianças e jovens em situação de rua e usuáries de psicoativas, público foco do projeto, quando implementado, e que foi gradativamente ampliado “*a todos os interessados em participar das atividades que se aproximavam da equipe [...] mesmo àqueles que não tinham envolvimento com o uso de drogas, mas faziam parte do contexto*” (Oliveira, 2009, 71). Ainda conforme a autora, que coordenou o projeto, a

experiência veio reafirmar que os usuários de droga em situação de rua não se adaptavam a um esquema de atendimento formal, nos moldes do ambulatório, fato que foi comprovado pelos encaminhamentos de inúmeras pessoas que haviam solicitado tratamento, mas raros foram os que chegaram à clínica do CETAD e, ainda assim, após a primeira consulta não mais retornaram [...] À medida que fomos a campo, fomos percebendo, também, que propor prevenção de drogas era uma tarefa (quase) impossível, uma vez que a (quase) totalidade dos jovens em situação de rua já se encontrava em uso de drogas, dado o fácil acesso às substâncias psicoativas e às múltiplas funções

atenção. Assim, ao ser proposto como política pública, o conceito de humanização se amplia, por um lado, incorporando concepções que procuram garantir os direitos dos usuários e trabalhadores e, por outro, apontando diretrizes e dispositivos clínico-políticos concretos e comprometidos com um SUS que dá certo. (Pereira e Barros, 2009) <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>

associadas ao seu uso neste contexto. Percebemos, ainda, que a proposta a ser oferecida deveria ser ampla e globalizada, tendo em vista as condições extremas de privação e desamparo dessas pessoas, e assim, às ampliadas necessidades de assistência [...] deu-se lugar à proposta de uma clínica flexível, com assistência à saúde global e ênfase em ações de redução de danos. Dentro do possível, fomos iniciando e desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde, mas, em especial, atividades para a minimização dos danos causados pelo uso de substâncias psicoativas (SPA), quer fossem físicos, sociais ou subjetivos (OLIVEIRA, 2009, 67).

Vale dizer que, inicialmente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Consultórios de Rua eram vinculados à Coordenação Nacional de Saúde Mental e foram transferidos, em 2012, para a Coordenação Nacional da Atenção Básica, quando passaram a ser nomeados por Consultório na Rua⁶, no

intuito de ampliar o acesso das ações de saúde nos moldes de uma atenção integral e com foco intersetorial. Entende-se assim que no consultório de rua foi construído um foco de atuação centrado no usuário de álcool e outras drogas, entretanto em consonância com os mesmos princípios e diretrizes, o consultório na rua foi inserido em um espaço de atuação mais amplo, na tentativa de ir além do modelo da doença e na necessidade do fortalecimento de uma rede de enfrentamento aos graves problemas de saúde da população de rua (Silva, Frazão, Linhares, 2014, 1800).

Santana, em debate com Silva, Frazão e Linhares (2014), parece enfatizar mais o caráter biomédico da intervenção, do que a tentativa de ir além do modelo da doença, e sua constituição como dispositivo de cuidado *in loco*, do que o trabalho em rede, ao apontar o Consultório na Rua (diferenciado do *de* Rua) como aquele que

além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares (a tuberculose é frequente), tratamento de doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência,

⁶ Portaria nº122 de 25 de janeiro de 2012.

atropelamento), diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na rede atual de atenção básica (2014, 1798).

A expansão da redução de danos, no cenário nacional, revelou-se não só com o incremento de dispositivos que lidam diretamente com a questão do uso de drogas – como os Programas de Redução de Danos, os Consultórios na Rua e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) – mas na sua incorporação, do ponto de vista institucional, à Atenção Básica. Diante disso, a intenção do primeiro projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação era compreender como a redução de danos acontecia (se acontecia) no cotidiano das unidades locais de saúde de Florianópolis, como se constituía no encontro entre usuário e agente redutor (e outros profissionais), na tentativa de contribuir para elucidação dos processos de atenção à saúde e da política de saúde, de uma perspectiva antropológica, a partir de como era produzida e vivida no cotidiano.

O percurso da pesquisa de campo foi iniciado em agosto de 2015, em um campo exploratório, quando visitei o Instituto Arco-Íris de Direitos Humanos, uma organização não-governamental localizada no centro de Florianópolis, onde conversei pela primeira vez com a coordenadora. Nesta conversa, percebi que poderia haver disputas relativas às origens da redução de danos em Florianópolis, quando ela afirmou que havia sido o Instituto o pioneiro a implantar e implementar a redução de danos no município. Ao me reportar às discussões sobre o tema apontadas pela bibliografia que havia lido, que remetiam a pelo menos 1993, ela destacou o papel precursor do Instituto e a presença da redução de danos como norteadora de outros projetos sociais encampados pela instituição, não especificamente voltados para o uso e os usuários de psicoativos. Em outro momento, em conversa com um médico psiquiatra da rede, ao comentar que havia trabalhado no PRD-CR, ele mencionou que havia um Consultório na Rua no município, que desenvolvia um trabalho bom com a população de rua, mas que teria sido transferido para a assistência social, onde se reduzira, segundo ele, a uma mera distribuição de insumos.

A partir dessas experiências, redirecionei⁷ a minha proposta de pesquisa para tentar traçar etnograficamente a política da redução de danos em Florianópolis, à primeira vista composta de disputas e controvérsias. Assim, fui a campo com o objetivo de compreender como os envolvidos analisam e se posicionam frente a política e as ideias relativas à redução de danos – pensada como campo de intervenção sobre pessoas, espaços e usos de substâncias psicoativas.

Quando me lancei ao campo, realizei um percurso etnográfico que me levou a encontros com algumas pessoas, que, por sua vez, indicaram-me outras. Parte destas me possibilitaram a oportunidade de conversar mais detidamente sobre o tema e a trajetória da redução de danos em Florianópolis, que se tenta retrair nesta dissertação, e se articula e é parte das experiências e trajetórias pessoais narradas e refletidas nos nossos encontros, disparadoras desse percurso que é meu e que é delas na cidade, nos espaços e temporalidades múltiplas, evocadas no presente etnográfico. Neste sentido considero os participantes da pesquisa como coautores da pesquisa, que teve como produto esta dissertação. Ao longo do trabalho, os participantes serão apresentados pela primeira vez com o nome todo e, posteriormente, indicados pelo sobrenome, tal como fazemos com as referências bibliográficas citadas durante o texto.

O percurso de pesquisa foi marcado por encontros e desencontros, cujo campo considero que comecei, de forma mais exploratória, ainda quando elaborava o projeto de pesquisa para a seleção de mestrado. Nesta época, realizei buscas na internet sobre o tema da redução de danos em Florianópolis, a partir das quais encontrei poucos artigos relacionados à rede municipal de atenção à saúde, além de um site – aparentemente desativado, pois nunca mais o achei – que mencionava o Instituto Arco-Íris. Já no mestrado, iniciei no segundo ano o campo propriamente dito, a partir das pistas fornecidas pelo campo exploratório, realizado antes da seleção, e no primeiro ano, como mencionado, o que incluiu algumas buscas por literatura e outras informações disponíveis na internet, bem como na biblioteca da universidade, aliadas com minha experiência como redutora e os conhecimentos que tinha sobre o SUS.

⁷ Gostaria de mencionar aqui a importância das reflexões suscitadas no Grupo Oriente, grupo formado pelo orientador Alberto Groisman, que congrega seus orientandos, de quem recebi logo no início a orientação de que deveria desmedicalizar meu texto, o que foi crucial para o redirecionamento da pesquisa, e um cuidado, que se tornou um esforço de atenção durante a escrita.

Haveria uma política específica de redução de danos na cidade de Florianópolis como existira nas décadas de 1990 e 2000, como apontava a bibliografia sobre assunto? Como o meu objetivo era encontrar as pessoas que trabalharam e/ou trabalhavam na época na política de redução de danos, pois, como dito anteriormente, era a perspectiva delas que constituía o meu foco de interesse, parti atrás das pistas encontradas e iniciei minha trajetória, minha própria jornada nesse campo de relações, iniciando pelas instituições mapeadas, a saber, o já mencionado Instituto Arco-Íris de Direitos Humanos e a Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

As primeiras pessoas que contatei nestas instituições e que aceitaram conversar comigo indicaram-me, por sua vez, outras, cujos nomes e contatos foram me passados e com quem tentei encontrar. A cada encontro, outros nomes surgiam e alguns se repetiam, e, assim, meu percurso de pesquisa consistia em seguir estas indicações e percorrer estas *relações*, que remetiam a experiências, trajetórias, narrativas e outras relações, relativas e relatoras da redução de danos, localizadas no período de meados dos anos 1980 até meados da década de 2000. A maioria destas pessoas não estavam mais nos mesmos lugares e às vezes nem desempenhando atividades semelhantes às contadas por elas, quando participaram da trajetória da política de redução de danos no município.

Gostaria de mencionar também que um ponto disparador do meu percurso foi um dos artigos que li, intitulado **Redução de danos como estratégia de trabalho junto aos usuários de drogas nas unidades locais de saúde do município de Florianópolis (2011)**, que continha os e-mails das autoras, para quem escrevi e obtive a resposta de uma, com quem tive a oportunidade de conversar e que me conectou com mais outras duas, todas, na época da pesquisa, trabalhadoras da rede municipal de saúde de Florianópolis e que narraram os desdobramentos da política de redução de danos nos anos 2000 e no início desta década, marcando assim o corte temporal final das narrativas.

Considero importante registrar que as relações estabelecidas em campo me levaram a pessoas que assumiram na trajetória dessa política cargos e funções de coordenação e supervisão (de campo e psicológica), incluindo as duas que foram agentes redutoras – e, portanto, trabalharam como ponta da política nas ruas – e que, como tais, ocuparam, com o passar do tempo, estas posições nas equipes. Outros agentes redutores

foram pouco (ou quase nunca) mencionados, talvez porque aparentemente estivessem fora dessa rede de relações que acessei, já que seus contatos e parapeiros eram desconhecidos, ou talvez não pareciam ser agentes de interesse quando perguntava por indicações.

Gostaria de ressaltar, assim, que não encontrei com a totalidade das pessoas que participaram da política de redução de danos em Florianópolis, e nem com a das pessoas referenciadas nos encontros. Algumas dessas conversas foram gravadas e transcritas, outras ficaram a cargo dos meus registros no caderno de campo. Todas foram organizadas em formas de textos, que embasaram a escrita desta dissertação e nos quais procurei descrever nossos encontros, as histórias, as questões, as definições e as perspectivas suscitadas por eles acerca da temática, levando em consideração as questões discutidas no próximo capítulo sobre a relação entre ‘o antropólogo’ e o ‘nativo’.

Para os encontros, preparei um roteiro de indagações guia como, por exemplo: como e quando conheceu a redução de danos? Como era a dinâmica do trabalho no dia a dia? O que é redução de danos? - buscando assim me situar e situar as pessoas nas questões que de antemão me interessava saber, ao mesmo tempo que procurei intervir pouco nas conversas com o objetivo de deixar as pessoas falarem mais livremente, para ver o que a discussão sobre a redução de danos em Florianópolis suscitava, seguindo a “*técnica [...] denominada entrevista de fala aberta*”, discutida por Groisman e Schneider (2014) em um artigo relativo ao tema de uso de substâncias psicoativas em Santa Catarina,

para que o enfoque da problemática tivesse como perspectiva a agenda de relevâncias e interrogações – priorizando e enfatizando percepção, estruturação de ideias e preocupações emergentes – dos interlocutores entrevistados [...] no estímulo à formulação das falas sobre as experiências (Groisman, Schneider, 2014, 38).

Experiências que espero conseguir trazer aqui, nesta dissertação, de modo a povoar ainda mais o mundo, com a multiplicidade dos mundos expressos pelas pessoas com quem conversei sobre o tema da redução de danos em Florianópolis. Esta pensada em si mesma não apenas como um termo, mas como relação e, nesse sentido, experimentar (no mínimo tentar) a sugestão de Viveiros de Castro de

se perguntar o que seu objeto constitui como relação social, o que é uma relação social nos termos de seu objeto, ou melhor, nos termos formuláveis pela relação (social, naturalmente, e

constitutiva) entre o ‘antropólogo’ e o ‘nativo’ (2002, 122).

Pois, nesses encontros, a experiência de estar no mestrado em antropologia social e, assim, em formação como antropóloga (e aqui ressalto as reflexões trazidas nos encontros acadêmicos com o meu caro orientador, os colegas, os professores e os autores lidos nas disciplinas) também se (des)encontrava e se chocava com a minha experiência como redutora de danos, diferente das experiências compartilhadas comigo pelas pessoas, ao mesmo tempo que ressonantes, e que foram produzindo deslocamentos, territorializações e reterritorializações, desnaturalizações, num processo que para mim foi intenso, tenso e rico, e que, definitivamente, transformou-me.

Sobre a estrutura da dissertação, no primeiro capítulo, intitulado *Antropologia e Redução de Danos: os estudos sobre psicoativos, saúde e políticas públicas*, apresento algumas considerações metodológicas, a partir da antropologia, que guiaram a pesquisa e a escrita deste trabalho, bem como uma revisão teórica acerca da trajetória da política de redução de danos e algumas discussões correlatas, como aquelas relativas às substâncias psicoativas. Vale mencionar que o destaque para a saúde, no título, não é por acaso, já que é nesse campo que a redução de danos se desenvolveu, inclusive em Florianópolis.

No segundo capítulo, *Redução de Danos em Florianópolis/SC: Trajetórias e Narrativas*, apresento a trajetória da política de redução de danos na cidade de Florianópolis, a partir das narrativas e perspectivas apresentadas pelos participantes da pesquisa. No terceiro, *Redução de Danos, Substâncias Psicoativas e Relações: Campo Semântico, Noções e Perspectivas*, apresento as concepções que os participantes da pesquisa tem acerca da redução de danos e das substâncias psicoativas, como as definem e as articulam, bem como algumas reflexões que podem ser suscitadas a partir delas. E, por fim, apresento as considerações finais, bem como alguns apontamentos e questões levantadas a partir da dissertação.

Espero, neste trabalho, ter conseguido fazer jus às experiências e perspectivas narradas pelos participantes da pesquisa, a quem sou muito grata pela disponibilidade que tiveram em conversar e compartilhar comigo uma parte de suas vidas.

2 ANTROPOLOGIA E REDUÇÃO DE DANOS: OS ESTUDOS SOBRE PSICOATIVOS, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

Começo este capítulo com algumas discussões teórico-metodológicas acerca das narrativas, pois foi através e baseadas nelas que esta dissertação foi escrita, ela mesma uma narrativa. E falar sobre narrativas inclui falar sobre relações, incluindo aquelas entre o pesquisador e os participantes da pesquisa e, mais especificamente, como esta é uma dissertação escrita no contexto de um programa de pós-graduação em antropologia, entre “o antropólogo” e “o nativo”.

Devos (2002, 19) propõe analisar as narrativas como um fazer, uma arte de dizer e de pensar, “*que media na ação humana, numa prática, um conhecimento do mundo*”. Ao narrar uma história, a memória se constituiria numa forma de transmissão do conhecimento, apoiada num campo semântico aberto e que incorpora e transmite novos significados. Uma atividade criativa, pois uma “*arte de manipular concordância e discordância na elaboração das surpresas e reviravoltas, [que] nasce do trabalho da imaginação criadora sobre os gêneros e obras conhecidos, media saberes*” (Devos, 2002, 24). Como aponta Langdon

a narrativa representa a preocupação geral humana de como traduzir o saber para o contar [...] expressa momentos dramáticos na vida humana, momentos que fazem parte da memória cultural e individual [...] uma expressão simbólica que fornece um modelo ‘de’ e ‘para’ o mundo (Langdon, 1999, 20).

Segundo Maluf (1999), em **Antropologia, narrativas e a busca de sentidos**, para encontrar o sentido das narrativas, para além da literalidade, devemos considerar a singularidade das experiências, conectadas com as dimensões coletivas e sociais, e dos sujeitos que as vivenciam e produzem seus sentidos via narrativas, irredutíveis a elas, mesmo que temporários e precários. Narrar constitui um ato interpretativo, e assim, seguindo Geertz (2008), a interpretação do antropólogo seria de segunda, terceira ordem, interpretação da interpretação, cujo objetivo “*é alcançar os conteúdos e os sentidos sociais da experiência*” (Maluf, 1999, 78). Buscar esses sentidos sociais associados com uma atenção às singularidades foi o que possibilitou,

segundo Maluf, a compreensão do fenômeno que se propôs a pesquisar para além de uma abordagem mais restrita focada em instituições, doutrinas, enumerações e técnicas.

A(o) antropóloga(o), ao abordar e analisar as narrativas, faria um *“percurso pela trajetória social das pessoas, por seus diferentes pertencimentos e diferentes locais [...] pelas diferentes formas de se apropriarem dos espaços, no tempo, na maneira como recuperam, na entrevista suas lembranças, suas estórias”* (Devos, 2002, 25). E nesse sentido, o próprio termo diálogo deve ser relativizado, pois, segundo Groisman, há uma pluralidade de interlocutores em uma conversa entre a(o) antropóloga(o) e o sujeito com quem conversa, que, mesmo não presentes fisicamente na interação, *“estão ativos no círculo, ou ‘rede’ [...] na medida em que pode haver; e na maioria das vezes há, uma partilha do conteúdo e da forma da conversa”* (Groisman, 2007, 9).

Viveiros de Castro, em **O nativo relativo**, chama-nos a atenção para a relação entre antropólogo e o ‘nativo’, cuja igualdade residiria na condição cultural em comum, mas que não implicaria em uma igualdade de direito, pois o primeiro teria uma vantagem epistemológica sobre o segundo, pois *“o sentido que o antropólogo estabelece depende do sentido nativo, mas é ele quem detém o sentido desse sentido – ele quem explica e interpreta, traduz e introduz, textualiza e contextualiza, justifica e significa esse sentido”* (2002, 115). Para ele, uma das primeiras questões a serem resolvidas nesta relação seria a *“pretensão ao conhecimento implícita [- e explícita, eu diria -] no discurso do antropólogo”*, acompanhada pela desigualdade relativa à *“legitimidade atribuída aos discursos que entram em relação de conhecimento, e, em particular; às relações de ordem que se decide estatuir entre esses discursos”* (2002, 119).

O que não implicaria em simplesmente considerar o ‘nativo’ como sujeito, pois *“é justo porque o antropólogo toma o nativo muito facilmente por um outro sujeito que ele não consegue vê-lo como um sujeito outro, como uma figura de Outrem que, antes de ser sujeito ou objeto, é a expressão de um mundo possível”* (Viveiros de Castro, 2002, 117). Outrem é um conceito que Viveiros de Castro retoma de Deleuze, que, por sua vez, escreve:

Que Outrem, propriamente falando, não seja ninguém, nem você, nem eu, significa que ele é uma estrutura, estrutura que se encontra efetuada somente por termos variáveis nos diferentes mundos de percepção – eu para você no seu, você para mim no meu. Nem mesmo basta ver em

outrem uma estrutura particular ou específica do mundo perceptivo em geral; de fato é uma estrutura que funda e assegura todo o funcionamento deste mundo em seu conjunto. É que as noções necessárias à descrição deste mundo [...] permaneceriam vazias e inaplicáveis se Outrem não estivesse aí, exprimindo mundos possíveis (Deleuze, 1988, 267).

Assim, Viveiros de Castro aponta que o primeiro passo a ser tomado seria

afirmar a equivalência de direito entre os discursos do antropólogo e do nativo, bem como a condição mutuamente constituinte desses discursos, que só acedem como tais à existência ao entrarem em relação de conhecimento (Viveiros, 2002, 125).

E propõe, então, a partir de Wagner (1981) e Latour (1991), que em vez de considerarmos todos nós nativos, pensarmos a nós todos como antropólogos e tomar a antropologia “*como uma prática de sentido em continuidade epistêmica com as práticas sobre as quais discorre*” (Viveiros de Castro, 2002, 115).

Neste sentido, as teorias antropológicas, muito mais do que coproduzidas em conjunto com os nativos, são encaradas como continuações ontológicas das práticas e saberes nativos, que muito além de meros objetos a serem escrutinados pela verdadeira ciência, pelo sujeito assim outorgado da relação de conhecimento, constituem-se na “*força motriz*” da disciplina (Viveiros de Castro, 2015, 24). Não existem ‘sujeito’ e tão pouco ‘objeto’ imaculados – ambos são ‘contaminados’ imediata e reciprocamente pela relação que se estabelece – o antropólogo se torna tanto ‘sujeito’ na sua relação com o ‘Outro’ enquanto seu ‘objeto’ de estudo, quanto este ‘Outro’ se torna, no mesmo ato, também ‘sujeito’ na sua relação com o ‘objeto’ antropólogo. E de certa forma, é esta experiência e vivência que o antropólogo também tem – ele mesmo como ‘objeto’ do Outro – que o re-situa como sujeito nesta relação com o Outro enquanto ‘objeto’.

Entre o eu e o outro, um Si que só se faz possível via Outrem: transmutação de perspectivas presente no canibalismo tupi, como nos mostra Viveiros de Castro, a partir de sua argumentação do *canibalismo místico-funerário araweté* como transformação estrutural do *canibalismo bélico-sociológico dos Tupinambá* do século XVI. Devorar o inimigo, não simplesmente sua carne e entranhas, mas sua relação com o devorador, incorporar sua condição como inimigo, os signos de sua

alteridade, para ver-se a partir do outro, constituir-se a partir deste outro, nunca como o Mesmo, pois de outra perspectiva, a partir da qual anuncia sua própria singularidade, num “*movimento paradoxal de autodeterminação recíproca pelo ponto de vista do inimigo*” (2015, 160), numa espécie de “*economia da alteridade predatória*” (2015, 161). Conforme Viveiros de Castro:

Se o objetivo da antropologia multiculturalista europeia é descrever a vida humana tal como ela é vivida do ‘ponto de vista do nativo’, a antropologia multinaturalista nativa assume como condição vital de autodescrição a apreensão ‘semiofísica’ - a execução e devoração - do ‘ponto de vista do inimigo’. A antropofagia enquanto antropologia (2015, 160).

O eu e o outro existem porque uma relação de inteligibilidade é estabelecida. As teorias antropológicas atualizam a relação de conhecimento estabelecida, trazem em si as culturas em jogo como pressupostos, sendo em si mesmas relacionais. Talvez, tal qual como no canibalismo tupi, seus conceitos “*operam, assim, um duplo desenraizamento: são como vetores sempre a apontar para o outro lado, interfaces transcontextuais cuja função é representar, no sentido diplomático do termo, o Outro no seio do Mesmo, lá como cá*” (Viveiros de Castro, 2015, 221). As relações entre o eu e outro, entre tantas outras dualidades do pensamento, assim tomadas como tal, como natureza e cultura, indivíduo e sociedade, não são unívocas, nem ocupam posições fixas e opostas necessariamente, mas modificam-se, relativizam-se, deslocam-se, condicionam-se e se transformam reciprocamente, às vezes de forma desigual, situacional e conforme as perspectivas em jogo. O que pode - e no momento trago isto como um apontamento - ajudar a pensar, por exemplo, a relação entre redução de danos e abstinência, conceitos e modelos que a princípio surgem no debate sobre os usos e usuários de psicoativos como divergentes e até antagônicos, se se pode dizer assim.

Ainda sobre o eu e o outro - Outrem, sobre a relação entre o antropólogo e o ‘nativo’, Viveiros de Castro escreve:

A boa diferença, ou diferença real, é entre o que pensa (ou faz) o nativo e o que o antropólogo pensa que (e faz com o que) o nativo pensa, e são esses dois pensamentos (ou fazeres) que se confrontam [...] O confronto deve poder produzir a mútua implicação, a comum alteração dos

discursos em jogo, pois não se trata de chegar ao consenso, mas ao conceito (2002, 119).

Os conceitos antropológicos atualizariam, então, para o autor, esta relação, entre o antropólogo e o ‘nativo’ – “*relação de relações*” (2002, 128) – e, para isto, sugere tomar as ideias nativas como conceitos, buscar os mundos que constituem e os problemas da razão que colocam, experimentar uma imaginação, uma ficção não fictícia, e produzir um conhecimento que é “*imediatamente uma relação social, pois é o efeito das relações que constituem reciprocamente o sujeito que conhece e o sujeito que ele conhece, e a causa de uma transformação (toda relação é transformação) ‘na constituição relacional de ambos*” (2002, 113). Produção de conhecimento e de conceitos que são, portanto, “*relacionais porque são relatores*” (2002, 125), frutos da experiência do (des) encontro.

Segundo Strathern, as relações, conduzidas por meio das pessoas, tornadas “*substância do empirismo antropológico*” (2014, 271), tem como propriedade primeira a holografia, o que significa que podem ser aplicadas a qualquer conexão, produzindo instâncias de si mesmas ao modelar os fenômenos, podendo ser demonstradas por práticas relacionais. Uma segunda propriedade das relações, ou da Relação como espécie de entidade, é a complexidade de sua conectividade, pois

sempre convoca outras entidades diferentes dela própria [...] independentemente dessas entidades serem preexistentes (de a relação se dar ‘entre’ elas) ou de serem trazidas à existência pela relação, e portanto, existirem ‘dentro’ dela – Quando não se vê apenas as relações entre as coisas, mas as coisas como relações (2014, 279).

A percepção das coisas como relações em relação é iluminada pela ideia de multiplicidade, trazida por Deleuze, que, segundo Viveiros de Castro

é diferente de uma essência; as dimensões que a compõem não são propriedades constitutivas ou critérios de inclusão classificatória. Um dos componentes principais do conceito de multiplicidade é, ao contrário, uma noção de individuação como diferenciação não-taxonômica — um processo de atualização do virtual diverso de uma realização do possível por limitação, e refratário às categorias tipológicas da semelhança, da oposição, da analogia e da identidade [...] A multiplicidade não é algo maior que um, algo

como uma pluralidade ou uma unidade superior; ela é, antes, algo menor que um, surgindo por subtração [...] em que o Um opera apenas como aquilo que deve ser retirado para produzir o múltiplo, que é então criado por ‘destranscendência’; ela manifesta uma organização ‘que pertence ao múltiplo como tal, e que não tem nenhuma necessidade da unidade para formar um sistema (2007, 98-99).

O termo ‘multiplicidade’ provavelmente foi utilizado para se contrapor ao conceito de ‘entidade’ (que, por sua vez, depende do conceito de identidade) e que, como tal, permanece igual a si mesmo independente da perspectiva do observador. A multiplicidade é algo que se individua apenas a partir da articulação de singularidades heterogêneas de uma certa perspectiva, e diferentes perspectivas determinam diferentes constructos para uma multiplicidade. Neste sentido é que se diz que a individuação de uma multiplicidade é *extra-substantiva*, ou seja, não depende de nada que seja parte de uma natureza supostamente essencial.

Em relação aos termos, as coisas como relações, entidades implodidas em multiplicidades, em relação, os polos por assim dizer, um necessariamente se configuraria como ‘*polo atual-extensivo*’, que se remete a algo como dado e estruturado *vis-à-vis* ao outro que, em relação a este, configura-se como ‘*polo virtual-intensivo*’, relativo a algo que se encontra em processo de criação e constituição, em uma dualidade que poderíamos descrever como similar à que existe entre *modelos* e *processos*, entre o *instituído* e o *instituinte*, entre algo que contém e algo que transborda, e que Deleuze e Guattari remetem à dualidade ‘*decalques arborescentes*’ x ‘*mapas rizomáticos*’, que não é absoluta, posto que em relação:

Não é próprio de um rizoma cruzar as raízes, confundir-se às vezes com elas? Um mapa não conforma fenômenos de redundância que já são como que seus próprios decalques? Uma multiplicidade não tem seus estratos onde se enraizam unificações e totalizações, massificações, mecanismos miméticos, tomadas de poder significantes, atribuições subjetivas? As linhas de fuga, inclusive elas não vão reproduzir, a favor da divergência eventual, formações que elas tinham por função desfazer ou inverter? [...] O decalque já traduziu o mapa em imagem, já transformou o rizoma em raízes e radículas.

Organizou, estabilizou, neutralizou as multiplicidades segundo eixos de significância e de subjetivação que são seus. Ele gerou, estruturalizou o rizoma, e o decalque já não reproduz senão ele mesmo quando crê reproduzir outra coisa [...] O que o decalque reproduz do mapa ou do rizoma são somente impasses, bloqueios, os germes de pivô ou os pontos de estruturação [...] Por isso é tão importante tentar outra operação, inversa mas não simétrica. Religar os decalques ao mapa, relacionar raízes ou as árvores a um rizoma (Deleuze, Guatarri, 1995, 23-24).

O conceito de rizoma parece, portanto, referir-se aqui a uma multiplicidade que se encontra no polo virtual-intensivo. Assim, conforme Viveiros de Castro:

Um rizoma não se comporta como uma entidade, nem instancia um tipo; ele é um sistema reticular acentrado formado por relações intensivas (“devires”) entre singularidades heterogêneas que correspondem a individuações extra-substantivas, ou eventos (as ‘hecceidades’). Assim, uma multiplicidade rizomática não é realmente um ser, um “ente”, mas um agenciamento de devires, um “entre”: um “difference engine” (2007, 98).

Os decalques são como que uma espécie de rescaldo ou resíduos fixados que os processos rizomáticos vão inscrevendo no contexto ou na estrutura já dadas enquanto polo atual-extensivo. Os decalques são como que as cicatrizes deixadas pelas feridas e incisões que vão sendo abertas pelos rizomas dentro e através do constituído.

A relação como rizoma, conforme Strathern, pode ser considerada “*uma figura de organização que detém a capacidade de organizar tanto o semelhante como o dessemelhante [...] sem deixar de conservar a sua diferença*” (2014, 279). A relação entre os polos, estes bulbos formados pelos rizomas, de qualquer dualidade, ou seja, entre multiplicidades, não se dá portanto pela busca da semelhança ou da identidade, mas antes pela busca da diferença, da divergência e da distância, no que Deleuze chamou de ‘síntese disjuntiva’ ou ‘disjunção inclusiva’. Ou seja, da mesma forma que Deleuze usa o conceito de ‘multiplicidade’ para se contrapor ao conceito de ‘entidade’/‘identidade’, usa o conceito de ‘diferença’ para se contrapor ao conceito de ‘síntese’, em particular, da ‘síntese dialética’ que busca a

‘conciliação dos contrários’ em um novo patamar de equivalência ou identidade superior.

É na diferença que o fenômeno fulgura, que se explica como signo: e é nela que o movimento se produz como ‘feito’. O mundo intenso das diferenças, no qual as qualidades encontram sua razão e o sensível encontra seu ser, é precisamente o objeto de um empirismo superior. Este empirismo nos ensina uma estranha ‘razão’, o múltiplo e o caos da diferença (as distribuições nômades, as anarquias coroadas). São sempre as diferenças que se assemelham, que são análogas, opostas ou idênticas: a diferença está atrás de toda coisa, mas nada há atrás da diferença. É próprio de cada diferença passar através de todas as outras e de se ‘querer’ ou de se reencontrar através de todas as outras. (Deleuze, 1988, 65).

Esta *síntese disjuntiva* ou *disjunção inclusiva* é, segundo Viveiros de Castro:

um modo relacional que não tem a semelhança ou a identidade como causa (formal ou final), mas a divergência ou a distância; um outro nome deste modo relacional é ‘devir’. A síntese disjuntiva ou devir é ‘o operador principal da filosofia de Deleuze’, na medida em que é o movimento da diferença como tal — o movimento centrífugo pelo qual a diferença escapa ao poderoso atrator circular da contradição e sublação dialéticas. Diferença positiva antes que opositiva, indiscernibilidade de heterogêneos antes que conciliação de contrários, a síntese disjuntiva faz da disjunção ‘a natureza mesma da relação’, e da relação um movimento de ‘implicação recíproca assimétrica’ entre os termos ou perspectivas ligados pela síntese, a qual não se resolve nem em equivalência nem em identidade superior (2007, 99-100).

A implicação seria o movimento lógico da filosofia de Deleuze, segundo seu comentador François Zourabichvili, que sublinha que o pluralismo deleuziano supõe um “*primado da relação*” (2004, 37), tal como a antropologia. Assim, a perspectiva deleuziana, como filosofia da diferença, é sobretudo uma filosofia da relação. E o Devir para Deleuze é exatamente o movimento da diferença na relação entre os dois polos de uma dualidade, que se movimentam entre si de forma recíproca e

assimétrica, porque os deslocamentos de um polo em relação ao outro são simultâneos porém não são nem equivalentes, nem proporcionais. Estes deslocamentos operam sob a forma de uma modulação de intensidades que percorre o fio de tensão que liga os dois polos, mas de uma forma tal que os trajetos $X \rightarrow Y$ não coincidem com os trajetos de $Y \rightarrow X$, posto que decorrem de uma espécie de diálogo entre pontos de vista ou perspectivas necessariamente diferentes. O devir portanto é o que transborda para além de uma relação já dada e de uma forma sempre surpreendente porque o que transborda não estava necessariamente contido nesta relação.

Viveiros de Castro relaciona novamente Deleuze à chamada antropologia pós-estruturalista e à sagacidade de Wagner nas suas relações com os Daribi:

Diferença intensiva, diferença de perspectiva, diferença de diferenças. Nietzsche observava que o ponto de vista da saúde sobre a doença difere do ponto de vista da doença sobre a saúde. Talvez tenha sido essa observação que inspirou Roy Wagner a dizer, sobre suas relações iniciais com os Daribi: “o modo como eles não me compreendiam não era o mesmo modo como eu não os compreendia” — talvez a melhor definição antropológica de cultura já proposta (2007, 102).

Se os trajetos não se coincidem poderia se perguntar sobre a possibilidade epistemológica da antropologia se produzir de modo mais simétrico, de buscar uma relação mais simétrica com seus nativos. Como conclui Viveiros de Castro, em *Metafísicas Canibais*: “*não podemos pensar como os índios; podemos, no máximo, pensar com eles*”, o que não significaria, como ensinaria o perspectivismo, “*tentar atualizar o mundo tal como exprimido nos olhos alheios*”, mas “*multiplicar nosso mundo, ‘povoando-o de todos esses exprimidos que não existem fora de suas expressões’*” (2015, 231). Multiplicidade. Para simetrizar, considerar de fato e permanecer na tensão rizomática das relações. Realizar virtualmente o expresso nos outros mundos, dos mundos de Outrem como possibilidade, como devir. “*Não estaria aí a originalidade da antropologia: nessa aliança, sempre equívoca, mas amiúde fecunda, entre as concepções e práticas provenientes dos mundos do ‘sujeito’ e ‘objeto’?*” (Viveiros de Castro, 2015, 21).

A Diferença em Deleuze vem nos alertar para não pensarmos e conduzirmos as relações, e nos relacionar e ser relacionados, de modo a subordiná-las à identidade e às analogias, reduzi-las ao negativo ou

encarcerá-las na similitude. Mas afirmá-la. “*A diferença é o verdadeiro conteúdo da tese, a obstinação da tese [...] Em sua essência, a diferença é objeto de afirmação, ela própria é afirmação. Em sua essência, a afirmação é ela própria diferença*” (1988, 60-61). Essência aqui entendida não como estática, congelamento, mas como imanência, que se constitui na abertura para e através do Outrem. E para isso, diz o autor:

É preciso que cada ponto de vista seja ele mesmo a coisa ou que a coisa pertença ao ponto de vista. É preciso, pois, que a coisa nada seja de idêntico, mas que seja esquartejada numa diferença em que se desvanece tanto a identidade do objeto visto quanto a do sujeito que vê. É preciso que a diferença se torne elemento, a última unidade, que ela remeta, pois, a outras diferenças que nunca a identificam, mas a diferenciam. É preciso que cada termo de uma série, sendo já diferença, seja colocado numa relação variável com outros termos e constitua, assim, outras séries desprovidas de centro e convergência. É preciso afirmar a divergência e o descentramento na própria série. Cada coisa, cada ser deve ver sua própria identidade tragada pela diferença, cada qual sendo só uma diferença entre as diferenças. É preciso mostrar a diferença se diferindo (1988, 64).

Afinal uma antropologia que se preze nos diz Viveiros de Castro é aquela que nos devolve uma imagem de nós diante da qual não nos reconhecemos, uma imagem diferente (2015, 21). Experienciar o outro é multiplicar o nosso mundo, potencializá-lo. Antropofagizar a antropologia. A experiência como chave de inteligibilidade e criatividade e não a explicação, a interpretação, a representação do outro, da cultura do outro, ainda que

será sempre necessário descrever o kula como uma descrição, compreender a religião aborígine como um compreender, e imaginar a imaginação: é preciso saber transformar as concepções em conceitos, extrai-los delas e devolvê-los a elas (Viveiros de Castro, 2002, 128).

O que considero um grande desafio. Ao se relacionar, não só “*partilhar o espaço*”, mas “*partilhar-se nele*” (Deleuze, 1988, 46), abrir-se ao outro, considerar os pensamentos alheios, nativos, como de

fato práticas de sentido, permitir-se as possibilidades de delírio e descentramento que os encontros e desencontros com o Outrem oferece.

2.1 ANTROPOLOGIA, POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E REDUÇÃO DE DANOS

Antropólogas e antropólogos tem se dedicado ao tema das políticas públicas de saúde de modo crescente desde as décadas de 1970 e 1980, período identificado como de formação de um programa de pesquisa, consolidado a partir dos anos de 1990, quando adquire visibilidade no país e se configura como tal, já em 2012, segundo balanço sobre a antropologia da saúde, realizado por Langdon, Follér e Maluf (2012). Minayo afirma que, por se desenvolver “*sob os influxos do denominado Movimento Sanitário, num tempo histórico de politização do conceito de universalização dos direitos à saúde*” e “*no ambiente pluridisciplinar da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)*”, a antropologia da saúde “*vem se consolidando como elemento disciplinar estratégico das análises de saúde*” (2013, 208), impulsionada pelas “*características contemporâneas dos problemas e agravos fortemente vinculados a condições, situações e estilos de vida*” (2013, 210), incluindo, por exemplo, o uso de drogas, considerado “*prejudicial à saúde*”. Nesse sentido, Minayo afirma que a antropologia “*tem um desafio fundamental de entender a saúde, acima de tudo como bem da sociedade, sempre em construção e, como um conjunto de ações que os cidadãos constroem para serem saudáveis*” (2013, 210).

E um desses conjuntos de ações é a Redução de Danos, que se desenvolveu de modo mais sistemático na Holanda, a partir da organização dos próprios usuários de drogas injetáveis em associações, as Ligas dos Usuários de Drogas (*Junkiebonden*), frente a disseminação de hepatites virais, à falta de políticas preventivas e à repressão policial, que culminou na criação do primeiro Programa de Troca de Seringas, em Amsterdã no ano de 1984, progressivamente assimilado como política pública, com a crescente participação dos profissionais de saúde e a eficácia constatada na diminuição da transmissão das hepatites e do HIV. Este tipo de política acabou

tornando possível uma revisão nas políticas de drogas daquele país, em 1985, que estabeleceu uma nova estrutura de ‘normalização’ dos problemas decorrentes do consumo de certas

substâncias psicoativas fundamentada na ideia de que o dependente se aproxima muito mais do cidadão holandês desempregado do que um monstro que frequentemente ameaça a sociedade (apud Engelsmans, 1989 apud Marlatt, 1999a: 32). Esta ‘normalização’ centrada nas necessidades enfrentadas pelos usuários de drogas também objetivava reduzir os eventuais danos decorrentes de outras respostas mais repressivas que visavam controlar estas substâncias (Rosa, 2012, 162).

O sucesso desse tipo de ação fez com que outros países, como Inglaterra, Austrália, França e Canadá, aderissem a esse tipo de política, *“de orientação oposta à estratégia proibicionista norte-americana de guerra às drogas, uma vez que não priorizava a abstinência como meta de suas ações”* (Boarini, Machado, 2013, 585). A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define Redução de Danos (RD) como:

um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando droga (IHRA, 2010).

O direito à saúde é coadunado, na retórica da redução de danos, com os direitos do indivíduo de dispor sobre si mesmo, ainda que se reconheça o uso de substâncias como danoso e que, por isso, deve ser minimizado de modo plausível, conforme as singularidades da relação do indivíduo com a droga. Por isso a não exigência da abstinência (apesar de em última instância desejada) e o reconhecimento de si a partir de uma abordagem dita “pragmática”. Assim, por exemplo, o momento de aconselhar o usuário sobre a redução do uso da substância eleita deve acontecer a médio e a longo prazo, devido à constatação de que os *“usuários costumam apresentar forte resistência se percebem que o aconselhamento é direcionado a deixar de usar drogas. Essa postura, antes que a confiança seja adquirida, pode inviabilizar o trabalho”* (Niel, Xavier, 2008, 27).

A redução de danos se desenvolve e se dissemina a partir dos Programas de Trocas de Seringas (PTSs) e é assim que chega ao Brasil, na década de 1980, na cidade de Santos, onde quase sessenta por cento

dos casos de Aids notificados eram de usuários de drogas injetáveis. A Secretaria Municipal de Saúde, sob responsabilidade de David Capistrano, médico sanitário, em 1989, implantou pela primeira vez a distribuição de seringas e insumos para os “usuários de drogas” na tentativa de promover um “uso mais seguro” e “prevenir possíveis danos”, como a transmissão do vírus da Aids decorrente do compartilhamento de insumos. A iniciativa porém foi embargada pelo Ministério Público Estadual, que “nos processou com base na Lei vigente de então, a 6.368/1976, pelo crime de tráfico, previsto no art. 12 da mesma”, segundo Fábio Mesquita (2012), na época coordenador do Programa de Aids da cidade.

A lei nº 6.368/1976, de 21 de outubro de 1976, versava “sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem a dependência física ou psíquica” (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm) foi revogada pela Lei nº 11.342, de 23 de agosto de 2006, que instituiu

o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art75).

Com esta nova lei, mesmo não descriminalizando o uso de psicoativos considerados ilícitos e substituindo o termo entorpecentes por drogas,

a pena cabível pelo uso de drogas passou a consistir em uma medida baseada no comparecimento a programas ou cursos educativos, ficando a cargo da jurisprudência o direcionamento de condições propícias para o tratamento da dependência química. No entanto [...] ela ainda manteve intervenções repressivas, sobretudo, no que se refere à produção e ao comércio das drogas tidas como ilícitas (Rosa, 2012, 253).

A lei se mantém ambígua na distinção entre usuário e traficante, como aponta Nardi e Rigoni,

pois não há critérios objetivos de diferenciação entre quantidade para uso e para tráfico, nem entre grandes chefes do tráfico e os “aviões”,

mantendo-se o porte ou uso de drogas como crime sujeito a penalidades [...] O usuário é, assim, ainda entendido na posição de “fora da lei” (2005, 276).

Um pouco antes da instituição do Sisnad, foi lançada, em 2001, a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que, logo na introdução, coloca o “*uso indevido de drogas*” como uma “*séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômico, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades*” (Brasil, Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001, 7). O primeiro “pressuposto básico” contido no documento é “*buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas*” e o quarto é “*buscar a conscientização do usuário de drogas ilícitas acerca de seu papel nocivo ao alimentar as atividades e organizações criminosas que tem, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros*” (Brasil, Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001, 10). A redução de danos aparece como uma “*estratégia de redução de danos sociais e à saúde*” que deve ser reconhecida e incluída “*entre as medidas a serem desenvolvidas*” (Brasil, Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001, 7). As “*ações de combate às drogas*” aparecem como as que devem ser priorizadas (Brasil, Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001, 8).

Esta Política foi substituída, em 2005, pela Política Nacional sobre Drogas, e é colocada como “*o marco de uma nova etapa de atuação do governo federal na abordagem de assuntos relativos a redução de demanda e da oferta de drogas*” (Brasília, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011, 11). O primeiro “pressuposto” versa não exatamente, mas quase, sobre o ideal de uma sociedade livre de drogas, ao postular “*o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas*” (Brasília, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011, 13). Conscientizar os usuários de que o uso de drogas ilícitas colabora com as atividades consideradas criminosas continua como pressuposto, com ausência da expressão “*papel nocivo*” atribuído ao usuário. A redução de danos aparece, neste documento, como um dos pressupostos e como uma “*estratégia de prevenção*” que não deve ser confundida como “*incentivo ao uso indevido de drogas*” (Brasília, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011, 13).

Após a experiência de Santos, o primeiro programa de troca de seringas foi implementado em Salvador, em 1995, por pesquisadores e profissionais de saúde do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da UFBA. Em 1996 é a vez de Porto Alegre implantar o seu programa de troca de seringas. Outro marco apontado pela bibliografia foi o reconhecimento por parte do Ministério da Saúde, em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), da redução de danos como estratégia de saúde pública no Brasil, cuja meta era a prevenção da Aids, hepatites e outras infecções sexualmente transmissíveis entre os usuários de drogas injetáveis. A redução de danos aos poucos ganhou espaço no país, com os Programas de Redução de Danos (PRD), com a criação de associações como a ABORDA (Associação Brasileira de Redução de Danos) e a REDUC (Rede Brasileira de Redução de Danos), com os programas de trocas de seringas e a sua regulamentação como política por parte de alguns estados como Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais, e com a criação do primeiro centro de convivência para os usuários de substâncias psicoativas, o É de Lei, na cidade de São Paulo.

Em 1998, o Estado de Santa Catarina “*autorizou a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas, legitimando a criação de projetos de RD no Estado e a distribuição de seringas descartáveis aos UDIs pela Secretaria de Estado da Saúde*”⁸ (Maliska, Padilha, Andrade, 2014, 174-175). Desde o início da “epidemia” de HIV/Aids na década de 1980, Santa Catarina ganhou destaque no cenário nacional com os altos índices de transmissão, com a maior concentração de casos na região litorânea em cidades como Balneário Camboriú, Itajaí e Florianópolis, a segunda capital do país com maior incidência em levantamento de 2007. Conforme Maliska, Padilha, Meirelles, Koller e Andrade (2011), um dos fatores que contribuiu para os índices elevados de transmissão do vírus no início da epidemia foi o uso de drogas injetáveis, que, apesar do decréscimo, ainda mantinha o estado acima da média nacional para esta categoria.

Gradativamente a redução de danos foi ganhando destaque no rol de políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma *lógica ampliada*, um *método*, um *caminho*, uma *estratégia* que deve ser transversal a toda rede de assistência à saúde, como recomenda a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a

⁸ Lei Estadual Nº 11.063, de 28 de dezembro de 1998.

Usuários de Álcool e outras Drogas, instituída em 2003. Em 2005, a redução de danos apareceu como um dos eixos da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e como o *norte* ético para qualquer serviço do SUS, segundo a Portaria N° 1190 de 4 de Junho de 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). É definida como uma das prerrogativas do Ministério da Saúde pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), sendo inclusive citada na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), como uma das ações caracterizadoras da atenção básica.

Se a redução de danos aparece de forma sistematizada na Holanda, a literatura sobre o tema aponta como marco fundador em termos de princípio o **Relatório Rolleston**, um relatório de recomendações de 1926 produzido pelo “*Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction*”⁹, presidido pelo então Ministro da Saúde da Inglaterra, Sir Humphrey Rolleston, que estabelecia a possibilidade da prescrição médica de quantidades controladas de opiáceos, como morfina e heroína, para o tratamento daqueles considerados dependentes dessas substâncias. A descontinuidade abrupta do uso é considerada inapropriada e perigosa, pois poderia provocar, além de um grande sofrimento, um colapso fatal, principalmente no caso de pacientes organicamente debilitados e tomadores de altas doses. A abstinência como condição para o tratamento, ideia defendida por especialistas norte-americanos e como tal referida no documento, demandaria condições apropriadas como acompanhamento institucional e institucionalizado intensivo, avaliadas como insuficientes no caso inglês. O documento ainda pontua que a administração contínua de doses das drogas seria fundamental para alguns pacientes, considerados incuráveis, aqueles cujos sintomas da abstinência não podiam ser controlados no consultório e para aqueles que conseguiam levar uma vida relativamente normal com a administração de pequenas doses.

Apesar de questionar a abstinência como princípio necessário para o tratamento, o Relatório Rolleston reafirmava o modelo da dependência como doença e a responsabilidade da profissão médica pelo tratamento e controle da dependência. Conforme o Relatório (1926, 8, tradução minha):

o termo “adicto” é usado significando uma pessoa que, não requerendo o uso contínuo de uma droga

⁹ Comitê Departamental sobre Adicção em Morfina e Heroína (tradução minha).

para aliviar os sintomas de uma doença orgânica, adquiriu, como resultado da administração repetida, um desejo dominante por sua continuidade, e para quem a retirada da droga leva a sintomas definidos de angústia ou desordem mentais ou físicas¹⁰.

O uso habitual das drogas produziria no indivíduo uma condição constitucional manifestada pelo desejo avassalador e incontrolável do uso, sintoma da doença, então adquirida, mas cuja etiologia residiria em predisposições genéticas e instabilidades psíquicas. Há considerações sobre a maior frequência de casos de “dependência” entre pessoas moradoras dos centros urbanos, que exercem ocupações geradoras de tensões e estresses ou facilitadoras do acesso às drogas e sob tratamento médico farmacológico, porém não passam de indicações, pouco analisadas, secundarizadas e subordinadas ao argumento biomédico, baseado no biologicismo. A esse respeito, como aponta Menéndez:

El rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, por lo menos a nivel ideológico/ técnico, dado que es el factor que no sólo se refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención [...] La dimensión biológica [...] es el núcleo de la formación profesional del médico [...] Es de la investigación biológica, bioquímica y genética de donde la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de atención (2005, 47-48).

O autor, em **Morir de Alcohol – Saber e Hegemonía Médica**, analisa o problema do alcoolismo, uma das primeiras causas de morte no México, via cirrose hepática, acidentes e homicídios. Para ele, a percepção do alcoolismo como um problema exclusivamente médico, e assim, técnico, reduziria a complexidade do “*fenômeno da alcoolização*”, que se refere a processos e estruturas sociais, culturais, políticos e econômicos, historicamente contextualizados, que

¹⁰ Original: “*the term 'addict' is used as meaning a person who, not requiring the continued use of a drug for the relief of the symptoms of organic disease, has acquired, as a result of repeated administration, an overpowering desire for its continuance, and in whom withdrawal of the drug leads to definite symptoms of mental or physical distress or disorder*”.

estabeleceriam as características do uso e consumo pelos grupos sociais, bem como a sua normatização e controle social.

A análise do alcoolismo em termos de alcoolização, segundo Menéndez, foi possibilitada pela produção antropológica sobre o tema a partir de 1940, demandada inclusive pela prática médica, mas que, ao contrário desta, não se centrava no patológico, no indivíduo e nem nas suas consequências negativas, mas na funcionalidade cultural e social do álcool, cuja ingestão deveria ser olhada antes de tudo como um processo normal na vida dos grupos sociais. Se a produção antropológica centrava seu eixo interpretativo no sistema cultural e contribuiu para a ampliação do enfoque reducionista sobre o uso de psicoativos e os processos saúde e doença, ela priorizou, segundo Menéndez, a questão da integração cultural nas suas interpretações, afastando-se da percepção do alcoolismo como enfermidade, secundarizando algumas de suas consequências e ignorando a dimensão biológica, econômica e política. Assim, por exemplo, em alguns trabalhos os padrões sociais e culturais de ingestão de álcool apareceriam descritos em termos de obrigação social e cultural, o que na visão do autor se constituiria na construção coletiva de uma dependência, ignorada, em última instância, pela concepção de que um padrão coletivo integrado não pode ser patológico, nem problemático.

Vale mencionar, nas décadas de 1940 e 1950, a participação de antropólogos norte-americanos em projetos de intervenção em países subdesenvolvidos, patrocinados por grandes organizações como a OMS, muitos dos quais, segundo Langdon:

definiram seu papel como o de identificar as práticas e crenças de saúde de uma comunidade, com os fins de avaliar quais devem ser desencorajadas, por terem efeitos perniciosos na saúde, ou nos casos mais raros, quais devem ser estimulados à luz de sua eficácia comprovada pela ciência (2009, 113).

Assim, apesar da consideração relativa aos contextos culturais e a sua contribuição para a centralidade do tema da enfermidade nas investigações antropológicas, para a consideração da presença de sistemas médicos em outras culturas e o reconhecimento destes como sistemas, a antropologia produzida nessa época, chamada de aplicada, foi criticada pela sua dependência à biomedicina, então medicina científica, que a caracterizaria por um ateoricismo e pela reiteração da velha distinção entre ciência e crença e da interpretação da doença a partir do corpo biológico.

As críticas foram feitas por antropólogos, sobretudo a partir da década de 1960, incluindo médicos com pós-graduação em antropologia, e representaram uma mudança de perspectiva, como aponta Langdon, em *Comentários sobre “Doença versus Enfermidade na Clínica Geral” de Cecil G. Helman*, ao questionarem a postura etnocêntrica até então assumida sem críticas em relação à biomedicina quando comparada a outros sistemas médicos, baseados em outras epistemologias. A ideia destes antropólogos, que comporiam o modelo crítico, segundo a revisão proposta por Hernães (2008), é a de complementariedade epistemológica e de articulação entre o biológico e o cultural, e a doença, por exemplo, é vista a partir da ótica da experiência, como processo “cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais e, em segundo lugar, como evento biológico” (Langdon, 2009, 114).

Vale destacar a influência da antropologia simbólica norte-americana, preocupada com o papel do símbolo na vida humana, segundo a qual, os homens são animais simbólicos e, sendo assim, não têm relação direta com a realidade, acessada via interpretação de uma teia de símbolos, cujos significados não estão dados de antemão, mas emergem dos processos de interação social. A cultura se constituiria no sistema simbólico acionado pelo homem para perceber, interpretar e agir no mundo. É o modelo de e para o mundo. Aqui a separação entre corpo/natureza e cultura é eclipsada e a antropologia é vista como ciência – e como tal – cultural, cujo esforço etnográfico deve ser o de interpretar uma descrição densa de forma a separar as diferentes modalidades de piscadelas (Geertz, 2008, 5), sem pressupor com isso que estamos desvelando a verdadeira natureza e cultura do outro.

Nessa esteira antropológica, Kleinman, em **Some issues for a comparative study for a medical healing**, considera a biomedicina como um sistema coerente de ideias e práticas organizadas em torno da enfermidade (*illness*) e cuidado médico (*medical care*), enraizado nos seus contextos social e cultural e, como tal, existe e funciona como estrutura total, onde ideias, práticas, instituições e papéis estão intimamente interconectados, mesmo que seja possível dividi-lo em formas sociais, cognitivas e funções específicas, entendendo-as como parte de um todo. E desse modo, define, não só a biomedicina, mas os sistemas médicos como sistemas culturais e sociais, que ele denomina de “*health care system*”.

Em **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**, Langdon e Wiik

definem o sistema cultural de saúde como aquele que “*ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre saúde e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença*”. O sistema social, por sua vez, refere-se às “*instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, suas regras de interação, assim como as relações de poder a ele inerentes*” (2010, 179). Os sistemas culturais e sociais de saúde compõem o sistema de atenção à saúde, que “*engloba todos os componentes presentes em uma sociedade, relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse 'cenário'*” (2010, 178).

Como pontuam os autores, em sociedades complexas como a brasileira, há vários sistemas de atenção à saúde operando simultaneamente, como o biomédico e a medicina popular. À variedade de sistemas corresponde a variedade de formas de atenção (formas de atención), definidas como aquelas que intencionalmente “*buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado*” (Menéndez, 2005, 34). Se olharmos para a relação entre as diferentes formas de atenção do ponto de vista das representações e de seus representantes, corremos o risco de concebê-la somente em termos de antagonismos, como aponta Menéndez, principalmente quando colocamos em jogo as relações entre o sistema oficial biomédico e as outras epistemologias, geralmente marginalizadas, negadas e subordinadas. Porém se olharmos para os grupos sociais, é possível perceber as articulações transacionais entre as diferentes formas, pois são eles que na sua trajetória as acionam, manipulam, fazem convergir e integram o que aparentemente é irreconciliável. Pensar o sistema de atenção como sistema cultural de saúde, como coloca Langdon e Wiik (2010, 179), ajuda-nos a compreender as trajetórias das pessoas na busca por atenção à saúde e o próprio sistema.

2.2 REDUÇÃO DE DANOS COMO AUTOATENÇÃO

Se pensarmos no desenvolvimento da redução de danos, como apontado na literatura, a partir da iniciativa das associações de usuários de drogas na Holanda e do desenvolvimento subsequente dos programas de trocas de seringas, no panorama de críticas, desde a década de 1960,

relativas aos limites técnicos e à perda da eficácia da biomedicina, apesar da contínua expansão desse sistema, frente às doenças crônicas e infectocontagiosas, à relação hierárquica médico/paciente e à falta de atenção à questão da prevenção (Menéndez, 1990), é possível pensá-la a partir da modalidade de atenção definida como “*autoatenção*”, que se refere:

a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2005, 54-55).

Segundo o autor, a autoatenção poderia ainda ser pensada em um nível mais amplo, em termos da garantia da reprodução biossocial dos grupos e sujeitos, constituindo-se como um sistema de conhecimento. É a atividade mais básica do processo saúde e doença, sendo pensada mais em termos de alcoolização, do que de alcoolismo, recorrendo a Menéndez. Se a prevenção em redução de danos era intimamente conectada com os programas de trocas de seringas, foi ampliada “*para a concepção de redução de danos sociais e à saúde*” (Menéndez, 2013, 586-587).

A possibilidade de pensar a redução de danos em termos de autoatenção é trazida pela antropóloga Luciane Ouriques Ferreira em **A Pesquisa Antropológica como Ação: o caso exemplar do Projeto de Redução dos Danos causados pelo Uso Abusivo de Bebidas Alcoólicas entre os Mbyá-Guarani no RS**, no qual relata uma experiência interessante de redução de danos para uso de bebidas alcoólicas, construída em conjunto com as lideranças Mbyá, a partir de solicitação feita pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) em 2000 de um diagnóstico antropológico sobre os fatores socioculturais do uso de álcool nesse grupo indígena, entendido em termos de processo de alcoolização.

As atividades foram sistematizadas em três etapas: diagnóstico participativo sobre o abuso de bebidas alcoólicas, a realização de reuniões gerais entre os Karaí, Caciques e Representantes Mbyá-Guarani sobre o uso considerado abusivo de álcool e o percurso terapêutico dos Xondaro Marãgatu. Conforme a antropóloga, um dos

fatores do abuso de álcool apontado pelos Mbyá-Guarani foi a inexistência do karáí ou a falta de autoridade e legitimidade de algumas lideranças para orientar o seu grupo com bons conselhos.

O recurso terapêutico adotado se baseou em práticas de autoatenção identificadas e discutidas durante os encontros e se constituiu no emprego das boas palavras levadas às comunidades indígenas:

sempre acompanhadas pelo uso do petyngúá (cachimbo), assumem a forma de conselho e emergem como um recurso terapêutico no tratamento dos bebedores [...]. A boa palavra é reconhecida não necessariamente pelo conteúdo do discurso daqueles que a empregam, mas sim pela entonação da voz da pessoa que está falando. Nos círculos de conversa, aquele que está com a palavra deve dirigir-se ao centro da roda. Enquanto fala, caminha de um lado ao outro do círculo, no ritmo e na cadência da palavra proferida [...] Para os Mbyá as palavras dos Xondaro Marãgatu vêm dos deuses e do espírito, são palavras movidas pelo amor (mborayvu), por isso é que são boas palavras e fazem com que as comunidades acreditem e tenham esperança nesse trabalho (2004, 126-127).

A antropóloga destaca a avaliação positiva feita pelas lideranças Mbyá, um ano após a realização da primeira etapa do Percurso Terapêutico dos Xondaro Marãgatu, que constatou uma redução do consumo de bebidas alcoólicas e das consequências consideradas negativas desse consumo para as comunidades indígenas. Definiu-se a partir dessa avaliação a continuidade do trabalho com as boas palavras pelo grupo em todas as comunidades e elegeram um Cacique Geral para atuar como mediador de conflitos dentro da comunidade, decorrentes do uso de álcool.

2.3 A ANTROPOLOGIA E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O reconhecimento da multidimensionalidade do chamado fenômeno das drogas, como visto, decorreu (em parte pelo menos) das contribuições das chamadas ciências humanas e sociais, pensadas em

sentido amplo. Para além dos debates ligados ao desenvolvimento da antropologia da saúde expostos anteriormente,

os cientistas sociais construíram sua abordagem das drogas a partir de um objetivo pendular: compreender o uso de drogas tanto como prática e quanto como uma questão social contemporânea constituída recentemente enquanto tal (Fiore, 2013. 3).

Refletir sobre o uso de psicoativos perpassa considerar a multiplicidade de relações e agenciamentos que envolvem estas substâncias que não parta de uma epistemologia negativa, que tenderia a limitar a apreensão e compreensão das possibilidades em jogo nas experiências humanas e a reproduzir estigmas e estereótipos, e nem de uma necessariamente positiva, mas sim de uma epistemologia consistente, como propõem Groisman e Schneider (2014, 42), que

implica em considerar ambiguidades, tensões, dicotomias ou dualidades, adesões, rupturas, agenciamentos e outros aspectos associados – que em geral são tratados a partir de categorizações padronizadoras – mas ampliando o interesse pelas singularidades, pelas pluralidades, pelos processos, mas também pelas articulações circunstanciais, pela abordagem nativa da experiência, enfim, menos como geradora de efeitos, mas sim desencadeadoras de interlocução legítima, relevante e produtiva.

Olhar de modo consistente implica em não tomar de antemão e naturalizar o “problema das drogas”, mas em considerar como se constituiu em um *problema*. Assim, a consideração de que as substâncias psicoativas, pelo menos parte delas, ganharam o status de problema social nas sociedades ditas ocidentais no século XX é importante, pois influi e configura um contexto de concepções, práticas, políticas e intervenções alinhadas com a chamada “guerra às drogas”, declarada pelo presidente estadunidense Nixon em 1972, que alinhavou

a um só tempo, uma instrumentalização da proibição às drogas como artifício de política externa e recurso para a governamentalização – disciplinarização, vigilância e confinamento – de grupos sociais ameaçadores à ordem interna como negros, hispânicos e jovens pacifistas (Rodrigues, 2003, 2).

A origem da palavra *droga*, segundo Vargas (2008), é controversa e dentre as hipóteses possíveis ele aponta a derivada do

neerlandês *droghe vate* – “*barris de coisas secas*” – cujo registro data do século XIV e a situa no contexto dos contatos dos povos europeus com outros povos do Oriente, no período das Cruzadas, marcado pela emergência de um período tratado como loucura das especiarias:

quando entraram em curso de desenvolvimento, no mundo ocidental, quer as sociedades de corte e aquele processo que Elias chamou de “civilizador” (Elias, 1994), quer a fascinante e aterrorizante deriva cosmológico-topográfica em busca da Terra de Cocanha, do País da Canela, dos domínios de Preste João, das Ilhas Afortunadas, do Eldorado, em suma, do Paraíso Terreal. Essa deriva materializou-se, entre outras coisas, na demanda por um tipo muito especial de mercadorias, as drogas ou especiarias, substâncias exóticas que teriam o “gosto do paraíso”, conforme a feliz expressão de Schivelbusch (1993, p. 314). Em sua busca, foram envidados os mais impressionantes esforços; ao seu redor, novos horizontes foram-se abrindo. O mundo das drogas pertence a esses novos horizontes (Vargas, 2008, 43-44).

A loucura das especiarias entraria em declínio a partir do século XVII com a introdução de novos “*alimentos-droga*” provenientes da extensão e intensificação dos contatos com povos do oriente e com a abertura de novas fronteiras de expansão colonial como a América. Drogas como o café, o chá, o açúcar, o chocolate, o tabaco e as bebidas alcoólicas destiladas foram gradativamente se transformando de itens exóticos e caros em elementos cada vez mais presentes no cotidiano das populações europeias e capazes de tornar a vida mais suportável, seja por entorpecimento, seja por estimulação.

Vargas também destaca o uso de drogas terapêuticas impulsionado pelo desenvolvimento da química aplicada às práticas médicas a partir do século XVII que culminou no século XIX com uma “*nova era [...] aberta pela introdução, nas práticas médicas, de substâncias ‘puras’ de origem mineral (como o iodo), vegetal (como a morfina) ou animal (como a insulina)*” (2008, 49). A introdução de novas substâncias potencializou a capacidade de intervenção terapêutica da medicina, processo que teve como um de seus ápices a síntese química da penicilina, antibiótico descoberto em 1928 pelo médico e bacteriologista Alexander Fleming. Pode-se citar a importância dos anestésicos para o desenvolvimento dos procedimentos operatórios,

acompanhado de um “*descompasso entre a percepção dos efeitos benéficos e dos efeitos adversos*” (2008, 52) – destas e de outras modalidades de substâncias – que por sua vez gerou efeitos iatrogênicos.

A “*invasão farmacêutica*”, conforme Vargas, foi acompanhada de uma partilha moral entre o uso de drogas terapêutico controlado e prescrito pela autoridade biomédica e o uso de drogas para outros fins proscrito e tornado ilícito e criminalizado em muitos países durante o século XX, em conjunto com sua produção e comercialização, a partir dos fundamentos médico e jurídico. Assim o incremento da produção de fármacos foi acompanhado pelo aumento da lista de substâncias ilícitas – drogas. Como coloca Vargas “*a tônica dessas políticas é marcada pela distinção entre drogas e fármacos e pela repressão a todas as formas de uso não médico de praticamente todas as drogas rotuladas como psicoativas, com as notórias, apesar de controversas, exceções do álcool etílico e do tabaco*” (2008, 54).

Assim, como aponta Simões (2008, 17) a “*medicalização e a criminalização do uso ‘leigo’ de determinadas substâncias foram os principais meios pelos quais as sociedades modernas construíram o ‘problema das drogas’*”. Problema das drogas, quando a questão do uso de psicoativos é alçada à categoria de problema social:

Tal qual a violência, a miséria e as doenças, o uso de ‘drogas’ foi alocado no panteão dos males que afligiram a humanidade no século passado [...] O campo científico não cumpriu um papel coadjuvante nesse processo. Ao contrário, vê-se com clareza que a ciência foi protagonista, desempenhando papéis aparentemente contraditórios, ora se esforçando em descobrir, isolar e até sintetizar novas moléculas, ora propagando seus malefícios e reivindicando sua proscrição legal. De qualquer forma, foi prioritariamente como um problema de saúde pública que as ‘drogas’ e seu consumo se tornaram objeto de estudo científico (Labate, Fiore, Goulart; 2008, 23).

Construiu-se assim, com a chancela das ciências e da biomedicina, uma “*premissa controversa e socialmente hegemônica que a pessoa que faz uso de ‘drogas ilícitas’ é necessariamente ‘doente’ ou ‘dependente químico’*” (Groisman e Schneider, 2014, 3), produzindo assim uma epistemologia negativa no trato da questão, que desqualificaria de antemão as experiências de uso e os usuários de psicoativos, considerados não legítimos. Não podemos esquecer, como

Vargas (2008, 610) nos atenta, que as relações entre as sociedades contemporâneas e as substâncias psicoativas são múltiplas, ao mesmo tempo reprimidas e incitadas, o que se refletiria inclusive no caráter polissêmico e polifônico da categoria droga. Como reforça Simões (2008, 16-17):

a consideração das propriedades bioquímicas e de seus efeitos sobre a psique e organismo, num sentido mais amplo, não esgota a compreensão das motivações e dos sentidos ligados à produção e ao consumo de determinados psicoativos. Há que se reconhecer, antes de tudo, que o usuário tem um papel ativo na busca e no consumo. Pessoas sempre utilizaram ‘drogas’, pelos motivos mais diversos, nas circunstâncias mais variadas, e não há razões para supor que deixarão de fazê-lo [...] Além disso, em que pese especificidades subjetivas e individuais, o uso de qualquer substância é condicionado e estruturado por forças culturais e históricas mais amplas. Assim, por exemplo, embora o álcool esteja relacionado com graves problemas sociais – não só pelas sequelas físicas e mentais acarretadas por seu uso abusivo, mas também pela sua conexão com a violência doméstica e com acidentes de trânsito –, as ideias e práticas culturais associadas ao álcool vão muito além dessa dimensão negativa. À parte sua importância econômica, as bebidas alcoólicas entre nós são fermento da sociabilidade e das celebrações.

Nesse sentido, opto, pelo menos provisoriamente, pela categoria substâncias psicoativas para me referir às drogas, um termo, segundo Labate, Fiore e Goulart (2008, 24), ainda que remetido a um ponto de vista biomédico, mais preciso e menos carregado de pressupostos morais. De acordo com Simões (2008, 14):

“psicoativo” é um dos termos cunhados para referir às substâncias que modificam o estado de consciência, humor ou sentimento de quem as usa – modificações essas que podem variar de um estímulo leve, como o provocado por uma xícara de café, até alterações mais intensas na percepção do tempo, do espaço ou do próprio corpo, como as que podem ser desencadeadas por alucinógenos vegetais, como a ayahuasca, ou “anfêtasminas

psicodélicas” sintéticas, como o MDMA, popularmente conhecido como ecstasy.

A redução de danos apesar de questionar os critérios das abordagens absteinistas relativas ao uso de psicoativos, pode se aproximar dela ao considerar este uso como problemático, como apontam Groisman e Schneider:

a imagem construída dos usuários junto aos serviços de saúde é aquela produzida por situações de crise. Esta imagem de certa maneira passou a orientar as políticas de saúde [...] Esta tendência contribuiu para se pensar que há somente duas abordagens possíveis: uma absteinista, ou seja, que a intervenção deve ser no sentido de eliminar genericamente o uso de drogas ilícitas, e outra que volta suas iniciativas a ‘prevenção’, considerando o uso de drogas ainda algo epidêmico, mas que distingue o uso do abuso de drogas. Para esta última, as políticas deveriam ser voltadas prioritariamente à mitigação de riscos e prejuízos, e ficou conhecida pela noção de ‘redução de danos’ ou reducionista (2014, 39).

O surgimento do conceito de abuso, no século XIX, segundo Henrique Carneiro, em **A fabricação do vício**,

é simultâneo de uma série de outros, como o ‘homossexual’, o ‘alienado’, o ‘erotômano’ ou ‘ninfomaniaca’, o ‘onanista’ [...] não se distinguia entre desejo e vontade de beber, não havia vocabulário que expressasse a existência de uma compulsão, de uma escravidão à bebida ou alguma droga. As exceções são alguns relatos sobre o uso do ópio no Oriente no século XVI e, a partir do século XVIII, os primeiros autores (J. Jones, 1701; Lettson, 1787; S. Crumpe, 1793) que passam a descrever “uma perda de controle voluntária do hábito”, que será mais tarde chamada de “abuso”. Mas acima de tudo, o uso do álcool e outras drogas era visto como uma prática condenável em muitos aspectos, e virtuosa em outros, mas jamais como uma doença [...] A doença do vício será uma constatação do século XIX. A concepção da embriaguez como doença pode ser datada de 1804, quando Thomas Trotter publicou o *Essay Medical Philosophical and Chemical on Drunkenness*, que seria considerado

um marco na “descoberta” (ou na criação?) de uma nova entidade nosográfica. Para Trotter, o hábito da embriaguez seria uma “doença da mente”. Nesse momento, a toxicomania está sendo constituída e isolada como uma entidade clínica autônoma (2002, 2-3)

O termo “*vício*”, conforme Carneiro, tornou-se consenso no século XX, com a superação do modelo orgânico da doença pelo modelo psicológico, quando se torna a “*doença da vontade*” (2002, 5) e nasce “*um novo racismo que, além de biológico, assume contornos biopolíticos, na estigmatização demonizante dos consumidores de drogas*” (2002, 8). O processo de medicalização, marcado pela já citada “invasão farmacêutica”, e de criminalização de algumas substâncias, intensificado pelo que ficou conhecido como proibicionismo, submeteram “*as drogas, como arsenais de substâncias produtoras de prazeres e sensações específicas [...] a um dispositivo de normalização*” (2002, 8). As drogas, elas próprias, constituir-se-iam em um dispositivo de relações,

num sentido próximo ao que Foucault (1976) estabeleceu para o dispositivo da sexualidade. Como este, aquele envolve, simultaneamente, repressão e incitação; como este, aquele também se define tanto ou mais por suas capacidades produtivas (ou seja, por aquilo que permitem, viabilizam, multiplicam, fomentam, liberam) do que por suas habilidades repressivas (ou seja, por aquilo que constroem, interditam, bloqueiam ou excluem); mas diferentemente deste, aquele se especifica ao se constituir em torno ou a partir das próprias coisas ou, mais precisamente, de uma variedade de substâncias mobilizadas como mediadores incontornáveis em muitas práticas contemporâneas [...] Portanto, o dispositivo das drogas não se resume a mecanismos de coação [...] mas diz respeito diretamente a agenciamentos específicos de potencialização [...] de nossas capacidades e resistências: é em boa parte por conta da criação de inúmeras drogas que, por exemplo, somos hoje capazes de fazer coisas antes inimagináveis, como prolongar os limiares da vida, mas também é justamente pela potência (ou eficácia) das drogas que corremos riscos antes praticamente inconcebíveis (Vargas, 2006, 610-611).

Um produto da normalização das drogas, atravessadas por feixes de poder e saber, é o curso à distância chamado SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento, oferecido, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), aos profissionais da saúde e da assistência social, em parceria com a Unifesp, segundo o site oficial¹¹. Inscrevi-me no curso na época em que trabalhava no PRD-CR e fiz o curso em 2014, ano da publicação mencionada aqui.

Um dos temas do curso é a diferença entre uso nocivo, abuso e dependência, distinguidos segundo a Classificação Internacional de Doenças, conhecida como CID-10 e adotada, conforme consta na apostila correspondente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística ou DSM, que a “*abrange apenas os transtornos mentais e tem sido mais utilizado em ambientes de pesquisa*” e foi “*elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria*” (SENAD, 2014, módulo3, 12).

A CID-10 possui uma seção que classifica os “*transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substância psicoativa*”, incluindo o *álcool* (F10), *opioides* (F11), *canabinoides* (*maconha* – F12), *sedativos ou hipnóticos* (F13), *cocaína* (F14), *outros estimulantes, incluindo a caféina* (F15), *alucinógenos* (F16), *tabaco* (F17), *solventes voláteis* (F18), *uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas* (F19). O Módulo 3 da apostila de 2014 intitulado *Detecção do Uso e Diagnóstico da Dependência de Substâncias Psicoativas* (SENAD, 2014, módulo 3, 12-14) ensina que para além do código correspondente a cada CID, o profissional deve acrescentar um outro para indicar o tipo de transtorno: 0 para *intoxicação aguda*, 1 para *uso nocivo*, 2 para *síndrome de dependência*, 3 para *estado de abstinência*, 4 para *estado de abstinência com delírio*, 5 para *transtorno psicótico*, 6 para *síndrome amnésica*, 7 para *transtorno psicótico residual e de início tardio*, 8 para *outros transtornos mentais e de comportamento*, 9 para *transtorno mental e de comportamento não especificado*.

Assim conforme a publicação do Supera, se for identificado, por exemplo, um caso de estado de abstinência de álcool com delírio, o profissional deve preencher os seus formulários com o código F10.4 atribuído ao *usuário*. Seguindo a apostila, a próxima distinção é feita entre “*uso nocivo*”, “*abuso*” e “*dependência*”. Uso nocivo ou

¹¹ Ver: <https://www.supera.senad.gov.br/ocursosupera/>

“prejudicial” é definido como o “padrão de uso que traz prejuízo, dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para a dependência sejam preenchidos”. A dependência só pode ser diagnosticada de modo “definitivo” se atender a no mínimo três critérios no último ano: “forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância”, “dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo”, “estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência”, “evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas”, “abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos”, “persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano” (SENAD, 2014, módulo 3, 13-14).

O conceito de abuso é definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), produzido pela Associação Americana de Psiquiatria, que contempla, segundo a publicação, as mesmas substâncias da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e “utiliza a denominação ‘transtorno’ para designar os diferentes quadros clínicos”. Os critérios que embasam o diagnóstico médico são: “consumo contínuo, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância”, “uso recorrente em situações nas quais isso representa um perigo físico”, “uso recorrente que resulta em negligência de obrigações no trabalho, na escola ou em casa” e “problemas recorrentes relacionados a questões legais” (SENAD, 2014, módulo 3, 13-14).

O DSM também define dependência de modo similar à CID-10 como o número mínimo de critérios a serem atendidos e a síndrome de abstinência. A diferença conforme o que é apresentado na apostila, reside, por exemplo, no conceito de tolerância, que incluiria não só o aumento da dose para se obter o efeito desejado, mas também a *“acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância”*, além do *“desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância”*, que se constitui em outro critério (SENAD, 2014, Módulo 3, 16).

A apostila ainda traz como informação que o DSM, criado para refletir epidemiologicamente as “doenças” e não para fins de diagnóstico, permitiria ainda diferenciar um quadro com ou sem dependência fisiológica, definido pela presença ou ausência de tolerância ou abstinência e define o *“curso do transtorno”* através do conceito de remissão, subcategorizado pela presença ou ausência de critérios de um mês há, pelo menos, um ano. Além da remissão, o curso do transtorno pode ser classificado como *“em terapia com agonista”*, quando o usuário não se enquadra em nenhum dos critérios de dependência, porém *“é mantido com alguma substância que tem efeito semelhante à droga que provocou a dependência, porém com uso controlado e sob prescrição médica”* - o exemplo dado é o *“dependente de heroína mantido abstinente para essa droga, mas usando metadona”*, tipo de terapia substitutiva considerada como parte da estratégia de redução de danos. Outra categoria classificatória é o curso do transtorno *“em ambiente controlado”*, quando *“a pessoa não preenche os critérios e está em ambiente em que não tem acesso à droga que provocou a dependência. Exemplo: internação com portas trancadas”* (SENAD, 2014, módulo 3, 17).

Remissão é uma palavra interessante, pois, em termos médicos, significa um momento de enfraquecimento da doença, quando seus sinais estão ausentes ou enfraquecidos temporariamente, sem que isso caracterize a cura. Para além deste sentido médico do termo, remissão significa também “receber, alcançar ou conceder o perdão”. O usuário de psicoativo quando preenche o mínimo de três critérios conforme as classificações acima e é, então, com a chancela da biomedicina e do poder psiquiátrico diagnosticado como dependente, passa a ser percebido como alguém preso eternamente aos grillhões das substâncias, cujo poder avassalador dos seus efeitos bioquímicos combinados com certas tendências genéticas e morais anula sua subjetividade, vontade e liberdade.

Um termo pejorativo em voga, inclusive na imprensa, para se referir aos usuários de *crack*, por exemplo, que expressa essa anulação até da humanidade, se se pode dizer assim, é “zumbi”. Uma infinidade de outros termos nomeiam os usuários como viciados, noias, casqueiros, drogados, cheiradores. Fiore (2013) analisa, em sua tese, algumas dessas categorias de acusação como “drogado” e “viciado” e conclui que a perspectiva biomédica buscou afastá-las do debate público pelas conotações moralistas historicamente associadas que as conecta com as ideias de pecado, perversidade e degeneração. Estas se articulam como uma “*existência modulada pela droga*”, ao estabelecer

como uma patologia, como um estado anormal do corpo e da mente, a dependência não suspendeu a carga de desvio moral do viciado, nem a degeneração do drogado mas conferiu a elas positividade científica, tornando-as mais precisas. Quando foi considerada uma forma específica de transtorno mental ou uma doença crônica do cérebro, a dependência passou a ser par obrigatório do objeto correspondente a sua compulsão. Assim, o dependente, para ser um termo com significado, precisa ser referenciado, inclusive para fora do universo das drogas: dependente de sexo, de jogo, de Internet etc. [...] Na acepção mais comum [...] o dependente de drogas passou a ser uma categoria autoexplicativa, que classifica todos que dependem que uma, duas ou várias substâncias psicoativas (2013, 137).

Rosa (2012, 212) problematiza os diagnósticos de uso nocivo e síndrome da dependência no sentido de que estes estão perpassados não apenas por relações de saber-poder, mas também pelos juízos de valor dos profissionais da saúde. Em decorrência destas possíveis arbitrariedades, alguns médicos acabam atribuindo estes transtornos aos seus pacientes, intervindo na vida destes indivíduos que acabam sendo considerados ‘desviantes’ ou ‘problemáticos’ por não se adequarem a certa normalidade subjetivada pelos próprios médicos ou psiquiatras e legitimada pelo poder que estes profissionais detém.

2.4 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, REDUÇÃO DE DANOS E O DIREITO À CIDADE

Este coquetel um tanto complicado e perverso constituído pelo discurso biomédico, cientificista e moralizante é um velho conhecido das “políticas higienistas”, que marcaram e marcam a vida das nossas cidades e levantam questões e debates bastante em voga relativos ao direito à cidade – expressão que remete ao título do livro de Henry Lefebvre lançado em 1968: **O Direito à Cidade** – que inclui, entre outros, o debate sobre os usos e os usuários de substâncias psicoativas e as chamadas políticas de *gentrification* ou enobrecimento, que podem se constituir a partir das relações entre Estado e Capital na proposição de “soluções” para os “problemas” das cidades, marcados no Brasil pelas desigualdades políticas, sociais e econômicas, que incidem sobre as relações cidadinas e cotidianas. Estas políticas podem ser definidas pela criação de áreas residenciais voltadas às classes média e alta em áreas da cidade, geralmente centrais, consideradas degradadas e marcadas pela presença das camadas mais populares, associada a determinados estilos de vida e consumo. Como aponta Leite (2010, 74) “*esses processos de enobrecimento estão marcados por muitas controvérsias conceituais*” e são associados a termos como revitalização, reabilitação e regeneração, sendo considerados, por conseguinte, como expressões do planejamento urbano.

Para Lefebvre (2006), o urbanismo como ideologia – munido de conhecimentos e técnicas de aplicação provenientes dos estudos sobre transmissão e circulação de ordens e informações e da definição da cidade como rede de consumo e centro de decisões – priorizaria o espaço como eixo analítico e ao encarar a crise da cidade, buscaria sanar os problemas a partir da identificação de espaços sociais malsãos e da tentativa de transformá-los em lugares geradores de saúde, harmoniosos, normais e normalizantes (Lefebvre, 2006, 44). Sua finalidade seria a coerência para uma contradição, que, conforme o autor, representaria uma desordem para os urbanistas, guiados por uma perspectiva racionalista e tecnicista. Assim, como uma espécie de “médico do espaço”, o urbanismo diagnosticaria as patologias sociais do espaço e proporia intervenções para saná-las, algumas destas conhecidas pela alcunha de higienistas, marcadas por práticas segregacionistas de controle e expulsão de segmentos da população mais pobres e marginalizados.

Esta característica higienista das políticas voltadas para a cidade seria imputada às políticas de enobrecimento, como aponta Leite, em **A exaustão das cidades – Antienobrecimento e intervenções urbanas em cidades brasileiras e portuguesas** (2010), ao analisar exemplos de

intervenções em cidades brasileiras como Recife e Salvador, em áreas históricas, caracterizados por um

forte apelo turístico e nenhuma intervenção voltada a recuperar moradias da população de baixa renda que residualmente habitava aqueles sítios. O aspecto residencial dessa modalidade ocorre pela criação de hotéis de luxo, onde eram casarões em franca deterioração física. Essa modalidade de enobrecimento, que é predominante no Brasil, reflete a realidade de “decadência” dos centros históricos brasileiros e do movimento migratório residencial para áreas mais afastadas da cidade (2010, 75).

As políticas de enobrecimento tem se caracterizado por uma orientação mercadológica, no sentido do valor de troca como pensado em Lefebvre (2006), que orientaria o duplo fenômeno de destradicionalização e espetacularização da cultura e do patrimônio em cidades como as citadas, discutido por Leite (2010). Segundo este autor, a destradicionalização não significa um abandono da tradição, como se poderia pensar, mas sua reinvenção “*com a possibilidade de uma completa alteração dos sentidos atribuídos ao patrimônio [...] E, em decorrência disso permitem alterações profundas nos usos e nos usuários, atingindo, sobretudo, antigos moradores*” (Leite, 2010, 78). Esta ressignificação de valores ligada ao patrimônio acoplada a uma “*exacerbação visual e cenográfica do espaço urbano e das práticas sociais voltadas ao consumo simbólico*” (Leite, 2010, 79) definiria o processo de espetacularização da cultura, cujo objetivo seria atrair usuários desejáveis para esses espaços, voltados para o consumo de manifestações da cultura e em estabelecimentos como bares e restaurantes.

Frúgoli e Sklair, em *O bairro da Luz em São Paulo: questões antropológicas sobre o fenômeno da gentrification*, problematizam o alcance do conceito de enobrecimento pensado a partir do Projeto Nova Luz, um programa de incentivos fiscais para atrair investimentos, serviços e comércios para a região do bairro da Luz, implantado pelas gestões municipais de Serra e Kassab (PSDB e DEM), anunciado no final de 2005, ano marcado em seu início por “*uma série de ações de repressão, fiscalização e controle no bairro*” (2009, 122). Em 2007, as primeiras demolições foram feitas no bairro, via concessão urbanística, com a desapropriação de moradores e comerciantes locais.

A paisagem urbana de São Paulo, cidade que se expandiu na virada do século XIX para o século XX com a industrialização, como

pontuam Frúgoli e Sklair (2009), ao contrário de cidades como Recife e Salvador, é marcada por sucessivas construções e desconstruções, sendo constituída “*por um patrimônio eclético sequer abrangido pelo IPHAN (Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional)*” (2009, 121). O bairro da Luz, cujo marco histórico para metrópole paulistana é a Estação da Luz, tombada pelo patrimônio estadual, congrega outras instituições de cunho cultural como a Pinacoteca do Estado de São Paulo, o Museu da Língua Portuguesa (incendiado em 2015 e que passa por restauração) e a Sala São Paulo – sede da Orquestra Sinfônica do Estado. Tais instituições são parte de um esforço, no qual se conjugaria o Projeto Nova Luz, em transformar a Luz em um bairro cultural.

Tais instituições “revitalizadas”, como se diz, nos últimos anos têm atraído pessoas de camadas médias e altas, o que não significaria necessariamente um indicativo para o conceito de enobrecimento baseado em frequência e consumo, pois como pontuam Frúgoli e Sklair (2009), esta frequência não implicou na mudança de composição do bairro, mas se restringiu às próprias instituições e seus arredores continuaram fortemente marcados pela presença popular e usos, se se pode dizer tradicionais da região, considerados desviantes e marginalizados, como prostituição e uso de drogas, e por isso alvo de intervenções por parte do Estado.

A questão do uso de psicoativos marca especialmente o bairro da Luz, conhecido popular e midiaticamente como Cracolândia, caracterizada pela concentração de usuários de crack e de outros psicoativos na rua, tratados nada carinhosamente por “noias”, “*associados simbolicamente a uma série de estigmas – sujeira, perigo, ameaça à segurança (principalmente à noite), drogas, encrenca, vergonha, etc*” (Frúgoli e Sklair, 2009, 126). Em *Da cracolândia aos nóias: percursos etnográficos no bairro da Luz*, Frúgoli e Spaggiari (2010) propõem pensar *nóia* como uma categoria relacional e a cracolândia a partir do conceito de *territorialidades itinerantes*, de Nestor Perlongher (1993).

Perlongher em *Antropologia das sociedades complexas: identidade e territorialidade, ou como estava vestida Margaret Mead* (1993) trata de algumas categorias analíticas como identidade e territorialidade refletidas a partir de sua pesquisa sobre os michês no centro de São Paulo, na região conhecida como Boca do Lixo, localizada na Luz, que contribuem para pensar a questão do uso e dos usuários de psicoativos nas cidades. O autor recorre a noção de “região moral” da Escola de Chicago, onde seus habitantes perambulam

conforme seus desejos em zonas consideradas de perdição e vício, sem necessariamente residir nelas, seja para a busca de pessoas dispostas a trocar sexo por dinheiro, bem como as chamadas drogas, para pensar que a margem no sentido sociológico se converte em centro no sentido ecológico, o que fica especialmente interessante ao pensarmos na chamada *cracolândia*, ativa dia e noite (1993, 141).

Em vez de *identidades*, Perlongher propõe um deslocamento para *territorialidades*, postulando de certo modo o caráter mediador da cidade discutido por Lefebvre, para quem as mudanças por que passam e passaram as cidades estão diretamente ligadas às mudanças da sociedade, pensada em termos dos seus agentes e instituições. Mas essa consideração não implica pensar a cidade como ente passivo nessa relação, ela é antes “*uma mediação entre as mediações*” (2006, 46), contida nas relações nas quais inscreve e é inscrita, entre esta ordem distante, da sociedade, da “*cultura*” (aspas pelo próprio autor), regida por instituições, por princípios e códigos morais e jurídicos, formais ou não, e uma ordem próxima, que compreenderia as relações de imediatece entre pessoas e grupos. Voltando a Perlongher, as territorialidades são pensadas como “*lugares geográficos e relacionais*”, o que

nos convida a conceber uma trama de “pontos” e “redes” por entre as quais circulam (“transformam-se”) os sujeitos, definindo-se conforme sua trajetória e posição “topológica” na rede, e não conforme uma suposta identidade essencial. O conceito de identidade dá lugar ao de territorialidade, à pergunta “quem é?” superpõe-se a pergunta “onde está?” (1993, 143).

O termo *Cracolândia*, ao dimensionar uma territorialidade e ao fixá-la espacialmente em determinada área em termos representacionais, transformou-se em sinônimo da Luz, o que informou e justificou, inclusive, o perímetro a ser requalificado pela política urbana proposta pelo “Nova Luz”. Essa fixidez deve ser relativizada, pois se se pode situar a *cracolândia* em determinado espaço, ela se movimenta, desloca-se conforme às dinâmicas de suas relações internas e externas, conforme às intervenções e repressões a que está sujeita, por exemplo, por parte da polícia, cuja movimentação a dispersaria e a concentraria em outros locais. Desse modo, a *Cracolândia* se constituiria, como propõem Frúgoli e Spaggiari (2010), em uma *territorialidade itinerante*.

Como ressalta Taniele Rui, em **Fronteiras, espaços e usos de crack** (2013, 19), quando uma territorialização pode ser identificada, especialmente relativa a espaços ilícitos, ela ganha uma dimensão

política, que se perde quando o fenômeno é mais pulverizado, e, por conseguinte, haveria ao mesmo tempo a produção e o reforço de certos estereótipos e estigmas e a criação de novas redes de sociabilidade, emergentes das relações de poder. *Noia* surgiria desse campo de relações e em interação com outros, como uma categoria relacional por excelência – “*de acusação e de assunção*” (Rui, 2013, 31) – ótica pela qual a *cracolândia*, como também sugerem Frúgoli e Spaggiari (2009), deve ser vista como um campo de relações, onde uma série de atores, entidades e instituições interagem de modo complexo e heterogêneo.

Segundo Frúgoli e Spaggiari (2009), a constatação da *cracolândia* como uma territorialidade itinerante só foi possível ao perceber sua corporificação nos usuários de crack. Rui (idem), sobre corpo e território postula:

assim como os corpos desses usuários, também tais espaços são abjetos, isto é, imitam e propulsionam a ambiguidade: locais onde consumidores da droga podem encontrar abrigo e proteção durante o uso, também oferecem perigo para eles e para os que por ali passam: são alvos de violência e promotores dela. Os usuários estão lá ora porque foram expulsos de outros lugares, ora porque os tomaram como refúgio. Espécie, portanto, de *degredo* e *autodegredo* (2013, 19).

Degredo e *autodegredo* que não implicam, como indicado ao longo do trabalho, em estar fora das relações sociais, pois os usuários de psicoativos tem papel ativo na sua coprodução e constituição, como conclui Taniele Rui ao analisar três territorialidades de uso de crack, incluindo a “*cracolândia*”, e as suas relações concretas em ato, que envolveriam uma série de cálculos a respeito das “*vantagens e desvantagens, riscos e danos, medos e necessidades*” (2013, 32), conforme os contextos e os agentes em jogo, diversificando uma certa homogeneidade representacional acerca dessas territorialidades e desses usuários que se poderia supor, ao observar, por exemplo, a repetição de certos objetos na paisagem – papéis de embrulhar crack, restos de alimentos e roupas, cobertores, latas de refrigerante, excreções humanas, materiais de demolição – constatada pela autora nas suas andanças.

Rui prioriza olhar exatamente para aqueles identificados e que se identificam por *noias*, definidos como “*aqueles que, por uma série de circunstâncias sociais e individuais, desenvolveram com a substância uma relação extrema e radical, produto e produtora de uma corporalidade em que ganha destaque a abjeção*”, pois são estes, ela

emenda, que “*evocam limites corporais, sociais, espaciais, simbólicos e morais, bem como impulsionam a criação de gestões assistenciais e policiaescas, que visam tanto a recuperá-los quanto a eliminá-los*” (2013, 31).

Um tipo de intervenção que tem sido desenvolvida nestas territorialidades e que tem como foco os usuários de psicoativos nas ruas, sejam noias ou não, é a redução de danos, cujas equipes guiaram inclusive a pesquisadora Taniele Rui pelas cenas de uso em sua pesquisa de doutorado, nas cidades de Campinas e São Paulo.

Ao propor uma abordagem a princípio não repressiva, que respeite os desejos dos usuários de psicoativos, que atente para suas vulnerabilidades e se coloque como um facilitador do acesso ao direito à saúde, direito constitucional, pode-se considerar a redução de danos como uma prática que assegura ou que se vincula às práticas que visam à salvaguarda do que Lefebvre discute como direito à cidade?

O direito à cidade para Lefebvre significa o direito à vida urbana transformada, renovada, não um retorno a uma cidade ideal que supostamente existiu, como parece pretender, por exemplo, muitos projetos de enobrecimento ao se referirem

às possibilidades de retorno ao centro das cidades e a uma vida pública de calçadas seguras e vitrines lustrosas, quase numa espécie de nostalgia de uma belle époque perdida. O modelo continua a reproduzir tardiamente o princípio da higienização social da Paris de Haussmann, agora de forma alterada e adequada à cultura de consumo da sociedade contemporânea (Leite, 2010, 75).

Uma vida urbana renovada e transformada significaria, para Lefebvre, a constituição do urbano como “*lugar de encontro, prioridade do valor de uso, inscrição no espaço de um tempo promovido à posição do supremo bem entre os bens*” (2006, 117), implicaria o direito à possibilidade de se desfrutar dos momentos, da troca e do encontro separados do valor do troca, a uma nova centralidade diferente daquela produzida pela sobreposição do centro de decisão ao centro de consumo. À produção dos produtos, decorrente do domínio científico e técnico sobre a natureza, “*deve-se acrescentar, para a seguir predominar, o sentido da obra, da apropriação (do tempo, do espaço, do corpo, do desejo)*” (2006, 144). Assim o direito à obra, relativo à participação, e o direito à apropriação, diferente do de propriedade, estão para o autor implicados no direito à cidade, uma forma superior de direito que

abarcaria outros, como o direito à liberdade, ao habitat e à individualização na sociedade.

O direito à cidade demandaria na perspectiva do autor uma planificação (re-qualificação?) orientada não pelos interesses racionalistas e tecnicistas do Estado e da Empresa, mas pelas necessidades sociais, emergentes da sociedade urbana, de suas forças sociais, e reveladas ao serem prospectadas, não sendo dadas de antemão. Tais forças não prescindem do domínio econômico, mas devem se guiar pelo sentido da obra, proporcionado pela filosofia e pela arte. Por isso a urgência para o autor de uma revolução não só econômica, mas cultural e política, esta última relativa à capacidade dos cidadãos se colocarem como os verdadeiros interessados e se apropriarem ativamente da cidade, “*indicar suas necessidades sociais, infletir as instituições existentes, abrir os horizontes e reivindicar um futuro que será obra sua*” (2006, 123) e que seja menos segregador.

Pergunta Lefebvre

Poderá a vida urbana recuperar e intensificar as capacidades de integração e de participação da cidade, quase inteiramente desaparecidas, e que não podem ser estimuladas nem pela via autoritária, nem por pressão administrativa, nem por intervenção de especialistas? (2006, 101).

Integração e participação não significam na acepção do autor a coerência, uma normalização homogeneizante, pois a cidade, o urbano, ele diz, é sobretudo diferença.

As políticas de enobrecimento tropeçariam, conforme Leite (2010), exatamente ao buscar um uso predominante dos espaços, marcados por usos, considerados nesses espaços, nessas territorialidades, como contra-usos, como no caso do uso de psicoativos nas ruas. A tentativa de elitização da cidade por esse tipo de política exclui parte da população que já é local e se torna não usuária e cria “*zonas de instabilidade que circundam esses espaços ou neles adentram, instituindo pontos de tensão pela disputa prática e simbólica da cidade*” (Leite, 2010, 83). São nessas zonas de instabilidade, nos espaços entre as diferentes territorialidades em disputa, em confluência, em negociação, nestes entrelugares que é possível, para Leite, a possibilidade de constituição dos espaços públicos, que na sua acepção,

não o confunde com o espaço urbano de natureza pública [...] se refere a uma categoria analítica da sociologia que o vê como um espaço interativo construído a partir das interfaces entre espaço e ação [...] é o locus de pertencimentos, com

possibilidades diversas de vínculos e atribuições de significados; e não está obviamente imune às assimetrias do poder e das desigualdades sociais que perpassam a construção social (2010, 84).

Estas assimetrias ao não serem absorvidas pelas políticas de enobrecimento, resultariam, conforme Leite, num antienobrecimento, definido como “*o processo terminal das áreas enobrecidas, quando cessam suas possibilidades atrativas e funcionais*” (2010, 86), que ao mesmo tempo que incluiria aqueles excluídos por tais políticas, tenderia a tornar os espaços cada vez mais vazios e deteriorados. Vale reforçar que para este autor, é nos “entrelugares”, talvez entreterritorialidades, que podemos encontrar o estranho, o inusitado, o imprevisível, parte instigante da experiência da e na cidade, onde podemos de certo modo nos conectar com outros, diferentes de nós, e possibilitar a interação e a participação que propõe Lefebvre.

Neste sentido, talvez a redução de danos ao se propor ultrapassar as fronteiras das diversas territorialidades que marcam e definem os usos e usuários de psicoativos, ao transitar nestes entrelugares e interagir com as pessoas de modo não acusatório, sejam noias ou não, e conversar sobre os considerados contra-usos promovam o acesso não só ao direito à saúde, como ao direito à cidade. Ao mesmo tempo, a sua intervenção, principalmente se considerarmos aquelas provenientes do Estado, justificada pela consideração dos usos como contra-usos e a tentativa de normalizá-los ou torná-los mais palatáveis do ponto de vista de parte significativa da sociedade urbana, que os encarariam como antiprodutivos do ponto de vista do valor de troca e moralmente questionáveis da perspectiva do valor de uso, apresente-se como mais um agente normalizador, uma tecnologia da biopolítica de gerenciamento da população, do governo dos vivos, pensando em Foucault, “*entendida no sentido amplo de técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta dos homens*” (1997, 101). A redução de danos, nascida da cidade, compartilha com ela a contradição como parte inerente de sua constituição e prática.

3 REDUÇÃO DE DANOS EM FLORIANÓPOLIS/SC: TRAJETÓRIAS E NARRATIVAS

A ideia deste capítulo é apresentar a trajetória da política de redução de danos na cidade de Florianópolis, a partir de um texto que condensa as narrativas e as perspectivas dos participantes da pesquisa entrevistados, bem como as contribuições da literatura sobre o assunto. Como enfatizei no início desta dissertação, a ideia não foi reconstituir fatos históricos, mas trazer as memórias reflexivas das trabalhadoras e dos trabalhadores envolvidos, assim, em vez de uma retrospectiva, uma espécie de “introspectiva” da política. Os nomes dos participantes da pesquisa foram citados, com o sobrenome só pela primeira vez em que aparecem, sendo, posteriormente, identificados pelo primeiro nome.

3.1 EM TEMPOS DE AIDS: O PROTAGONISMO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA E OS DESAFIOS DA MUNICIPALIZAÇÃO

Em Florianópolis, o tema da redução de danos foi introduzido, segundo Maliska (2012), pela primeira vez no Primeiro Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs¹² em 1993, época de estruturação do Programa Municipal DST e Aids. Neste evento, de acordo com a autora:

até o ano do seminário, já haviam sido registrados 825 casos de aids no estado [...] Quanto às categorias de transmissão identificadas na época, 43,8% dos casos haviam sido transmitidos por uso de drogas injetáveis, 40% foram por transmissão sexual, e 16,2% por outras formas, como transfusões, transmissão vertical, etc (2012, 162).

A autora aponta em sua tese de doutorado, intitulada **A implantação das políticas públicas de saúde em AIDS no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010**, que estes dados foram recebidos com surpresa pelos profissionais da cidade, que desconheciam a população atingida pela epidemia, principalmente a de

¹² UDIs: Usuários de Drogas Injetáveis.

usuários de drogas de injetáveis. E que, apesar de a cidade não ter na época um programa estruturado, parte dos profissionais foram sensibilizados pela temática e a Redução de Danos foi contemplada entre as ações de prevenção. O início da década de 1990 foi marcado pelo *“processo de implantação do SUS e municipalização dos serviços de saúde procurando definir as portas de entrada, o acesso e hierarquização aos vários níveis de atenção”* (Maliska, 2012, 107).

Segundo a autora, Florianópolis, por ser a capital do estado de Santa Catarina, desde a década de 1970, concentrava uma parte importante da estrutura administrativa e assistencial da Secretaria Estadual de Saúde, que incluía

a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), estrutura administrativa voltada à execução da política do setor médico-hospitalar; e o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP), órgão voltado a prevenção e promoção da saúde” (Maliska, 2012, 107).

Em 1985 é criado o *“Programa de Controle da Aids [...] como uma atividade ligada ao Serviço de Dermatologia Sanitária”* e, em 1987, a *“Comissão Interinstitucional de Controle da Aids [...] contando com representantes do Departamento de Saúde Pública, do INAMPS, do Hemocentro e Hospital Nereu Ramos, e da Universidade Federal de Santa Catarina”* (Maliska, 2012, 129). O Hospital Nereu Ramos (HNR), segundo Maliska (2012, 131-132), era a referência estadual para as doenças infectocontagiosas, incluindo a tuberculose, desde a sua criação em 1943, e foi onde o primeiro caso de Aids foi atendido em 1985, ano a partir do qual

esta instituição passou a estruturar-se para a assistência, reservando [...] quatro leitos para isolamento e tratamento destes pacientes. Estes se tornaram insuficientes devido à demanda que passou a ser encaminhada de várias partes do estado (MIRANDA, 2003). Em 1987, foi iniciado o atendimento Ambulatorial no HNR dedicado a pacientes com aids, formando-se nesta época uma equipe multidisciplinar composta por assistente social, enfermeira, médico, odontólogo e psicólogo (Maliska, 2012, 133).

A retaguarda oferecida pelo Hospital Nereu Ramos, relata Maliska, fez com que houvesse uma demora na estruturação de outros serviços, o que

se deu por falta de profissionais qualificados nas outras instituições, falta de conhecimento técnico, ou mesmo por preconceito dos próprios profissionais de saúde [...] O sistema privado praticamente fechou as portas para o problema [...] Neste sentido, apesar de todo o esforço dos profissionais de saúde que estavam comprometidos com a epidemia, era necessário também o envolvimento da sociedade civil para que a luta contra a epidemia tivesse mais força e maior visibilidade social (Maliska, 2012, 134-135).

Assim, segundo Maliska, é de dentro do hospital que “*foi articulada a primeira organização não-governamental voltada a aids em Florianópolis, em 06 de agosto de 1987*”, o Grupo de Apoio a Prevenção da Aids (GAPA):

influenciada por um movimento que se estendia por todo país, cujo objetivo era apoiar o doente de aids face à rejeição social pela qual era submetido, bem como exigir das autoridades em saúde uma melhor estrutura de atendimento a estes doentes, como leitos hospitalares e tratamentos que se dispunham na época (Maliska, 2012, 135).

Outra organização não-governamental, citada por Maliska, criada a partir das experiências do Hospital Nereu Ramos, em 1 de dezembro de 1991, foi a Fundação Açoriana para o Controle da Aids (FAÇA), que também congregava profissionais da saúde e voluntários

com enfoque mais técnico e político, mantendo suas ações definidas por projetos em diversas áreas, incluindo a prestação de assessoria jurídica, assistência psicológica, promoção de debates relacionados aos Direitos Humanos e prevenção às DST, HIV e Aids, e prestação de treinamentos em instituições (Maliska, 2012, 137).

Além do Hospital Nereu Ramos, havia o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP)

que oferecia diversos serviços de saúde [...] Embora este serviço atendesse historicamente casos de DST, não havia uma denominação oficial de ambulatório de DST. Esta denominação surgiu a partir de 1989, quando um médico e uma enfermeira foram destinados para o atendimento exclusivo desta demanda, que era significativa (Maliska, 2012, 138-9).

Os serviços oferecidos pelo DASP, seguindo o processo de municipalização, relata Maliska (2012), foram descentralizados e, neste processo, o Ambulatório de DST foi incorporado por Florianópolis e os atendimentos às pessoas com HIV foram sendo gradativamente agregados a este serviço, que atendia ainda outros municípios menos estruturados.

Se no início da “*epidemia*” de Aids, as ações eram centradas na Secretaria Estadual de Saúde, com a política de redução de danos não foi diferente, já que inicialmente articulada e fomentada por essa instância, conforme relata Cid Gomes, um dos participantes desta pesquisa, segundo o qual, “*Florianópolis e Itajaí foram os dois núcleos iniciais dentro da Aids*”. Ele se tornou responsável pela organização e coordenação do Programa de Redução de Danos – “*ninguém queria assumir esse trabalho*” – após ser convidado, no início dos anos 1990, por Elma da Cruz, coordenadora do Programa Estadual de DST/Aids, que “*em decorrência das visitas de avaliação realizadas pela equipe do Programa Nacional ao estado [...] passou a existir oficialmente*” (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015, 328).

Gomes já havia trabalhado por cerca de dez anos como coordenador do Programa de Tuberculose do estado, dada sua experiência como médico pneumologista no atendimento de pessoas com tuberculose (TB), o que o tornou consultor para doenças respiratórias associadas à Aids. Narrou que seu primeiro paciente com tuberculose também estava com Aids e que viera de Manaus para “*morrer com a família*”:

Eu não sabia o que fazer, aí eu falei trate a TB mesmo, alguma coisa você tem que fazer. Então, eu comecei a tratar ele e com isso me envolvi um pouco nisso aí [...] A gente não sabia como que era a doença [...] e o principal da Aids são as complicações, as intercorrências clínicas que baixam a imunidade, aí ele pega uma gripe, que para você passa em três dias, e nele mata. Às vezes, uma infecção na boca, uma coisinha de nada, uma afta, espalha-se pelo corpo todo. Então o que você tem que fazer a princípio é tratar as comorbidades, o que eu fiz na época.

Ele narra que, desde então, o número de pessoas com Aids começou a aumentar, incluindo aquelas que se contaminaram ao usarem as chamadas drogas injetáveis, sendo o primeiro caso notificado em 1986, numa época em que não havia recursos terapêuticos ou protocolos definidos para o tratamento da Aids. Ele cita a experiência de Santos – e

o nome de Fábio Mesquita – com o Programa de Trocas de Seringas como uma referência e sobre o qual comentou

deu aquela confusão [...] uma coisa que você tem que saber é que no Brasil é um pouco discriminada a redução de danos, porque começou com uma coisa crítica, que era justamente com os usuários de drogas injetáveis, e, para parar isso aí, ou esterilizava a seringa deles ou não deixava ele usar injetável. Meio complicado.

Além de Gomes, a experiência de Santos foi citada por outros dois participantes da pesquisa, Juliana Sell e Alexandre Martins, tendo, inclusive, constituído para este último uma inspiração que apontou como decisiva para a criação do Instituto Arco-Íris, como veremos mais adiante. Outra experiência mencionada como referência foi a de Salvador, em relação a qual Gomes citou o psiquiatra Tarcísio de Andrade, médico psicanalista, um dos grandes responsáveis pela criação do primeiro Programa Oficial de Redução de Danos em 1995, encampado pelo Centro de Tratamento de Droga (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015, 399), que fora à Florianópolis ainda quando Elma da Cruz era coordenadora do Programa Estadual de DST/AIDS. Outros nomes citados foram o de Denis Petuco e Domiciano Siqueira, ambos com experiência na área de redução de danos.

Segundo Gomes, o protagonismo de Elma da Cruz foi “*fundamental*” para o deslanche do Programa de Redução de Danos, porque o que ela fez? Como a gente queria tornar esse um programa que tivesse direitos humanos [...] ela começou a pegar psicólogos que ela sabia que tinham muito conhecimento em direitos humanos e ela ia fazendo seminários aqui, palestras lá [...] o mais famoso de todos foi o Adriano Mosimann, que morreu. Mas ele era fantástico. É porque ele fazia as coisas dele não mexendo com as pessoas, mostrando para as pessoas que elas também podiam estar usando droga.

Adriano Mosimann, psicólogo, citado como uma referência por Ari Sell e Irma Paso, era do Ministério da Saúde e trabalhou como consultor no Programa Estadual de DST/AIDS de Santa Catarina e, mais especificamente, no Programa de Redução de Danos. Gomes apesar de indicar uma aliança importante entre os profissionais da Aids e os da saúde mental em favor do programa de redução de danos, mencionou

que houve dificuldades para a política de saúde mental assumir institucionalmente este desafio – e, neste sentido, cita Maria Cecília Heckrath como “*uma das pioneiras da redução de danos aqui [...] que batalhou, trabalhou para introduzir a redução de danos na saúde mental*”.

Assim, no início, o Programa de Redução de Danos foi criado e desenvolvido inteiramente no âmbito do Programa Estadual de Aids, incluindo o aporte financeiro, que vinha, ele relata, do Banco Mundial, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS). Mencionou “*um detalhe sobre o financiamento*” que foi uma doação de alguns milhares de dólares, feito pela atriz estadunidense Sharon Stone, a partir da articulação feita por uma médica de Itajaí.

Gomes enfatizou em nossa conversa o caráter emergencial do programa de redução de danos, “*direcionado para os portadores de HIV, ou aqueles que estavam sujeitos a se contaminar, quer dizer, os usuários de drogas injetáveis*” e “*no caso da Aids, a gente fez foi deixar eles vivos*”. Desse modo, relata que ainda na década de 1980, ações de redução de danos já aconteciam em alguns serviços, sendo oficializadas de modo mais consistente a partir de 1995, com um programa – “*não era um serviço*” – organizado dentro do Programa de Aids, efetivado através de um convênio firmado com a Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU), que repassava os recursos vindos do Ministério da Saúde.

Para fomentar a política de redução de danos, Gomes relatou:

nós fizemos uma série de [ações], vamos dizer assim, um preparo, uma mobilização das redes, tanto de saúde, como social, jurídica, [envolvemos a] polícia – nós fizemos até um seminário com os magistrados sobre a redução de danos.

Realizavam treinamentos, oficinas, seminários regionais, convidavam os municípios, sendo que

para cada categoria [...] a gente fazia tipo uma oficina [...] interativa e ali [os nossos psicólogos] sentiam qual era a tendência deles, por isso tinham que ser gente muito bem preparada, todos que faziam isso eram bem preparados, foram treinados antes pelo pessoal da Bahia, São Paulo, do Rio de Janeiro, muita gente foi para lá para fazer treinamento em locus – alguns, os principais, aqueles que tinham interesse, que eram repassadores.

Esse “*trabalho de mobilização da rede*” foi o mais difícil, segundo Gomes, mas fundamental, pois colaborou com a tolerância relativa à política de redução de danos, no contexto de municipalização dos serviços de saúde, que, para ele, dificultou o trabalho, pois “*cada município fazia como achava que era melhor, daí mais um trabalho de convencimento [...] [Entender] a redução [é] entender a problemática das drogas [que] é meio complicada*”. E a grande parte dos municípios eram contrários a política de redução de danos,

diziam que lá ninguém usava drogas injetáveis, a maioria dizia: não, aqui nós temos as festas em que se toma chopp. Eles achavam que chopp e cerveja não eram drogas [...] Nós temos municípios grandes em Santa Catarina, nós fomos lá e até hoje está difícil, o próprio CAPS que trabalha com redução de danos tem problema. Eles não deixavam distribuir camisinha e nem queriam saber de seringa, porque a secretária dizia: “Não, aqui a única coisa de drogas que nós temos são as cervejas nas festas”.

O foco no trabalho com os municípios era sensibilizar para a importância da redução de danos e desmistificar o uso de drogas – “*uma regra nossa é nunca impor nada para ninguém. A única coisa que nós tentávamos impor é que, sem a troca de seringa, continua a transmissão. Era [o fator] de maior transmissão que nós tínhamos*”. A visão considerada conservadora sobre a questão das substâncias psicoativas, do ponto de vista do entrevistado, era mais problemática entre os profissionais da saúde, que

já vinham da faculdade com aquela coisa: usuário de drogas é aquela pessoa sem moral, usuário de drogas não deve ser tratado se continuar usando, trocando drogas [...] a formação deles era uma formação antiga, cheia de preconceitos.

Preconceitos que incidiam não só nos usuários como nos profissionais de saúde, assim

como antigamente, [com] os médicos que trabalhavam com hanseníase, ou mesmo eu que trabalhava com tuberculose [...] todo mundo falava: “Ô vai morrer aí, hein” – então os caras discriminavam a gente [...] os próprios colegas.

“*A técnica de acolhimento, abordagem e acolhimento foram coisas que trabalhamos muito*” com os profissionais de saúde, não só aqueles diretamente relacionados com o atendimento mais específico

das pessoas, como aquelas que “*atendiam só para encaminhar*”, pois, segundo Gomes, a abordagem era assim: os profissionais

perguntavam: ‘o que você está sentindo? Você usa droga? Não vem mais aqui, não te dou mais remédio’ - uma coisa assim, já na abordagem. Então a abordagem era assim, deixar o paciente falar qual era o problema dele e como você poderia encaminhá-lo para a triagem ou para, enfim, como você dá o destino dele.

Assim, foi por meio desses seminários, oficinas e palestras, que a redução de danos é fomentada e discutida no estado, não sendo diferente em Florianópolis, onde, como vimos, aconteceu o Primeiro Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs¹³ em 1993. Este seminário é analisado por Miriam Lago – citada por alguns dos participantes da pesquisa como uma referência na implantação da redução de danos em Florianópolis, já que fora coordenadora do Programa Municipal de DST/AIDS – em sua dissertação de mestrado, intitulada **Da marginalidade à tolerância: reflexões éticas sobre a estratégia da redução de danos** (1999), relata:

As mesas de debate formadas no seminário contemplavam temas relacionados principalmente à transmissão do HIV/AIDS em UDIs, enfocando: a situação epidemiológica; política de prevenção destinada a esta população; estratégias de redução de danos; estudos (sociais, demográficos, antropológicos e econômicos); experiências nacionais e internacionais com UDIs relacionadas à prevenção da AIDS em UDIs; aspectos legais, éticos e de direitos humanos relacionados aos UDIs; e política específica de prevenção da AIDS nesta população.

Especialistas de renome nacional e internacional, na maioria defensores da proposta de redução de danos, formavam as mesas [...] Os debates éticos, como o direito à cidadania, direitos humanos, discriminação e estigma relacionadas aos UDIs, tiveram uma posição de importância no encontro. Em nenhum outro momento, desde então, pode-se presenciar em Florianópolis um evento desta magnitude relacionado ao tema (Lago, 1999, 114).

O seminário, segundo Maliska (2012, 186), alavancou a articulação do Programa Municipal de DST/Aids, possibilitada pelo

¹³ UDIs: Usuários de Drogas Injetáveis.

Projeto AIDS I, efetivado entre 1994-1998 e financiado através de um convênio entre o governo federal e o Banco Mundial, “*que traria ao país um arrojado financiamento destinado a prevenção e a estruturação de uma assistência alternativa aos doentes de aids*” (Maliska, 2012, 163), após “*um retrocesso nas políticas voltadas a aids, com a desarticulação do Programa Nacional de Controle da Aids e descontinuidade das políticas implementadas ainda na década de 1980*”, nos anos de 1990 e 1991, o que muda em 1992, com a “*reestruturação do Programa Nacional*” (Maliska, 2012, 186). Com o Projeto AIDS I e a visibilidade da situação epidemiológica, Florianópolis recebeu recursos específicos, que possibilitaram a implantação do Projeto de Redução de Danos (Maliska, 2012, 189-190).

Apesar da magnitude do evento e dos impactos positivos para a política, Lago aponta que “*as dificuldades para introduzir uma discussão sobre a proposta de redução de danos nos Conselhos Estadual (CONEN-SC) e Municipal (COMEM) de Entorpecentes de Santa Catarina foram inúmeras*” (Lago, 1999, 116), marcadas pela defesa majoritária das políticas de redução da oferta e pela retórica de *combate às drogas*, estigmatizante em relação ao usuário de psicoativo, que o põe muitas vezes como doente ou dependente [...] esta desconfiança traduz um descrédito com relação aos usuários de drogas, a impossibilidade de reconhecê-los como iguais, de acreditar que mesmo sob efeito eles podem tomar medidas de cuidado com a sua saúde (Lago, 1999, 131).

3.2 REDUÇÃO DE DANOS EM FLORIANÓPOLIS: A CRIAÇÃO DO INSTITUTO ARCO-ÍRIS DE DIREITOS HUMANOS E A PARCERIA COM A PREFEITURA MUNICIPAL

É neste seminário que Martins, A. entra em contato pela primeira vez com a redução de danos. Na época trabalhava na Associação de Defesa dos Direitos Humanos (ADEH) e contou que realizavam uma intervenção chamada Arrastão da Vida, que consistia em uma caminhada pelo centro de Florianópolis, em locais como a Praça XV e a rua Conselheiro Mafra, e na entrega de preservativos para as pessoas que circulavam à noite pela área, incluindo as “*prostitutas*,

travestis, os michês, moradores de rua... Todo mundo que estava na rua a gente entregava camisinhas lá. Naquele momento não tinha nem o chamado coquetel. Era só o AZT, DDI¹⁴”. Foi neste seminário que conheceu Fábio Mesquita, coordenador do Programa de Aids de Santos, na época da implantação do primeiro programa de distribuição de seringas do país (Mesquita, 2011/2012), e membro do Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos (IEPAS)¹⁵, organização que conheceu posteriormente, quando morou em Santos, e cujo trabalho de redução de danos teve a oportunidade de acompanhar como voluntário. Citou como referência da época o livro **Aids na Rota da Cocaína** de Fábio Mesquita. Narrou que ficou encantado com as possibilidades que as experiências de Santos com os usuários de drogas injetáveis, relativas à redução de danos, traziam diante dos altos índices de infecção de HIV e hepatites pelo compartilhamento de agulhas e seringas. “*Realidade aqui de Florianópolis, Itajaí e Imbituba – as duas portuárias e a capital aqui no meio*”. Citou a experiência desenvolvida na cidade de Salvador também como uma referência importante para a redução de danos.

A “*concepção*” da “*harm reduction – A gente nem falava da redução de danos... Falávamos em inglês até*” (fez referência à experiência holandesa) inspirou, segundo ele, a criação do Instituto Arco-Íris, quando Martins, A. volta ainda em meados da década de 1990 para Florianópolis, com o objetivo de “*trabalhar com as populações mais vulneráveis*”. Nesta época, contou que não tinha interesse em retomar o trabalho junto a ADEH, “*porque a minha proposta não era fazer o movimento LGBT, embora contribua até hoje em determinadas situações [...] Eu estava preocupado com a questão da saúde*”. O nome inclusive, segundo ele, foi sugestão de uma colega enfermeira, que fez parte também da fundação da organização, e remeteria não ao arco-íris símbolo do movimento LGBTT, mas fora pensado no sentido mais geral da “*diversidade*”. Relatou que a criação do Instituto Arco-Íris foi

¹⁴ São fármacos antirretrovirais utilizados no tratamento da Aids. AZT: Azidotimidina ou Zidovudina. DDI: Didanosina.

¹⁵ Sobre o IEPAS: organização não-governamental, criada em 1991 na cidade de Santos, após a suspensão legal do projeto pioneiro no país de troca de seringas. “*Em 1993, o instituto teve um primeiro projeto de redução de danos aprovado pelo Programa Nacional de Aids, a ser financiado com recursos do acordo de empréstimo com o Banco Mundial. O projeto do Iepas adotou a metodologia de recrutar, no seio da própria população-alvo, pessoas dispostas a receber treinamento sobre o tema com o objetivo de repassá-las a outros usuários, conhecida por educação por pares*” (Laurindo-Teodorescu, Teixeira, 2015, 399).

iniciada com um grupo de pessoas, “*militantes [...] meus amigos, alguns profissionais de saúde, alguns profissionais do sexo, muito misturado, que é a história do Arco-Íris. Então eu sou o fundador do Arco-Íris*”.

Inicialmente, segundo ele, havia uma apreensão diante da possibilidade de sofrerem alguma repressão e processo judicial com a consecução do trabalho de redução de danos no município, baseada na experiência de Santos, onde o Ministério Público Estadual processara o programa de redução de danos por “tráfico de drogas”¹⁶. Contou que no início havia uma pressão por parte da Polícia Federal contrária ao projeto em Florianópolis com ameaças de prisão, o que identifica como “*mais uma bravata do sujeito que estava ali do que uma intenção de uma ação efetiva. Porque nós começamos a fazer ignorando as advertências [...] a gente nem divulgava, não dava satisfação*”.

Assim, mesmo com certas apreensões e diante do desafio de “*vencer as barreiras institucionais*”, resolveram colocar em prática a redução de danos, mas este processo não foi imediato e foi precedido de alguns debates acalorados – “*brigas assim*” – entre representantes de várias instâncias do Estado, sendo citados os programas municipal e estadual de Aids, a Polícia Federal, e o recém-criado Instituto Arco-Íris, que, segundo Martins, A., teria sido a única entidade da sociedade civil na época presente à favor da redução de danos, tendo as outras se manifestado publicamente contrárias e defensoras dos modelos propostos pelas “*casas de recuperação*” e pelos programas 12 passos, desenvolvidos inicialmente pelos Alcoólicos Anônimos. A proposta sofreu muita oposição a partir dos “*velhos debates*” sobre se a entrega de seringas estimularia ou não o uso de psicoativos.

A seringa é inerte! A camisinha é inerte! Eu ter uma camisinha não significa que eu vou fazer mais ou menos sexo. Significa que se eu fizer ou quando eu fizer, eu vou estar em condições de tomar uma decisão de me proteger, mais ou não (Martins, A.).

A Prefeitura Municipal de Florianópolis, em contrapartida, ele relatou, demonstrara interesse e estava impossibilitada de contratar diretamente, assim, fez-se um convênio com o Instituto Arco-Íris e “*a redução de danos começou a acontecer conosco*”, o que teria perdurado durante as duas gestões de Ângela Amin (1996-2004, PPB e PP) até

¹⁶ Segundo o próprio Fábio Mesquita, um dos processados, “*com base na Lei vigente de então, a 6.368/1976, pelo crime de tráfico, previsto no art. 12 da mesma*” (Fábio Mesquita, 2012).

começar a gestão de Dário Berger (2005-2012, PSDB). Citou o secretário de saúde da época, Manoel Américo de Barros Filho, como fundamental para a implementação da política, que teria tido “*a coragem de bancar: ‘vamos fazer!’*”. Atribuiu essa “*coragem*” à presença de uma “*visão como de sanitarista mesmo*”, mais preocupado com as questões de saúde da população do que com a legalidade e ilegalidade das atividades, o que teria “*aberto as portas*” para a redução de danos.

Segundo Lago (1999, 10), a Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social durante a gestão de 1992-1996 (prefeito Sérgio Grando, pelo PPS), apesar de “*raramente*” ter se posicionado publicamente como favorável à política de redução de danos, “*envolveu-se permitindo que seus técnicos participassem dos treinamentos oferecidos e financiados pelo Ministério da Saúde*”, relatados, como vimos, por Gomes. Foi em uma dessas oficinas que Sell, J. conheceu pela primeira vez a redução de danos, quando trabalhava como psicóloga em um centro de saúde. Nesta época, ela relatou, o Programa Municipal de DST/Aids já contava com um programa de redução de danos, a partir do qual, as articulações com o Instituto Arco-Íris foram instauradas e

no primeiro semestre de 1997, foi iniciada a implantação definitiva do Projeto de Redução de Danos de Florianópolis, a partir da assinatura de convênio entre a Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis e o Ministério da Saúde (Lago, 1999, 11).

3.3 O CONTATO COM A EXPERIÊNCIA DE PORTO ALEGRE

Nesta época de “*implantação definitiva*”, Sell, J. ingressou na redução de danos e, posteriormente, assumiu a coordenação, posição que permaneceu durante quatro anos, quando pediu demissão por razões pessoais. Quando assumiu a empreitada de coordenar este projeto, ela era recém-formada, estava nos seus vinte e poucos anos, o que representou para ela um desafio pessoal, pois teve que aprender como coordenar, como produzir relatórios, documentos, cuidar da parte burocrática do Programa. Ela relatou que na época o projeto estava pago por seis meses, período em que deveria ser posto em prática e gerar resultados para que fosse renovado. Realizou treinamento em Porto

Alegre, no qual participou de aulas teóricas e atividades de campo, na época, segundo ela, nos chamados *brete*s¹⁷, conhecidos em Florianópolis como *mocós*. O que citou como um aprendizado importante desse treinamento foi “*despir do preconceito para entrar na casa do outro*” e o “*se doar, aceitar o contato físico, a sujeira*”.

Neste treinamento, de acordo com Lago,

observou-se que o preparo dos monitores abordou temas relacionados ao uso e abuso de drogas e sexualidade. Foram relevantes a contextualização das drogas geograficamente, epidemiologicamente, no corpo humano, e uma análise socio-demográfica dos locais onde estava ocorrendo o uso injetável e para onde o projeto estava direcionado (1999, 70).

Os monitores eram os agentes que atuavam na rua,

em geral usuários e ex-usuários de drogas, selecionados preferencialmente entre os integrantes das populações com as quais se desejava trabalhar [...] a equipe optou por não realizar um trabalho passivo dentro da unidade de saúde. Assim, foi dado um caráter dinâmico, através do contato direto com moradores do lugar e foram implantados plantões noturnos, dada a importância do uso de drogas injetáveis neste período. Parcerias formais e informais foram estabelecidas com pessoas da comunidade, farmácias, bares, igrejas e associações comunitárias. Os monitores do projeto atuavam como elo de ligação entre os serviços de saúde (incluindo serviços para tratamento da drogadição) e os UDIs, distribuindo material informativo (folders, cartazes) e preventivo (seringas, agulhas e preservativo). Como a equipe de monitores era composta de ex-usuários e alguns usuários de drogas ‘na ativa’, certas situações vividas com relação ao uso e tráfico de drogas poderiam ‘fragilizá-los’. Por isso, contavam com supervisão psicológica semanal, onde as angústias de campo eram tratadas

¹⁷ Outros significados para a palavra *brete*: segundo o Dicionário Aurélio de Português Online: “*Armadilha para pássaros. 2-Laço. 3-Logro. 4-prisão*”. Segundo a Embrapa (site): “*ou tronco para a vacinação. É uma instalação imprescindível no manejo do gado, facilitando a pulverização, marcação, vacinação e outras atividades dependentes da contenção dos animais*”.

(Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998, apud Lago, 1999, 69-70).

A experiência de Santos e seu impedimento legal fez com que a equipe de Porto Alegre tomasse mais precauções relativas à divulgação e a consecução da política, buscando

iniciar a articulação e sensibilização com as instâncias políticas e jurídicas, com muita cautela. Diversas etapas foram sendo cumpridas até que o trabalho de campo propriamente dito tivesse início. Estas etapas incluíam, além da sensibilização das autoridades e da mídia, a definição de localidades onde se concentravam os UDIs, e localização de unidade de saúde com profissionais sensibilizados, e que pudessem ser centros de referência e contra-referência no município. (Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998, apud Lago, 1999, 69).

Domiciano Siqueira, citado por Gomes, coordenou o Programa de Redução de Danos de Porto Alegre e foi um dos fundadores da ABORDA.

3.4 O INÍCIO ‘QUASE-CLANDESTINO’ DO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS EM FLORIANÓPOLIS E O DESAFIO DOS SEIS MESES

No caso de Florianópolis, Sell, J. relatou que quando o programa começou a ser implantado, também por causa das oposições – já que mesmo dentro do Programa de Aids, falar sobre drogas e Aids era “*underground*”¹⁸ – o trabalho era feito “*em silêncio*”, sem qualquer menção à imprensa. Vale mencionar que na época a troca de seringas ainda não era legalizada.

O trabalho então consistia em *mapear* as áreas de atuação – igrejas, bares, centros comunitários, mocós; abrir os *campos*, entrar em contato com as pessoas, preparar e entregar os folhetos informativos, entregar as camisinhas, sensibilizar e estabelecer parcerias com as “*comunidades*” nas quais os “*usuários de injetáveis*” faziam uso. Nestas

¹⁸ Underground, palavra inglesa cuja tradução literal é subterrâneo, pode ser entendida como subversiva, alternativa, fora dos padrões instituídos, desviante.

localidades, a ideia era “*espalhar a notícia para os quatro ventos*”, ao mesmo tempo que o trabalho assumia um caráter de ‘quase-clandestinidade’, se se pode dizer assim. Inicialmente, de acordo com Sell, J., o programa contava com pouca estrutura, o material era levado no carro pessoal, os agentes portavam uma carteirinha de identificação. Produziam-se relatórios quantitativos, que versavam sobre a quantidade de pessoas atendidas, o material distribuído, o número de encaminhamentos, e qualitativos, que continham as experiências, impressões e sentimentos dos(as) agentes redutores(as) em campo.

Como estratégia de continuidade do projeto, ao fim dos primeiros seis meses, elaborou-se um evento que aconteceu em um hotel da capital e que contou com representantes da redução de danos de outros lugares do país. O evento e a avaliação do projeto, segundo Sell, J., tornaram possível a manutenção do projeto de redução de danos, condição que era instável, dado que a cada seis meses, o projeto precisava ser reescrito e apoiado por novos relatórios para continuar operando.

O mapeamento inicial dos campos foi feito a partir dos dados epidemiológicos produzidos sobre os casos notificados do vírus HIV e do conhecimento dos agentes contratados nesta primeira fase, sendo parte destes provenientes das comunidades onde moravam e ficavam os usuários de drogas injetáveis. “*Porém, não eram usuários ou ex-usuários de drogas*”, ressalta Lago (1999, 73), enquanto, penso eu (e conforme outros relatos), usuários ou ex-usuários de drogas injetáveis, de serem agentes escolhidos entre esta *população* específica, como no caso de Porto Alegre, em que, como vimos, a pertença a este grupo era um critério de seleção dos *monitores*. As indicações também provinham, conforme Martins, A., de pessoas que circulavam nas ruas, como as travestis e os “*garotos de programa*”¹⁹, acessados através de outros projetos. Citou também os contatos que tinha nas escolas de samba da cidade. Assim, as relações estabelecidas através das vivências das pessoas envolvidas, sejam em âmbitos institucionais, como pessoais, tiveram grande importância para o mapeamento e a abertura dos campos.

Em relação aos agentes redutores, estes foram indicados, segundo Sell, J., pela organização não-governamental Arco-Íris, e pagos pela Prefeitura Municipal através do convênio firmado. A equipe ainda

¹⁹ É interessante notar como os homens que se prostituem são referidos pelos participantes da pesquisa como *garotos de programa*, enquanto as mulheres são *profissionais do sexo*.

contava com uma psicóloga – responsável pela supervisão psicológica da equipe – e um técnico de supervisão de campo, no início também um psicólogo. A única pessoa que era na época quadro efetivo da prefeitura era a coordenadora. Segundo ela, os agentes redutores eram os representantes da saúde na rua.

3.5 CAMPO: O ‘MODUS OPERANDI’ DO TRABALHO DA EQUIPE DE REDUÇÃO DE DANOS

Ioná Cardoso foi umas das agentes redutoras contratadas que morava em uma “*comunidade*” onde tinha usuários de drogas injetáveis. Ela relatou que foi uma das fundadoras da organização não-governamental União dos Negros pela Igualdade (UNEGRO) na capital, uma entidade de expressão nacional, fundada em 14 de julho de 1998, na cidade de Salvador[...] Em Santa Catarina foi fundada em 06 de março de 1994, em Florianópolis, através de um grupo de jovens Negros do Colégio Henrique Stodiek [...] tem intensificado sua ação na busca de alternativas sociais e políticas de combate ao racismo, preconceito, discriminação racial imposto à população negra, bem como na busca de justiça social a todos – indistintamente (UNEGRO/SC, <https://www.facebook.com/une grosantacatarina/>).

A partir de sua atuação na UNEGRO, Cardoso entrou em contato com a organização não-governamental Arco-Íris, “*que depois se transformou no Instituto Arco-Íris*”, do qual se tornou também integrante. Neste processo, começou a frequentar reuniões nas quais o projeto de redução de danos era discutido, sendo contratada como “*agente de saúde*”, afinal “*quem conhecia os usuários de drogas injetáveis? [...] E me chamaram para levar a redução de danos nas comunidades, no Monte Serrat, no Morro do 25*”. Ela pontuou que, além de Miriam Lago, a “*doutora Renata*” e “*a Vanusa, que era enfermeira*”, eram “*essas três pessoas que tinham a discussão da redução de danos na época*”. Com o passar do tempo, como ela já tinha feito formação, já “*havia ido para algumas reuniões em São Paulo, do Ministério da Saúde*”, ela assumiu a posição de assistente de coordenação, quando um dia “*a Juliana subiu na minha casa e falou: vamos trabalhar juntas?*”.

Sell, J. definiu os campos como as áreas de atuação da equipe de redução. A pergunta norteadora, de acordo com Martins, A., era: “*aonde que estão os usuários de droga injetável?*”. Os primeiros campos mapeados pela equipe de redução de danos, de acordo com Cardoso, onde começaram a fazer o trabalho de “*distribuição de seringas*”, foram o centro da cidade, o Monte Cristo, Chico Mendes, o Morro do 25, o Morro do Mocotó, Morro da Mariquinha e a Vila Aparecida. Cardoso frisou que encontrar onde os “*usuários de drogas injetáveis*” se concentravam era de fato um trabalho de mapeamento:

você [tinha que] ir atrás [...] Nós íamos nos mocós, nos lugares abandonados, aonde sabíamos que tinham os usuários, e eles indicavam aonde tinha [outros] usuários de drogas. E naquela época choviam seringas [...] Eram muitos usuários.

Cardoso relatou que algumas vezes, mesmo sabendo aonde já estavam os usuários de drogas injetáveis, e até conhecendo alguns, optava-se por “*fazer o trabalho de casa em casa*” primeiro, pois “*sempre tinha alguém que conhece alguém*” e “*para depois chegar neles, para não ser aquela coisa direto neles*” e já ir, assim, “preparando o terreno” para a intervenção. Este trabalho “*de casa em casa*” funcionava assim como uma estratégia de aproximação e acesso aos usuários, bem como de “*sensibilização*” e de busca de novas parcerias no cuidado destes nas comunidades onde ficavam ou eram parte, que, por sua vez, também recebiam orientações, material informativo e preventivo:

nós não falávamos só sobre DST, Aids. Falávamos sobre o trabalho com [os] usuários de drogas, sobre a redução de danos, até alguém dizer se tinha algum usuário conhecido, para nós podermos dar [as] seringas. Não necessariamente eram os usuários que [as] recebiam. Muitas vezes era [outra] pessoa que recebia para o usuário. Até que chegou um determinado momento em que a gente realmente conseguiu acessar os usuários de drogas direto. A gente ia direto para os mocós.

Quando a equipe de redução “*ia direto para os mocós*”, depois, segundo Cristina Martins, os agentes redutores iam nas casas mesmo assim conversar com “*as famílias*”, com quem realizavam o “*trabalho de prevenção às DST/Aids*” e entregavam preservativos e material informativo. Outra “*população*” atendida, acrescentou, era a de “*profissionais do sexo*”. Ela também foi uma agente redutora de danos e, segundo ela, fez parte do grupo de “*pessoas que foram os que*

trouxeram a redução de danos” – citou: “*Alexandre, Irma, Ioná, Mário Henrique, Eu, Juliana*” – através de um convite feito por Ioná. Posteriormente, assumiu a posição de supervisora de campo. Ela relatou que sempre atuou socialmente e politicamente e, antes do Arco-Íris, que já frequentava – é irmã de Martins, A., trabalhara no GAPA, Grupo de Prevenção da AIDS de Santa Catarina, cujo *“foco era portador do HIV”* e sobre o qual relatou que

antigamente, o GAPA era mesmo assistencialismo, porque daí a pessoa não tinha o que comer, a gente tinha cozinha lá atrás e aí meio dia fazia as coisas e eles comiam, aí encaminhava para o médico também, mas não tinha assim nada em relação a alguma prevenção [...] nossa preocupação ali era recontaminação, porque a gente só atendia portador do HIV [...] Então a prevenção que no caso é o trabalho de redução não tinha o porquê ali, tinha a prevenção só se fosse da recontaminação, de não estar utilizando, não estar compartilhando novos tipos de vírus, mas por não adquirir o vírus não tinha porque entregar material de redução de danos.

Cardoso relatou que era comum encontrar algum usuário já conhecido, mas mesmo sem a intermediação de um deles, ou de alguém do entorno, chegavam nos *“mocós”* e se apresentavam e falavam sobre a redução de danos e, então, *“eles viam o kit: o que eles mais queriam era a seringa – até porque, naquela época, era o grande boom da droga injetável de Florianópolis”*. Segundo Sell, J., eram entregues a quantidade de seringas requerida pelos usuários, geralmente de vinte a trinta, que eram cadastrados e identificados através de um codinome e do local onde ficavam. Os kits assim funcionavam como uma espécie de *“cartão de visita”* da equipe e continham seringas descartáveis, algodão com álcool, água destilada, garrote, preservativo e folhetos informativos. Para ela, os usuários de psicoativos são cidadãos e tem direito à saúde e *“o kit possibilita essa abertura”*. *“A intenção era chegar nas pessoas”*, afirmou Martins, A., para quem a importância da oferta dos kits residia principalmente na mediação entre os agentes redutores e os usuários de psicoativos e nas possibilidades de interação decorrentes, além da *“preocupação [que] era fundamentalmente essa; que o sujeito não compartilhasse a sua agulha com ninguém, nem a seringa, que ele fizesse uma assepsia. Então a gente entregava o kit de redução de danos”*.

Sell, J., em nossa conversa, frisou que mais do que distribuir, trocava-se seringas, pois a troca implicaria na consideração do papel ativo de todos os seus participantes, inclusive de quem as recebe – “*quero que ele seja ativo no processo*”. Nesse sentido, mesmo o recolhimento de seringas, uma das tarefas dos agentes redutores em campo, não seria uma atividade de mão única, pois sempre haveria um ganho, mesmo que a conta entre as seringas entregues e recolhidas não fechasse. Esta perspectiva de ver o usuário de substância psicoativa como sujeito ativo, e, nesse sentido, sujeito de conhecimento, também é trazida por Martins, C., segundo a qual, as relações estabelecidas no campo – “*geralmente era mocó*” – iam além de uma relação de “*explicação*” ou de “*transmissão*”, que os colocariam numa posição mais passiva, de receptores, pois envolveria uma troca de conhecimentos:

A gente tinha era aula, aulas e aulas com eles – técnicas a gente sabia. Tinha uns que a gente tinha mais proximidade, explicavam para gente como era esse negócio da [...] agulha, ela ser assim [...] achatadinha e que tem o lado certo, isso daí eu jamais saberia, nunca usei, nem aplicar injeção eu sei. Aí a gente, muitas coisas, aprendia com eles, muita, muita coisa mesmo assim, e tivemos também uma oficina com usuário de droga injetável, de confecção de cachimbo [(quando começam a aparecer os usuários de crack nas cenas de uso)], do que era melhor, o que usava, o que não usava, entendeu?

Ela relatou que, antes de ir a campo, a equipe se reunia e separava o material a ser levado e, então, saía junta. Os “*redutores*” se dividiam em duplas e rumavam aos campos programados

e cobriam todo o morro aqui: Mariquinha, Mocotó, Morro do Céu, Ivo Silveira – ali tinha um mocó, Descoberta, Penitenciária, 25, todos esses morros que tu possa imaginar nós tínhamos campo [...] a gente fazia centro e continente.

Outros lugares citados foram Chico Mendes, Vila Aparecida e Siri (Ingleses). Eram realizados três campos por dia e os redutores se direcionavam primeiramente aos locais de uso de psicoativos já identificados nas localidades e “*abordavam os usuários*”. A abordagem não consistia apenas na “*entrega*” de material, mas incluía o “*atendimento*”, o “*acolhimento*” dos usuários, os “*encaminhamentos*” para a rede de assistência e o recolhimento das seringas. As mesmas duplas faziam os mesmos campos:

hoje, eu venho aqui e falo contigo: “Ah Isa não sei que...” - e você desabafa tudo comigo. Aí eu vou para a prefeitura e digo: “a Isa está com problema de saúde, sabe eu queria fazer um encaminhamento com ela, queria ver se conseguia um carro para realizar o atendimento no posto”, que a gente tinha aqui com o CS²⁰ 2, que era Prainha, [e] da Rio Branco que era o centro de atendimento de referência de HIV/AIDS até hoje. Aí queria ver se conseguia o carro tudo e levava. Aí isso era eu que fazia. Daí no outro dia era outro redutor que vai. Daí não sabe nem que é a pessoa que tem que ir lá.

Estar sempre em duplas, quando em campo, era importante, de acordo com Martins, A., para “*te dar mais segurança, para poder um auxiliar o outro*”, mas ir sozinho ao campo “*conhecido*” era uma possibilidade dependendo dos acontecimentos institucionais e cotidianos. De acordo com Martins, C., o melhor horário, dentro do expediente de trabalho, para encontrar os usuários de psicoativos era à tarde, pois de manhã não

achava ninguém e também não podia fazer muito depois das cinco, porque depois começava a escurecer e também não acha mais ninguém, porque eles vão atrás de dinheiro e tudo para poder ter o dinheiro para comprar droga.

Além de chegar ao campo, havia modos de chegar nas pessoas, que se constituíram, segundo Martins, A., na experiência - “*Porque era isso – ou a gente fazia ou a gente fazia*”. E o primeiro aspecto que levantou é aprender a observar: as pessoas, o contexto local, as relações, os comportamentos. Parte desse observar incluía *ouvir mais e falar menos*. Trouxe como exemplo²¹ o trabalho de prevenção na rua com mulheres que se prostituíam e mencionou a circulação grande delas nos pontos conhecidos, assim, se havia uma mulher no ponto de ônibus, sentava do outro lado de rua e observava, se ela não pegasse nenhum dos ônibus, aproximava-se para se apresentar e conversar sobre a proposta daquela intervenção e “*perguntava direto: tu estás*

²⁰ CS: Centro de Saúde.

²¹ Vale mencionar que ele trabalhou diretamente na redução de danos mais no início, mas que acompanhava o trabalho, assim, os exemplos que traz, para ilustrar o que considera um “*método de intervenção*”, são provenientes de sua experiência também com outros projetos do qual participou, inclusive em outros municípios, como São José, pertencente à Grande Florianópolis.

batalhando?”. Também chamou a atenção para o uso do termo batalhar, “*uma linguagem muito da rua*”, que designa a atividade da prostituição, como modo de conexão de sentido e identificação. Observar também o momento de se afastar com a pessoa, por exemplo, de uma situação de grupo, para que se possa conversar de modo mais privado, “*o cuidado de não constranger a pessoa era absoluto*”.

Aproximar-se e conversar com os usuários nos mocós envolvia perceber e respeitar o momento do próprio usuário, sua disponibilidade e possibilidade,

porque se ele cheirou, na época não tinha crack, se ele tomou pancadão, eu nem vou falar com ele naquela hora, vou dar um tempinho para ele, que o efeito vai passar, mas ele está no auge do efeito. Agora se eu chego lá e ele está fumando um: “ah nega pode sentar ali” e a gente fica à tarde toda conversando e aí você tira muita ideia, tu passa muita coisa também, na hora da paulada não adianta, então nosso campo era assim (Martins, C.).

Martins, A. ressaltou que a confidencialidade e o sigilo são bem importantes na relação com os usuários e com o que é dito, devendo inclusive se tomar o cuidado com o que se indaga aos usuários, prestar atenção na relevância das perguntas para a situação: “*o sujeito assim: ‘ah eu tive preso’. Eu não vou perguntar porque que ele teve preso – não me interessa. Ele pode até contar e eu não posso falar*”. Outro aspecto importante, na relação com os usuários, é “*perceber a demanda*”: ensinar, por exemplo, como se coloca o preservativo no cliente, com a boca, para garantir uma relação sexual mais segura, pode ser interessante, por um lado, mas também pode adquirir uma importância secundária se, no encontro, a pessoa relata uma agressão sofrida pelo companheiro:

eu preciso uma ação diferente. Eu preciso ter uma retaguarda diferente, por isso a questão da rede era necessária [...] eu precisava ter esse *feeling* e que a equipe tivesse também para saber atuar na situação: como reagir diante de um assédio, como reagir diante de uma situação de violência.

Uma questão igualmente relevante é a “*constância*” quanto às idas semanais, mesmo diante das mais variadas intercorrências cotidianas (por exemplo, ausência de algum agente redutor ou ainda o atraso no pagamento da equipe, como veremos adiante), porque senão “*ai tu quebra o vínculo, a confiança, não pode acontecer isso. Tem que*

ter compromisso". Paciência e tempo também apareceram na fala como aspectos importantes da intervenção dos agentes, apontando para uma temporalidade própria dos usuários que deve ser levada em consideração. Oferecer a atenção e nunca impô-la, mas insistir conforme *"gravidade da situação"*, sem fazer prevalecer a própria vontade sobre a do outro – *"e não é fácil tu balizar isso"* – e assim não colocar a pessoa no lugar de assujeitado – estar em condição de sujeito é ser *"titular do seu ser"* e assim ter *"como escolher"*, *"mudar o rumo"*. *"O exercício tinha que ser constante. Pelo menos tinha que saber que essa deveria ser uma preocupação muito grande. E foi assim que a gente conseguiu trabalhar esses anos todos e estabelecer vínculos"*.

Observar, ouvir mais do que falar, estar sempre em dupla, constância nas idas aos campos, compromisso, paciência, oferecer e não impor, perceber a demanda são características e princípios referidos por Martins, A. como constituintes de um *"método de intervenção"* elaborado a partir da *"experiência prática"*, ou ainda de uma *"metodologia de ação mais intuitiva, mais empírica"*, uma *"tecnologia"* desenvolvida pelo movimento social e marcada pela *"experimentação"*. Ele diferencia esta metodologia da que identifica como acadêmica, que *"vai servir como um embasamento, subsídio teórico, como elemento de formação"*, mas que não deveria definir os parâmetros daquela, que é para a *"execução da ação"*, sistematizada na e pela experiência cotidiana.

As relações estabelecidas entre os redutores e os usuários faziam dos primeiros agentes polivalentes, conforme Martins, C.:

na época eu não era formada em nada, tinha meu segundo grau completo, mas na rua entendeu tu passa a ser psicóloga, assistente social, ouvinte, sabe, de tudo, até família, eles te consideram até como família.

Contou, inclusive, que já foi chamada para reconhecer o corpo de uma usuária de droga injetável assassinada, *"porque são pessoas que não tem ninguém na vida"*, quem encontrava uma vez por semana em Biguaçu, já pela ACORDA, organização que será abordada mais adiante. Talvez com a exceção de um *"redutor"*, que tivera algum desentendimento em um dos bairros atendidos pelo programa, antes de trabalhar e na época em que era morador, Martins, C. relatou que nunca precisaram mudar os agentes para outros campos devido a problemas de relacionamento com os usuários – *"eu subia em qualquer morro, nossos redutores também"*. E, neste sentido, o trabalho de redução de danos em Florianópolis é caracterizado por ela como tranquilo, em comparação

com, por exemplo, Porto Alegre, cidade que cita, na qual haveria redutores cuja circulação pelos campos seria mais restrita. A tranquilidade de Florianópolis é atribuída à possibilidade de ser uma cidade menor, mais acolhedora e menos violenta.

Ao mesmo tempo, quando indagada sobre se havia diferenças dos trabalhos desenvolvidos nas e entre as comunidades, se havia diferenças no perfil dos morros, por exemplo, ela respondeu que sim, e trouxe, como exemplo, as relações conflituosas – “*disputa de tráfico*” – entre as pessoas envolvidas com o tráfico de drogas ilícitas do Morro do Mocotó e da Mariquinha, que nunca impediram a realização do trabalho, pois

a gente sempre foi bem claro: o nosso objetivo na comunidade também é em relação à redução de danos, à questão da saúde, não é a questão da droga, entendeu, a gente tinha acesso aqui e tinha acesso lá, porque também não tinha leva e traz (Martins, C.).

Relatou a vez em que a equipe chegou no Morro da Mariquinha ao mesmo tempo que a polícia e os redutores foram impedidos de subir, até que foi feita uma reunião entre a coordenação e as pessoas envolvidas com o “tráfico de drogas” locais “*para provar que não fomos nós que levamos a polícia para o morro*”, e o trabalho pôde ser retomado.

A mediação para a implementação da redução de danos como política dependia, assim, não somente das relações entre as instituições estatais e as organizações civis, como também das negociações com as pessoas ligadas ao tráfico de drogas, em algumas das regiões mapeadas como foco das ações de intervenção da equipe. Assim, na mesma linha argumentativa de Cristina, Martins, A. disse que se apresentavam e “*explicitavam*” que não eram ligados à polícia e que o foco das ações era a saúde das pessoas: “*elucidar as possibilidades que o sujeito tinha de cuidar da sua saúde naquele contexto*”. Para serem devidamente identificados, ele mencionou a adoção do uso dos coletes, cuidadosamente escolhidos para não serem confundidos com os da polícia, escolha que também decorreria da experiência de trabalho com as mulheres que se prostituíam, pois, na época, a falta de uma identificação mais explícita – usavam crachá – fazia com que os agentes pudessem ser confundidos com os clientes.

E se como já dito, os agentes redutores atendiam a população mais abrangente das localidades constituídas como campo (trabalho de prevenção e busca de parcerias), o que determinava a constituição de um

campo, conforme Martins, C., era a presença dos usuários de drogas injetáveis. Assim, por exemplo, ela contou que os “*redutores*” atendiam uma usuária de droga injetável na comunidade do Siri (Vila do Arvoredo), no bairro dos Ingleses, região norte de Florianópolis, que fazia uso em casa e aproveitavam e realizavam o trabalho de prevenção e distribuição de preservativos para a população local. Com a saída da usuária do local, a equipe continuou mais dois meses na localidade até que se decidiu fechar o campo, enquanto paralelamente a procuravam. O fechamento era feito mediante a comunicação com as pessoas do lugar, orientadas a procurar o centro de saúde local.

A decisão de “*fechar um campo*” e substituí-lo passava não só pelos agentes redutores, como pela supervisão, que, por sua vez, consistia no acompanhamento das rotinas dos redutores pelo supervisor, através de idas conjuntas e acompanhamento dos usuários, bem como através dos diários de campo:

por exemplo, calhou que tem comunidade que eles ficaram dois, três meses indo e não conseguiram contatar nenhum usuário de droga injetável, aí nós, nem eu indo junto, nem nada, não conseguimos, a gente avaliava: não, esse campo vai sair, ficou esse mês não vai dar, ficou dois meses, três meses, não dá, vamos tirar esse campo e substituí-lo (Martins, C.).

Para Martins, C., duas características importantes do supervisor de campo eram a experiência como redutor de danos e o conhecimento decorrente da atuação nos campos. Quando foi supervisora, seu cronograma era mensalmente programado, cada dia ela acompanhava uma das duplas a um determinado campo, cujos acontecimentos tornavam a agenda flexível. Assim, a programação poderia ser alterada se, por exemplo, um usuário abordado necessitasse de um encaminhamento e a presença da supervisão fosse avaliada como pertinente para o acompanhamento, ou mesmo para viabilizar de maneira mais facilitada o transporte para a unidade de saúde.

Na perspectiva de Martins, C. a supervisão de campo era para “*a segurança do redutor*” e para a “*segurança com o usuário*”, já que envolvia “*descobrir uma forma de como vai fazer aquele campo, se está bom desse jeito, se vamos mudar alguma coisa, o que os redutores estão fazendo*”, pensar estratégias em caso de algum problema, avaliar os acontecimentos, a necessidade de trocar os agentes, estimulá-los, motivá-los, propor e buscar oficinas. Fora a atuação no campo com os agentes, havia a “*parte administrativa*”, que incluía o lançamento de

dados relativos às intervenções, como a quantidade de material entregue. Ela mencionou que gostava de ler os diários dos redutores e, como supervisora, também escrevia o seu. Nos diários, os redutores escreviam o que fora feito, o que acontecera, quem fora visitado, ou se nada acontecera.

Às vezes eles botavam no *campo* assim: campo normal, nada a declarar. Aí eu já sabia, não encontraram nenhum usuário, não teve nenhuma ocorrência, ninguém precisou ser encaminhado, não teve encaminhamento. Aí eu via pelo material também, nesse dia eles entregaram tipo 100 camisinhas e não entregaram nenhum kit. Eles trabalharam, fizeram a comunidade, eles passaram mas não acharam os usuários, porque os usuários também eles não são fixos: tu vai naquele mocó, tem um ou outro que está sempre ali, mas geralmente tem um monte de novo que não sabe nem quem tu é e daí tu vai fazendo amizade e eles passam a ir mais ali, entendeu (Martins, C.).

Para ela, “*a melhor parte da redução de danos foi eu não como agente, [mas] como supervisora*”, bem como a experiência de “fazer o campo”.

O campo que eu ia era um campo empolgado, que daí eu abordo, eu gosto, é um negócio que eu gosto de fazer, porque a redução de danos é uma coisa: ganha mal, tu não é reconhecida e tu tem que gostar do que faz, porque tu trabalha com a “ralé da ralé” da população na redução de danos.

A “*ralé da ralé*” é referida como a população de rua e as pessoas que, apesar de terem uma casa, viviam em condições consideradas insalubres, marcadas na fala de Martins, C. pela falta de higiene e pelo cheiro forte que exalariam. Tal população é diferenciada dos usuários de drogas injetáveis da avenida Beira Mar, com melhores condições econômicas e sociais, cujo acesso seria difícil e não se constituiria numa população foco do programa pela assunção – “*pode ser até um erro*” – de que por ser mais instruída, expor-se-ia menos a situações que os levariam, por exemplo, a contrair o HIV, como o compartilhamento de seringas durante o uso da substância.

“*Adorava trabalhar também com as mulheres*”, comentou Martins, C., pois as mulheres seriam mais receptivas ao trabalho, preocupar-se-iam mais com a saúde,

porque as mulheres elas vão, ou estão ou vão gerar um filho, entendeu, elas usam drogas, algumas, não vou falar que 100%, elas usam drogas, mas elas têm essa preocupação sim que é usuária de droga, que está grávida ou pode engravidar, será que o filho dela não vai ter um problema, entendeu?

As mulheres prestariam mais atenção ao que era dito, não se importariam por exemplo com o modo como uma redutora estivesse vestida, o que na visão de Martins, C. poderia ser um fator de tensão no campo e era, inclusive, tema da coordenação e supervisão com as agentes, devido à possibilidade de assédio por parte de alguns homens:

a gente sempre trabalhava, nunca trabalhei com um decotizinho, sempre calça jeans e tênis [...] o uniforme é esse, se não for com o uniforme, saia nem pensar, shorts nem, só se fosse pelo joelho mesmo e mesmo assim não gostava, porque são pessoas que não tem uma vida social, eles vivem no mocó, se eles tem relação, são entre eles ali mesmo, entendeu. Aí vem uma mulher toda cheirosa, bonita, toda maquiada para entregar camisinha, pelo amor de deus, eles vão querer testar a camisinha, entendeu? E a mulher já não, podia até estar pelada, elas estavam nem aí, ela queria saber o que tu estavas falando, ela estava prestando atenção no que estavas explicando.

3.6 A BUSCA DE PARCERIAS COM A REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Outra dimensão importante do trabalho da equipe de redução de danos era as relações com os outros serviços de saúde, que envolveram, como Sell, J. apontou, a capacitação da rede local de saúde, pois os usuários atendidos pelos agentes redutores deveriam ser bem tratados nos centros de saúde, cuja dinâmica, refletiu, tendia a excluí-los. Maliska ressalta que

mesmo antes da atuação oficial das equipes de Redução de Danos em Florianópolis, alguns profissionais de centros de saúde de comunidades com alta prevalência de UDIs, forneciam seringas e agulhas aos usuários de maneira informal,

movidos por um sentimento de solidariedade e respeito ao direito de escolha de cada um. Estas práticas foram observadas em vários pontos do país, demonstrando que a Redução de Danos já existia de forma tímida e velada (BUENO, 1998) (2012, 166).

Para Martins, A. a “*sensibilização*” e a “*capacitação*” dos centros de saúde eram importantes, para que estes tivessem uma “*abordagem mais adequada*” relativa aos usuários de drogas encaminhados pelo Programa de Redução de Danos, efetivando assim, em sua perspectiva, o próprio serviço, que nas palavras dele, “*funcionava como ponte*” entre os usuários e o sistema de saúde, mesmo realizando intervenções no próprio campo com os usuários, como, por exemplo, assepsia e curativo de feridas. A ideia de *ponte* aparece como o *encaminhamento* para os serviços disponíveis. A própria guia de encaminhamento, conforme ele, tinha um campo que indicava o projeto pelo qual o usuário fora atendido, seja pelo Programa de Redução de Danos, nesse caso específico, seja, por exemplo, pelo Boca da Noite Mulheres, projeto próprio do Instituto Arco-Íris voltado para as “*profissionais do sexo*”, a partir do qual as primeiras capacitações com a “*rede de parceiros – não só a rede dos postos*” tiveram início. Ele relatou que os projetos do Arco-Íris incluíam a capacitação, conforme o projeto e a população visada, o que se tornaria parte do “*modus operandi*” do Instituto e, nesse sentido, o contato com a rede de saúde sempre foi uma constante, desde o início.

Em relação ao Programa de Redução de Danos, Martins, A. relatou que havia reuniões com as equipes de saúde para discutir “*as maneiras de melhorar, qualificar essa atenção específica*”, “*uma briga constante isso*”. A equidade²² foi pontuada por ele como um tema dos

²² “*Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Buscase, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade. [...] O princípio da equidade também norteia políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. Neste sentido, no Brasil, existem programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando as populações do campo e da floresta, negros,*

debates na época, com divergências a respeito de se atender a todos igualmente, sem discriminação, incluía a consideração às especificidades das pessoas e suas demandas de saúde e vulnerabilidades, materializadas, por exemplo, na prioridade (ou não) do atendimento. *“O sujeito tem que chegar e tem que ter um acolhimento mais adequado pra realidade dele”*.

De acordo com ele, as relações com a *“rede de parceiros”* eram importantes também para a proposta da redução de danos, pois a ideia de ponte incluía não apenas o *encaminhamento*, mas o *“monitoramento”* conjunto das ações de saúde e acompanhamento dos usuários: *“a gente fazia referência e contrarreferência”*. O acompanhamento dos usuários aos serviços era uma prática, mas *“a ideia é que a pessoa fosse por conta própria, que ela não precisasse de custódia para chegar no serviço”*. O termo *custódia* é pontuado pelo próprio interlocutor como uma crítica irônica ao que identifica como *“uma concepção mais assistencialista”*, por parte de algumas pessoas que trabalharam no projeto, e, nesse sentido, destacou a importância do monitoramento não só dos parceiros, mas das próprias ações, *“na perspectiva de que o sujeito precisa exercer sua cidadania, tem que ter o espaço para isso, ele tem que ter um incentivo para isso, mas a gente não pode fazer isso por ele o tempo todo”*. Assim, apontou a necessidade de se avaliar cada caso e mencionou que já levou medicamento para um usuário em casa, mas que ações desse tipo não deveriam ser a regra, mas a exceção. Esta *“perspectiva de cidadania, participação social e de envolvimento político”* que ele traz para si remeteu a sua experiência anterior, na década de 1980, com o movimento estudantil.

Martins, C. relatou que, durante três anos (2000, 2001, 2002), participou da *“capacitação” / “treinamento”* dos agentes de saúde municipais sobre redução de danos. Ela relatou que os centros de saúde (*“posto”*), além das agentes de saúde, selecionavam mais dois outros profissionais de saúde, que se tornavam a referência tanto da equipe de redução como dos usuários atendidos e encaminhados, o que em sua visão era importante devido aos estigmas que o usuário de psicoativos pode enfrentar:

porque sabes que usuário de droga não é bem-visto, aquela pessoa que estava lá preparada para receber aquele usuário de droga. Então não era qualquer um. Sabes às vezes que só pelo modo de

ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros” (Fiocruz. In: <http://pensesus.fiocruz.br/equidade>).

vestir a pessoa não tem nem a oportunidade de falar.

Para ela, os agentes de saúde são importantes parceiros, pois se ao mesmo tempo poderia haver algum constrangimento por parte do usuário de psicoativos, pelos agentes serem da mesma comunidade e conhecerem a família, por exemplo, o conhecimento local é estratégico, pois sabiam quem e onde as pessoas se concentravam para o usar os psicoativos e já faziam o trabalho de orientação prévia *“e quando a gente chegava lá, eles já mais ou menos sabiam o que era redução de danos [...] porque daí elas falavam ‘ah, tem um pessoalzinho aí que vai estar distribuindo camisinha, que vai conversar com vocês’”*.

Sobre estas capacitações, Cardoso relatou que aconteceram a partir das parcerias constituídas com o Programa de Saúde da Família, dentro das unidades de saúde: *“ou era semanal, outras eram mensais, às vezes pegava só médicos, às vezes agentes de saúde, entendeu? Então tinham formações de grupos grandes e grupos pequenos”*. Apesar da abertura ao conceito de redução de danos não ser muito grande – *“Muitos achavam que era errado”* – *“com o tempo foi trabalhando [...] com o tempo foi melhorando”* e os encaminhamentos eram realizados *“dentro daquilo que eles poderiam realizar”*, os processos de atendimento dos usuários para pegar os kits e fazer os exames foram desburocratizados, *“então tu tinha essa parceria muito boa”*. Além destas, ela relatou sua participação nas formações promovidas pelo estado, que incluíam também oficinas de sexo seguro, bem como *“junto às universidades, principalmente [para os cursos de] serviço social, pedagogia e enfermagem”*.

Scheffer, Antunes e Büchele (2011) analisam estas parcerias estabelecidas entre o Programa de Redução de Danos e as Unidades Locais de Saúde (ULS), selecionadas *“de acordo com as demandas percebidas de cada local e tendo, entre outros objetivos, o intuito de sensibilizar e capacitar os profissionais da rede municipal de saúde”* (2011, 78). Foram entrevistados profissionais de cinco unidades locais de saúde, totalizando vinte e cinco pessoas (coordenadores, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), onde a redução de danos já havia sido implantada. As autoras constataram *“nas falas dos profissionais uma discrepância entre o discurso e a prática realizada nas ULS”*, que apoiavam a redução de danos, mas tinham dificuldade em estendê-la para a prática profissional e destacavam o trabalho em campo dos agentes redutores como o sustentáculo do projeto (2011, 89).

De que modo esta parceria entre os agentes redutores e os profissionais das unidades locais de saúde aconteceu não é detalhada neste artigo, que também aponta a alta rotatividade de profissionais, a ausência de espaços de interlocução, a falta de interesse, o preconceito relativo ao uso e aos usuários de psicoativos como dificuldades para a implementação da redução de danos. Mesmo com estas dificuldades, o artigo indicou o aumento da demanda por tratamento devido à prática da redução de danos, apesar de haver poucos serviços especializados, o que reforçaria ainda mais a importância da atenção básica nesta rede de serviços de saúde, pela sua capilaridade, por ser a principal porta de entrada e centro de comunicação de toda rede de atenção à saúde²³. Segundo Maliska (2012, 170), estas parcerias, no início de sua implementação, foram parte de uma estratégia de descentralização do trabalho nas áreas onde havia maior demanda, ou seja, uma concentração maior de usuários de psicoativos que eram foco da política.

3.7 A PARCERIA COM O CECRED: A RETAGUARDA PARA O PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS

Outra parceria importante, citada por parte dos participantes da pesquisa, foi a estabelecida com o Centro de Recuperação da Saúde do Dependente Químico (CECRED) do estado de Santa Catarina, que era a instituição responsável pelo tratamento das pessoas atendidas em campo que desejassem a internação, geralmente requisitada pelos próprios usuários, além de ser oferecida pelos redutores,

porque não estavam mais aguentando, ou porque estavam se deteriorando mesmo, precisavam comer, precisavam de um espaço para dormir, porque higiene não tem, tomar um banho, precisavam de alguma coisa ou porque tinham algum problema com a justiça, com a polícia, aí queriam internação, mas se eles quisessem também, a gente, do mesmo jeito que dava material, levava para a clínica de desintoxicação, bem assim, cansamos de levar no CECRED, cansamos (Martins, C.).

²³ <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>

É o usuário que colocava que queria a internação. Aí na hora já se providenciava carro, às vezes tu ia de ônibus, com eles fedendo, levava-os, às vezes eles ficavam lá só por um tempo para desintoxicar e tiveram muitas pessoas que saíram de lá assim para construir uma outra vida. Essa parceria com CECRED foi muito importante para nós, porque eles davam um tratamento diferente, diferenciado do tratamento daquela época (Cardoso).

Segundo Gomes, o uso de drogas não constituía a única razão da internação no CECRED, “*um tipo de hospitalzinho dentro da Colônia Santa Tereza*”: “*os doentes estavam internados não porque eram usuários de drogas, mas porque eles precisavam de internação, porque tinham alguma patologia, hepatite, alguma coisa*”. O Hospital Colônia Santa Tereza, localizado no município de São Pedro de Alcântara, era o *leprosário* do estado de Santa Catarina,

que vinha prestando assistência à pacientes com doença de Hansen desde 1939. Foi planejado e organizado como uma vila, com a devida organização política e social, sendo dividida em duas partes: uma destinada aos pacientes, e a outra, aos funcionários e seus familiares (Costa, Borenstein, 1999, 82).

Na época e até recentemente, os portadores de hanseníase eram internados e isolados. Com os movimentos da reforma psiquiátrica, os processos de desinstitucionalização e a constatação que a internação não era necessária, foram feitos movimentos de retorno dos internados para suas comunidades e famílias de origem, mas muitos não tinham mais para onde ir e permaneceram ou voltaram para o local, onde foi desenvolvida a comunidade Ana Tereza. Costa e Borenstein (1999) relatam em seu artigo, intitulado **O Projeto Ana Teresa: o caminho para desinstitucionalização do doente mental?**, que o Hospital Colônia Santa Tereza passou a não só congrega os portadores de hanseníase, mas também os pacientes internados no Hospital Colônia Santana, hoje conhecido como Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), inaugurado em 1941,

construído para ser um modelo no tratamento de doenças mentais no Estado, porém apesar dos esforços, tornou-se um depósito de doentes, chegando a abrigar na década de 70, 1600 pacientes [...] a situação se caracterizava por miséria, promiscuidade e violência [...] A

proporção alarmante de pacientes crônicos e institucionalizados [...] fez com que o grupo de técnicos procurasse desenvolver trabalhos alternativos que viessem a atender a esta população de crônicos. Uma das alternativas, foi um trabalho de tentativa de retorno ao convívio familiar [...] Juntamente com estas medidas, o grupo de técnicos [...] resolveu repensar em um novo tipo de vida e tratamento para os pacientes que permaneciam institucionalizados. Estimulados pela reforma psiquiátrica [...] viram a possibilidade de criar, a exemplo de Porto Alegre (RS), um projeto de reabilitação do doente mental através de trabalhos agrícolas (1999, 80-81).

Ainda segundo as autoras, este projeto, inicialmente nomeado de Centro de Reabilitação Agrícola, foi aprovado em 1986 e como o Hospital Colônia Santa Tereza contava com pavilhões inutilizados, este foi escolhido para sua implantação.

Posteriormente o projeto passou a chamar-se “Projeto Ana Tereza”, em homenagem a junção das duas Instituições (HCS e HCST), sendo depois designada como “Unidade Ana Tereza” (UAT) e progressivamente adaptada à realidade catarinense (Costa, Borenstein, 1999, 81).

Sell, A., médico, farmacologista e psiquiatra, trabalhou tanto no Hospital Colônia Santana, como na Unidade Ana Tereza, onde ganhou experiência com a formação de comunidades e micro-comunidades – com as crianças psicóticas, por exemplo – dentro dos hospitais. É a partir desta experiência, segundo ele, que é convidado pelo colega enfermeiro Edson Miranda, com quem trabalhara na Unidade Ana Tereza, para integrar o CECRED, construído neste mesmo local, a partir da recuperação de três pavilhões. O momento que ingressou no CECRED marca para Sell, A. seu início na “*história da redução de danos*”.

Antes de narrar sua experiência com a redução de danos, Sell, A., que na época da entrevista trabalhava no CAPS AD do município de Palhoça, mencionou certos marcos formativos que considerou como fundamentais para que entendesse a sua trajetória com a “*questão das drogas*”. O primeiro marco, que ele trouxe como sua “*linha básica*”, é a farmacologia, desde quando ele auxiliava um professor anestesista na faculdade de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), encaminhando-se para as áreas de anestesia, farmacologia e,

posteriormente, para a psicofarmacologia, quando no início da década de 1970 fez o mestrado - “*ai começa o outro caminho*”.

Ainda na graduação, Sell, A. costumava ir ao Rio de Janeiro estudar farmacologia no curso de medicina – “*eu ia treinar a prática*” – com o professor Sollero, onde tinha aulas práticas com animais. Sollero, a partir de uma pesquisa rápida na internet²⁴, é Lauro Sollero, o primeiro coordenador da farmacologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), antes mesmo de existir o departamento, e teve um artigo sobre os resultados de suas pesquisas em laboratório acerca dos efeitos do LSD nos receptores de serotonina publicado no *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, em 1956. Sell, A. fez a residência em anestesia e voltou à Florianópolis, quando em 1968 foi contratado como auxiliar de ensino e passou a integrar o quadro de professores do curso de medicina²⁵ em estruturação. Depois, ingressou na segunda turma do mestrado na Escola Paulista de Medicina na área de psicofarmacologia:

na realidade, o curso se chamava psicobiologia. Então eu aprendi, eu estudei também sociobiologia, comportamento dos animais, essas coisas assim. Também fiz pesquisa com noz-moscada [...] Tem um princípio chamado eugenol, eu estudava metileugenol, que é um hipnótico, fazia os animais dormirem. E dentro da noz-moscada tem uma substância chamada milisticina, que é um alucinógeno.

A dissertação de Sell, A. intitula-se: **Estudos Farmacológicos de Derivados do Eugenol** (1976). Citou um colega de turma, Reinaldo Takahashi, que se tornou um grande amigo, e foi com quem entrou em contato com a farmacologia da maconha²⁶, e juntos eram orientandos de Elisaldo Luiz de Araújo Carlini. Reinaldo Takahashi foi um dos convidados por Sell, A. para dar aulas na faculdade em Florianópolis,

²⁴ <http://www.icb.ufrj.br/Revista-Bio-ICB/Materias-Anteriores/ICB-40-anos/%3A-a-historia-da-Farmacologia-da-UFRJ-242.html>

²⁵ No site do Departamento de Farmacologia da UFSC, na página intitulada História e Galeria de Fotos, consta que no fim da década de 1960, a Faculdade de Medicina do Estado de Santa Catarina é integrada à UFSC e nesta época a farmacologia era vinculada ao Departamento de Patologia. “*Embora com maior enfoque para o ensino da graduação, já existiam atividades de pesquisa realizadas especialmente pelos Professores Danilo Freire Duarte, João Harger e Ari Sell*” (<http://farmaco.ufsc.br/inicio/>).

²⁶ Sua dissertação de mestrado intitula-se **Interação Farmacológica entre os diversos constituintes da ‘Cannabis Sativa’ (Maconha)**.

onde se criou um grupo de professores “*que montaram [...] um centro de pesquisa e pós-graduação em farmacologia e psicofarmacologia, que tem na UFSC atualmente*”. Sell, A. dava aulas de farmacologia básica – “*que é uma parte que eu gosto muito, até hoje em dia, que não é da área, mas é como o sistema nervoso autônomo...como funcionam os nervos no intestino, no coração, essa adrenalina, acetilcolina...*” – e psicofarmacologia.

Entre a graduação e o mestrado, a convite de um colega, começou a trabalhar com psiquiatria, cujo *treinamento prático* foi no Hospital Colônia Santana. Paralelamente a essas experiências, Sell, A. destacou sua formação em psicoterapia humanista na Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo Carl Rogers, considerada como um de seus grandes pilares constitutivos em termos profissionais e pessoais, não somente em termos da aplicação de uma terapêutica, mas quando a apontou como agenciadora de uma transformação pessoal, do farmacologista/anestesiologista para o psicofarmacologista/psiquiatra. Depois do mestrado, ele iniciou cursos de psiquiatria e psicoterapia, tirou o título de especialista em psiquiatria e trabalhou no hospital psiquiátrico. Ele se aposentou em meados dos anos de 1990 na UFSC e no Hospital Colônia Santana e é, então, convidado para trabalhar no CECRED. Até então, sua experiência com os chamados “*dependentes químicos*” “*era uma coisa clínica com abstinência alcoólica*”, quando trabalhou como farmacologista em parceria com o clínico geral na enfermaria do hospital, para monitorar aqueles que bebiam muito e sofriam com a abstinência (no jargão biomédico, síndrome da abstinência alcoólica).

É a partir do seu trabalho no CECRED, então, que Sell, A. começou seu contato mais consistente com a questão do tratamento para o uso considerado abusivo de substâncias psicoativas e com a redução de danos. Com esta, mais especificamente, quando se estabeleceu uma parceria entre esta instituição e o Programa de Redução de Danos de Florianópolis para encaminhar os usuários de drogas atendidos que queriam o tratamento. Esta parceria é situada na narrativa de Sell, A., quando, na época (meados dos anos 1990), Sell, J., como vimos psicóloga da rede municipal de Florianópolis e coordenadora do Programa de Redução de Danos – e sua filha: até então “*ela lá e eu aqui*” – perguntou se ele não poderia conhecer um rapaz, F²⁷., de dezenove anos, que morava na rua, era usuário de droga injetável e

²⁷ F é como Sell, A. se referiu ao “*rapaz*” em nossa conversa.

queria se internar. Sell, A. vai visitá-lo em um “*mocó*”, acompanhado dos redutores de danos do programa:

eu nunca tinha entrado em contato com esse outro mundo, chego lá no centro da cidade, tinha uma casa totalmente detonada, tanto que para entrar tinha uma tábua, como se fosse uma pontezinha. Eu entro junto com os dois e vejo pessoas jogadas no chão, vômitos, camisinha e aí me levam para a sala, que não tinha teto, não tinha forro, nada e de repente lá de trás surge um rapaz alto, magro, com os cabelos até aqui, imundo e a Ioná diz assim para ele: fulano, este é o dr Ari, pai da Sell, J., que pediu para ele vir te ver para ver se você quer se internar no CECRED. E ele pega e estende a mão dele. Este ato – sempre quando dou palestra eu mostro e aqui nós trabalhamos com essa questão do não preconceito – este ato de apertar a mão dele – eu não sabia o que ele tinha feito lá atrás, não tinha lugar para lavar a mão – começou ali uma relação entre nós dois de confiança mútua, esse cara já morreu, mas ele para mim é um cara que foi muito importante, e ele já estava fazendo redução de danos.

F, conforme Sell, A., fazia parte de um grupo de moradores de rua atendidos pela equipe de redução de danos, que ficava perto da maternidade Carlos Corrêa, que conheceu e com o qual começou a tecer relações. Estas propiciaram a ele entrar em contato com a questão dos moradores de rua, dos usos das chamadas drogas injetáveis por essas pessoas e de outras substâncias psicoativas, como a maconha, e, assim, com a redução de danos, além de outras pessoas e instituições que atuavam nestes espaços, como o Instituto Arco-Íris, a ADEH e o GAPA, com quem estabeleceu parcerias e contatos que o levaram a atuar na rua em diversas ocasiões e conectar (-se a) pessoas e instituições. Voltando ao caso de F, Sell, A. contou que ele foi internado no CECRED: *“ele ficava três dias e saía. Mas nós chegamos a conclusão de que era assim que seria o processo”*. E nessas idas e vindas, com desistências no meio do caminho, *“ele foi, foi, foi até que ele largou tudo e ele depois foi... esse é o resultado da redução de danos que estou colocando. Ele largou tudo, acho que casou, trabalhou como entregador de pizza”*. Nesta dinâmica, F se tornou um mediador importante nas relações entre os outros usuários de psicoativos e os agentes redutores, incluindo o próprio Sell, A., *“que pegava com a parte do tratamento”*, constituindo-

se como um agente multiplicador da experiência, pois “*ele contava para os companheiros como era lá dentro [...] e começou a levar os companheiros, ou os companheiros começaram a pedir para ele e começaram a ir, iam e voltavam*”.

Um dos redutores que conheceu, já falecido, e de quem ficou amigo, foi o técnico de enfermagem Luís Fernando que, segundo Sell, A. , trabalhava no GAPA com “*garotos de programa*”, empregando inclusive a distribuição de panfletos de redução de danos, e o chamava para conhecer e conversar com esses “*rapazes*”:

às vezes era dez da noite e ele “dr Ari, o senhor podia vir aqui na Praça XV, porque tem um garoto” - e ele tratava com maior respeito os garotos de programa - “tem um garoto aqui que gostaria de se internar [...] o senhor não poderia vir conversar com ele?” [...] Daí eu pegava o carro, dez, onze da noite, e o Fernando estava sentado na frente da Catedral com alguns garotos e eu chegava e ele me apresentava: “esse é o dr Ari”. Eu acho que era importante eles me conhecerem para perder o preconceito do psiquiatra, do médico e saber como eu tratava as pessoas com essa questão de serem garotos de programa e aí às vezes ele pegava, eu com eles, sempre acompanhado ou do redutor de danos, ou até depois foi com um morador de rua, do lado deles, porque eles me protegiam, para saberem quem eu era, e eu saía com eles às vezes nas bocas do centro ali, “dr, tem um moço, tem um garoto lá trabalhando naquela esquina, o senhor podia ir comigo lá?”.

Uma das cenas que Sell, A. trouxe como memória da relação do Luís Fernando com os *garotos de programa* foi quando, em um jantar, o amigo pediu bastante comida e ele indagou o porquê e a resposta foi que ele queria levá-la para os “*garotos de programa*” e pediu uma carona para ele:

porque tinha carro, fui com ele perto da boca, tinham dois meninos recém-chegados, magrinhos, tadinhos, sabe, acho que até menor de idade. Ele chamou: ‘fulano’ – ele conhecia todo mundo – ‘olha, essa comida é de vocês’. Eu senti uma bondade extrema.

Ele associou esse tipo de ação e preocupação, essa *bondade*, como um efeito de se trabalhar com a redução de danos. As relações que

se criavam nesses momentos eram acionadas em encontros acidentais entre Sell, A. e os “*garotos de programa*” na cidade, quando estes últimos o viam transitando na rua e o abordavam para sentar e conversar, contar as novidades. E Sell, A. o fazia, pois “*se estou nesse trabalho, eu estou todo e não posso ficar pela metade [...] Eu tenho que sentar, porque eu não posso ter preconceito de alguém achar que estou cantando os guris*”. Pode-se dizer que ele, ao trazer estas cenas na sua narrativa, chama a atenção para a importância da criação e manutenção das relações estabelecidas com as pessoas com as quais se se propõe a trabalhar, e, nesse sentido, a importância de se trabalhar com os preconceitos, sejam dos próprios profissionais, como dos usuários, nos atos e gestos aparentemente mais triviais como um aperto de mãos.

Luís Fernando e seu trabalho com os “*garotos de programa*”, que incluía a redução de danos, também foi mencionado por Sell, J., apontando para a importância do trabalho de outras pessoas e organizações que estavam sintonizadas com o que era feito pela equipe do Programa de Redução de Danos – “*a gente via as pessoas, o lado humanizado dos garotos*”, para além dos estigmas sociais vinculados ao tipo de atividade que exerciam. Ela citou ainda oficinas com os grafiteiros e marinheiros, que eram sistematizadas conforme o público, mas que seguiam a linha de que a redução de danos pode servir para várias coisas, como usar o cinto de segurança – “*fazer as coisas de forma segura e minimizar os danos: e aí caía a ficha*”.

Sell, A. mencionou que também acompanhava Luís Fernando nas suas palestras sobre redução de danos na Marinha, nas quais falava sobre drogas. Ele também participou das capacitações promovidas pelo estado em vários municípios do estado de Santa Catarina, já referidas aqui, nas quais abordava as drogas do ponto de vista de “*como se instalam no cérebro e viram uma doença, um transtorno*”, das alterações químicas que provocam, ou seja, de uma perspectiva mais neurobiológica, se se pode dizer assim, “*mostrando que é uma doença para tirar o preconceito das pessoas, para tratar bem os dependentes, para não dizer que são vagabundos e sem vergonha*”. Mais uma vez, então, aparece na fala de Sell, A. a questão do preconceito, especificamente, contra o usuário de psicoativos, cujo contra-argumento de defesa é ele estar “doente”, assim, seu *problema* seria então de “saúde” e não “moral”. Nas suas andanças pelo estado, ele apontou três pessoas que compunham a *caravana*, com especial menção ao Gomes, que ele já conheceu – “*ele é médico, mas é de outra geração*” – mas de quem teria se aproximado a partir das experiências com a redução de

danos. As outras pessoas são Mário, *da redução de danos*, e Luana, da ADEH, que, segundo ele, discutia a redução de danos relativa ao uso do silicone líquido para as travestis, apontando para um alargamento da noção de redução de danos, para além do uso de psicoativos.

Para Sell, A., no CECRED, o desafio no caso da dependência e uso abusivo seria “*ensinar a ter outros prazeres. Então lá no CECRED, [por exemplo,] ter relações sexuais sem droga*”. Ele contou que no CECRED a “*visita íntima*” fora liberada e regulada após o envolvimento sexual público entre uma estagiária e um paciente, sobre o qual disse: “*estas coisas têm que ser organizadas*”, conforme dias e horários da semana: “*quarta-feira e domingo à tarde, vocês tem direito, morava dois caras em cada quarto, cada um tem duas horas. Esposa, namorada, o que quiser, só o seguinte: eu quero é respeito. Ninguém vai cantar a mulher do outro, nem vai dizer para o pai e nem vai se mostrar*”. A liberação da visita íntima na instituição também é atribuída por ele a uma “*visão mais libertária*” do enfermeiro responsável pela instituição, que também acolheu um casal homoafetivo. Este passou a morar em um dos quartos, após a solicitação, feita a Sell, A. na rua, de retorno ao tratamento por um deles, que era morador de rua. “*Então nós tivemos o primeiro casal gay lá dentro, morando num quarto – eu acho que é uma evolução da coisa, não é?*”.

A lógica dentro do CECRED era, por ser oficial, a da abstinência e, por conseguinte, não usar drogas dentro da “*comunidade*” era uma das regras colocadas às pessoas atendidas, e, então, “*a gente fazia um jogo para não criar problema com o Estado, entendesse. Mandava uma semana embora e depois voltava*”. As outras duas regras eram “*não roubar*” e “*não brigar*”. Eram quarenta e cinco vagas para homens e, inicialmente, as pessoas ficavam nove meses, com períodos de retorno à vida cotidiana, mas depois, segundo Sell, A., pelo INSS, o período era de 45 dias. Mais uma vez ele pontuou o método da “*Abordagem Centrada na Pessoa*” de Carl Rogers como referência para o trabalho desenvolvido no CECRED, com a consideração, segundo ele, do que a pessoa queria fazer e com oferta de trabalho, cujo exemplo citado foi o da “*horta*” – também citado por Paso do Instituto Arco-Iris. Vale ressaltar que as experiências com a redução de danos de Sell, A. na rua e no CECRED influenciaram o modo como desenvolve sua clínica no cotidiano com os usuários de psicoativos que atende, o que será abordado no próximo capítulo.

Paso, em nosso encontro, avaliou a experiência do CECRED na época como de “*vanguarda*” e comentou que conhecera Sell, A. ainda

no Hospital Colônia Santana, quando desenvolvia seu trabalho com teatro com as pessoas internadas, antes de ingressar no Instituto Arco-Íris. A experiência dele com a redução de danos, em sua perspectiva, já antecipava o que hoje é feito pelo Consultório na Rua. Para ela, a proposta da horta, inserida dentro do Projeto Cidadania e Prevenção, representava uma oportunidade importante para os usuários de psicoativos na época construir novos vínculos, novas possibilidades de “*retorno à comunidade*”, através da inserção via trabalho e estudo, um modo de articular prevenção e cidadania, que passava pela relação com as plantas. Para a consecução deste projeto foram estabelecidas parcerias, além do CECRED, com o Centro de Ciências Agrárias da UFSC, o Centro de Ensino de Jovens e Adultos (CEJA) e o Centro para Democratização da Informática (CDI). Ela me entregou um folheto com a proposta do projeto, que

pretende a partir do trabalho grupal:

- Contribuir na recuperação da autoestima, fortalecendo estratégias de comunicação e construção de vínculos estáveis que permitam desenvolver um projeto de vida, de resgate do trabalho, da moradia, da família e da responsabilidade de autoproteção para uma vida saudável e de cidadania
- Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do tratamento e assistência dos moradores de rua portadores do HIV/Aids e usuários de droga e álcool no sistema de saúde.
- Promover a reinserção social desta população, através da produção de mudas de plantas medicinais, ornamentais e produtos enriquecidos, verduras e gerar renda por meio da comercialização.
- Realizar ações sobre prevenção e redução de danos associados ao HIV/Aids e consumo de álcool e outras drogas (Instituto Arco-Iris).

Paso relatou que os usuários produziam verduras sem agrotóxico, vendidas nas ruas, e ervas medicinais para os postos de saúde. Citou o caso de um ex-morador de rua atendido na época pela equipe de redução de danos e que integrou também o projeto da horta, o que significou para ele uma transformação de vida, já que deixou de morar na rua e se formou em agronomia. Neste sentido, ela apontou para a importância, em sua perspectiva, da economia solidária, da organização de cooperativas sociais e da oferta de cursos

profissionalizantes como meios de construção de novas possibilidades para a vida daqueles que moram na rua e/ou são atendidos em instituições de saúde mental, algumas destas, inclusive, para ela, reproduziriam a lógica manicomial, mesmo que se colocando como contrárias a ela, ao serem o único lugar de socialidade oferecido, além da casa ou de outras instituições de acolhimento. Martins, C. citou este projeto como um meio de “ressocialização”, que acolhia as pessoas após a internação no CECRED: “eles saíam de lá e iam para a horta, entendeu, não iam para a rua” – ou seja, mantinham-se ocupados em outras atividades, o que a interlocutora considerou importante para o manejo pelo usuário de seu próprio uso de psicoativos.

Sell, A. trabalhou no CECRED até o início dos anos 2000, de onde saiu por divergências com os novos rumos institucionais e políticos que a gestão estatal de Santa Catarina promoveu sob o governo de Luiz Henrique da Silveira, governador pelo PMDB, cujo primeiro mandato começou em 2003. A exigência de reportar qualquer acontecimento dentro da instituição à polícia, com a formalização de um boletim de ocorrência, e de punição ao usuário considerado transgressor, foi o que ele mencionou como uma das razões que motivaram sua saída.

Ele, junto com o já citado Adriano Mosimann, colaboraram com a criação da publicação ABC Redução de Danos, produzida pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, pensada “como instrumento de apoio aos participantes de capacitações em redução de danos ao uso indevido de drogas e acolhimento de usuários de drogas” (SC, SES, DIVE, 2010, 3)²⁸. Gomes, listado na contracapa na seção de Apoio Técnico, como Consultor em RD, apontou o nome do diretor Luís Antônio Silva, que escreveu a apresentação, como uma pessoa importante para a produção desta publicação, cujo conteúdo é nas suas palavras “didático”.

Ainda sobre o CECRED, em buscas pela internet, encontrei o **Diário da Assembleia N°4920**, uma publicação da Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina, de 30 de Outubro de 2001, que contém o Relatório Final da Comissão Parlamentar Externa Sobre Saúde Mental, cujo relator foi o Deputado Volnei Marastoni²⁹ (na época pelo PT), intitulado *Cuidar sim, excluir não!*. Esta publicação contém um histórico da “questão da saúde mental”, desde a “virada do século

²⁸ Original de 2003.

²⁹ Outros membros da Comissão foram os deputados Jaime Duarte (PPS), presidente; Antônio Aguiar (PFL), Ronaldo Benedet (PMDB) e Nilson Gonçalves (PSDB).

XX”, “extraído do Guia dos Serviços Públicos e Comunitários de Saúde Mental de Santa Catarina, publicado pela Secretaria do Estado da Saúde, em 1998” (ALESC, 2001, 14), e sobre o CECRED, aponta que havia “a necessidade reformas físicas, materiais, em várias partes das instalações, principalmente na cozinha, que requerem a atenção da Secretaria Estadual de Saúde”. Esta instituição é definida por esta publicação como

um serviço de recuperação da saúde de dependentes químicos, atendendo a dependentes de bebidas alcoólicas e outras drogas. Implantado em 1998, conta com 25 leitos, distribuídos em 2 casarões e tem um modelo assistencial centrado na pessoa. Adota uma proposta alternativa de tratamento da dependência química e alcoolismo sendo um espaço aberto, não compulsório, e de convivência que busca a recuperação da saúde mental, através do grande empenho e compromisso de sua equipe técnica (ALESC, 2001, 16).

3.8 A LEGALIZAÇÃO DA TROCA DE SERINGAS: UM MARCO PARA O PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS

Uma forma de defesa, que Sell, A. citou, usada nas capacitações, quando alguém acusava a redução de danos como “apologia ao uso de drogas”, era apresentar a lei de número 11.063, de 28 de dezembro de 1998, de procedência do deputado estadual Volnei Marastoni pelo PT na época (hoje PMDB), médico, que autorizava a distribuição de seringas para os usuários de drogas injetáveis, atividade até então de certo modo “clandestina”, sem respaldo legal, e propulsora da redução de danos, cujas “atividades” (e é esse o termo da lei) foram então legitimadas pelo estado de Santa Catarina. A lei facultava à Secretaria de Estado da Saúde a possibilidade de “celebrar convênios com municípios, universidades e organizações não-governamentais, visando o acompanhamento, execução e avaliação desta Lei”³⁰,

³⁰ <http://www.leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-11063-1998-santa-catarina-autoriza-a-secretaria-de-estado-da-saude-a-distribuir-seringas-descartaveis-aos-usuarios-de-drogas-e-estabelece-outras-providencias>

formalizando assim a experiência então em curso em Florianópolis e Itajaí.

Esta lei foi amplamente citada pelos participantes da pesquisa, que integraram a redução de danos nos anos noventa, como um momento fundamental para a política, ao salvaguardar juridicamente a atividade em curso. Sobre esta lei, Cardoso relatou que um dos momentos de sua discussão e articulação foi o evento que a equipe realizou para a consecução do programa, ainda no início de sua implementação, citado por Sell, J.. Gomes relatou que “*a lei passou tranquila*”, pois haveria uma pressão social relativa ao número crescente de pessoas se contaminando com o HIV:

Marastoni, ele é a lei [...] “Está aqui o pessoal todo reclamando que os parentes estão pegando Aids, você faz alguma coisa, você é médico”. Daí ele aparecia lá, fez umas reuniões e aí fez a lei. Não adianta ir contra os políticos, porque são eles que fazem a lei. Você pode ir contra ele, que é uma coisa que ele tem pavor, que é votar contra ele, você pode fazer o que quiser com política, mas você diz para ele, eu vou tirar seu voto, você fica mal com ele. Então, para o político existe o poder, que eles gostam. É coisa de político e isso aí só consegue com voto ou com o apoio de alguém. Então, com os políticos até que não tiveram problemas, a lei passou tranquila

Gomes apontou que uma consequência importante da lei foi a proteção legal dos trabalhadores envolvidos com a redução de danos, que protegeu também um pouco mais os usuários de drogas injetáveis, que passaram a ser associados ao Programa de Redução de Danos. *Um pouco mais*, pois a proteção era relativa, já que segundo ele,

você lembra que eles pegavam e prendiam os usuários de droga? Até hoje a coisa está meio assim [...] mas melhorou um pouco. Teve o problema de internação compulsória [...] Então não foi resolvido nada disso.

Conforme Martins, C., a lei trouxe a política de redução de danos “*à tona*”, ao permitir que os profissionais levassem consigo o material de trabalho:

Por que o que era redução de danos na época? A gente não trabalhava, nossa preocupação nunca foi em relação o uso de droga, porque a gente pensa assim ó: se você usa droga, vai usar, independente se a Cris vai passar ou não, você vai

usar. E aí o índice do HIV foi lá em cima, por quê? Porque eles trabalhavam com droga injetável. Hoje a gente trabalha com usuário de crack, é cachimbo. A dificuldade mais fácil é adquirir hepatite, do que até mesmo o HIV, mas na época, não vou dizer que não, pois se não usar camisinha, contrai o HIV também, mas na época era cocaína diluída injetada direto na veia. Então se eu sou UDI, usuária de droga injetável, eu uso droga injetável, você também usa, nós temos dez reais, nós vamos comprar a cocaína. A seringa, a água destilada, nós não vamos usar: nós vamos tentar descolar uma seringa, água, nós vamos pegar qualquer água, até de esgoto, porque eles usavam água de chuva, e vamos diluir a cocaína e usar. Aí eu tenho HIV e você não tem, só que eu usei, passei para ti a seringa e tu injetou o HIV na sua veia. Então a possibilidade de contaminação entre os usuários era quase de cem por cento entre os usuários de drogas injetáveis. Daí é onde a gente começou o trabalho de redução de danos. Tu vai usar, tu vai continuar a usar, minha preocupação contigo é a saúde, que você não adquira um HIV, que você não pegue uma hepatite, que você não pegue uma DST, que é uma porta para o HIV. Se tu vai continuar a usar droga – a gente orientava.

Assim, para ela, a disseminação do vírus HIV através do compartilhamento de seringas e a consideração da inevitabilidade do uso pelos usuários é que vão disparar as políticas de redução de danos via os programas de trocas de seringas:

Pois pensávamos assim: eles vão usar, certo? Se eu passar lá, vou deixar dez seringas para você, cada um vai ficar com suas dez seringas, eles não vão ter que estar reutilizando, porque a seringa da insulina, aquelas de 1 mm que eles usam – ela é chatinha assim – tem a posição certa de usar, mas tu usa uma, duas no máximo, ela está sem ponta, então eles se machucavam muito também, daí a gente passava e deixava todo o material, para quê? Para que eles não compartilhassem, para não disseminar o HIV, foi aí que surgiram os projetos de redução de danos em preocupação ao HIV até então. Tinha que ter uma forma e aí a forma que

eles acharam era do não compartilhamento, não só da seringa a gente tinha preocupação, porque a seringa era o HIV direto na veia, mas através do copo, eles podiam pegar hepatite. A gente já trabalhava com hepatite, com surto de hepatite desde lá de trás.

3.9 A ACORDA ENTRA EM CENA

O Programa de Redução de Danos de Florianópolis, na virada e a partir dos anos 2000, passou por algumas mudanças institucionais e relacionais, relativas ao convênio estabelecido com o Instituto Arco-Íris, fundamental para a sua implantação que, segundo os relatos, gradativamente sai – ou foi tirado – de cena, e passa a ser assumido mais integralmente pelo Programa Municipal de DST/Aids, o que dividiu as opiniões expressas pelos participantes da pesquisa, revelando algumas controvérsias e divergências referentes a este processo, que resultaram em desdobramentos para fora do Programa, como veremos a seguir. Este convênio é revogado em 2005 e um novo é estabelecido com a Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV).

Conforme o relato de Martins, A., há nessa época uma disputa pelos rumos do Programa de Redução de Danos com a prefeitura – *“tomaram o projeto para si”* – quando a partir de então o Instituto Arco-Íris teria ficado *“só como um repassador”*. Mesmo com essa posição considerada subalterna, ele contou que continuaram a ir nas supervisões, a monitorar e avaliar o trabalho desenvolvido, e que percebiam que os relatórios que apontavam a queda na distribuição, por exemplo, de seringas e agulhas não correspondiam ainda à realidade que se constatou depois de diminuição do uso de injetáveis, mas que eram fruto do modo *“solto”* como o trabalho no campo ocorria, com os agentes agindo como *“carteiro, que só entrega e não conversa”*, com maior ênfase na distribuição de camisinhas e menos trabalho de redução de danos voltado para o uso de psicoativos.

Assim haveria um deslocamento de prioridades para fora do *“sujeito, ser humano inteiro, que está ali, precisando de alguma atenção, de alguma viabilização pra ele exercer a sua cidadania, exercer o seu direito de saúde”*. Nesse sentido, advogou pela *“participação popular, participação direta como um meio de transformação da realidade social”*, desde a prática cotidiana, que

deveria ser fomentada e apoiada pelo Estado, mas, na sua perspectiva, assumida pelas organizações da sociedade civil. Fez a crítica ao peso dado à formação acadêmica na escolha da direção do Programa, no sentido de uma experiência universitária “de laboratório” bem diferente da experiência “da rua”, com um olhar, por conseguinte, que seria pouco sensível às questões da comunidade e que “*tendia mais para o debate intelectual e se perdia na realidade objetiva*”. O uso inadequado das metodologias e a adoção pelo Estado de uma perspectiva mais “*academicista*” e “*formalista*” na coordenação e execução traria como efeito a “*burocratização das ações*”, com maior atenção ao controle quantitativo e a profusão de relatórios do que com as ações em serviço, que poderiam inclusive apontar diagnósticos distintos de realidade.

Para Martins, C., quando a prefeitura assumiu integralmente o programa municipal de redução de danos, o trabalho se tornou mais engessado, pois as resoluções e propostas da equipe seriam submetidas a uma “relação institucional hierárquica técnico-política” que nem sempre corroborava com as decisões coletivas e resultava numa perda de autonomia no processo decisório.

Porque ali nós tínhamos um secretário de saúde acima da nossa coordenação, acima de tudo, da coordenação do nosso projeto, da coordenação do DST/Aids, da coordenação da vigilância epidemiológica, tinha o secretário de saúde. Então, tipo assim ó, nós queríamos fazer essa camiseta aqui [...] nós passávamos, mais seis redutores e eu supervisora e às vezes o coordenador participava, [o] mês montando o esboço de tudo, como ia fazer a camiseta, e ia para a prefeitura: não, não pode, indeferido [...] Mudava tudo de novo, entregava [...] mas o problema dessa vez... tinha que arrumar um problema e daí a gente não conseguia fazer uma camiseta, a gente não conseguia fazer um colete, a gente não conseguia fazer nada, nada, nada. Aí foi de onde surgiu a ACORDA: vamos fazer uma associação só de redutores de danos, aí não vai ter secretário, não vai ter coordenador de secretaria, vão ser nós redutores mesmo, vamos fazer uma associação e onde surgiu a ACORDA— eu, a Ioná e o Mário³¹.

³¹ Foi agente redutor, já citado por ela e por Sell, A..

E assim a ACORDA – Associação Catarinense de Redutores de Danos – nasceu como uma ONG para congregar os redutores do estado de Santa Catarina que desejassem se filiar, sem nenhuma contrapartida financeira. Assim, por exemplo, haviam associados, segundo Martins, C., de cidades como Chapecó, Tijucas, Itajaí e Imbituba. Ela então decide sair da prefeitura e ficar apenas na ACORDA. Cardoso relatou que o Programa de Redução de Danos tinha um carro disponível, mas não tinha motorista para trabalhar no período da noite *“e o horário que nós pegávamos os usuários de droga era a noite [...] e foi nesse momento que o estado fortaleceu a fundação das associações de redutores de danos”*. Segundo Gomes

é difícil fazer o funcionário público trabalhar fora do horário [...] para atingir o usuário de drogas, principalmente os injetáveis, só fora do horário de trabalho, eles não ficam ali de dia, embaixo de uma árvore [...] não ficam, com medo da polícia, eles estão [...] escondidos nos mocós [...] clareiras [...] depois, foram criando várias ONGs [...] a maioria vivia com recursos federais, estaduais e municipais, e algumas de doações, tinha gente que doava, tinham interesse, participação de algumas empresas [...] elas fazem todo ano [...] um edital com concorrência, como chamavam, e eles contratavam [...] as ONGs tinham que apresentar um programa com o que elas iam fazer [...] direitinho com tudo, com objetivo do programa, os objetivos secundários, as justificativas, a metodologia do trabalho, como eles iam operar aquilo e, finalmente, um demonstrativo das despesas que eles teriam e quanto custava tudo aquilo e quanto o Estado ia poder ajudar, ou federal, depende do município. Muitas criaram serviços de artesanatos e tal para se manterem, para pagarem a sede.

Cardoso relatou que participava das reuniões de formação da ABORDA como representante de Florianópolis e quando esta se concretizou, foram estimulados a criar uma ONG e, então,

a gente monta a ACORDA [...] junto com mais outras pessoas, com outros agentes de saúde, junto com Itajaí. Aí o que acontece [é que] começam a trabalhar [juntas] as duas instituições: a ACORDA e a Prefeitura de Florianópolis.

Os horários noturnos começaram a ser cobertos – “*nós trabalhávamos de noite, de madrugada*” – além dos finais de semana, “*e a Associação passa a ser uma referência para os usuários*”. Ela destacou que a sede na Avenida Mauro Ramos se constituiu num ponto de apoio para os usuários de psicoativos atendidos, “*para tomar um banho, para pegar uma roupa, para pegar as seringas, eles mesmos já iam*”. Segundo narrou Martins, C., insumos como sabonetes e toalhas eram levados pelos próprios usuários ou dados a estes, conseguidos através de doações, por exemplo, de pessoas moradoras do bairro de Cardoso.

Aí a gente começou a ter a confiança deles, a gente realmente não estava ali para prendê-los, para saber dele o que fez no passado dele, para saber se realmente foi ele que matou o cara que estão dizendo, para mim isso não interessava. O que me interessava mesmo era em relação à saúde dele. E eles compraram essa ideia e viram que realmente a ideia era cuidar da saúde deles (Martins, C.).

A primeira sede foi na casa de um dos agentes redutores fundadores, no bairro da Tapera, na região sul da ilha,

que daí morava sozinho, não tinha filho, abriu lá, levou um computadorzinho, compramos nosso computador e começamos a fazer funcionar a ACORDA, aí foi crescendo, conseguimos um projeto, como falei para ti, já era tudo conhecido e daí conseguimos dinheiro para escrevê-la: tem estatuto, tem tudo, tem CNPJ, tudo essas coisas (Martins, C.).

“*Já era tudo conhecido*”, porque a equipe da ACORDA já era conhecida pelas experiências locais com a redução de danos, não sendo difícil conseguir recursos para tocar os projetos desenvolvidos pela equipe. Um dos projetos escritos chamava *Compartilhar, Tô Fora! O Negócio é Trocar!*. Em Florianópolis, como pontuou Cardoso, os campos eram divididos com o programa municipal, atendendo áreas não cobertas por este. Ainda realizava campo em outros municípios da Grande Florianópolis como São José, Palhoça e Biguaçu. Outra faceta da organização era a promoção de capacitações e oficinas pelo estado de Santa Catarina, promovendo, segundo ela, a implantação de projetos de redução de danos em municípios como Tubarão e Balneário Camboriú “*e outros projetos que foram feitos através dessa rede e fez o fortalecimento da redução de danos*”. Sobre esta implantação no estado,

Cristina relatou que “*só foi ensinar a fazer o projeto e trabalhar*”, ressaltando o protagonismo dessa organização:

Por isso que a ACORDA virou estadual, porque nós começamos a implantar a redução de danos nos municípios, não tem aqui, vamos lá, vamos lá fazer reunião, ver quem está interessado, começava pelos pontos de saúde, dados pelos GAPAs, pelas ONGs Aids, entendeu, e aí gente entrava com a redução de danos.

Ela mencionou também a vinda de agentes redutores de outros municípios, provenientes, por exemplo, de Tubarão e Itajaí, que faziam campo conjunto para a troca de experiências. O município de Itajaí foi citado como uma referência pioneira na redução de danos no estado, decorrente, tal como Florianópolis, aponta, dos altos índices de contaminação de HIV e hepatites por uso de drogas injetáveis, “*por causa do porto, entendeu?*”. Disse que haveria uma certa disputa entre Itajaí e Florianópolis relativa a que cidade deveria abrigar a associação estadual de redutores. Uma parceria importante da ACORDA, que também foi citada, foi o Instituto Arco-Íris³², com o qual realizavam atividades conjuntas, como as referentes ao “*primeiro de dezembro*”, conhecido como o Dia Internacional de Luta contra a Aids, e a elaboração de projetos referentes à redução de danos, que, segundo ela, continuaram a ser tocados pela ONG parceira, mesmo com o fim posterior do convênio com a prefeitura relativo ao Programa de Redução de Danos.

Também foi citada a capacitação dos funcionários dos Correios na cidade de São José, sendo que um deles, na época, trabalhava como redutor no período da tarde e teria feito a articulação entre ambas as instituições. Neste mesmo município, Martins, C. citou também a realização de “*oficinas na comunidade*”, quando mostrou a foto de uma, na casa de uma usuária, só com mulheres no bairro José Nitro, e o trabalho, também realizado em Biguaçu, com os agentes comunitários do Programa de Agentes Comunitários (PACS). Nas oficinas

a gente trabalhava com álbum seriado [...] e falava sobre drogas, sobre HIV, drogas e doenças sexualmente transmissíveis. Doenças sexualmente transmissíveis, então a gente falava sobre a importância do uso da camisinha.

Em relação ao tema específico das substâncias, apesar do predomínio da “*droga injetável*”, abordava-se tipos variados, como a

³² Local inclusive de nosso encontro, sugerido por ela.

merla, um subproduto da pasta de coca que é fumada, e “*até aquelas que a gente não tem no Brasil*”. Substâncias como ecstasy (“*bala*”) não eram tão difundidas, segundo Martins, C., e se sabia pouco sobre elas, bem como sobre o crack, que apareceu nas cenas de uso da cidade de Florianópolis no momento em que o foco das ações de redução de danos era a droga injetável, o que representou um novo desafio.

Sobre a recepção das oficinas, ela relatou que havia uma receptividade e um interesse “*em relação ao HIV, às doenças sexualmente transmissíveis, até o próprio uso da maconha era assim tranquilo*”, o que não acontecia quando tratavam sobre a “*droga injetável*” e o crack, substâncias das quais tinha a impressão de que as pessoas não queriam conversar a respeito. As oficinas eram gratuitas, ressaltou, uma vez que os recursos eram previstos nos projetos aprovados e incluíram, por exemplo, as camisetas de identificação e uma kombi, o que possibilitou que a equipe fizesse “*o campo do Chico Mendes*”, comunidade localizada no Bairro Monte Cristo, das 23:30 às 2:30, conforme a preferência das pessoas da localidade, o que, como enfatizou Martins, C., era impensável durante sua experiência na prefeitura, uma vez que neste horário não havia motorista disponível.

Em relação às oficinas e à perspectiva de fortalecer a rede de redução de danos, referida por Cardoso, através da busca de parcerias nas próprias comunidades de atuação, ela narrou a história de Isabel, moradora da cidade de Biguaçu e “usuária de drogas injetáveis”, junto com a companheira³³, Marcela. Souberam de Isabel e de Marcela através de contatos feitos com o centro de saúde, responsável pela área onde a usuária morava, e

a gente começou a ir. Era um barracão que só [tinha] usuário de drogas injetáveis. Aí nós começamos a nos aproximar e distribuir seringas. No início, era difícil, porque elas pegavam e jogavam fora, elas queimavam [...] Fazia muitos anos que a unidade de saúde queria fazer exame de HIV [na Isabel]. Nós fomos [pela] ACORDA [e perguntamos:] “Diz, Isabel, por que o agente não arruma aí esse espaço [– a casa onde morava]?”. Porque as pessoas iam pegar seringa com ela. “Para que esse espaço, além de ser a sua casa, seja um espaço de referência para trabalhar a redução de danos”. Reformamos toda a casa dela,

³³ O primeiro nome da companheira de Isabel foi citado, mas como não sei seu paradeiro, optei por chamá-la de Marcela, um nome escolhido aleatoriamente.

junto com ela, todo o espaço. Era um mocó. Na outra semana que a gente voltou, ela tinha conseguido todos esses móveis. E cada dia era uma agente de saúde que tentava levar Isabel [para fazer o exame de HIV]. Mas ninguém conseguia levar a Isabel. A pessoa que mais tinha contato com a Isabel era eu. [Então] eu sai lá da Tapera, as 5h00 da manhã, para levar a Isabel para fazer o exame. Quando Isabel realmente constata [ser] portadora do vírus do HIV.

Isabel era costureira e, segundo Cardoso, após o marido a abandonar, “*ela se volta para as bebidas, volta-se para as drogas injetáveis, perde os filhos por conta disso e a gente começa trabalhar a troca de seringas com ela e a companheira dela*”. Assim, a casa de Isabel se tornou um ponto importante para o trabalho da redução de danos da ACORDA e para os usuários de drogas injetáveis da área, incluindo a própria Isabel, que teve sua moradia reformada e começou a se cuidar e ser cuidada em aspectos relativos à sua saúde. Neste processo, um dia Isabel contou a Cardoso que parara de se injetar, mas que havia começado a usar crack, assim como sua companheira. “*Aí ficou mais difícil*”, segundo a redutora, para quem o uso do crack associado com o uso de bebida alcoólica foram os fatores disparadores de situações de violência doméstica entre o casal.

Neste meio tempo, a ACORDA, segundo o relato, em parceria com a Prefeitura, iniciou a implantação do programa de redução de danos em Biguaçu, e era prerrogativa da organização contratar os “*agentes de saúde, porque nós já conhecíamos o local*”. Uma das agentes contratadas foi Marcela, na época desempregada. Isabel também começou a acompanhar Cardoso em palestras nas universidades, “*na UFSC principalmente*”, para falar sobre sua história de vida, sobre “*como que ela entrou na redução de danos*”. Nessa época, o foco era o uso de “*droga injetável*”, o álcool era trabalhado também, mas não era o principal, ressalta a redutora, o que gradativamente muda, quando esta substância em conjunto com o crack e “*outras drogas*” – e a violência – começam a ser tratadas de forma mais sistemática e as questões de gênero também se interseccionam a partir das experiências cotidianas.

Aí o que acontece nesse período: eu já estava nesse processo de ir para Rio Preto [quando] recebo um telefone de madrugada e, nesse telefonema de madrugada, era minha agente de saúde, a Karolaine, que disse que a Marcela [...] tinha assassinado a Isabel. Ela estava no ponto de

orelhão pedindo socorro para mim. Eles enterraram ela como indigente, porque era uma usuária de droga injetável e não estavam nem aí. Aí fomos lá, nós a arrumamos, junto com pessoal do posto de saúde na época lá de Biguaçu. Liguei para família, a família não queria saber dela, ela já estava morta. Foi nós que fizemos o enterro dela e foi uma coisa que mexeu muito, porque daí deu aquele estralo: não é só droga. É a violência doméstica, são outras coisas que vem por conta do uso abusivo do álcool, porque ela parou com a droga injetável, parou com o crack e ficou no álcool. Aí bêbada automaticamente não queria, vinha a violência doméstica. Ela foi morta com uma faca de cozinha sem ponta, mas como ela era muito magrinha [...] ela teve sangramento interno, foi morrendo. Então, a partir dali, você passa a ter um outro olhar para trabalhar a redução de danos com mulheres, e teve esse perfil de usuárias de crack, mas não trabalhar só a droga, mas trabalhar as outras questões que envolvem a questão do uso da droga. E violência era um processo muito grande.

O crack começou gradativamente a aparecer nas cenas de uso da região da Grande Florianópolis, bem como nos relatos dos participantes de pesquisa, o que trouxe consequências também para a política de redução de danos, que começou a lidar com novos desafios e a ampliar seu foco de atuação para além do uso de “*drogas injetáveis*”. Antes de adentrar neste novo cenário, voltaremos a algumas considerações sobre a ACORDA.

Na época da pesquisa de campo, a ACORDA, segundo sua “*presidente*” Martins, C., já estava desativada há uns dez anos, devido a um problema na prestação de contas do último projeto encampado pela associação – “*pagamento indevido que eu fiz errado na realidade*” – e que gerou uma dívida, hoje inativa, para ela. Se há outras razões, não foram expostas. Os recursos para os projetos vinham geralmente em duas vezes, com a segunda parcela condicionada à prestação de contas aprovada da primeira, o que resultava em um tempo de espera sem recursos, “*às vezes a gente ficava três, quatro meses sem receber*”. A falta de dinheiro e de pessoas interessadas foram as dificuldades citadas para a reativação da associação, desejo expresso por Martins, C., que a abriria no município de Palhoça, pela facilidade de haver uma kitnet

disponível para a sede, em uma localidade cujo potencial ainda estava em avaliação,

porque quer sim, quer não, uma associação de usuário de drogas, você vai atrair quem? Usuário de droga. E ali tem um monte de boca e a gente está avaliando, mas não sei, se a gente tivesse uma parceria boa mesmo eu reativava a ACORDA.

Nesta época, Cardoso já não trabalhava mais na ACORDA, tendo deixado este projeto e o programa da Prefeitura no início dos anos 2000, quando mudou de Florianópolis para fora do estado.

Martins, C. na época da pesquisa administrava, junto com a companheira, uma “*micro reciclagem em Palhoça*” e quando aparece a oportunidade, oferece oficinas sobre a temática das substâncias psicoativas e das infecções sexualmente transmissíveis. Infecções e não doenças, apontando para as mudanças nas nomenclaturas e na importância de se atualizar. Mesmo afastada da redução de danos em termos institucionais, estimulava os usuários de crack a trabalharem com a coleta de material reciclável através de seu negócio:

a gente bota eles para empurrar carrinho – usuário de crack – puxar carrinho, pegar latinha e comprar o material dele. Aí o que acontece, bom, durante o dia, a manhã, eles passaram recolhendo material, então no máximo que eles vão fazer é parar para comer alguma coisa e fumar uma [pedra de crack], mas à tarde eles não vão poder fumar outra e outra e outra, porque eles vão ter que separar o material que recolheram, entendeu? Então a gente ocupa a cabeça e assim passa o dia, passa outro, daqui a pouco some, daqui a pouco volta.

3.10 O PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS NO NOVO MILÊNIO: AS MUDANÇAS INSTITUCIONAIS E A PARCERIA COM AS ONG’S

A partir dos anos 2000, como já dito anteriormente, algumas mudanças institucionais e relacionais entram em curso no Programa de Redução de Danos de Florianópolis, com, inclusive, a saída de alguns dos participantes da pesquisa mencionados, que vão atuar em outras frentes ainda com a redução de danos, ou mesmo fora dela, e a entrada

de novos. Dentre os novos, estava Nilcéia Antunes, psicóloga, que foi contratada em 2001, época em que conheceu a redução de danos. Nesta época, como já dito, os contratos ainda eram feitos através do convênio feito com Instituto Arco-Íris, o que durou até 2005, quando foi substituído por outro, com a AFLOV, o que na sua perspectiva foi um avanço, por ser menos precário e assegurar os direitos trabalhistas. Os convênios, ela pontuou, funcionavam como guarda-chuvas para a contratação dos trabalhadores.

Sobre esta mudança, Maria Cristina Itokazu, psicóloga, que ingressou no Programa Municipal de DST/Aids em 2004, época em que entrou em contato pela primeira vez com a redução de danos, e foi coordenadora da redução de danos “*por questões contingenciais*”, comentou que houve conflitos entre a gerência da Secretaria de Saúde e a “*equipe da ONG*”, que gostaria, por sua vez, de ter mais influência nos modos como a redução de danos era feita, “*assim o papel de coordenação*”, em questões “*mais administrativas do cotidiano da equipe*” - haveria o entendimento que quem fizera a redução de danos era a “*ONG*”, mas a Secretaria Municipal de Saúde “*abriu mão desse modo e operou em outro, o que prescindiu dessa ONG*”. Pontuou que houve discussão sobre a questão da mudança do convênio e as alterações “*tinham razão de ser*”; nesse sentido, marcou uma diferença entre ser parte de uma organização governamental e uma não governamental, pois “*não temos como se posicionar combativamente como uma ONG, temos que acreditar nos dirigentes, nos gestores, nos profissionais*”, revelando uma margem de contestação – e talvez de efetivação desta – mais limitada. Mesmo assim, essa mudança foi avaliada por ela de modo positivo, como Antunes: “*para a gente era menos precário e, apesar da irregularidade das verbas, tínhamos estrutura*”.

A “*irregularidade das verbas*” foi apontada como um dos grandes problemas da política de redução de danos, desde quando implantada na década de 1990, como já indicava Sell, J., quando se referiu ao atraso no repasse dos recursos, inclusive para o pagamento da equipe, que dependia das negociações entre a Prefeitura e o Ministério da Saúde para a renovação do convênio. E mesmo no âmbito das organizações não-governamentais, como vimos com a ACORDA, que entre a prestação e a aprovação das contas, ficava também sem recursos.

Antunes, como psicóloga da “*estratégia de redução de danos*” trabalhou em várias frentes, que se ampliaram gradativamente, incluindo, por exemplo as já mencionadas capacitações com as equipes

de saúde da família – fora as reuniões e os ajustes de fluxos de pessoas e materiais entre os serviços – que visavam a busca de parcerias, para que os centros de saúde se constituíssem em postos de trocas para seringas, o que ela apontou – como outros participantes da pesquisa – foi feito não sem resistências, já que parte dos trabalhadores ainda associavam a redução de danos à “apologia ao uso de drogas”. A tática era a analogia com outras “drogas” como o café e o cigarro – “*quem quer usar, usa*”; enfatizar o fortalecimento da importância de se interromper a cadeia do HIV/Aids e a distribuição de material específico voltado para os usuários, para que não houvesse desabastecimento de outras práticas de cuidado, como aquelas voltadas para as pessoas diabéticas, usuárias de insulina – também droga – que devolviam as seringas, tal como os usuários de outras drogas injetáveis, outra analogia que a princípio “*chocava*”. A ideia, segundo ela, na mesma linha de outros relatos, era contextualizar o uso de drogas injetáveis e “*tirar o peso do usuário*”, que, pela discriminação, muitas vezes não procurava os serviços com medo de se expor e era, então, acompanhado pela equipe de redução de danos ao centro de saúde, para cuja equipe e profissional de referência era apresentado. Nesta relação entre o usuário de psicoativo atendido e o profissional de saúde, os agentes redutores, para Itokazu, viviam uma situação complicada, ao serem ao mesmo tempo os representantes da “*comunidade*” e do SUS, “*porque [...] são intermediários mesmo, não são os profissionais de saúde*”.

Nas capacitações, assim, de acordo com Antunes, o conceito de redução de danos era apresentado de modo “*mais ampliado*” e se ressaltava a importância do olhar atento aos espaços e aos comportamentos das pessoas – “*quanto eu me esforço para enxergar isso [- a questão do uso de psicoativos -] no meu trabalho?*”. Apesar das capacitações, a “*estratégia*” de redução de danos não estava impregnada no cotidiano, pois, ela ressaltou, o Estado não é laico e as pessoas levariam consigo suas concepções, “*seus pré-conceitos e não teorias*”. Participou também de capacitações voltadas aos profissionais da educação, além de realizar oficinas de prevenção, que gostava muito, pois cada público envolvia uma abordagem diferente. Nestas ocasiões, sempre estava acompanhada de mais um colega. Realizou oficinas em escolas e empresas, como a Celesc, a Eletrosul e a Caixa Econômica Federal. Nestas trabalhava a partir de grupos de pessoas, que multiplicavam a experiência, na qual se “*trabalhava muitas coisas, inclusive redução de danos*”, com foco no uso do preservativo – “*estamos ensinando a usar quando quiser, as consequências do uso e do*

não uso” – para que as pessoas tomassem decisões que não fossem baseadas na ignorância. Às vezes abordava-se “*a sexualidade como um todo*”, por exemplo, sexualidade entre idosos, para depois falar sobre HIV e Aids.

Além de realizar capacitações, Antunes comentou que participava das oferecidas pela Secretaria de Estado da Saúde - “*sempre tinha vaga para a gente*” - com, inclusive, a vinda de Fábio Mesquita, mencionado, como vimos, por outros participantes da pesquisa. Ela, na ausência de um agente redutor, ia junto fazer o campo, quando não acompanhava – no caso da supervisão de campo – a dupla, que, por sua vez, avisava de antemão os usuários se levassem alguém, além de sempre trajarem uniformes, para evitar potenciais conflitos com os usuários nos “*mocós*” – o que dependia do usuário, pois enquanto alguns podiam ter “*mania de perseguição*”, outros não se incomodavam com a intervenção na situação de uso do psicoativo. Relatou (como Martins, C.) que não acessavam os “usuários da Beira Mar”, que não precisariam da política de redução de danos, pois comprariam sua “*droga*”, não se exporiam ao usá-la e teriam seu próprio material, ao mesmo tempo que os acessariam via notificação de casos de HIV/Aids. Já os usuários dos mocós, atendidos pela redução de danos, se não tivessem água destilada, usariam do vaso sanitário, da poça de água.

Ela, como Martins, C., citou a rivalidade e os conflitos entre pessoas ligadas ao tráfico de drogas em alguns “*morros*”, cujo acesso às vezes era restrito, mas negociado através do pedido de autorização. Tais conflitos estariam na época de nossa conversa, segundo ela, mais diluídos, ou a mídia não os visibilizariam, mas “*antes era mais pesado*”, o que afetava inclusive a territorialidade colocada pelo SUS, quando exemplificou o caso de uma gestante que não conseguia fazer o pré-natal no centro de saúde correspondente ao qual era cadastrada, porque o estabelecimento se localizava numa área considerada rival da de origem, segundo as divisões locais do tráfico de drogas. Alguns campos eram fixos, como aqueles nas comunidades dos morros da Mariquinha, do Mocotó e da Caixa, e outros eram feitos de vez em quando, como em Canasvieiras, feito no verão. Também citou a parceria com os donos dos bares, para a entrega de preservativos ou mesmo tratamento supervisionado de tuberculose, com a entrega do medicamento para o usuário. Para ela, conhecer o “*universo da redução de danos na rua*”, acessar “*mundos diferentes*” foram experiências ricas, de muito aprendizado.

Itokazu mencionou o intercâmbio de informações entre o Programa Municipal de Redução de Danos e as ONGs, que influía na dinâmica do trabalho, pois *“tinha campo que a gente não fazia, porque havia outra equipe que estava fazendo”*. Este intercâmbio era reforçado pela própria circulação dos agentes nestas instituições, já que trabalhavam meio período em cada uma – conforme Martins, C., o expediente na prefeitura era de seis horas e o na ACORDA era de quatro horas. De acordo com Itokazu, alguns agentes redutores realmente gostavam do trabalho, identificavam-se, enquanto outros o faziam pela facilidade de trabalhar meio período, *“tinha essa liberdade”*, mas, como não pagava muito bem, acabavam saindo, o que na sua visão contribuía para a alta rotatividades dos agentes redutores, mencionada por muitos dos participantes da pesquisa. Citou os agentes redutores Emerson (irmão de Cardoso, também citado por ela), Alesson, Giovane, Robson, Rafael e Danieri, que *“ficaram bastante tempo”*.

Segundo ela, os processos seletivos dos agentes redutores baseavam-se em indicações dos próprios redutores. Como disse Antunes, em geral *“alguém que conhecia alguém”*, pois buscava-se pessoas que tinham facilidade de estar nas comunidades, que não tinham conflitos com pessoas das áreas atendidas, que tinham comunicação com os usuários de drogas e *“alguma inserção nesse mundo”*. A seleção era assim feita, pois as pessoas que atendiam tais requisitos, na época, tinham no máximo ensino médio, o que poderia se constituir em um entrave se fosse via concurso. Os selecionados nesta “primeira fase” faziam uma *“provinha básica”* e eram entrevistados. Nas entrevistas, buscavam filtrar pessoas sem viés religioso e evitavam aqueles que eram considerados preconceituosos. As pessoas, uma vez selecionadas, recebiam treinamento, passavam por um campo experimental, sempre acompanhadas de um agente mais experiente.

O conhecimento sobre os usuários e as substâncias psicoativas advindo das próprias experiências de uso é valorizado pela redução de danos, que tem como proposta o emprego de usuários e ex-usuários de psicoativos como agentes redutores, critério de seleção empregado, como vimos, em Porto Alegre. Sobre isso, Martins, C. pontuou que, quando trabalhou na redução de danos, não havia nenhum redutor usuário e ex-usuário de droga injetável, mas de outras substâncias como maconha e cocaína inalada, e relatou que teve apenas o caso de um redutor que às vezes saía para o campo e não retornava. Mas tal experiência não era um critério decisivo para a escolha dos agentes, pois se o conhecimento sobre *“os tipos de drogas”* era um fator importante

na decisão, a performance em campo do redutor – “*ele é dinâmico, ele fala, aborda bem*” – no tempo de experiência, que se constituía como estratégia de formação, através do acompanhamento pela supervisão e pelos agentes mais experientes, era preponderante. “*Geralmente a gente trazia amigo, quem já conhecia*”. A “*vontade de aprender*” também foi citada como uma característica importante, bem como a disponibilidade e a flexibilidade de horários. Segundo ela:

Não tinha assim um perfil, o que a gente não queria é aquele preconceituoso, não tinha como ter preconceito nem de negro, nem de pobre, nem de fedido, não tinha como, porque era uma população, então não podia ser preconceituoso, tinha que ser uma pessoa acessível, que de repente se a gente precisasse chamar de madrugada para fazer o atendimento, que pudesse estar, não era todos, tinha uns que tinha filho, mas a gente procurava sempre ter um ou dois que tivesse essa disposição.

À alta rotatividade dos agentes redutores, ela atribuiu, baseada em sua experiência, as próprias características do trabalho, como a atividade de recolher as seringas no campo – “*A gente usava luva, está vendo, andava com 'descartex', que é aquela caixona onde coloca material perfurante*”, apontou no computador para uma foto, que mostrava várias seringas no chão, ao lado da associação Clube dos Cem na avenida Ivo Silveira – e a população foco do programa. Os agentes redutores faziam teste de HIV semestralmente e, na sua vivência, nenhum se contaminou. O apoio psicológico para a equipe é, nesse sentido, considerado por ela fundamental:

porque quer sim, quer não é pancadão: chegar lá e o cara está passando mal, estrebuchando com a agulha pendurada, eram essas coisas assim que a gente via, recolher seringa, de repente sem querer, de luva, de pinça, sem querer dá uma furada, a cabeça fica a milhão, por isso que precisa de atendimento psicológico.

Cardoso relatou uma “*capacitação interna*” que deu em Balneário Camboriú – “*fomos lá fazer um fortalecimento com a ACORDA*”:

Só que aí eles tinham que vir [para Florianópolis] fazer o teste prático [...] Uma coisa é você fazer curso, a outra coisa é você fazer trabalho prático. Menina, parecia que aquele dia os usuários adivinharam [...] Eram tantas [seringas] ali

debaixo daquela ponte Colombo Salles³⁴, eram tantas seringas, tanto de um lado, quanto de outro, aí fomos para outro bairro e foi a mesma coisa [...] Aí quando foi no outro dia, todo mundo que foi fazer o teste, saiu do projeto [...] Não deram conta, porque daí viu que era outra realidade [...] largaram [...] do outro lado da ponte tinha um lugar [...] que também tinha um monte de seringas [...] Eles viram [os] usuários injetando.

Martins, C. também fez referência aos aspectos mais institucionais como a falta de reconhecimento e, tal como Itokazu, os salários baixos – *“hoje um redutor deve estar ganhando um salário-mínimo e na época a gente não ganhava nem um salário-mínimo”*. Assim, como comenta mais de vez em nossa conversa, para trabalhar na redução de danos, a pessoa *“tem que gostar”*. Em relação ao *“atendimento psicológico”* voltado à equipe, segundo Sell, J. , este acontecia uma vez por semana e era importante, pois *“não posso ir com pena, julgar, usar drogas”* no campo. Antunes como psicóloga dos agentes redutores, aponta que uma dificuldade que traziam era a de estabelecer os limites das relações com os usuários e, nesse sentido, um aspecto importante da supervisão era sempre deixar claro o papel do redutor, que idealmente deve saber ouvir e filtrar o que vai ser responsável, trabalhar a ansiedade em *“querer ajudar em que não tinha condições: até onde vou atuar?”*.

O suporte à equipe de redução de danos, não só psicológico, como uma dimensão importante do trabalho, é ressaltado também por Vidor, pelas próprias características do trabalho de *“estar na rua”* e de *“lidar com uma população que te exige, que te desgasta, que tu tem que estar preparado psicologicamente para lidar, porque é um parâmetro muito diferente do parâmetro com o qual as pessoas estão acostumadas”*. Tais desafios incidiriam na política do Consultório na Rua, que também sofreria com a alta rotatividade dos profissionais. Nesse sentido, ela aponta a necessidade de qualificação, de formação para o trabalho, para além de uma questão de *“boa vontade”* e *“perfil”* bem como

suporte permanente para conseguir manter essas pessoas com o mínimo de saúde mental para elas continuarem trabalhando numa situação tão adversa assim [...] tanto que muito do nosso trabalho era gerenciamento de conflito deles, entre eles. Deles consigo mesmos [...] Até por essa

³⁴ É a ponte que liga a ilha de Florianópolis ao continente.

proximidade que eles tinham com essas situações todas de risco.

Sobre o “*gerenciamento de conflito*” entre os agentes redutores, Itokazu atribuiu à dificuldade de manter a equipe *coesa* o trabalho atomizado por duplas. Em relação às *situações de risco* vividas pela equipe de redução de danos em campo e a consideração de que este se constituía num campo de relações no qual muitas vezes pairava o lícito e o ilícito, Vidor enfatizou mais uma vez a importância do acompanhamento dos agentes, “*para que eles não caiam na ilicitude, que é outro risco bem importante*”. Tal *risco* é qualificado como um limite “*mais operacional*” da “*estratégia*” de redução de danos e diria respeito ao dia a dia do trabalho, a “*essa questão dos envolvimento pessoais [...] com algumas pessoas, com o problema de algumas pessoas, e isso acaba colocando o agente em situação de vulnerabilidade*”. Relatou, inclusive, a prisão de alguns agentes redutores por “*ultrapassarem limites*”, situação que avaliou não como responsabilidade única dos próprios agentes, mas como uma “*falha da capacidade de gerenciamento dessas exposições*”. O desafio então seria “*conseguir se aproximar sem preconceito de situações consideradas ilícitas, sem compactuar com essas situações ilícitas*”.

A questão da ilegalidade de algumas substâncias psicoativas é vista como um entrave para o conhecimento e para o cuidado na saúde e os agentes redutores exerciam um papel importante, segundo ela, ao trazer das ruas aquilo que se estava “*usando*” e, por conseguinte, fariam essa “*interlocução*”, o que na sua perspectiva complementar o trabalho desenvolvido no Consultório na Rua, pois devido ao perfil e às relações em campo dos agentes redutores, estes teriam uma vantagem sobre os outros profissionais de saúde. O aspecto da ilicitude de algumas relações no campo de uso psicoativos é levantado como uma hipótese do porque

outros profissionais que não lidaram direto com o projeto às vezes não entendam, não consigam se sentir familiarizados e às vezes nem confortáveis para lidar com isso. Porque assim a gente tem que incorporar muito o que também é discurso corrente do sistema de saúde, mas que nem sempre funciona assim, que é assim: nós não somos polícia.

Se o que as pessoas fazem é da ordem da legalidade ou não, isso não deveria interferir na prática de cuidado do profissional de saúde, que na sua aceção deve “*manter esse distanciamento*”, senão não consegue “*cuidar das pessoas*”. Para ela, pensar sobre esses limites

na prática cotidiana, “*aproximar sem julgar*” e “*diferenciar uma situação de outra*” em situações cercadas de “*tabu*”, como a do uso de substâncias psicoativas, é uma lição importante que a redução de danos traz para o profissional de saúde, que muitas vezes teria dificuldade de lidar e de trabalhar com tais questões no dia a dia e acabaria por vezes fechando os olhos, até como um mecanismo de defesa “*porque na hora que tu abre, tu sabe que tu vai ter que lidar com aquilo*”. Outras situações difíceis, citadas como exemplos, com as quais os profissionais da saúde lidam e que “*como a gente não sabe trabalhar, a gente acaba se afastando*” são a violência contra criança e o abuso sexual.

Em relação à possibilidade do agente redutor também ser usuário de substâncias psicoativas, Vidor disse que eram rigorosos quanto à situação de uso durante o trabalho e que fora do expediente o que se faz é problema de cada um, mas ao mesmo tempo

essa questão era reavaliada periodicamente. Porque uma coisa é a ideia da pessoa antes de ir para o trabalho. Depois do trabalho como é que ficou?! Como tu viu na prática o que é o trabalho do agente? Como é que se sentiu? Como é que está conseguindo evoluir? E aí a equipe sempre ia trabalhando isso. Por isso que essa questão do suporte longitudinal da equipe eu acho que é um fator crucial para situação dar certo.

Apesar de algumas situações em que os agentes redutores teriam ultrapassado a linha, como pontuado em alguns dos relatos até agora, Martins, A. chamou a atenção para a experiência da redução de danos ter colaborado com o questionamento do “*mito*” de que os ex-usuários que trabalhassem no programa pelo contato “*quisessem voltar*” ou “*recaíssem*” ao consumo: “*a maioria estava em abstinência e não voltou*”. Segundo Vidor, em relação aos critérios de seleção dos agentes redutores, “*alguma experiência com uso de entorpecente também acabava sempre aparecendo no meio desse perfil*”, o que, na sua perspectiva, poderia contribuir com o desenvolvimento do trabalho, não só pela experiência do uso em si, mas com a possibilidade vista como ampliada de se ter um agente com um olhar menos policaresco para a questão do uso de psicoativos.

Outro critério interessante para a seleção do agente redutor era, por exemplo, alguma experiência prévia com pessoas em situação ou moradoras da rua, inclusive pessoal – “*é mais fácil entender, porque empatia é uma palavra muito bonita, mas não é uma coisa muito fácil da gente colocar na prática*”. Prestava-se atenção no “*nível de*

preconceito em relação ao comportamento das pessoas”, relacionado ao uso de substâncias psicoativas, à orientação sexual e à identidade de gênero, bem como na existência de vínculo a algum grupo religioso ou outro, cujas concepções relativas às questões colocadas pelo trabalho de redução poderiam influir de um modo não favorável em relação a uma lógica de trabalho não impositiva.

Como a rua constituía o locus de trabalho dos agentes redutores, estes saberiam mais “*os costumes*” e a “*linguagem da rua*”, o que traria um diferencial, quando comparado a outro profissional da saúde, para a sua atuação, que Vidor, por conseguinte, compara-a com a do agente comunitário de saúde, que, por trabalhar na própria comunidade de origem, não só representaria o sistema de saúde, mas a comunidade no sistema – tal qual o redutor, como vimos em outros relatos – uma vez que estaria mais próximo “*culturalmente*”, em termos dos valores e da história local, e, por esta razão, com quem as pessoas atendidas se sentiriam mais à vontade para conversar sobre alguns assuntos de modo mais franco, o que nem sempre ocorreria na relação “*médico-paciente*”, segundo o exemplo dado, ou com outros profissionais de saúde, mesmo que com alguma formação para trabalhar com “*a população que vive na rua*”, já que envolveria outras modalidades de negociação, pois

a gente tem um viés extremamente importante, que, assim, tu fala o que me agrada, porque tu tem medo que eu não te dê o que tu queres [...] Então é muito comum as pessoas não serem totalmente francas, porque “ah, seu eu contar o que estou fazendo isso, ele não vai fazer aquilo” – e o agente redutor, não é ele que vai fazer, entendeu? Então, assim, é mais fácil falarem para eles as coisas [...] Então a gente acabava conseguindo um outro nível de intervenção, assim como nível de argumento. Às vezes eu posso usar um nível de argumento que por mais que eu queira me aproximar da população não vai fazer sentido para ela. E às vezes o agente redutor de danos conseguiu usar argumentos que faziam parte da vivência da pessoa. Então complementa o trabalho.

Ela destacou assim, mais uma vez, como papel importante do agente redutor de danos a “*articulação*” entre as pessoas atendidas e os outros profissionais e serviços de saúde, o que era importante para “*conseguir dar o acompanhamento para a história*”, “*para sustentar*

essa continuidade” no processo de atenção à saúde, e ressaltou o modo “*horizontal*” de abordar as pessoas em campo, o que na sua perspectiva contribuiria para, por exemplo, a política do Consultório na Rua, não só pelos aspectos citados em si, como também pelo modo como estes possibilitariam uma expertise a partir da qual os redutores encarariam riscos, assim considerados, inerentes às próprias atividades, como ir nos “*mocós*” à noite e recolher seringas, os quais o profissional de saúde mais tradicional dificilmente correria, e que ela considerou necessários.

3.11 O PROTAGONISMO DO INSTITUTO ARCO-ÍRIS DE DIREITOS HUMANOS PARA ALÉM DO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS DE FLORIANÓPOLIS: A “REDUÇÃO DE DANOS SOCIAIS”

O Instituto Arco-Íris, além da experiência do Programa Municipal de Redução de Danos como instituição parceira da Prefeitura Municipal de Florianópolis, atuou em outras frentes, com outros projetos, que, segundo Paso, não prescindiram da redução de danos, pensada não só para “*álcool e drogas*”, mas de um modo mais amplo, como colocou, no sentido de uma “*redução de danos sociais*”. Ela começou a trabalhar nesta instituição em 1996, quando foi convidada, por ser psicóloga social, por Martins, A., quem conheceu através de conexões com o teatro e as escolas de samba. Foi na Argentina, seu país de origem, que se formou em psicologia social na Primera Escuela de Psicología Social Dr. Enrique Pichon-Rivière, quando volta em 1983 para seu país, momento em que “*caiu a ditadura*” – durante a qual vivia na “*hiperclandestinidade*”, após uma pequena temporada em Florianópolis, onde trabalhou com as pessoas internadas no Hospital Colônia Santana, através do teatro.

Esta oportunidade havia sido mediada pelo psiquiatra Alfredo Moffatt, através de uma carta endereçada ao diretor do hospital, o que na época a deixou muito feliz e emocionada pelas possibilidades que se abriam em um período de sua vida que passava por muitas dificuldades. Alfredo Moffatt, segundo Paso, é uma referência importante para a luta antimanicomial em seu país e para ela também, cujos livros eram uma “*inspiração*” e ela “*passava para os pacientes*”. Ainda em seu país, trabalhou durante seis anos no Hospital José Tiburcio Borda de Buenos

Aires, com o grupo Frente dos Artistas del Borda, fundado por Alberto Sava, que buscava “*quebrar os muros do manicômio*”, através da arte. Segundo um blog que encontrei deste grupo, sobre ele próprio:

Conformado por artistas y psicólogos de adentro y de afuera, el Frente de Artistas del Borda (FAB) produce arte – desde 1984 – que trasciende el encierro del hospital psiquiátrico [...] cuestiona el imaginario social acerca de la locura y propone la desmanicomialización: el proceso de sustitución del manicomio por una red de dispositivos comunitarios para el tratamiento de las personas usuarias de servicios de salud mental (FAB, 2007).

Ela contou que trouxe sua experiência para o Instituto Arco-Íris, aplicada, por exemplo, no trabalho realizado nos presídios. Assim o Instituto, além de trabalhar com a questão dos direitos humanos, traria a arte como elemento “*transversal*” nas suas práticas e estaria aberto “*para quem vem, seja sofrimento psíquico, morador de rua, trabalho nos presídios*”, constituindo-se, segundo o relato, como o primeiro centro de convivência e cultura para os pacientes do CAPS, fora desta instituição, cuja criação entende como importante, ao proporcionar conhecimentos para os usuários e familiares diferentes da lógica de internação predominante.

O primeiro projeto que participou era voltado para a questão da Aids, incluía a entrega de preservativos e atendia “*as travestis, as garotas e garotos de programa*” que ficavam à noite na Praça XV, localizada no centro da capital, próxima à sede. Este grupo de “*profissionais do sexo*” não era grande, assim, ela relatou, que a “*abordagem*” era feita por uma única pessoa e o sigilo era prerrogativa. “*Tivemos profissionais do sexo trabalhando conosco: mulheres e travestis*”, sendo que algumas delas, posteriormente, criaram suas próprias organizações, como a Estrela Guia e Asas da Liberdade, o que também foi pontuado por Alexandre, para quem as experiências na organização serviram como molas propulsoras para outras organizações na cidade.

O “*diálogo*” foi apontado por Paso como fundamental e como o que é bom no trabalho, por permitir a troca de informações, de referências, e até como um princípio norteador das ações, pois “*se não falar com elas, como falar delas [- as profissionais do sexo, como exemplo]? Não sabemos*”. Ela trouxe os projetos realizados com as mulheres que estavam nos presídios, a maioria, pontuou, “*pobres*” e

presas por atividades ligadas ao “tráfico de drogas”, como exemplos da perspectiva da redução de danos pensada de um modo mais amplo – como dito, *redução de danos sociais* – que incluiria também aquela relativa ao uso de psicoativos e à transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis.

Um destes projetos foi o Projeto Voo Para a Liberdade, realizado através de um convênio com a Coordenação Nacional de DST/Aids, com parte dos recursos vindos da UNESCO, realizado entre os anos de 2000 e 2005, que envolveu a realização de oficinas de comunicação, que geraram, inclusive, a publicação intitulada **Jornal Coisarada**, um “*Boletim Informativo das Reeducandas do Presídio Feminino de Florianópolis*”, “*uma das estratégias de intervenção*” realizada e promovida a partir das oficinas de informática feitas em parceria com o Centro para Democratização da Informática (CID) (Reeducandas do Presídio Feminino de Florianópolis, Instituto Arco-Íris, 2005, 1), que circulou em outros presídios. Este nome, segundo Paso, remeteu à ideia de “*coisas positivas*”. A partir desta circulação, inclusive, um homem preso sugeriu a abertura de uma seção para troca de cartas e mensagens, que ficou intitulada de *Cartas, Patuás e Catataus*. Também no âmbito desse projeto foi elaborado um ensaio fotográfico com as mulheres, que virou um livro, intitulado **Ensaio para a Liberdade** e um conjunto de cartões-postais. Neste livro, na seção O Direito de ser Protagonistas, consta que esse projeto fora precedido pelo Projeto Piloto de Prevenção, realizado no ano 2000 no mesmo presídio, orientado pela ideia de Grupo Operativo, que faria referência à psicologia social de Pichón-Rivière, a partir do qual se discutiu também “*a redução de danos ao uso abusivo de drogas*”.

Estes grupos operativos, conforme Paso, foram uma estratégia para se trabalhar com as mulheres confinadas e, diante da impossibilidade de reunir todas elas, trabalhou-se com grupos, cujas pessoas se tornaram multiplicadoras do que era discutido e aprendido. Inclusive, no **Boletim Asas da Liberdade**, publicado pelo Instituto Arco-Íris “*no âmbito do Projeto Asas da Liberdade, desenvolvido entre 2010 e 2011 nas unidades de detenção feminina de Florianópolis, Tijucas e Itajaí*” (Instituto Arco-Íris, 2010/2011 2³⁵), os grupos operativos aparecem como oficinas, realizadas semanalmente, que “*numa intervenção de redução de danos convencional, chamamos estas*

³⁵ A publicação não tem ano. Por isso, optei colocar os anos de referência do projeto para identificação da referência.

intervenções de ‘atividades de campo’” (Instituto Arco-Íris, 12). Ainda segundo este Boletim,

esse trabalho pautado na metodologia de informação e reflexão, abordou a Redução de Danos à saúde e sociais, contextualizada em aspectos psicofísicos, sócio-históricos, de diferenciação entre drogas lícitas e ilícitas, composição e efeitos e questões de legislação, integrados a temas transversais de saúde, como DST/HIV/Aids, coinfeções e saúde da mulher (Instituto Arco-Íris, 2010/2011, 12).

Sobre este projeto, Paso comentou a participação de Alexandre Takaschima, na época coordenador de execução penal e juiz, que, acompanhado por um grupo de advogados, revisaram os processos judiciais, o que resultou na liberdade de várias mulheres. Ressaltou a importância do controle social nas questões ligadas ao sistema carcerário e jurídico e mencionou a produção da Carta Blumenau, escrita no 5º Encontro Estadual dos Conselhos da Comunidade SC, que continha “*as proposições resultantes da análise das necessidades da população carcerária, dos estabelecimentos prisionais e dos Conselhos das Comunidades de Santa Catarina*” (Instituto Arco-Íris, Boletim Asas da Liberdade, 2010/2011, 6), e a importância de se posicionar contra a tortura. Estes Conselhos, segundo o Manual do Conselho da Comunidade, tem como papel a

representação da comunidade na implementação das políticas penais e penitenciárias no âmbito municipal. É necessário assumir uma função política, de articulação e participação das forças locais e, ainda, de defesa de direitos e de implementação de políticas locais de reinserção social do apenado e egresso e, não apenas, aquela de natureza assistencial (Corregedoria-Geral da Justiça do Rio Grande do Sul, 8, 2004).

Ainda em relação ao sistema penitenciário, ela se referiu à questão da prevenção, transmissão e tratamento da tuberculose como um grande desafio e o aumento do número de pessoas presas por envolvimento com o “tráfico de drogas”, não só as mulheres como dito, mas entre os jovens em diversos países latino-americanos, situação, em sua perspectiva, agravada com a implantação das políticas neoliberais. Quando conversamos, ela mencionou que o Instituto Arco-Íris participaria de um edital para desenvolver um projeto com “*os moradores de rua*”, cujo número aumentaria, inclusive, pelo bom

acolhimento que receberiam nos equipamentos da assistência social, apesar da falta, por exemplo, de vagas nos abrigos. Citou também o Consultório na Rua, cuja área de atuação, na sua perspectiva, seria restrita a uma parte da região central e não iria nos “*mocós*”, e o Centro de Saúde Prainha como uma referência no atendimento dos “*moradores de rua*”.

As áreas de atuação do CR foram selecionadas após a discussão em conjunto entre a equipe da Secretaria de Segurança Pública/Guarda Municipal e a Equipe de Redução de Danos da Secretaria Municipal de Saúde. Os lugares identificados para atuação das equipes representavam, segundo o relatório, os principais locais de uso de drogas do centro da cidade. Estes foram apontados por um levantamento realizado pela Guarda Municipal a partir de locais mais acionados por ocorrências, locais estes, que coincidiam com as áreas de atuação da equipe de Redução de Danos, por isso, ratificados pela equipe e definidos como campo de atuação do CR. As áreas definidas foram: Região da Alfândega, Direto do Campo e seus arredores, região próxima a Passarela de Samba Nego Quirido (Centro Pop), Rua dos Correios e Tribunal Regional do Trabalho, Cabeceiras das Pontes Colombo Salles, Pedro Ivo e Hercílio Luz e região do Túnel Antonieta de Barros (Abreu, 2013, 123).

3.12 A CHEGADA DO CRACK EM FLORIANÓPOLIS

A presença do crack nas cenas de uso nas ruas e nos mocós de Florianópolis foi mencionada pelos participantes da pesquisa e, especialmente para aqueles que trabalharam nos primeiros anos, significou um ponto de virada para a política de redução de danos desenvolvida até então. Tal qual a constatação da diminuição do uso de droga injetável, a percepção da “*substituição*” desta pelo crack foi primeiramente empírica, afirmou Martins, A., com os “*agentes chegando do campo e dizendo: ‘não, os caras já estão no crack’*”, o que na sua perspectiva significou não uma redução, mas um aumento dos danos. Segundo Cardoso, é nos anos 2000

que a gente começa [a se deparar] com a entrada do crack [...] Naquela época, o crack estava só no Chico Mendes – nenhum outro lugar tinha crack. Naquela época, se nós tivéssemos feito uma política... porque, nos morros de Florianópolis, era proibido vender crack [...] a partir do momento que eles começam a aprender a virar cocaína em pedra, os próprios usuários começam a transformar a cocaína em pedra [...] muitos dos usuários de drogas injetáveis passam a consumir o crack.

A disseminação do crack na cidade começou, segundo Martins, C., quando os pontos de venda de substâncias psicoativas ilegais começaram a disponibilizar apenas esta opção, assim se um usuário fosse buscar cocaína ou maconha, por exemplo, encontrava crack. Ela enumerou como fatores de “popularização” do crack o custo mais baixo de aquisição, a facilidade do uso, que não é intravenoso, o efeito “*pancadão*” que seria similar ao da cocaína injetável, mas que ao contrário desta seria bem mais rápido,

daí o alto poder de adquirir mais e mais, aonde cresceu o número de assalto, onde cresceu o número de furto, de descuido, de sequestro relâmpago [...] porque não quero fazer apologia nem à maconha, nem à cocaína, mas na época o cara não roubava a mãe para pegar uma bucha de cocaína. Hoje em dia, família com usuário de crack em casa não tem nada de valor, nada de valor, porque pode ser a melhor mãe do mundo, na hora do pauladão eles estão nem aí.

Nesta mesma linha, de acordo com Cardoso:

o crack era mais barato e a paulada era mais rápida. Era isso que eles falavam: a paulada do crack era bem maior [e] era muito mais barato. Com cinco reais você comprava uma pedra. E outra, fora a questão do compartilhamento, tinha um preconceito entre os próprios usuários [com] os usuários de injetáveis. Mas o grande boom foi o efeito que a droga dava e o preço. E a segunda questão era a paulada ser bem maior. Embora, eles diziam que o intervalo de abstinência era maior. Então, por isso que o usuário de crack já se viciava no primeiro ou no segundo dia de uso. E aí eu acho que [por] muito tempo as pessoas meio que fecharam os olhos, né? [...] até que o crack

pegou, sem cor, sem raça, sem classe social, mas isso [...] pela falta de políticas públicas.

Assim, apesar dos efeitos “fulminantes” da substância, ela ressaltou a falta de políticas públicas que poderiam “conter” a sua difusão. Com o crack, como ela já apontou na narrativa sobre Isabel e Marcela, o perfil dos usuários de psicoativos se modificou:

a única diferença é que, na época que era usuário de droga injetável, a gente tinha três, quatro, cinco mulheres. Eram poucas mulheres que tu tinha [...] usuárias de drogas injetáveis [...] Eram mais homens. Quando chega o crack, a gente começa ver o outro lado: começa a ver mulheres, começa a ver crianças, principalmente, quando entra ali no Mocotó, nós tínhamos umas crianças que nós dizíamos que eram as crianças zumbi.

Durante sua experiência na prefeitura, Martins, C. participou da pesquisa Ajude Brasil II, o que para ela foi interessante, exatamente por captar esse momento de transição dos usuários de drogas injetáveis – que não morreram em decorrência do HIV e comorbidades, que estavam “*migrando*” para o crack. Esta pesquisa, segundo Cintra (2006, 47):

foi um estudo soro-epidemiológico seccional e multicêntrico, realizado entre 2000 e 2001, nas cidades de Porto Alegre e Gravataí (RS), São José do Rio Preto (SP), Florianópolis e Itajaí (SC) e Salvador (BA) [...] teve como objetivo avaliar a efetividade das intervenções de Redução de Danos (RD) no controle e/ou prevenção da infecção pelo HIV/Aids e outros patógenos veiculados pelo sangue e estabelecer a situação de base dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs) participantes de seis Projetos de Redução de Danos (PRDs), apoiados pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN DST/Aids) nas cidades mencionadas. Os critérios de seleção dessas cidades foram baseados no nível de estruturação e tempo de funcionamento do PRD, perfil epidemiológico da epidemia de HIV/Aids, padrão e formas de consumo de drogas.

A ACORDA também realizou uma pesquisa focada nos usuários de crack, a qual teve acesso, e que se intitula **Relatório de Sistematização Descritiva de Dados: ACORDA – Perfil dos Usuários de Crack da Grande Florianópolis**, sistematizada pelo Instituto de

Planejamento, Pesquisa Social e Estudos Avançados (IPPSEA) (Oltamari, Vieira, 2003). Segundo a *Apresentação*:

Ao longo desse relatório são apresentados dados sobre o perfil sociodemográfico dos usuários de crack, sobre as condições de saúde pessoal dos usuários, sobre as características do consumo de drogas em geral e o consumo específico de crack e sobre o comportamento sexual.

A pesquisa de campo teve início e conclusão num intervalo de treze meses, a partir do dia 13 de novembro de 2002, dia da primeira entrevista. O recorte sobre a população pesquisada compreendeu ainda o universo dos usuários de crack da região, atuantes em projetos de redução de danos. Foram aplicados questionários em um total de cinquenta e quatro pessoas. O maior número de entrevistas ocorreu na cidade de Florianópolis em um total de quarenta e três dos entrevistados. Biguaçu foi o segundo município com cinco entrevistas. O município de São José teve apenas dois entrevistados e ainda quatro pessoas não foram identificadas sobre o município de origem.

A pesquisa foi sistematizada com recursos de estatística descritiva de corte quantitativo (Oltamari, Vieira, 2003, 4).

A pesquisa concluiu que, em relação ao “*perfil sociodemográfico*”, a maioria dos usuários de crack entrevistados eram homens (31% eram mulheres), jovens adultos – “*A média de idade é de vinte e oito anos e a idade com maior frequência é de vinte e hum anos*” (Oltamari, Vieira, 5, 2003) – havia apenas uma mulher que era menor de idade. A maioria morava com a família e o que “*chama a atenção é o número de entrevistados (15%) que moram na rua ou transitam entre a rua e lugares fixos*” (Oltamari, Vieira, 6, 2003). Do total de entrevistados, vinte e oito pessoas não tinham completado o primeiro grau e o número caía à medida que o grau de escolaridade aumentava, com nenhuma pessoa com “*superior completo*”. Mais da metade não tinha emprego formal.

Do total de entrevistados, 72% usava crack há mais de seis meses e o principal motivo levantado para início do uso foi a “*curiosidade*” e, para sua manutenção, foi que “*os efeitos são melhores*” (Oltamari, Vieira, 14-15, 2003). Em relação ao uso de “*outras drogas além do crack*”, 85% responderam afirmativamente e, segundo a

pesquisa, “veremos que o maior grau de importância dada à maconha, álcool, tabaco e cocaína”. Foram citadas também o “loló”, “cola de sapateiro”, “heroína”, “anfetamina”, “rohypnol”³⁶, “outros tranquilizantes”, “barbitúricos”, “ácido”, “ecstasy”, “xarope” e “outros” (Oltamari, Vieira, 16, 2003). Sobre o uso de “drogas injetáveis na atualidade”, 15% dos entrevistados fazia na época, 11% não e o restante não respondeu – e “78% dos usuários revelaram não utilizar droga injetável e 22% revelaram ainda utilizar este procedimento na administração da substância” no último ano (Oltamari, Vieira, 12, 2003). Usar “outras drogas” não foi associado na maioria dos casos ao uso de crack.

Em relação

a percepção do usuário sobre a sua condição de dependência do crack [...] 39% demorou menos de 10 dias para sentir abstinência [...] Este número tornou-se mais significativo se acrescer a ele 20% de pessoas que revelaram não conseguir ficar sem crack em menos de 30 dias (Oltamari, Vieira, 2003, 18).

A maioria dos usuários preferiam usar o crack com outras pessoas, de preferência “em suas próprias casas ou em casas de amigos. Dos 22% que afirmaram consumi-la em outros lugares, são relacionados principalmente os ‘mocós’” (Oltamari, Vieira, 18, 2003).

Sobre a composição do crack, a maioria respondeu, segundo a pesquisa, que era uma mistura de bicarbonato de sódio, água e cocaína em pó – e, em menor grau, cocaína em pasta. O principal recurso utilizado eram as “latas de cerveja e refrigerante” e os cachimbos. E a quase totalidade compartilhava seu “equipamento” e a principal causa atribuída ao compartilhamento foi “a falta de equipamento individual [...] Em segundo plano eles compartilham o cachimbo para não desperdiçar a pedra” (Oltamari, Vieira, 21, 2003).

Em relação ao “comportamento sexual”, a maioria tinha uma vida sexualmente ativa, mais da metade com um único parceiro nos últimos seis meses da entrevista, e sobre o uso de preservativos: 26% utilizaram algumas vezes, 24% a maioria das vezes. “Coincidentemente cabem estatísticas iguais para as pessoas que revelaram nunca utilizar preservativo e as que sempre utilizam preservativo (22%)” (Oltamari, Vieira, 24, 2003). Do total de entrevistados, nos últimos seis meses em relação à entrevista, 11% havia feito sexo em “troca de dinheiro ou por

³⁶ Agente indutor do sono, também conhecido como *boa noite Cinderela* ou *droga do estupro*.

troca direta da droga". 67% já havia feito testagem para HIV, 19% se declararam soropositivos, 44% soronegativos, 24% não quiseram responder e 9% não sabiam (Oltremari, Vieira, 24, 2003). A maioria das pessoas pegava os preservativos nos centros de saúde e nas ONGs.

Esta pesquisa, colocou Cardoso, fez parte do esforço da ACORDA de fortalecer a atenção aos usuários de crack, movimento que também apontou que acontecia no Programa de Redução de Danos. O primeiro trabalho de prevenção foi realizado no Chico Mendes, depois no Morro do Mocotó – *"na época nem no centro da cidade tinha"*. Ainda na linha do trabalho que era feito com os usuários de drogas injetáveis, tentou-se a distribuição de cachimbos aos usuários, *"que não pegou muito bem, porque era flagrante"*, ou seja, expunha-os para a polícia, preferindo, portanto, *"fumar na lata"*, que podia ser descartada em qualquer lugar, como apontou, por sua vez, Antunes.

Segundo Antunes, outras questões de saúde foram colocadas com o uso do crack, como o aumento dos casos de transmissão de hepatite C, através também do compartilhamento de insumos e das fissuras labiais que o uso do crack provocava – para este problema, a solução encontrada foi o uso do protetor labial, distribuído, após conseguirem convencer a gestão municipal. Conforme Itokazu, tentou-se adaptar as ferramentas dos usuários de drogas injetáveis, mas não considerou que chegaram em uma estratégia eficaz, ainda que a atenção realizada através dos *"vínculos nas casas, com os usuários e grupos"* permaneceu como o *modus operandi* da redução de danos.

Em relação à criação de vínculos com os usuários, Cardoso frisou que adotavam como estratégia a *"persistência até [a equipe] se tornar familiar"*, mas reitera que *"era bem difícil"*, pois os usuários de crack *"fogem, eles não querem falar"*, isolavam-se mais, ficavam *"muito mais tempo 'zoados'"* e eram *"violentos"*. Relatou que com os usuários de drogas injetáveis,

a não ser aquele horário que eles estavam em uso, ele sentava com você, conversava, tu tinha um diálogo. Agora [com o] usuário de crack você não tinha isso [...] Os usuários de drogas injetáveis tinham os mocós [nos quais] a gente, ali, tinha como fazer palestra. E nós trabalhávamos com plantão na época, pela ACORDA [...] Eles ligavam para a gente de madrugada, para terem os kits [...] [Em relação ao crack] você tem trabalho de abordagem quando eles estão fora do uso, mas no uso, ali, tu não tem.

Na perspectiva de alguns dos participantes da pesquisa, o uso do crack faria com que parte dos usuários perdessem os limites, envolvendo-se em situações de violência e criminalidade, como roubos. A substância as tornaria mais violentas. Tudo isto traria mais violência, direta e indiretamente, para as comunidades, que *“tornam-se mais violentas pela própria droga, pela própria polícia”*, tornando-as mais difíceis de serem acessadas pelas equipes de redução de danos. Assim, o desafio de se trabalhar com o usuário de crack, *“de acessar essas comunidades”* é apontado como uma das maiores dificuldades encontradas pelas políticas de redução de danos, inclusive, para a sua manutenção ao longo do tempo nos municípios. Em Florianópolis, o início do uso do crack na cidade coincidiu, segundo os relatos, com o aumento dos conflitos entre os grupos envolvidos com o *“tráfico de drogas”*, com um número significativo de pessoas assassinadas, o que teria dificultado ainda mais o trabalho, o que impactou na quantidade de campos realizados pelas equipes: *“para tu ver, da época que a gente começou com os projetos até a época que a gente fechou: nós fazíamos umas quinze, vinte comunidades [e] quando fechamos, estávamos fazendo umas sete, seis”*. Os campos à noite ficaram prejudicados pelo medo da violência.

Tal cenário parece que não se alterou na perspectiva de parte dos participantes da pesquisa, que relataram que, se antes faziam os campos da redução, alguns destes, hoje, jamais fariam novamente:

hoje é perigoso e arriscado. E agora [é] pior ainda, porque os usuários [que] tu vê no centro da cidade [...] não são moradores de rua. A população [que está] na rua são pessoas que tem casa, mas que por conta da droga, estão morando na rua [...] O melhor exemplo é o centro da cidade [...] Então, assim, o crack passa dar [...] um outro perfil de trabalho, um outro perfil de abordagem. E aí fica muito mais difícil você sair, entendeu. Essa mudança de comportamento, essa mudança cultural do uso da droga, as consequências que o crack trazia, fez assim dificultar o trabalho e, com isso, as políticas foram se acabando (Cardoso).

A diminuição das verbas internacionais também apareceu como um dos motivos para o declínio das políticas de redução de danos e *“o próprio governo também diminuiu os trabalhos”*. Foi mencionado também um período de brigas entre as entidades, *“entre os egos das entidades”* em Florianópolis, um período delicado para as organizações

não-governamentais, algumas, inclusive, teriam se envolvido com desvios de recursos, ou ainda, estes teriam sido mau administrados.

Mas, dentro da prática mesmo, da lógica mesmo, [o que dificultou a continuidade da política de redução de danos] é essa mudança cultural, foi o grande *boom* do crack. [...] Tinha que ser um outro tipo de abordagem, né? Você não consegue trabalhar. Mesmo eu não trabalharia porque é muito arriscado. Mesmo quando [você] faz assim, trabalho paliativo, preventivo [...] Acho que é você estar lá na hora certa, no momento certo, para aquelas pessoas que pediram socorro, e você ter como encaminhar para tratamento. É único meio de cura do crack. O crack não é como o usuário de droga injetável, que você substitui com uma outra droga, ou você a reduz. O crack não tem como reduzir: você tem que parar (Cardoso).

Para Cardoso, a chegada do crack nas cenas de uso representou não só um ponto de inflexão para as políticas de redução de danos, como para ela própria, quando decidiu sair da política de redução de danos, pois havia chegado ao seu limite “*olha, nós tínhamos um colega nosso [que] nos roubou duas vezes. Aí você percebe que para a droga não tem [limite], aí você perde a fé. Perde qualquer coisa*”.

Interessante notar que algumas das substâncias psicoativas citadas na pesquisa da ACORDA pelos usuários de crack, como o loló, a cola-de-sapateiro e o ácido, não apareceram nas falas dos participantes da pesquisa como foco da política de redução, mesmo que nas capacitações e oficinas fossem abordadas “*outras drogas*”. Sobre as drogas sintéticas, segundo Itokazu “*a gente só pensou*”, não tendo desenvolvido uma estratégia específica para seus usuários, o que apontou como um dos limites da política no município. Isto provavelmente se deve ao próprio objetivo inicial da política de redução de danos, que era diminuir a transmissão do vírus HIV e outros “*agravos*” como as hepatites entre os usuários de drogas injetáveis, o que foi se ampliando com o passar do tempo e novos desafios foram se apresentando. E, neste sentido, sua implantação, como em outros lugares do país, a partir dos programas de Aids contribuiu para este foco, em termos das próprias características institucionais, como veremos mais adiante.

O aparecimento dos usuários de crack não significou o desaparecimento, pelo menos durante algum tempo, dos usuários de drogas injetáveis, apesar de sua diminuição, que continuaram a ser

atendidos (em alguns mocós e nas próprias casas), embora parece que contribuiu para a sua invisibilidade, pensando de modo mais geral, já que em algumas das falas, “*se eles não morreram, migraram para o crack*”. Nesta linha de reflexão, Vidor indagou: “*Será que a gente não tem mais ou a gente não tem mais quem olhe que isso está acontecendo?*” o que se relaciona com a questão de exercitar um olhar mais atento para as pessoas e os espaços, já mencionada por Antunes anteriormente, quando comentou sobre as capacitações nas unidades de saúde. Neste sentido, Sell, J. relatou, sobre o início da implantação do programa, que nos espaços de uso haviam pistas que os identificavam como seringas, latas de refrigerantes queimadas, água de esgoto, água parada, e que tais espaços podiam ser cantos da cidade e casas abandonadas, alguns descobertos, como salientou Itokazu, no próprio percurso dos agentes redutores pela cidade.

3.13 A AMPLIAÇÃO DO REDUÇÃO DE DANOS DIANTE DA PERDA DA CENTRALIDADE “EPIDEMIOLÓGICA” DO USUÁRIO DE DROGAS INJETÁVEIS E OS NOVOS DESAFIOS

Vidor é médica de família e ingressou na rede municipal de saúde através de concurso público no ano de 2004, quando trabalhou em uma unidade de saúde, em cuja área a equipe de redução de danos desenvolvia atividades, que eram na época relatou desconhecidas por ela e pela equipe. É a partir do final do ano de 2006 que conhece a redução de danos, quando assumiu pela primeira vez a coordenação da Divisão de Agravos Transmissíveis da Vigilância Epidemiológica, ao qual o Programa Municipal de DST/Aids era vinculado, “*enquanto Programa, verticalizado mesmo, tal qual era os moldes do Ministério da Saúde*”. Segundo ela, a equipe de redução de danos era “*bem estruturada*”, com suas próprias lideranças e uma coordenação específica dentro da equipe, que trocava “*para se descansar um pouquinho e para expor o outro colega às vezes aos desafios*” - “*a gente sempre trabalhou de forma muito horizontalizada*”. A coordenação era ocupada “*geralmente por algum desses outros profissionais de saúde. Que eu acho que era a maior concentração de psicólogos que tinha na Secretaria Municipal de Saúde*”. Antunes citou Maurício e Sérgio como outros coordenadores que passaram pelo programa.

“Antes de ter SUS tinha o Programa de Aids. E o Programa de AIDS sempre trabalhou meio à parte do resto do SUS. Enfim, eu acho que reflete um pouquinho de como as coisas eram no nível macro”. O Programa de Aids, que iniciou na década de 1990, com a criação do Ambulatório de Aids, era para ela o forte da Vigilância Epidemiológica, que

acaba imbricando muito mais com promoção e assistência do que propriamente com a Vigilância – o que é o histórico também de vários outros lugares, porque foi assim que o Ministério da Saúde se estruturou (Vidor).

O que apontou como uma dubiedade do papel da vigilância, que seria mais de monitoramento.

Na época que ingressou, relatou, que o perfil da epidemia da Aids já era diferente, bem como o do trabalho de redução de danos, que estava em transformação também em decorrência da mudança do panorama do uso de substâncias psicoativas com a diminuição do uso de *“drogas injetáveis”*. Nesse sentido, ela salientou que o foco até então da redução de danos era proteger contra a contaminação pelo vírus da Aids por meio do compartilhamento de seringas e cita a entrega dos kits pelos agentes redutores, *“que funcionava superbem”*, mas que se mostrava insuficiente, pois outros comportamentos estavam fazendo parte dessa vulnerabilidade.

O crack veio com uma força enorme, então começaram a discutir, ver a experiência de outros municípios – se iam incorporar o cachimbo, não iam incorporar cachimbo, para evitar que as pessoas usassem a latinha, que é o que provocava fissura labial e podia transmitir hepatite e várias outras coisas e tal, e aí começaram com a história do protetor labial [...] e aí começaram a trabalhar vulnerabilidade dessas pessoas. E acho que assim, isso era um movimento natural, que já estava acontecendo, e provavelmente a formação mais generalista acabou funcionando como um catalisador desse processo. Assim para mim é muito difícil quando na verdade a gente está falando do mesmo paciente. O mesmo cara que está lá na rua exposto ao HIV é o que está exposto à hepatite, é o que está exposto à tuberculose, é o que está exposto a todos os outros problemas da dependência química, enfim, todas as vulnerabilidades sociais lá! Então a gente

começou a trabalhar com essa outra lógica – de trabalhar vulnerabilidade e redução de danos como uma abordagem geral e não redução de danos pra o HIV. E bom, eu não inventei isso, a equipe já estava trabalhando com isso.

Vidor, quando trabalhava na unidade de saúde, relatou que atendia “*pacientes*” que eram usuários de “*drogas injetáveis*”, mas que eram poucos, com maior poder aquisitivo e geralmente mais velhos, com mais de trinta e cinco anos, com uma história prévia de uso e, pelo menos aparentemente, com mais conhecimento dos riscos envolvidos no uso e, assim, “*diziam que não compartilhavam, já tinham os seus kitezinhos*”. Ao mesmo tempo, quando indagados sobre a questão do compartilhamento de seringas, relatou que os usuários

contam mesmo depois que a gente consegue estabelecer aquele nível de confiança: “ah, na primeira vez [...] ninguém compartilha, cada um usa o seu. Agora, quando tu já tá na segunda, terceira aplicação, já ninguém mais sabe o que está acontecendo. Ninguém é de ninguém. Aí eu não posso ter certeza do que eu fiz”.

Ao ingressar na Vigilância Epidemiológica, no final de 2006, e acompanhar o trabalho da redução de danos, relatou que a equipe ainda atendia nas ruas estes usuários, ainda recolhia as seringas dos mocós e entregava os kits, “*muito menos do que eles contavam que acontecia outrora*”. A maioria dos usuários de psicoativos atendida por ela, nas unidades de saúde, era mais jovem e pobre, “*mais vulneráveis para tudo*”, e usuária de crack, “*que assim para arrasar mesmo, porque é a cocaína, muito mais rápida, muito mais barata [...] produto de fácil aceitação no mercado [...] e isso foi avassalador para algumas comunidades*”. Ressaltou que há “*bolsões bem importantes de vulnerabilidade*” em Florianópolis, com perfis socioeconômicos “*bem abaixo da média*” que precisariam, na sua perspectiva, serem mais visibilizados, como as comunidades onde trabalhou, nos bairros Monte Cristo e Vila Aparecida.

Indaguei sobre a diferença entre risco e vulnerabilidade, conceitos bem difundidos na saúde, que, segundo ela, não são unívocos. Define o primeiro termo como relativo a fatores mais concretos e específicos: “*as pessoas que estão mais em risco de tuberculose por conta de tais exposições*”. E a vulnerabilidade como uma

situação geral. A pessoa pertence a grupos que são mais suscetíveis, de uma maneira geral, a ter eventos desfavoráveis [...] Por exemplo [...]

mulher, pobre, negra: é um grupo vulnerável para um monte de desfecho desfavorável. Não é assim “ah, tá em risco de tal coisa” - não, ela está vulnerável mesmo, porque qualquer encrenca que acontecer com a população, nessa população vai acontecer pior.

A partir da perspectiva que se colocava pelo cotidiano de trabalhar a *vulnerabilidade em conjunto*, e como a Vigilância Epidemiológica trabalhava com os “*agravos transmissíveis e com estatísticas vitais*”, conforme Vidor, a tuberculose como um agravo transmissível também se tornou um foco de atenção da equipe de redução de danos. Como destacou Antunes, o próprio redutor de danos realizava o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) para a tuberculose: *semanalmente, “deixava o pacote, fazia adesão com o centro de saúde”*. Era muito comum o abandono do tratamento pelos usuários de drogas, assinalou, o que reduziu a partir do trabalho dos agentes redutores, cuja facilidade de acesso àqueles teria impulsionado este tipo de atividade. Em campo, perguntava-se para a pessoa atendida se tossiria há mais de três semanas e, em caso afirmativo, iniciava-se a investigação com a coleta do escarro no próprio campo, que era enviado ao laboratório para o diagnóstico e identificação dos bacilos e o tratamento era iniciado.

A incorporação do cuidado com a questão da tuberculose pela equipe municipal de redução de danos aconteceu, conforme Vidor, no contexto mais amplo em que estava sendo “*assumida*” pela rede municipal, através de algumas unidades de saúde como referência e, depois, sendo gradativamente incorporada pelas outras, assim, quando entrou em 2006, “*isso era bem verde*”. Pois até então, ela frisou, a retaguarda era da Secretaria de Estado da Saúde e Florianópolis precisava se adequar, o que não teria acontecido sem conflitos e tensões, tanto entre as esferas estadual e municipal, como no cotidiano dos profissionais de saúde, com resistências à ideia de se atender *mais uma* demanda.

Para ela, devido à fragmentação e à verticalização das ações ligadas às infecções sexualmente transmissíveis no Programa de Aids, bem como da tuberculose – e provavelmente outros *agravos* – pelo ambulatório do estado, a “*maioria da rede não trabalhava muito com isso [doenças infectocontagiosas] – só pedia exame. Era o máximo de centralização que a gente tinha conseguido chegar em Florianópolis naquela época*”, o que contribuía na sua perspectiva para a falta de conhecimento das ações da equipe de redução de danos. O Programa de

Saúde da Família já existia, mas, para ela, na época, “*ainda muito no papel*”, com um processo de territorialização muito incipiente, que existia em algumas unidades de saúde de forma isolada, mas que não era a regra. É a partir de 2004, e de modo mais acelerado em 2005, que teria começado de modo mais intenso o movimento de construção da rede, com os processos de “*capilarização da Atenção Primária*”, de descentralização, territorialização e ampliação da rede municipal de saúde – ela mesma se inseriu na rede a partir desse movimento com a realização de concurso público para médicos de família.

Outro aspecto que incidiria sobre a falta de comunicação entre os serviços é o tipo de vínculo empregatício, uma vez que a maioria dos trabalhadores do Programa de Aids, incluindo os da redução de danos, eram contratados pela Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV) e segundo ela “*só*” trabalhavam com a Aids e não conheciam a rede e/ou tinham pouco conhecimento prático sobre a estratégia de saúde da família. Ela apresentou assim um ponto de vista que de certa forma era dissonante de alguns dos participantes de pesquisa, referente às relações entre os serviços e a constituição da rede, que parecia funcionar, com, inclusive, o investimento feito nas capacitações e oficinas, apesar das dificuldades apontadas como, por exemplo, o preconceito com os usuários de psicoativos. É importante considerar aqui, seguindo o movimento inclusive dos participantes da pesquisa nesta rede, a saída e o ingresso de novos trabalhadores, que significariam novos investimentos na difusão do conhecimento e das práticas, já que, inclusive, a maioria – senão todos – dos participantes da pesquisa conheceram a redução de danos, quando começaram a trabalhar diretamente com a política. O que faz refletir no alcance dessa política na época, ou ainda, na sua visibilidade, talvez, em um panorama mais geral, invisível também como os primeiros usuários de psicoativos atendidos.

Assim como eu não conhecia redução de danos, eles não conheciam o trabalho da Estratégia [...] E aí a gente começou a fazer essa aproximação. Porque, para mim, isso aqui era familiar, para eles, isso aqui era familiar, junta tudo – vamos começar a trabalhar. Porque “tem a equipe lá que faz isso gente. Vamos conversar com o coordenador da unidade de saúde onde eu trabalhava”. Enfim, então alguns desses movimentos daí começaram a ser feitos e até, às vezes, o pessoal que coordena o Distrito pedia para o pessoal, avisava “ah, fulano sumiu – vê se

o pessoal da redução de danos consegue achar”. Porque daí o pessoal começou a enxergar um pouquinho mais. Mas assim dentro do que precisava acontecer, até porque a equipe era pequena [...] essas interlocuções, essas conexões eram bem verdes, mas estavam acontecendo já.

Desse modo, a Vigilância Epidemiológica, que “*só assumiu as ações plenas [...] dentro do território a partir de 2007*”, também foi reestruturada “*e começamos a trabalhar com a lógica de rede*”, o que ela contou que também influenciou o trabalho da redução de danos. No caso da tuberculose, por exemplo, como já apontara Antunes, o trabalho consistia na “*prevenção*”, que envolvia a colaboração na identificação do diagnóstico, a coleta em campo do escarro, a inserção do usuário na rede de atenção para tratamento e em sua *busca ativa* pela cidade no caso de *abandono* quando a equipe da unidade de saúde não mais o encontrava, o que era comum principalmente no caso da “*população em situação de rua*” – crescente desde então, observa – de quem os agentes redutores se constituíam, como visto, os *agentes de saúde*.

A gente brincava: era o agente comunitário de saúde da população de rua. Porque o agente comunitário de saúde trabalha com quem mora na área, e como eles não moravam em área nenhuma, acabavam ficando meio excluídos do sistema. Então, o agente redutor de danos acabou preenchendo essa lacuna (Vidor).

Para ela, algumas pessoas estão na rua porque escolheram viver um outro estilo de vida, mas outras, se pudessem escolher, viveriam diferente. E trabalhar o que coloca as pessoas em vulnerabilidade seria a chave para o cuidado, senão seria uma redução de danos “*inócua*”. O acompanhamento dessa *população* se constituía em um projeto comum em torno do qual a equipe de redução de danos se articulava com a equipe da abordagem de rua, o que aproximava a saúde da assistência social. Citou que a equipe da abordagem de rua fazia a “*reinscrição para o município de origem porque muita gente vinha de fora, como acontece até hoje*”. Ela avaliou que a saúde se afastou da assistência social e uma das razões que apontou – “*não só isso, obviamente, porque a situação é bem complexa*” – seria a falta nos dias de hoje de projetos práticos realizados conjuntamente, o que se tornaria um dos fatores de tensionamento e ressentimento que identificou nessa relação, bem como as expectativas de resolução que ambas as esferas nutririam entre si, que gerariam frustração de ambos os lados.

Relatou que participaram de um estudo multicêntrico sobre as hepatites virais nas capitais e, como na época fazia doutorado e ela era “*da clínica*” e da epidemiologia, acabou sendo indicada para tocar o projeto e envolveu a equipe de redução de danos, cuja participação foi remunerada e com quem ia para a rua. Quando acompanhava a equipe na rua, ela frisou que não fazia o trabalho de redução de danos junto com a equipe, nem ia aos “*mocós*”, mas suas idas consistiam em “*entender em que contexto as coisas estavam acontecendo*”, “*conhecer o território*” e apoiar a equipe, inclusive na “*interlocução*” com os outros “*parceiros*”. Ela salientou que o coordenador específico da equipe ia muito mais, mas não se recorda de nenhuma vez em que foi preciso intervir em campo.

3.14 A REDUÇÃO DE DANOS NA SAÚDE MENTAL E O DESAFIO DA FORMALIZAÇÃO DOS AGENTES REDUTORES

Nos últimos anos da década de 2000³⁷, a política de redução de danos sofreu algumas alterações institucionais, ao sair da Vigilância Epidemiológica e ser incorporada na área da saúde mental, mais especificamente, no CAPS AD, hoje Continente, o único na época. Esta proposta, Vidor relatou, foi mais um experimento, por ser *lógico*, de incluir a redução de danos em um serviço mais diretamente voltado para o atendimento à saúde das pessoas ao invés da Vigilância, do que uma obviedade de que deveria estar lá mesmo, e partira da relação estabelecida entre as duas equipes, da experiência dos redutores em campo e da percepção decorrente de que parte da população atendida – enquadrada em sua fala como *população de rua* – estaria na rua por “*problemas de saúde mental*”, e, mesmo que não, “*dentro dessa questão da interlocução e de trabalhar com os riscos aos quais as pessoas estavam expostas*” e sair da “*lógica da Aids*”, pois

se o cara está dependente químico, jura que ele vai usar camisinha ou que ele vai preocupar com alguma outra coisa, ele vai pegar mesmo. Ou se ele tem algum outro problema de saúde mental que acabe afetando a capacidade dele de tomar decisões e é bem frequente isso [...] não adianta eu querer trabalhar prevenção de DST, de HIV e tal, se o problema subjacente dele é o mais

³⁷ Em 2008, segundo ela. E em 2007, segundo a de tese Maliska (2012).

importante [...] Inclusive para a gente tentar reinserção, porque muitos deles querem uma, precisam de uma reinserção. Em algum momento tem-se que ter o direito de ter essa opção, tem que ter os recursos disponíveis para poder fazer essa opção virar realidade [...] Então que recursos a gente tem para conseguir ajudar ele? E aí o CAPS pareceu ser uma boa opção e acho que ainda o é.

Apontou que as vulnerabilidades ligadas ao HIV e à saúde mental muitas vezes andam juntas e são questões complexas que não cabem num “*serviço de especialidades*”, mas são de responsabilidade de toda a rede de saúde. “*Então foi uma forma da gente estar qualificando assim os serviços*”, com, por exemplo, a aplicação do teste rápido de HIV no CAPS AD, com a fusão das equipes.

Então junta as duas coisas lá que daí o pessoal vai ampliar o olhar, porque vai ter o olhar da pessoa que está acostumada a lidar com os problemas, os desafios da saúde mental e eles vão estar conversando com o pessoal que está superacostumado a lidar com os outros problemas de vulnerabilidade dessa população [...] as pessoas conversando, convivendo ali no dia a dia, vai ampliar a visão dos dois pontos [...] eu acho que isso ia acontecer mesmo – só que precisava de mais tempo para acontecer. Então essa não é uma questão da lógica, é uma questão do momento.

O movimento de incorporação da redução de danos para a saúde mental não aconteceu só em Florianópolis, mas em outros municípios do estado, num processo, como pontuou Gomes, em que os usuários de psicoativos passaram ser cada vez mais de responsabilidade desse âmbito da saúde, acompanhando as mudanças programáticas a nível federal. Se a política de redução de danos, quando era vinculada ao Programa de Aids era mais focada

no portador de HIV, usuário de drogas, injetáveis principalmente. Claro que do crack, a Aids já ia atrás, por causa do HIV e da hepatite. Mas na saúde mental [a frente de cuidados] já é ampla. [A gama de] usuários de droga é enorme: álcool, outras drogas, que na Aids não tinha quase [...] Na Aids só [se] focou naquilo que transmitia a doença – a doença não, o vírus, o HIV.

Este movimento, avaliou Vidor, “*precisava de mais tempo para acontecer*”, pois concomitantemente a estas transformações na política

de redução de danos do município, ela narrou que houve um Termo de Ajuste de Conduta entre a Prefeitura Municipal e o Ministério Público, que exigia a mudança na forma de contratação dos trabalhadores até então feita através do convênio firmado com a AFLOV, ainda prorrogado por mais um tempo até seu término em 2012, como citado por vários dos participantes da pesquisa, pois, quando volta para a vigilância em 2013, já não mais existia. Neste processo, conseguiram mudar o estatuto dos agentes de endemia e dos agentes comunitários de saúde para empregados públicos, o que não aconteceu com os agentes redutores, que não conseguiram ser enquadrados

porque tinha algumas especificidades e a gente chegou a elaborar um documento que podia ajudar na questão do processo seletivo e tudo mais para procurar deixar isso amarrado e o processo mais amadurecido, porque da mesma forma que para o agente comunitário de saúde, por exemplo, tem pré-requisitos [...] para os agentes redutores também. Tem que ter um perfil específico, senão ele não vai funcionar. E isso era uma coisa que se tinha um cuidado muito grande na seleção do perfil das pessoas que trabalhavam nessa equipe. E era um pouquinho difícil [...] respeitar toda essa especificidade dentro da amarra dum serviço público, que tem que fazer um processo seletivo público [...] Mas se trabalhou tentando especificar e objetivar esses pré-requisitos e tal para facilitar um processo seletivo e conseguir acabar com a transição [...] Era pra ter passado todo mundo pra Prefeitura [...] Não conseguiram fazer esse processo de transição [...] A coisa acho que meio que se perdeu, saiu da vitrine e aí, no meio de outros problemas, esse problema acabou sendo esquecido, o problema burocrático da transição.

Acerca do debate em torno da profissionalização do agente redutor de danos, quando comentei se esta engessaria ou não a contratação de pessoas, como as que foram empregadas na história da política de redução de danos, por serem usuárias de psicoativos, mas que não teriam necessariamente a formação exigida tradicionalmente nos editais, ela respondeu que a formação não deveria entrar como exigência no critério de seleção, pois para ser agente redutor de danos, não é necessário ser profissional de saúde - *“isso já tem no Consultório na Rua”*. Ela contou que havia essa discussão na época para montar os critérios de seleção dos agentes, na tentativa de se conseguir alguma

flexibilidade possível – “*se o caminho é ser empregado público, então o.k. Mas empregado público é uma CLT, então dá para botar, dá para demitir, então, assim, não é uma coisa tão engessada*”. Porém, este debate, segundo ela, acabou se perdendo com a mudança de gestão do município – quando sai o prefeito Dário Berger pelo PMDB e entra César Sousa Júnior, pelo PSD.

Olhando retrospectivamente, como mesmo ressaltou, ela avaliou que a transferência para o CAPS AD não foi feita no momento certo, pois ao mesmo tempo que havia a questão do final do convênio com a AFLOV, houve a troca em termos do vínculo com um novo serviço e, nesse sentido, vê o fim da equipe de redução de danos não como um objetivo traçado, mas como uma perda de foco – “*eu acho que a coisa acabou caindo num limbo*”. Relatou que a dificuldade a ser vencida do enquadramento do agente redutor como empregado público, precisava de um emponderamento e um conhecimento muito grande do trabalho para conseguir fazer a defesa, o *advocacy* do projeto assim. E eu acho que a outra equipe ainda não tinha isso, porque eles não tinham toda a experiência que a gente tinha (Vidor).

“*A gente*” ela se referiu à equipe da Vigilância que coordenava a política. Aparentemente, ela disse, na época a equipe de redução de danos e a do CAPS AD estavam bem integradas, mas que talvez tal proposta de transição entre os serviços deveria “*ter passado por um processo de amadurecimento*”. Pois, partiu-se do pressuposto que a equipe do CAPS AD entendia o trabalho de redução de danos e *brigaria* pelo projeto, o que avaliou como um erro. Para ela, a equipe de redução no CAPS AD “*não foi tão aproveitada quanto ela poderia ter sido se se entendesse esse instrumento*”. Ela narrou que ouviu relatos de alguns agentes que se sentiam subutilizados, uma opinião, frisou, que não era unânime.

3.15 O CONSULTÓRIO DE RUA SUBSTITUIU A REDUÇÃO DE DANOS EM FLORIANÓPOLIS?

Na época de nossa entrevista, Vidor relatou que os agentes redutores “*não fazem mais parte da estratégia*”, já que não se criou nenhum mecanismo legal para sua manutenção na rede municipal de saúde, após o término do convênio com a AFLOV. Nesse meio tempo,

surge o Consultório de Rua, o serviço que para ela deveria vincular os agentes redutores, que “*seriam os agentes comunitários do pessoal da rua mesmo*”, cujo trabalho ela mencionou chegou a ser premiado pelo Conselho Municipal de Saúde da cidade

por esse projeto especificamente de não estar trabalhando só o HIV, e estar trabalhando realmente a vulnerabilidade dessa população, que não consegue ser acolhida por diversos motivos, não se sente acolhida pela nossa estrutura oficial de Sistema de Saúde. E a gente acabou perdendo isso. E hoje a nossa população de rua é muito maior do que a que era, quando a gente tinha agentes na rua. Então, hoje, a gente precisa muito mais do trabalho deles do que a gente precisava na época que a gente os tinha, e que eles já eram superimportantes. Então o problema só piorou e a nossa possibilidade de solução desapareceu! Quer dizer, de solução é um pouquinho super-heróico o negócio, né? Mas assim, uma das estratégias que a gente poderia ter pra ajudar a lidar com o problema, a gente acabou abrindo mão.

O Consultório de Rua de Florianópolis se constituiu no dispositivo que substituiu a política de redução de danos de até então, alinhando-se aos novos desdobramentos das políticas de saúde a nível federal para os usuários de psicoativos e, principalmente, para *as pessoas em situação de rua*, foco da política. Conforme Deivid de Abreu, em sua dissertação, que acompanhou o primeiro ano de implementação, de outubro de 2011 a outubro de 2012, o projeto contava com

2 equipes, uma de cada CAPS Ad da cidade, sendo uma delas vinculada ao CAPS Ad Ilha e formada por 01 Assistente Social, 01 Enfermeira, 02 Agentes Redutores de Danos, enquanto a outra, vinculada ao CAPS Ad Continente, era composta por 01 Assistente Social, 02 Agentes Redutores de Danos e 01 técnica de Enfermagem [...] houve em alguns momentos a participação de outros profissionais como psicólogos e médicos das equipes do CAPS Ad [...] atuava dois dias por semana, terças e quintas-feiras no período vespertino, sendo cada CAPS responsável por um desses dias. O transporte era realizado com o carro da Secretaria Municipal de Saúde até o centro da cidade, enquanto o trajeto pelo centro

era feito a pé, e as abordagens e atendimentos às pessoas em situação de rua realizavam-se neste caminho (2013, 117).

As atividades das equipes não diferiam muito pelo que parece das experiências anteriores da redução de danos, cujo *modus operandi* basicamente se manteve, até porque, segundo os relatos, eram a princípio os mesmos agentes. Sobre estas, Deivid de Abreu relata que se concentraram na distribuição de materiais educativos, insumos, kit hidratação e atendimentos individuais (orientações e escutas). Para os sujeitos entrevistados, as principais ações foram o encaminhamento para rede de saúde, vacinação contra doenças, escuta e acolhimento, e sensibilização para cuidados com a saúde e higiene pessoal (2013, 147-148).

O autor pontuou que a presença dos agentes redutores de danos nas equipes era considerada como o grande potencial deste dispositivo, relativo *“a facilidade de alguns profissionais se aproximarem das pessoas e suas realidades e oferecer escuta, acolhimento e orientações gerais”* (2013, 149). Outra *“potencialidade”* foi *“a contribuição [...] no acesso à rede de saúde [...] principalmente [por] aqueles que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas”* (2013, 149), o que demonstra a persistência da dificuldade cotidiana desse *acesso*, na época de sua pesquisa. Sobre os *“limites”*, salientou *“a pequena equipe e [a] carga horária reduzida [...] A falta de capacitação de alguns profissionais para o trabalho com tal público, a rede de assistência fragilizada e carro não adaptado para as atividades”* (2013, 149), também mostrando a certa persistência de algumas dificuldades, também relacionadas com o suporte dado às equipes e, por conseguinte, à consecução da política. E concluiu que a

análise aponta, para a necessidade de fortalecimento deste trabalho, ao considerar que o mesmo ainda está concretizando seus primeiros passos diante de uma questão bastante complexa. Isto exige por parte dos gestores, um forte investimento, capaz de ampliar e qualificar suas ações diante de outras frentes de trabalho já existentes no âmbito do SUS, contribuindo no reconhecido desta ação por parte de sua clientela (2013, 147).

Este período coberto por Deivid de Abreu, é importante destacar, como já dito, é anterior ao final do convênio da AFLOV, que

impossibilitou a manutenção dos agentes redutores na rede. Para Vidor, a dificuldade que avaliou na defesa do projeto também atribuiu aos anos de verticalização do Programa de DST/Aids, que dificultaria o entendimento do impacto dessas mudanças e *“do que era isso na prática”*. *“Acho que é importante deixar isso registrado, essa parte eu tô fazendo uma leitura retrospectiva de impressão”*, pois na época havia retornado ao trabalho na unidade de saúde.

Para ela, o trabalho da vigilância epidemiológica *“é atuar em qualquer coisa que possa reduzir o risco da população”*, o que inclui fomentar a discussão da redução de danos novamente na rede, o que tem tentado fazer, o que demandaria que *“alguém faça o advocacy da história e só o pessoal daqui tem o histórico suficiente para lidar com isso, para conseguir fazer isso (...) Porque isso é uma das coisas que no nosso entendimento diminui o risco da população”*. Trazer esta história à tona ela considerou importante, pois inclusive muitos dos trabalhadores da rede, incluindo da gestão, são recentes e desconheciam essa experiência, assim como quando ingressou na rede. Isso poderia inclusive, refletiu, ser uma estratégia que beneficiaria o próprio Consultório na Rua *“para a gente engrossar e aumentar a capacidade de atuação deles”*. Sobre a importância de se trazer esta história à tona, Sell, J. disse-me que achou interessante eu lhe perguntar sobre o assunto, pois viu gente ir para o exterior fazer pós-graduação sobre redução de danos e que *“nunca veio perguntar quem começou aqui”*, apontando para a invisibilidade não só das políticas, onde elas acontecem, como dos próprios trabalhadores que a implementam no seu cotidiano.

Vidor relatou que já iniciou conversas nesse sentido com algumas pessoas da atenção primária e, inclusive, com alguns representantes do movimento da população de rua em uma reunião recente ao nosso encontro, o que para ela era de grande valia, pois *“a gente tem uma impressão de uma coisa e quando a gente vai perguntar para quem acha que vai se beneficiar e é completamente diferente”*. Nesta reunião e por meio de relatos de colegas, contou que as pessoas trouxeram a redução de danos como uma política importante, reclamaram da ausência de políticas de acompanhamento e cuidado da saúde para esta população especificamente.

Então eu espero que a gente consiga trazer esse assunto para a pauta de novo. Que não seja essa proposta desse jeito, mas que o problema vá para a pauta e se construa uma

proposta, porque eu acho que a gente tem uma lacuna muito grande que precisa ser preenchida. Não dá para a gente não fingir que essa população mais vulnerável é que a gente não está conseguindo trabalhar. Porque a gente não vai conseguir trabalhar com ela com a abordagem tradicional. E a gente precisa admitir isso, precisa ter proposta para isso [...] nós vamos tentar botar isso na agenda política.

Quando disse “abordagem tradicional”, referiu-se à lógica da “*atenção primária*”, de esperar as pessoas chegarem aos serviços, mesmo que façam o “*atendimento domiciliar*”. Nas comunidades onde trabalhou, nas famílias com pessoas usuárias de psicoativos, contou que era comum a dinâmica destas pessoas de saírem de casa por um tempo e retornar. Nesses casos, muitas vezes a família procurava a equipe de saúde pedindo ajuda e era atendida, mas como atender o usuário se este “sumiu” e não tem nenhuma equipe de redução na rua que possa encontrá-lo?

Porque eles conhecem todo mundo que está na rua. Então acabava ajudando a fazer essa interlocução, inclusive, com os serviços. Porque a gente, só com as pernas que a gente tem com a Atenção Primária [...] Eu sou formada para Atenção Primária, defensora disso enquanto estratégia de organização do sistema de saúde – eu sou convicta disso. Mas a gente tem toda essa outra parte, que a gente não consegue abordar com os instrumentos que a gente tem. A gente precisa complementar com o resto da rede. E eu acho que o Consultório na Rua e a redução de danos fazem parte dessa rede, porque tem gente que não mora em área nenhuma e aí quebra as pernas da nossa lógica organizacional.

3.16 OS DESAFIOS SE AMPLIAM: O SUS SOB AMEAÇA

Sobre o momento atual de congelamento dos gastos com a saúde, Vidor enfatizou que, se não houver uma militância muito grande, o SUS “*vai por água baixo*”. Ela pontuou que quem gerencia o SUS não

o usa e que seria comum ver o SUS como um plano de saúde para quem não pode pagar, o que para ela, vem desde a Constituição, com a coexistência não complementar, mas concorrente, dos sistemas público e privado, sendo o primeiro subfinanciado e o segundo subsidiado pelo primeiro.

Para ela, saúde é um direito e não um produto e não vê como a iniciativa privada conseguiria abarcar os problemas de saúde da população. Nesse sentido, valorizou a militância no SUS como fundamental. Militância aqui de serviço público, ressaltou, e não partidária, “*de responsabilidade pública sobre as pessoas*”, até, inclusive, para o fomento de uma política de redução de danos no município. Defender a saúde como direito é prerrogativa e a partir disso

a gente tem que trabalhar as coisas que vão trazer saúde pra população. E trabalhar necessidade, que é diferente de trabalhar demanda – e isso é tão difícil das pessoas entenderem [...] Por exemplo, trabalhar a população de rua não é uma demanda – é às vezes quando um grupo ou outro se organiza lá [...] Mas isso não chega na unidade de saúde, então não é demanda. Se eu vou pegar o que é demanda que está aparecendo hoje no sistema, nos centros de saúde, são problemas de saúde que são menos importantes. Eu posso ter demanda de um monte de puericultura de baixo risco, por exemplo [...] e a gente fica criando necessidades nas pessoas que elas não tem. Por outro lado, essa população que é mais vulnerável, que realmente está precisando e que às vezes prejudica a saúde de todo o contexto, porque essas coisas afetam a saúde das outras pessoas, a gente tem que se dar conta de que essas coisas não são isoladas, que se tem uma população que está sofrendo [algum] problema de saúde, esse problema de saúde vai repercutir, porque diminui a produtividade, isso diminui a produção econômica, isso aumenta a previdência. Enfim, isso acaba afetando todo mundo. Essa consciência do todo mundo é uma coisa muito complicada [...] a gente tem que ver os problemas, onde que eles estão, priorizar problema e resolver [...] para que as pessoas fiquem saudáveis. Ir para um monte de serviço de saúde, fazer um monte de coisa, sair do serviço de saúde cheia de infecção hospitalar não é uma demanda! A demanda é

quando a pessoa fica doente lá e aí tu vai lá e dá o antibiótico. Agora necessidade é bom. A gente precisa estancar essa máquina de fazer doente que são os serviços de saúde. Então, a gente precisa trabalhar isso de uma outra forma. O sistema privado nunca vai trabalhar isso, porque não vai enxergar, ou porque não é do interesse também, porque daí se não gerar doente, não gera lucro [...] É uma outra lógica – lógica de mercado não serve para a saúde [...] A gente precisa formar as pessoas para enxergarem isso. E aí a gente precisa formar a população para entender isso, porque é a população que devia estar brigando pelo sistema público.

3.17 A PROPOSTA DA REDUÇÃO DE DANOS PARA OS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CHEGAMOS AO FIM DO CAMINHO?

Em 2014, a Câmara Municipal de Florianópolis aprovou a Lei nº 9449, de 20 de Janeiro de 2014, sancionada pelo prefeito César Souza Júnior e regulamentada pelo Decreto nº 15.485 de 2015, que instituiu o Programa Municipal Antidrogas (PROMAD), destinado, segundo seu primeiro artigo, “*ao desenvolvimento de ações que visam a redução do consumo de drogas*”. O segundo artigo instituiu o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), “*que integrando-se ao esforço nacional de combate às drogas, dedicar-se-á ao pleno desenvolvimento das ações referentes à redução da referida demanda*”. Sobre o COMAD de Florianópolis, encontrei uma notícia no site da prefeitura, segundo a qual

O prefeito César Júnior comprometeu-se na tarde desta terça feira (23) – a três dias do Dia Internacional da Luta contra o Uso e o Tráfico de Drogas e Dia Nacional de Combate às Drogas, 26 de Junho – a instalar o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) de Florianópolis. “*O momento é muito oportuno para a gente ter esta estrutura*”, comentou ele, em audiência, no seu gabinete, com o presidente do Conselho Estadual

de Entorpecentes (Conen-SC), delegado da Polícia Federal Ildo Rosa.

É que, junto à UPA Continente, que está em vias de ser inaugurada, vai funcionar o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD 24 horas) de Santa Catarina. Um serviço voltado ao cuidado, atenção integral e continuada a pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas.

Ildo Rosa veio até o prefeito fazer-lhe apelo neste sentido, bem como buscar unir esforços em favor da execução de políticas públicas de redução de demanda de drogas. *“A questão é considerada altamente prioritária no mundo inteiro”*, justificou o delegado da Polícia Federal. *“Vamos fazer um Conselho legal, harmonioso, que some”*, garantiu César Júnior, que, na oportunidade, incumbiu a secretária da Assistência Social, Sílvia de Luca, de coordenar o processo de instalação do COMAD. O órgão foi criado por lei municipal, mas, na prática, não funciona desde antes da atual gestão.

Ainda na reunião com Ildo Rosa, o prefeito aproveitou para destacar que *“o trabalho das equipes de abordagem de rua (que foram ampliadas no atual exercício) está funcionando bem”*, assim como a Casa de Acolhimento e Albergue Municipal, inaugurada em agosto do ano passado.

Da audiência, também participaram os conselheiros do Conen-SC, Cid Gomes, que representa os ex-conselheiros, e Fabiana Vieira, representante da Secretaria de Estado da Segurança Pública, além da secretária-executiva do órgão, Nádia Corrêa (Prefeitura Municipal de Florianópolis, SEC – Comunicação, 2015).

Encontrei uma outra notícia, de 27 de outubro de 2015, sobre a participação da

comitiva de representantes do Conselho Municipal Antidrogas– COMAD com participação da Comunidade Terapêutica São Francisco, participou na segunda-feira (26) do Seminário Estadual Inovação na Atenção aos Dependentes de Substâncias Psicoativas. Gilberto

Scussiato, Ana Carla Wolff Lopes e Francieli Schlager Gris participaram das discussões de implementação da segunda fase do Reviver e debates de resultados da primeira fase.

Durante o encontro, foram debatidos os resultados da primeira etapa do projeto de inovação e as metas da segunda etapa; aspectos do relacionamento das comunidades terapêuticas com os demais atores do sistema de saúde e de assistência social; e a Resolução 1/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), que regulamenta a atuação das comunidades terapêuticas [...]

O Reviver foi lançado em agosto de 2013 por Raimundo Colombo, que autorizou o repasse de R\$ 11,9 milhões, do Fundo de Desenvolvimento Social, para pesquisa e inovação na atenção dos dependentes químicos. Os recursos são voltados ao acolhimento, à capacitação das equipes das CTs e à melhoria da estrutura de atendimento das comunidades que prestam esse serviço. Em um ano, cerca de 7 mil pessoas já foram atendidas pelo Reviver.

O projeto é administrado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (Fapesc) em parceria com a Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão Universitária (Fapeu). Também estão envolvidos profissionais de vários órgãos e instituições, como Conselho Estadual de Entorpecentes (Conen), secretarias de Estado da Assistência Social, Combate à Fome, Habitação, Trabalho e Renda, da Saúde, de Segurança Pública, da Justiça e Cidadania e da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc).

A partir dessas notícias, pode-se inferir que a retórica da guerra às drogas, pelo menos até recentemente, parece predominante no âmbito oficial da Prefeitura Municipal, mesmo com a presença de Gomes, representante da política de redução de danos desde o início da trajetória desta política. Ao mesmo tempo que se reforçou a rede de atenção à saúde com a implantação de um novo CAPS AD, que ainda não é 24 horas, as comunidades terapêuticas parecem que tem sido um dos grandes focos de investimento e não foi feita nenhuma menção à política

ou estratégia de redução de danos. Antunes mencionou que, desde 2007, a Prefeitura fortaleceu os convênios com as comunidades terapêuticas, muitas delas ligadas a grupos religiosos, o que, na sua perspectiva, representou uma lógica às avessas ao que vinha sendo desenvolvido, o que talvez também explique o desinvestimento apontado na política de redução de danos. Sobre o tratamento oferecido por essas comunidades terapêuticas, pontuou que algumas pessoas se adaptam, mas não todas.

Indagado sobre a continuidade do apoio do estado à política de redução de danos, Gomes destacou, como também pontuara Cardoso, que os programas eram financiados por recursos do governo federal e de agências internacionais, como o Banco Mundial, o que teria diminuído ou sido cortado nos últimos anos. Para ele, há pouco investimento do governo federal neste setor – e pelo visto do governo estadual – que estaria mais voltado para as questões de gênero, “*por causa dos direitos humanos*” e da discriminação, “*o que não é nada mais do que a continuação da luta que se teve com seringa, só que os direitos humanos mudaram de foco*”, ao mesmo tempo que considerou que os usuários de psicoativos continuam a ser discriminados: “tem muita prevenção contra eles”.

Neste sentido, a redução de danos dependeria dos próprios serviços – e, portanto, dos trabalhadores – para sua implementação e os CAPS ainda seriam os grandes responsáveis por esta política. Segundo ele:

na prática, a única coisa que muda é que eles tiraram dinheiro para treinamento, capacitações, supervisões. Disso daí, foi tirado um pouco, embora as supervisões continuem, porque o Estado não vai ficar sem supervisão, ele faz supervisão em alguns lugares [...] na saúde mental faz porque eles se organizam e todos os CAPS são visitados anualmente, ou duas vezes por ano e assim vai.

Uma das primeiras pessoas com quem conversei quando iniciei a pesquisa de campo foi Rosilene Brasil, que, na época, coordenava a Divisão de Prevenção na GEDST (Gerência de Vigilância das DST/Aids e Hepatites Virais), gerência da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, “*vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde Santa Catarina*” e cuja “*Missão: é desenvolver ações de Vigilância Epidemiológica, prevenção e controle de doenças e agravos e promoção da saúde, a fim de contribuir na melhoria das*

*condições de saúde da população catarinense*³⁸, segundo página oficial na internet. A GEDST é uma gerência voltada para o *planejamento, análise de dados, orientação, coordenação e supervisão* das ações e atividades de vigilância epidemiológica voltada para as chamadas doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais³⁹. Distribui os medicamentos e *insumos* para prevenção (camisinhas e lubrificantes) para as unidades de saúde do estado.

A GEDST organiza-se por divisões e dentre estas há a Divisão de Prevenção, responsável pelas formulações e ações de *prevenção e promoção*, esferas pensadas como conectadas, segundo a página da internet oficial:

Prevenir significa preparar, evitar danos e prejuízos e para tanto, é necessário trabalhar a promoção da saúde. Promover significa impulsionar, originar, gerar e principalmente transformar as condições de vida da população em um novo modo de fazer saúde⁴⁰.

Entre suas propostas, apresentadas no site, está a *instrumentalização* das ações de redução de danos dos municípios e ONGs do estado, em parceria com as coordenadorias de saúde mental do estado e dos municípios. No site da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, tem uma página sobre a área de Saúde Mental cuja abertura é a Lei N° 10.216/2001, que trata “*da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental*”⁴¹ e dentre as áreas que compõem a rede de atenção psicossocial (RAPS) preconizada está a de *Álcool, crack e outras drogas*.

Assim, mesmo que a redução apareça oficialmente como parte das ações que devem ser instrumentalizadas pelo Estado de Santa Catarina, Brasil, na mesma linha de Gomes, relatou que não havia mais um financiamento específico para a área de redução de danos no estado, como houve nos anos 2000, época, pontuou, do PAM – Plano de Ações e Metas Anuais, vinculado ao Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e Aids – que possibilitou, segundo ela, capacitações em vários municípios. Haveria o interesse, mas não a política. Assim não havia projetos de redução de danos no estado, como uma política de estado, só em algumas cidades, o que dependeria das equipes dos serviços,

³⁸ <http://www.dive.sc.gov.br/index.php/dive>

³⁹ <http://www.dive.sc.gov.br/index.php/estrutura/gerencias/dst-aids>

⁴⁰ <http://www.dive.sc.gov.br/index.php/divisao-de-prevencao-e-promocao>

⁴¹ <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?>

[option=com_content&view=article&id=315&Itemid=163](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=163)

havendo, portanto, trabalhos localizados. Destacou as cidades de Criciúma, Itajaí e Florianópolis.

Na realidade, a redução de danos não é citada apenas na apresentação das gerências e divisões da Secretaria de Estado da Saúde, mas em um conjunto considerável de documentos propositivos e de organização da rede de atenção à saúde conforme as minhas buscas na internet, mesmo que às vezes como uma opção, ao lado da *abstinência total*. Há disponível o chamado **Livro do Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de SC 2015-2018**, com os chamados planos de ação para todo o estado, dividido em dezesseis regiões e, dentre estas, a metropolitana, que compreende Florianópolis, referida também como Grande Florianópolis. O plano da região metropolitana apresenta alguns levantamentos e estimativas epidemiológicas desde 1998 e a consequente constatação do uso maior de tabaco – em queda nos últimos anos “*por força de ações de saúde pública e legislação*” – e álcool etílico em comparação com “*outras substâncias psicoativas*”. Ainda assim aponta o crescimento do “*consumo de derivados da coca*”, atribuído ao “*estilo de vida em conurbações, crescendo em população e complexidade*”, e o decréscimo do uso de cocaína injetável (crescente na década de 1990), que “*cedeu lugar ao uso do crack fumado*” (SC/SES/ Superintendência de Planejamento e Gestão, 2016, 507-508).

Nesta publicação, a redução de danos aparece em termos de *estratégias* a serem desenvolvidas nas diretrizes de funcionamento da rede de atenção psicossocial (RAPS) e em termos de *ações* a serem realizadas por parte da unidade básica de saúde e do consultório de rua, componentes da chamada atenção básica, que é parte constituinte da rede de atenção psicossocial. A esse respeito, no plano da região metropolitana de Florianópolis, há o apontamento das dificuldades de abordagem e manejo por parte destas equipes dos chamados *transtornos mentais* e *transtornos comportamentais* relativos ao uso de *substâncias psicoativas*.

Ainda como parte das diretrizes, aparece a questão do

desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (SC/SES/ Superintendência de Planejamento e Gestão, 2016, 25).

Lógica do cuidado, que no caso, por exemplo, das chamadas Unidades de Acolhimento⁴², segundo nota do documento, pode ser pautada tanto pela perspectiva da redução de danos, quanto da abstinência total, conforme a decisão da equipe supervisora do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Ainda sim a redução de danos também aparece neste mesmo documento como não só diretriz, mas objetivo específico da rede de atenção psicossocial, seguindo a Portaria 3.088/11 do Ministério da Saúde⁴³, no sentido de se criar, como anunciado pela Divisão de Prevenção, ações intersetoriais com entidades governamentais e da sociedade civil, incluindo o trabalho com populações indígenas e escolares.

Outro documento disponível é o chamado **Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina** (SC/SES, 2016), também criado pela Secretaria de Estado da Saúde de Florianópolis, que contém os chamados

protocolos clínicos e de acolhimento, definidos como propostas de rotinas para os cuidados e a gestão de um determinado serviço, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, visando orientar condutas e procedimentos dos profissionais de saúde (SC/SES, 2016, 7).

A redução de danos aparece na seção dos **Transtornos por Substâncias Psicoativas – Protocolos de Acolhimento**, que inicia com a ideia de que “*o problema do abuso de drogas lícitas e ilícitas*” (SC/SES, 2016, 44) é múltiplo e intersetorial, envolvendo várias

⁴² Sobre as Unidades de Acolhimento: “*são, na prática, extensões dos CAPS, especialmente dos CAPS AD e AD III. Há duas modalidades: as que atendem crianças e adolescentes e as que atendem adultos. Dedicam-se principalmente a complicações vinculadas ao abuso de substâncias psicoativas, geralmente vezes associadas, em comorbidades, a outros transtornos mentais [...] o objetivo das unidades é oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo*” (SC/SES/ Superintendência de Planejamento e Gestão, 2016, 79).

⁴³ “*Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*” http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_re_p.html.

dimensões institucionais como educação, assistência social, segurança, cidadania e justiça, para além da saúde. Destaca-se a atenção às chamadas complicações clínicas e sociais que seriam decorrentes deste “*abuso*”, cada vez mais abordadas pela saúde pública, bem como a medicina legal e psiquiatria forense, trazendo logo de início a associação entre *abuso de drogas* e crime.

A redução de danos aparece como uma política necessária para os usuários de drogas injetáveis e especialmente voltada aos usuários que não querem parar o *consumo* de psicoativos. Referindo-se ao *problema do abuso de drogas*, a publicação afirma a necessidade do convívio de vários métodos e abordagens, pois não haveria um capaz de atingir os mais diversos sujeitos, e valoriza a *intervenção psicossocial* (terapias comportamentais), a ser realizada conjuntamente com a *médica* e a *farmacológica*. Na seção que versa sobre o tratamento dos chamados *transtornos mentais e comportamentais por derivados da coca* (classificados pelo F14, CID 10), a redução de danos é citada como uma ação que deve ser promovida, em conjunto com outras, como possibilitar a abstinência, para os *dependentes de cocaína e de seus subprodutos*. Ela é apontada como uma estratégia eficaz na diminuição do risco de contaminação de HIV dos usuários de cocaína injetável e crack.

Ainda nesta mesma seção, a partir da associação entre psicoativos (dependência) e crime, a justiça terapêutica figura como uma redução de danos (judicial) à sociedade, a partir da proposição de penas alternativas aos considerados criminosos, condicionadas ao ingresso em um tratamento para a dependência química.

A redução de danos também aparece na seção intitulada **Abuso e dependência de sedativos e hipnóticos: protocolos clínicos** (SC/SES, 2016, 106) como uma lógica para o tratamento diante da “*impossibilidade de o paciente parar com as drogas*” (SC/SES, 2016, 110). Os sedativos são definidos como aquelas substâncias que deprimem o sistema nervoso central e os hipnóticos são os sedativos que causam e facilitam o sono, incluem-se aqui entre outros os chamados benzodiazepínicos, barbitúricos e alguns anestésicos, ou sejam substâncias de prescrição médica e que teriam o potencial de causar dependência para aqueles que as ingerem, pois caracterizadas como produtoras de *tolerância farmacológica*, ou seja, a dose usual deixa de ser suficiente para produzir os efeitos desejados e tende a aumentar, e de abstinência, no caso de sua retirada. A publicação ainda aponta os diversos efeitos colaterais suscitados por essas substâncias e menciona

campanhas para a redução de suas prescrições, ou seja, campanhas voltadas ao próprio setor saúde e médico que teria um papel propulsor na chamada dependência química dessas substâncias e no seu uso excessivo considerado *irracional*, mas enfatiza o papel das pessoas usuárias no emprego de várias estratégias e artifícios para adquirir as receitas, “*com o objetivo de envolver os médicos em uma relação capaz de gerar receita*”, que envolveriam “*simulação, bajulação, sedução e ameaças*” e redes de amizade, além de “*metassimulação dos sintomas*” (p.107-108). Os usuários ainda tenderiam a aumentar a dose por conta própria, segundo a publicação, dados os efeitos rápidos e considerados de baixa toxicidade, não seguindo as recomendações médicas. Os chamados transtornos mentais e comportamentais causados por estas substâncias estão classificados no CID 10 como F13.

A seção intitulada **Tabagismo (dependência de nicotina): protocolo clínico**, em conjunto com a consideração sobre a importância das medidas de prevenção na comunidade, cita rapidamente a redução de danos, pensada em termos de ações de sucesso *para algumas situações*, sucesso e situações não trazidas no texto, remetidas a uma referência bibliográfica. Cita a existência de programas antitabágicos em parte das chamadas *unidades sanitárias*, “*que atuam através de motivação, técnicas cognitivo-comportamentais e medicação adequada*” (SC/SES, 2016, 124) É interessante notar a apresentação de alguns *estágios de mudança* pelos quais passariam os pacientes que decidem entrar no programa, sendo que os dois primeiros, pré-contemplação e contemplação, diferenciar-se-iam na segunda fase pela “*conscientização de que fumar é um problema*” (SC/SES, 2016, 124). Caso a perspectiva de mudança não se concretize, aconselha-se o uso de *estratégias motivacionais*. Um dos métodos de tratamento citados, não conectado no texto como de redução de danos, está a terapia de reposição ou substituição de nicotina para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência daqueles consomem mais de dez cigarros por dia e participam dos grupos de tabagismo.

Desse modo, a redução de danos enquanto princípio e estratégia de cuidado à saúde é amplamente citada e recomendada, o que aparece como um paradoxo, na medida em que não haveria investimento direto e consistente por parte do Estado, nas esferas municipal, estadual, federal e até internacional, se pensarmos a partir da trajetória da política de redução de danos em Florianópolis e no que a manteve operativa durante um determinado momento, inclusive em termos de recursos. A ênfase na saúde, presente nesta dissertação, foi uma escolha consciente a

partir do que foi pautado pelos próprios participantes da pesquisa, cujas inserções, preocupações e discussões, mesmo no caso das ONGs, partiam desse lugar, mesmo que de múltiplas perspectivas, além do fato de que foi no campo da saúde que a redução de danos foi sistematizada e implantada, não só em Florianópolis, como no Brasil.

Mesmo na época em que a política de redução de danos operava em Florianópolis, e no estado de Santa Catarina, como vimos nos relatos, sua consistência parecia ser sempre inconsistente, transitória, instável e dependente da vontade, da luta, da militância, do trabalho e até do sacrifício das pessoas diretamente envolvidas, das suas capacidades de organização e de estabelecer relações, redes de apoio e contato, bem como do convencimento por parte destas de outros agentes da política em diversas instâncias, da ponta à gerência, mesmo com a constatação dos impactos positivos da política, não só em termos de resultados, como de meios, modos de fazer, que efetivam, na perspectiva dos participantes da pesquisa, não só os princípios do Sistema Único de Saúde, como dos Direitos Humanos, cujo acesso pelos usuários de psicoativos (comumente denominados “*usuários de drogas*”), principalmente dos ilícitos, seria restrito ou dos quais seriam alijados, pelos estigmas sociais e a discriminação sofrida.

No próximo capítulo, apresentarei as noções e as perspectivas dos participantes da pesquisa acerca da redução de danos e das substâncias psicoativas, o modo como se relacionam e se articulam – ou não – e algumas das questões que suscitam.

4 REDUÇÃO DE DANOS, SUBSTÂNCIAS E RELAÇÕES: CAMPO SEMÂNTICO E PERSPECTIVAS

Neste capítulo, trarei as concepções que os participantes da pesquisa apresentaram acerca da redução de danos e das substâncias psicoativas, como as definem e as articulam, bem como algumas reflexões que podem ser suscitadas a partir delas. Sobre campo semântico, tomo de empréstimo a definição do Glossário Ceale – Termos de Alfabetização, Leitura e Escrita para educadores (Ilari, <http://www.ceale.fae.ufmg.br/app/webroot/glossarioceale/verbetes/campo-semantic>):

Ao lado dos adjetivos *semântico*, *lexical* ou *nocional*, a palavra *campo* tem sido usada para dar contornos mais precisos à ideia (de Saussure, o fundador da linguística moderna) de que, ao explicar qualquer signo linguístico, os falantes da língua enveredam por vários tipos de associações. Saussure ilustrou essa ideia mediante uma representação em que, do signo *ensinamento*, partem várias linhas em que se situam outros signos, evocados porque “o som é parecido”, porque “o radical das palavras é o mesmo”, “porque as noções evocadas são parecidas” - ou por critérios diferentes.

Quando se fala em *campo semântico*, pensa-se numa dessas linhas, aquela em que se representam conceitos próximos e fortemente relacionados, como *ensinamento*, *aprendizado* e *educação*. Entende-se que esses conceitos repartem entre si uma área de conhecimento mais ampla (às vezes chamada de *campo nocional*), justapondo-se uns aos outros como numa espécie de mosaico.

Ou seja, trata-se aqui de tentar fazer emergir das falas dos participantes da pesquisa, a maneira como efetivamente percebem, apreendem e expressam o campo semântico da redução de danos, *vis-à-vis* a prática concreta do trabalho cotidiano nessa perspectiva.

A questão que surge de forma mais recorrente no entendimento que os participantes da pesquisa tem sobre a redução de danos, é aquela que a descreve como uma *estratégia* e/ou *política* que visa reduzir os danos relativos ao uso de substâncias psicoativas, inicialmente, as injetáveis, incorporando a indicação do uso de preservativos para as

relações sexuais, e que se ampliou para uma “*porção de coisas*”, desde diminuir o sal e medir a pressão no caso dos hipertensos, não comer doce no caso dos diabéticos, usar o cinto de segurança e respeitar os limites de velocidade quando em um veículo, aplicando-se à vida em geral, pois envolveria fazer qualquer coisa de modo mais seguro, minimizando como, dito, danos, sequelas, riscos, o que incluiu também a ideia de criar espaços e ambientes “*seguros e saudáveis*”.

Em termos da política de redução de danos no município, esta ampliação da questão do uso de drogas injetáveis e do uso de preservativos, passou pela inclusão de outros agravos, para além da Aids e das hepatites, como outras infecções sexualmente transmissíveis e a tuberculose, de outras substâncias psicoativas, como o álcool e o crack, e, inclusive, pela ideia de ressocialização. Pensar redução de danos, ao longo da experiência, significou partir da ideia de “comportamentos de risco” para a de “vulnerabilidades sociais”. Vale ressaltar, como já vimos no capítulo anterior, que tratar a redução de danos a partir de uma perspectiva ampliada, comparando-a com situações mais cotidianas, fazia parte do método empregado nas capacitações e oficinas sobre o tema.

Gomes apontou a publicação **ABC Redução de Danos**, produzida, como já mencionado no capítulo anterior, pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, como uma referência para o conceito de redução de danos, que é definido como uma

estratégia pragmática, própria do campo de saúde pública, que visa reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas. Aplica-se aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas, como, por exemplo, o compartilhamento de seringas e agulhas para o uso injetável ou de canudos e cachimbos para consumo do crack, práticas sexuais de risco para DST/AIDS e Hepatites, condução de veículos em estado de intoxicação ou embriaguez, injeção de silicone líquido e anabolizantes, etc (SC, SES, DIVE, 2010, 7).

Esta definição aponta para a saúde pública como campo de desenvolvimento desta “*estratégia*” para diminuir os “*danos*” decorrentes de “*comportamentos de risco*”, assumidos pelos “*usuários de drogas*” quando em uso. Danos estes, individuais, mas com consequências sociais na medida que podem afetar outras pessoas,

como, por exemplo, através do compartilhamento de seringas, o qual pode disseminar vírus, ou ainda, dirigir embriagado, o que pode causar acidentes no trânsito. Aponta-se para uma ampliação do escopo da redução de danos para incluir outras situações e ações relacionadas ao uso de substâncias, para além das inicialmente pensadas, que são, por sua vez, reafirmadas mais à frente, ao colocar como “*finalidade*” e “*principal objetivo*”: “*a redução da incidência de DST/HIV/Aids, Hepatites e outras doenças de transmissão sanguínea e sexual entre os Usuários de Drogas (UD) e Usuários de Drogas Injetáveis (UDI)*” (SC, SES, DIVE, 2010, 21).

Os usuários de drogas não seriam o único foco das “*estratégias de redução de danos*”, mas também “*sua rede social e familiar, a comunidade em geral e [...] setores governamentais e não-governamentais*”. Estas estratégias

desenvolvem uma série de intervenções que visam acessar e vincular UD e UDI a atividades que promovam a diminuição da vulnerabilidade associada ao consumo de drogas, a inserção em serviços de saúde, a garantia dos direitos humanos e cidadania e a reinserção social (SC, SES, DIVE, 2010, 21).

A vulnerabilidade é definida como o “*[c]onjunto de fatores de natureza biológica, psicológica, social e epidemiológica cuja interação amplia os riscos ou danos de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença ou situação*” (SC, SES, DIVE, 2010, 43)

Os “*usuários de drogas*” aparecem, nesta publicação, como “*população-sujeito*”, que remeteria à

noção fundamental de “*protagonismo*” e da “*troca simbólica*”, da efetiva participação de indivíduos e da comunidade nas estratégias de intervenção implementadas. Por outro lado, o princípio da “*troca simbólica*” propõe que os agentes de Prevenção e Redução de Danos deixem de lado em sua prática a relação de poder com o usuário, na qual um ensina, o outro aprende, um manda, o outro obedece, passando a compreender que seu conhecimento técnico é um instrumento valioso mas apenas complementar ao saber que o outro tem de sua própria vida, que para promover a efetiva mudança comportamental é necessário que o indivíduo se aperceba enquanto agente, e não mais alvo/paciente, de mudanças e assuma a

responsabilidade sobre seu comportamento (SC, SES, DIVE, 2010, 7).

Assim a redução de danos envolveria a rede de relações da “população-sujeito” para mitigar as implicações danosas que o seu uso, considerado problemático, de substâncias psicoativas provocaria, por meio de estratégias que facilitem o acesso aos direitos e serviços disponíveis e que procurem “*estimula[r] a responsabilidade de cada indivíduo*”, já que direitos e deveres se implicam mutuamente, para que a “mudança de comportamento” seja possível. Os agentes redutores, através da atuação “*não estigmatizante, não excludente, sigilosa e baseada na empatia*”, devem realizar “*ações de educação e saúde que promovam novos modos de relação com as drogas*” (SC, SES, DIVE, 2010, 21).

Interessante notar que o termo *estratégia*, bem difundido na saúde e no meio corporativo, é um termo de etimologia grega relacionada com a guerra e designava o ofício ou comando do general de liderar suas forças com o objetivo de vencer o inimigo e, “*por extensão*”, passou a designar a “*arte de utilizar planejadamente os recursos de que se dispõe ou de explorar de maneira vantajosa a situação ou as condições favoráveis de que porventura se desfrute, de modo a atingir determinados objetivos*” e, ainda, “*manobra ou artifício engenhoso; ardil, subterfúgio, estratagema*” (Michaelis, <http://michaelis.uol.com.br/>). Coaduna-se, de certo modo, com a retórica da chamada “guerra às drogas”. Segundo Sontag (2003), o uso de metáforas⁴⁴ militares na medicina começaram no final do século XIX, quando as bactérias foram identificadas como causadoras de doenças, inimigos que invadiam os corpos, colonizando-os. A *linguagem da guerra*, no caso do câncer, por exemplo, que ela analisa no texto intitulado “**Doença como metáfora**” (2003a),

passou a ter um valor chocantemente literal e acurado. Não apenas descreve assim o decurso clínico da doença e seu tratamento médico como também a doença em si é considerada o inimigo contra qual a sociedade trava uma guerra (2003a, 46).

⁴⁴ “Por ‘*metáfora*’ eu tinha em mente nada mais, nada menos do que a definição mais antiga e mais sucinta que conheço, que é a de Aristóteles [...] ‘*A metáfora*’ [...] ‘*consiste em dar a uma coisa o nome de outra*’” (Sontag, 2003b, 1).

Em seu outro texto, “**Aids e suas metáforas**” (2003b), Sontag aponta que, no campo da saúde, as metáforas militares se destacaram no início do século XX,

nas campanhas de esclarecimento a respeito da sífilis, realizadas durante a Primeira Guerra Mundial, e nas campanhas contra a tuberculose do pós-guerra. Um exemplo extraído da campanha italiana contra a tuberculose dos anos 20, é o cartaz intitulado *Guerre alle Mosche* [Guerra às moscas], que mostra os efeitos letais das doenças transmitidas pela mosca. Os insetos aparecem como aviões inimigos soltando bombas de morte sobre uma população inocente. As bombas trazem inscrições. Uma delas é rotulada *Microbi*, micróbios; a outra *Germi della tisi*, germes da tuberculose; a outra simplesmente *Malattia*, doença [...] Em outro cartaz, “Com estas armas conquistaremos a tuberculose”, a figura da morte aparece presa à parede por espadas desembainhadas, cada uma das quais tem uma inscrição referente a uma medida contra a doença. (Sontag, 2003b, 66).

E se antes era o médico que guerreava contra a doença, “*agora é toda a sociedade que faz*”, a autora aponta, para quem

a transformação da doença em inimigo leva inevitavelmente à atribuição de culpa ao paciente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima. A ideia de vítima sugere inocência. E inocência, pela lógica inexorável que rege todos os termos relacionais, sugere culpa. As metáforas militares contribuem para a estigmatização de certas doenças e, por extensão, daqueles que estão doentes (Sontag, 2003b, 67).

E essa estigmatização parece ser especial no caso das pessoas que experimentam e mantêm o uso de psicoativos, ou nos termos de Howard Becker (2008), que constituem os “*casos de não conformidade intencional*” e iniciam uma “*carreira desviante*”, pontuando que o que qualifica um ato como desviante – e, por conseguinte, a pessoa que o pratica, que passa a ser rotulada como tal, tornando-se um *outsider* – não é sua qualidade em si, mas a interação entre aquele que o pratica e os outros que reagem a ele. Esta reação acompanha uma série de controles sociais, que operam através não só de sanções legais, como de

mecanismos mais sutis que desempenham a mesma função. Entre eles estão o controle do comportamento, obtido influenciando-se as concepções que as pessoas têm da atividade a ser controlada e da possibilidade ou exequibilidade de se envolver nela. Essas concepções surgem em situações sociais em que elas são comunicadas por pessoas consideradas respeitáveis e validadas pela experiência. Tais situações podem ser ordenadas de tal maneira que os indivíduos passam a conceber a atividade como desagradável, inconveniente ou imoral, não devendo portanto ser praticada (Becker, 2009, 69-70).

Como pontua Sontag,

o comportamento perigoso que produz a aids é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência – o doente é viciado em substâncias ilegais ou sua sexualidade é considerada divergente [...] torna-se fácil encará-la como um castigo dirigido àquela atividade (2003b, 4).

As reflexões desta autora reportam ao início da “epidemia”, período em que são publicadas, mais precisamente em 1988. Nesta fase, ela argumenta, o surgimento da Aids e as dificuldades de se lidar com esta “novidade” “[deixaram] claro que as doenças infectocontagiosas estão longe de ter sido derrotadas, e que seu repertório não se esgotou” (Sontag, 2003b, 104).

E ao ser “*encarada ao mesmo tempo como um castigo merecido por um grupo de ‘outros’ vulneráveis e como uma doença que potencialmente ameaça a todos*” (Sontag, 2003b, 99), uma nova guerra foi então declarada, um novo inimigo mortal aparecera, e é neste cenário, no qual “*a guerra é definida como uma emergência na qual nenhum sacrifício é considerado excessivo*” (Sontag, 2003b, 66), que a redução de danos, a partir dos Programas de Troca de Seringas, ganha força e sua implantação se justifica, mesmo que moralmente condenada por seus detratores como “apologia ao uso de drogas”, incidindo sobre os comportamentos dos usuários – que já eram foco da *guerra às drogas* – e buscando promover *novos modos de relação com as drogas* como vimos anteriormente. Se não fosse a ‘guerra’ à Aids, será que a redução de danos apareceria no campo das políticas públicas? Será que os usuários de substâncias psicoativas se constituiriam em “populaçõ-

sujeito” das políticas públicas, para além daquelas caracterizadas como guerra às drogas?

Ayres aponta a prevenção como “*uma questão crucial para os programas de controle da Aids*”, que passou por transformações com os “*progressos técnicos e científicos*” e, assim, com

as modernas terapias antirretrovirais, quando associadas a uma informação extensiva, democrática e sustentada para o conjunto da sociedade e a serviços de saúde preparados, equipados e igualmente acessíveis ao conjunto dos cidadãos, tem determinado o fim da inexorável equação “*infecção = morte*”, que marcou o início da epidemia (2002, 12).

Neste texto, ele apresenta as *lições aprendidas* relativas “*às práticas educativas, pela centralidade que ocupam hoje no campo da prevenção*”, e a primeira delas é que

o caminho do terror, do susto, de quanto mais assustadora a propaganda melhor seu efeito preventivo, é extremamente limitado. Essa via mostrou-se ineficiente, estéril, afastando mais que aproximando as pessoas do problema (2002, 14).

A segunda lição repousaria sobre as “*relações entre teoria e prática*” e, mais particularmente, a noção de risco, contribuição importante da epidemiologia, que “*tornou-se a depositária soberana de quase toda a esperança de controle da epidemia*” e aí é que residiria o problema, segundo o autor, pois

[centrar] as estratégias de intervenção no “*isolamento epidemiológico*” dos chamados grupos de risco, ou na modelagem universal dos ditos comportamentos de risco, tem sido um erro frequente. O primeiro porque rotula, generaliza, cristaliza, isola, paralisa. O segundo porque universaliza, dessubjetiva, despolitiza, descontextualiza (2002, 15).

Neste sentido, para Ayres

Subsumir as ideias de grupo de risco e comportamento de risco à noção mais abrangente de vulnerabilidade; tomar os Direitos Humanos como critério fundamental para identificar e combater as diversas vulnerabilidades [...] e adotar a redução de danos como atitude orientadora de nossas intervenções preventivas

constituem as mais expressivas respostas que emergiram desse aprendizado (2002, 16).

No cenário de “guerra contra as drogas” e de “guerra contra a Aids”, a redução de danos carrega consigo, mesmo que não intencionalmente e de maneira sutil, quando pensada pelos participantes da pesquisa, características bélicas, se se pode dizer assim, internalizadas e naturalizadas na noção de *estratégia* e, por conseguinte, em um modo de fazer próprio do campo da saúde. Ao mesmo tempo, entretanto, também possibilita a criação de “linhas de fuga⁴⁵”, processos de “desterritorialização”, rizomas que emergem ou atravessam os decalques arborescentes, ao propor uma forma de se relacionar com os usuários de psicoativos – e gradativamente com a “população em situação de rua” – pensada como *não estigmatizante, não excludente, sigilosa e baseada na empatia*, e operacionalizada através do *campo*.

Neste sentido, por exemplo, a política de redução de danos para Itokazu trouxe um diferencial em relação “*ao que se faz normalmente na saúde pública*”, quando os profissionais vão até onde estão as pessoas, “*onde a saúde é necessária*”, e não esperam, simplesmente, que estas acessem os serviços, concretizando “*os princípios do SUS*”, dos quais destaca o da *equidade*: “*tratar diferente as pessoas diferentes, dar conta das especificidades da população*”, o que teria ficado evidente com Aids na sua perspectiva:

a principal coisa para mim é a atitude de respeito e de troca, que beneficia o sistema, a equipe, os profissionais de saúde que tem a oportunidade de trabalhar com isso. Corporifica muitas das questões e atitudes que foram se construindo com o enfrentamento da epidemia, basicamente questões da equidade, do acesso, da integração das questões de saúde mental no cotidiano da assistência à saúde. O que a gente aprende e pode corporificar mesmo, os princípios do SUS. E a redução de danos é muito concreta nisso.

Segundo Cardoso, a redução de danos é um trabalho que “privilegia a coletividade” e postula a horizontalidade das relações como um princípio, posto que se dá

⁴⁵ “A linha de fuga é uma desterritorialização. [...] Fugir não é absolutamente renunciar às ações [...] É igualmente fazer fugir, não obrigatoriamente os outros, mas fazer fugir algo, fazer fugir um sistema como se arrebenta um tubo... Fugir é traçar uma linha, linhas, toda uma cartografia” (Deleuze apud Zourabichvili, 2004, 29).

não trabalhando somente [o] fragmentado e a especialidade. Ela possibilita que outras áreas discutam, conversem [...] é uma boa estratégia para trabalhar com [...] corresponsabilidade [no sentido de] escutar o outro, se ver no lugar do outro, não jogar [com o] outro.

A troca de perspectivas e a escuta do outro também foram citadas por outros participantes. E sobre a escuta pelas pessoas do que o profissional de saúde diz, Vidor refletiu sobre até que ponto as informações passadas realmente fazem eco, até que ponto as pessoas realmente estão entendendo o que é colocado e, nesse sentido, se de fato estão realmente tomando decisões embasadas e conscientes e, assim, levanta a importância “*dessa intermediação para a gente não achar que a pessoa está tomando uma decisão, que na verdade ela não está*”, mas estaria sendo

empurrada para uma decisão [...] a gente acha que a gente toma a decisão e, na verdade, quem tomou a decisão pela gente foi a TV, foram os amigos – a gente é bombardeado o tempo inteiro. E acaba achando que é livre para tomar decisões. A gente nem entende o que está acontecendo e está tomando a decisão. E muitas dessas pessoas se colocam em situação de vulnerabilidade, porque não entendem lufas do que está acontecendo. E a gente mente que está respeitando a decisão delas. Elas estão tomando a decisão mesmo? Porque ela só vai tomar a decisão, se ela entender o que está acontecendo. E para ela entender o que está acontecendo, não é uma conversa, é uma vivência.

E também ponderou que um limite da redução de danos viria do próprio limite das pessoas, que muitas vezes “*continuam se colocando em risco mesmo tendo as informações, mesmo que a gente consiga levar as informações de uma forma mais assimilável*”, o que deve ser respeitado e seria parte do “*comportamento humano*”. Nesse sentido, “*quanto mais preparado a gente tiver provavelmente mais a gente avança*”. Afinal, assinalou Antunes, “*no final quem toma a atitude é tu*”. Para Itokazu, em relação à Aids, as pessoas que “*escutam*” o que é recomendado geralmente já teriam alguma

sensibilidade para isso. Assim como as mensagens de sexo seguro, difícil conversar com quem não concorda ou tem uma perspectiva diferente. Acaba que quem ouve é quem já concordava, mas temos que continuar falando.

Segundo Brasil, na época da pesquisa, o investimento do governo federal era em medicação, num abandono da perspectiva de tentar mudar os comportamentos e hábitos da população através de outras ações de prevenção. Assim, na Aids, por exemplo, o foco em prevenção seria no Prep – Profilaxia Pré Exposição, com administração de medicamento para a prevenção do HIV antes da pessoa se expor ao risco de contaminação, e no Pep – Profilaxia Pós Exposição, que, como o nome indica, consiste na medicação das pessoas, após a exposição ao risco de se contaminar com o vírus, através, por exemplo, de uma relação sexual sem preservativo. Nesse sentido, ela considerou a redução de danos como uma política importante nos processos de “*educação em saúde*” na medida em que possibilitaria e estimularia o cuidado de si e dos outros pelas pessoas.

Na perspectiva de Vidor, muitas pessoas tomam decisões por razões emocionais em vez de racionais, incluindo aquelas relativas ao uso de substâncias psicoativas e, assim, haveria a tentativa de “*montar uma racionalidade*” no meio de tais decisões, de forma que a pessoa se prejudicasse menos, “*sem todos esses danos que ela está assumindo para si*”. Assim, a redução de danos envolveria esse movimento de construção de uma atitude racional diante da vida em situações que podem ser críticas. Ao mesmo tempo, Sell, A. apontou, a partir de sua experiência no CECRED, a perspectiva da redução de danos no trabalho como agenciadora de outras formas de afetividade, quando narrou sobre um triângulo amoroso entre “*pacientes*”, dois homens e uma travesti, que se desfez com o passar do tempo, com um deles sendo dispensado da relação. Este, sobre o desenlace amoroso, teria dito: “*ela não me quis, mas ela me disse que nunca tinha transado por amor*” – e Sell, A., em nossa conversa, emendou: “*olha o que a redução de danos leva*”.

Cardoso indicou a leitura do **Manual de Redução de Danos**, lançado em 2001 pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST e Aids, do qual participou, e que coloca a redução de danos como parte das “*estratégias*” empregadas no “*controle do uso de drogas*”, sem interferir nas outras, a saber, a redução da oferta e a redução da demanda. Controle aqui, segundo a nota de rodapé,

na acepção epidemiológica, significando a situação na qual – em virtude de uma ação deliberada e sistemática nesse sentido – a incidência, a prevalência e a gravidade de uma determinada doença, dano ou condição se encontram reduzidas ao máximo que a tecnologia disponível permite (2001, 11).

Segundo esta publicação,

as ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública, voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de droga. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatites minimizados (Ministério da Saúde, 2001, 11).

Esta definição não difere muito da produzida pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, com exceção da ênfase no *“respeito à liberdade de escolha”*, acompanhado, parece-me, pelo ar fatalista em relação a “esses mesmos” que *“não querem deixar de usar drogas”*, a despeito de todas as “adversidades” que o uso de psicoativos pode provocar. *“Primar pela liberdade de escolha”* foi um dos aspectos ressaltados por Antunes, associado a ideia de que é importante frisar a responsabilidade das pessoas sobre suas próprias escolhas, seu protagonismo, inclusive na decisão de usar substâncias psicoativas, ao mesmo tempo que refletiu sobre o escopo das escolhas disponíveis. No caso das pessoas que estão nas ruas, por exemplo, ponderou até que ponto elas não seriam *“empurradas para a marginalidade”*? Como viver sóbrio diante das vulnerabilidades às quais essas pessoas estariam submetidas – *“frio”*, *“risco de ser violentado”*?

Nesta direção, a redução de danos também é pensada em termos de uma *“estratégia”* de *“prevenção, reabilitação, reinserção social, mudança de estilo de vida, [...] mudança [quanto a forma] de encarar o problema”*, como pontuou Gomes. E como refletiu um dos participantes da pesquisa, a partir de sua própria experiência de vida e dos impactos pessoais de se trabalhar com a perspectiva da redução de danos, doravante *“você passa a reincorporar outras coisas”*:

Aprendi também a enfrentar os problemas, de tentar resolver, porque um dos grandes problemas nossos é o não enfrentamento também. [...] Porque tem situações que a gente não consegue... quem tem ansiedade, quem já tem uma predisposição, como lá em casa, é a depressão, o bipolar, a esquizofrenia, entendeu, então digamos assim, você já tem todo esse diagnóstico que já vem de família, aí quando tu inventa problema...

eu quase adoeci quando me separei [...] até eu melhorar, foram quase três anos. Nesses três anos eu quase construí um tumor. Porque são coisas psicológicas que a gente constrói por causa da dor, do sofrimento, da mágoa. E o corpo, ele padece. [...] É o enfrentamento [...] porque às vezes a gente não quer enfrentar a realidade, Isadora, e a gente fica paralisado. Quando a gente fica paralisado, a gente não vai para frente. Tudo na tua vida para. Mas se tu determinar, porque aí a gente aprende a reduzir danos. Porque o trabalho da redução de danos é medida para tudo, porque tudo que faz mal, seja financeiramente, seja afetivamente, tudo que traz danos, a gente bota na balança para pensar. E reduzir é o que? É você enfrentar. [...] Depois você parando para pensar dentro desta perspectiva da saúde mental, é isso, porque vai muito mais além. Se tu não enfrentar, por mais que seja dolorido, quando tu encara, é muito melhor do que você fugir, pelo menos a sua vida vai mudar. Agora quando a gente foge, a nossa vida não anda. A gente fica ali paralisado, isso quando a gente não coloca a responsabilidade no outro [...] toda ação tem uma reação, e não necessariamente as ações da gente correspondem com aquilo que idealizamos, aí é onde vem as frustrações, e aí é muito mais fácil eu responsabilizar o outro do que eu responsabilizar a minha escolha, a consequência da minha escolha.

A redução de danos possibilitou, de acordo com Martins, C., que o *usuário de droga*, “*que é marginalizado*” tivesse acesso aos serviços de saúde e à informação em saúde, o que estimulou o cuidado de si, permitiu a identificação das pessoas com HIV e o seu encaminhamento para o tratamento disponível,

porque muitos deles fizeram o teste e descobriram, quantos fizeram tratamento, que se de repente nunca tivessem escutado falar em uma redução de danos não iam procurar os direitos deles. Ressocialização, porque muitos a gente conseguiu desintoxicar (Martins, C.).

Ela destacou a notificação dos casos de HIV como uma contribuição importante da redução de danos para o sistema de saúde, que, por conseguinte, expandiu-se ao acessar uma população

considerada de difícil acesso e, nesse sentido, ela salientou a atuação dos agentes redutores de danos como central no processo, pela capacidade de estabelecer relações em campo, bem como das ONGs,

porque o SUS, o pingo da secretaria de saúde você não vai ver, nem o engravatado, nem um diretor na rua fazendo campo, esse trabalho quem faz são as ONGs e a redução de danos a prefeitura abraçou, mas a responsabilidade toda foi das ONGs (Martins, C.).

Martins, A. sublinhou como um êxito do programa de redução de danos a redução do “*consumo*” de psicoativos, o que não seria o propósito da intervenção, mas que advogaria a favor da *estratégia* frente aquelas que se coadunariam com “*a política de repressão ‘diga não às drogas’*”, referida como “*falida*” e que teria contribuído apenas para o “*aleijamento das pessoas*” e para a “*segregação social*”, questionando, inclusive, a eficiência de se impor a abstinência aos usuários. Desse modo, caracteriza a redução de danos como

estender a mão para alguém [...] não para carregar essa pessoa pelo resto da vida, mas para dar uma mão para ela poder se levantar e poder andar para um outro rumo, diferente daquele que está a levando, em última instância, para a morte [...] é mais uma ferramenta de cidadania também, porque aí as pessoas param de ficar diante daquela montanha, que elas não vão conseguir escalar nunca, e começam a enxergar que tem degraus, que elas podem ir subindo para chegar em algum lugar, que não precisa ser o topo da montanha. Comparando, fazendo uma metáfora com ‘topo da montanha’ sendo o “não vou mais usar nenhuma droga, vou ficar em abstinência, não sei o quê”, o sujeito olha para aquilo lá, ele já está derrotado! Ele vai lá e toma mais uma, ou cheira mais uma, fuma mais uma. Agora, se ele enxerga degraus, que ele não precisa chegar no topo, mas que ele pode ir subindo, para ficar na metáfora [...] É isso: são degraus.

As políticas baseadas na abstinência e no combate ao uso de substâncias psicoativas são avaliadas por Itokazu como “*inefícazes e sem sentido*”, bem como a divisão entre substâncias lícitas e ilícitas, e, mesmo não tendo, como colocou, uma “*reflexão particular e específica sobre isso*”, destacou a importância da autonomia e da autodeterminação

dos usuários de psicoativos, que considerou como parte da perspectiva da redução de danos e que “*pode ser usada em muitas outras coisas*”.

Para Martins, C. seria uma hipocrisia dizer que as “*drogas*” são ruins ao se discutir o tema, pois propiciam prazer, o que não significaria negar que o uso das substâncias traga prejuízos. É essa relação entre prazer e prejuízo que na sua perspectiva deve ser pensada e que definiria as *drogas*. A maconha, ainda que proibida, é colocada como menos prejudicial do que a cocaína e o crack, por ser “*natural*” e não “*química*”. A legalização de algumas substâncias não as fariam menos drogas do que as ilícitas:

Eu digo para os meus filhos assim: cerveja também é droga querido, só que pode ser vendida. Tudo que é droga é ruim, faz mal à saúde, mas dá prazer também. Vou dizer que quem bebe, bebe porque gosta, não bebe porque é obrigado, porque senão eu também tinha que beber, então é uma droga também, lícita ou não lícita, é uma droga. Não sei dizer o conceito de droga para mim, pois se tu for analisar tudo é droga e tudo dá prazer. Não sei sinceramente.

Já Cardoso definiu as “*drogas*” como “*tudo aquilo que te traz dependência, não necessariamente só as ilícitas, mas as lícitas*”. Em uma linha de raciocínio parecida, quando perguntei para Sell, J. o que para ela eram drogas, ela me rebateu: que tipo de drogas? E aludiu à ideia, se eu entendi, de que refletir sobre drogas não é pensar somente no que é convencionalmente definido como tal, mas em tudo aquilo que não vivemos sem, no sentido de que droga constituiria aquilo com o qual desenvolvemos uma relação de *dependência*. No tocante às substâncias psicoativas propriamente ditas, afirmar que causam dependência não seria muito preciso, elas teriam o *potencial*, a *química*, mas os efeitos dependeriam da interação com cada cérebro, com a situação do momento. Assim, por exemplo, uma pessoa pode usar cocaína e se tornar dependente enquanto outra não, não havendo, portanto, uma relação unívoca. Contou que já viu pessoas no Hospital Colônia Santana que tomaram chá de cogumelo e “*nunca mais voltaram*”, ao mesmo tempo que conhece outras que tomaram várias vezes e “*isso nunca aconteceu*”.

A ênfase na relação que se estabelece com as substâncias psicoativas também é dada por Martins, A., para quem a “*droga*” em si é inerte e a relação que se estabelece com ela não seria necessariamente deletéria ou problemática, mas pode ser recreativa, ocasional e

prazerosa, bem como prolongar a vida no caso, por exemplo, de doenças crônicas. A questão em jogo seria

manter a minha capacidade de ser sujeito, ou seja, ser quem toma a decisão: eu não quero agora, eu preciso ir para casa. Eu não quero brigar, eu não quero xingar, eu não quero cair. Eu não quero me esquecer do que eu fiz. Eu não quero agredir ninguém, eu não quero ser agredido. Não quero ficar vulnerável.

Quando indaguei sobre a invisibilidade ou desaparecimento do uso de substâncias injetáveis, Martins, A. respondeu que não sabia se continuava existindo, mas considerou difícil que ninguém mais use. “*É o mito do uso abusivo, ou do uso compulsivo o tempo inteiro*” ponderou a partir das diversas experiências de uso dos usuários de cocaína injetável, álcool e maconha, com parte deles se mantendo e operando cotidianamente de modo funcional. Ainda assim,

dependendo da droga, há uma tendência, de fato, a um uso mais compulsivo, mais constante, mais frequente, que acaba fazendo o sujeito ficar sem referências mesmo de horário de trabalho, de família, de rede social, pessoal.

Gomes definiu “*droga*” como as substâncias que causam alterações psíquicas – “*drogas são substâncias psicoativas*” – e, neste processo, liberariam substâncias como a serotonina, que, por conseguinte, causariam “*um bem, um prazer. A droga não é ruim, ela é boa, só que não vale a pena usar, porque ela causa danos, não só para você, como para terceiros*”. Assim, apesar dos prazeres, os custos pessoais e sociais não valeriam a pena, sendo o uso, portanto, desaconselhável. Ele relatou que participou de um congresso de psiquiatria em Chapecó, no qual o indagaram sobre a redução de danos e ele respondeu que haveria dois tipos: a *tradicional* e a *libertadora* – sobre esta última “*a mais moderna e que ninguém fala muito*”.

A tradicional é assim: você fica tentando reduzir os danos dele [- do usuário], ao mesmo tempo trabalhando para que ele chegue na abstinência. E a redução de danos [libertadora] [...] que a finalidade tua não é levar ele para a abstinência, se possível leva, mas não é a finalidade. A finalidade dela é levar o paciente naquele nível de droga que ele pode suportar, que não causa dano para ninguém e nem para ele, e que ele sinta feliz. É a libertadora, entendeu, liberta o cara, ele pode usar droga. Mas isso é bem complicado, eu só falei

aquela vez e já foi uma celeuma, não falei mais. Vou falar, os caras não me entendem, estão achando que eu quero liberar maconha, liberar cocaína. [...] Você pergunta para o psiquiatra como é que é uma abstinência de qualquer droga, é horrível. Até uma mulher que toma o diazepam⁴⁶ todo dia dela, tira o diazepam dela, ela vira o mundo para conseguir. O cara que fuma: três horas da manhã, acaba o cigarro, sai na chuva, é ladrão na rua, tudo, vai a pé para ver se acha um bar para pegar o cigarro dele.

Vale notar que ele trouxe o caso de um usuário de diazepam, um medicamento, que também é uma “droga” não só pelos efeitos psíquicos, como pela possibilidade de causar “dependência” e “abstinência”, para pensar a redução de danos libertadora, evidenciando que, apesar da “celeuma” provocada no congresso, de certo modo já é uma prática corrente e prescrita pelos médicos, que talvez não a identifiquem como tal exatamente por ser prescrita ou ser lícita. Cita as salas de uso como um exemplo da redução de danos libertadora, que consistem em “instalações de cuidado à saúde profissionalmente supervisionadas, onde os usuários de drogas podem usar drogas em segurança e com condições mais higiênicas” (Woods, 2014, 9, tradução minha), presentes em vários países europeus como a Dinamarca, Alemanha, Grécia, Luxemburgo, Países Baixos, Noruega, Espanha, Suíça, além do Canadá e Austrália (Woods, 2014, 7).

Ele diferenciou a redução de danos libertadora da “verdadeira redução de danos”, que definiu como aquela cujo objetivo “é tirar os danos para que ele consiga sair vivo e se recuperar; na prática é a

⁴⁶ Diazepam, segundo a bula, é um medicamento prescrito pelo médico, pertencente ao grupo dos benzodiazepínicos, sendo indicado “para alívio sintomático da ansiedade, tensão e outras queixas somáticas ou psicológicas associadas com a síndrome da ansiedade. Pode também ser útil como coadjuvante no tratamento de ansiedade ou agitação associada a distúrbios psiquiátricos. O diazepam é útil no alívio do espasmo muscular reflexo devido a traumas locais (lesão, inflamação). Pode ser igualmente usado no tratamento da espasticidade devida a lesão dos interneurônios espinhais e supra espinhais tal como ocorre na paralisia cerebral e paraplegia, assim como na atetose e na síndrome rígida. Os benzodiazepínicos são indicados apenas para distúrbios intensos, desabilitantes ou para dores extremas” (http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8824822015&pIdAnexo=2882018).

abstinência”. Assim, ele reforçou a ideia do não uso como o ideal, inclusive da redução de danos, ainda que considere a perspectiva “mais libertadora” como importante para a discussão sobre a questão do uso de substâncias psicoativas, talvez porque a vida seja mais real do que ideal, se se pode dizer assim. Citou também “*a técnica que eles usavam antigamente*” e fez referência à experiência contida no Relatório Rolleston de 1926, que era a de substituir

a droga mais potente por uma menos potente, menos potente, menos potente, até que eles se adaptavam àquela que não causava mal nenhum – na ideia deles, porque botar um cara fumar, uns até com cigarro comum...sentiam-se bem e não usavam mais droga, só que tinha câncer no pulmão. Tudo tem seu preço, nada é de graça.

Sell, A. discordou da ideia, que segundo ele seria compartilhada por colegas, de que a redução de danos não envolveria a “*retirada total da substância*”, pois para ele, se há dependência, “*se tiver a genética*”, é importante que o usuário aprenda a observar a si mesmo e a sua “*doença*” para evitar o uso, o primeiro gole, a primeira cheirada. Evite o primeiro gole, primeira recomendação dos Alcoólicos Anônimos, cujo criador para Sell, A. “*teve lucidez em neurociência*”. A recomendação é para aqueles que perderiam o “*controle*” da própria vida sob os efeitos do álcool e outros psicoativos. Outra recomendação é “evite pessoas, lugares e hábitos associados ao uso”, pois poderiam ativar, se se pode dizer, “*a memória dos desencadeadores da fissura*”.

Como médico, farmacologista e psiquiatra, ele, em sua narrativa, posicionou-se como representante da perspectiva biomédica, e, como tal, tem, nas suas palavras, um “*conceito científico*” sobre as substâncias psicoativas e disse operar a partir dele. Assim, para ele:

droga é, dentro da farmacologia, qualquer substância química que, em contato com o ser vivo, produz uma alteração funcional ou estrutural. Então eu tenho medicamento, que é quando uso para finalidade de tratamento de algum problema de doença, e tóxico, quando eu uso e faz mal para a pessoa. Então eu posso usar uma carbamazepina como eu usei hoje como medicamento para acalmar o cara, mas ele pode virar tóxico, ou por dose ou por efeitos colaterais, ao invés de ser um medicamento, ele pode matar uma pessoa, então um tóxico.

Para além deste “*conceito inicial*”, ele identificou alguns outros, como um que seria “*popular, que é sobre droga, eles só veem a droga, [...] como algo que faz mal*” e que na sua aceção tem uma conotação preconceituosa relativa às substâncias e às pessoas que as utilizam. Outro conceito que mencionou é o de “*entorpecente*” – conectado com expressões do tipo “*tráfico de drogas*”, “*tráfico de entorpecentes*” – que, segundo ele, precisaria também ser repensado, pois, por exemplo, a cocaína não se encaixaria nesse grupo, pois não entorpeceria, não faria dormir. Aludiu também ao conceito de “*remédio*”, que para ele é qualquer “*medicamento ou atitudes outras, como atender a pessoa, fazer uma acupuntura, tomar um chazinho que vão levar a uma melhora do quadro da pessoa, psicológico ou físico*”. Vale notar que os exemplos que trouxe em sua fala, talvez com exceção de tomar um chá, passaram pela relação com algum tipo de terapeuta, que prescreve, aplica uma prática.

Outro conceito que se relaciona com aspectos de certas substâncias, como álcool, a cocaína e o diazepam, segundo Sell, A. , é o de “*abuso*” – “*drogas de abuso*” – que decorre da possibilidade de dependência que certos usos (abusivos) de algumas substâncias acarretam. Assim o uso de uma substância psicoativa como abuso, ou seja, em doses altas e frequentes, poderia acarretar em uma alteração química no cérebro – a dependência – no centro do prazer – “*núcleo accumbens*” – através de uma “*desrepressão*⁴⁷ *do DNA*”, que cronificaria o prazer, que se associaria no corpo ao uso de determinada substância:

pelo menos do ponto de vista atual, pode ser que mude, produz, vamos dizer assim, um enquadramento, que quando meu corpo quer desejo, eu lembro daquela substância e dá o desejo forte e eu vou lá e uso. E pessoas, lugares e hábitos são disparadores, que estão não sei aonde ao redor do núcleo accumbens, mas se eu ver uma coisa, aquilo vai disparar o desejo de ter o prazer e só vou obter o prazer com aquela substância.

Se as “*drogas de abuso*” podem causar “*dependência*”, esta não se confunde com “*uso abusivo*”, sendo este último, segundo ele, muito

⁴⁷ Sobre o conceito de *desrepressão*, segundo o Glossário de Engenharia Genética, elaborado pelo professor português Rui Vidal Correia Silva, da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa: “*ativação de um gene por bloqueio, modificação ou eliminação do repressor (sinónimo de indução quando se refere ao estado normal de um gene assim como sinónimo de estado constitutivo quando se aplica ao efeito de uma mutação)*” (1997, 52).

mais frequente e se distinguiria, por exemplo, pela produção de consequências consideradas socialmente negativas como a violência - “uso abusivo é quando eu tomo álcool e bato, ou bato na mulher, no marido (...) Tu vai numa festa, enche a cara, morre, mata”. Não é porque haja um uso abusivo que a dependência esteja necessariamente instalada no corpo e este diagnóstico seria capcioso:

a gente não sabe bem às vezes o que é. Tem gente que para. Tem uma senhora que parou o álcool e nunca mais tomou. Nunca mais. 75%, em torno disso, a gente diz assim, tem uma doença por trás, principalmente uma doença afetiva, depressão, bipolaridade. Então essa senhora que veio, a primeira vez que ela veio aqui, ela é uma senhora muito simples, analfabeta, mulher de pescador, situação familiar complicada [...] ela veio uma vez, veio várias vezes, mas da primeira vez ela nunca mais bebeu, nunca mais. Ela tinha uma depressão por trás, eu tratei a depressão dela, até hoje dou remédio, nunca mais bebeu.

Nem todo uso é “abusivo”, podendo ser também “recreativo” e sem grandes consequências individuais e sociais, sem uma espécie de cronificação do desejo como entendi. Porém, para Sell, A., o problema seria “o uso de substâncias de poder como droga de abuso”, ou seja, sem os devidos rituais, controles sociais, supervisão e prescrições presentes nos grupos que tradicionalmente agenciam substâncias psicoativas e, nesse sentido, haveria uma “deturpação” do uso que acarretaria nos problemas – assim vistos como tal – relacionados em nossa sociedade. Para ilustrar tal argumento, ele narrou uma experiência pessoal durante uma cerimônia do Santo Daime⁴⁸, quando sentiu que entrou no cipó da *Banisteriopsis caapi*⁴⁹:

⁴⁸ O Santo Daime, ou “doutrina do Santo Daime, como é conhecida, surgiu entre os anos 20 e 30, no interior do estado do Acre, no Brasil. O primeiro centro daimista, e que ainda existe, é o Centro de Iluminação Cristã Luz Universal Alto Santo, nos arredores da capital Rio Branco. Raimundo Irineu Serra, o Mestre Irineu, falecido em 06 de julho de 1971, foi um dos fundadores do Alto Santo e tornou-se seu líder espiritual mais importante” (Groisman, 1999, 13).

⁴⁹ “A *Banisteriopsis caapi* é uma planta da família das Malpigiáceas, do gênero *Banisteria*. Foi investigada por Richard Spruce, a partir do contato de Spruce com os índios Záparo, na Amazônia, em 1857” (Groisman, 1999, 33).

eu entrei dentro desse vegetal nessa viagem e eu fui ficando cada vez menor, quando eu estava do tamanho de uma pulga, eu me assustei e pedi socorro e o rapaz, como é um ritual, trouxe-me para fora e me deu apoio. Se fosse para tomar aquilo ali em um ambiente que não tivesse um ritual, eu teria enlouquecido, porque eu estava indo me jogar para a escuridão, na realidade, entendesse? Então tem que ter o ritual e o grande problema das drogas de poder, de abuso, é a purificação, a destilação e o uso sem ritual, porque nós não nascemos para o ritual, nossa sociedade não tem um ritual de drogas de poder.

Para ele, o uso de substâncias como álcool destilado e a cocaína purificada seria problemático pela ausência do que chama de ritual e de quantidades culturalmente prescritas. Citou como uma referência o antropólogo americano Michel Winkelman⁵⁰. Referiu-se à formação de uma “cultura” em torno do LSD e dos cogumelos na Guarda do Embaú, praia do município de Palhoça, onde haveria a produção de drogas sintéticas, “o quente agora”, e de onde saíam alguns de seus pacientes. O problema para ele seria uma espécie de sobreposição de uma cultura de fora sobre a local e a falta de uma estrutura psicológica e intelectual da juventude para lidar com essas substâncias. Assim, a questão parece ser a formação de uma cultura recreativa desse uso e não religiosa, espiritual e/ou terapêutica, e cujas experiências de uso e de experimentação de si, sem os parâmetros considerados como mais tradicionais, parecem mais perigosas, sendo desaconselhadas. Nesse sentido, pode-se talvez pensar em um reconhecimento menor dos conhecimentos dessa “cultura” na administração dos psicoativos.

Às experiências de Sell, A. nas ruas de Florianópolis e no CECRED, em conjunto com as pessoas que se mobilizavam e iam compondo uma espécie de rede em torno do uso de psicoativos, na qual

⁵⁰ Segundo o site do antropólogo Dr. Michael Winkelman: “*seus interesses em ensino e pesquisa tem como foco o xamanismo e a medicina psicodélica, a antropologia médica aplicada, e relações cross-culturais. Sua pesquisa sobre xamanismo inclui os estudos cross-culturais, investigações acerca das origens do xamanismo e as aplicações contemporâneas da cura xamânica na reabilitação do abuso de substância. Ele tem sido pioneiro nas perspectivas sobre xamanismo como a neuroteologia original da humanidade e nos estudos sobre as bases biológicas da religião*” (tradução minha. Fonte: <http://michaelwinkelman.com/about/>).

era/é o médico e, nesse sentido, distinguiu sua atuação da dos agentes redutores de danos, somam-se as que desenvolve no manejo da clínica com seus pacientes e que identifica como de redução de danos e como resultado também do que aprendeu com tais experiências. Ele trouxe como exemplo um caso de um paciente classificado como alcoolista, em um contexto onde o atendimento nos hospitais não é possível e a administração medicamentosa não supervisionada não seria aconselhável, para evitar a possibilidade perigosa do usuário misturar o medicamento com álcool. “*Então alguma coisa nós temos que fazer com eles. Então fazemos redução de danos. Tem gente que diz que não é, mas eu acho que é, é redução de danos*”. A orientação necessária é a redução do consumo e se cria estratégias para isso:

Como a gente faz? Tem uma garrafa, o senhor pega metade de uma garrafa de cachaça e põe água e o senhor vai tomar duas garrafas por dia como o senhor toma, só que vai ser equivalente a uma garrafa. Depois de alguns dias, o senhor vai diminuindo e aí chega um momento em que só vai estar tomando de noite, daí eu posso dar o remédio de manhã, ou posso dar o remédio de noite, daí se dou de noite, no dia seguinte ele já está sem a fissura, mas aí isso tudo supervisionado.

Mudar os comportamentos para alterar os circuitos cerebrais que se expressariam nos hábitos, nos automatismos do corpo, da mente e das sensações. Modificar os modos de agir “por” circuitos cerebrais através da auto-observação também é para Sell, A. redução de danos, cuja técnica ele aprendeu com o que considerou como um de seus pilares formativos, a terapia cognitiva comportamental.

Porque para mim o tratamento está na pessoa, usando palavras do Rogers, porque o poder está na pessoa, se ela desencadeia consciência das coisas, vai te formar um circuito cerebral, do meu ponto de vista neurobiológico, isso é o modelo, não vou dizer que é verdadeiro, mas é o modelo que eu faço.

Assim, para ele é fundamental que a pessoa aprenda sobre si, observe-se, saiba o que acontece consigo, corpo e mente, para, por exemplo, no caso dos usuários de psicoativos categorizados como “*dependentes químicos*” conseguirem perceber quando a fissura, “*que é o forte desejo de consumir a droga*”, é desencadeada para poderem tomar atitudes e precauções que evitem o uso e assim a perda de

controle sobre si – “*o que acontece no corpo? O que acontece no cérebro? No pensamento? Nas imagens? O que acontece nas emoções?*”.

Destacou a linguagem como uma parte importante do processo, que deve ser simples e direta, para que a comunicação com os “pacientes” seja mais efetiva, assim, por exemplo, o álcool “*uma substância muito destruidora do corpo, principalmente do sistema nervoso central e periférico*” pode causar neuropatia periférica – “*O que é isso? É a destruição da camada dos nervos e aí eu pergunto: tem formigamento nas pernas, tem câimbra e tem dor?*”. Utiliza-se de expressões e termos acionados pelos usuários de psicoativos, aprendidos com eles, como o termo *espiaceira*, do termo espiar, que remeteria à paranoia e ao delírio de perseguição induzidos pelo uso de cocaína. Assim, em vez de perguntar “Você tem delírio paranoide?”, interroga-se “Você tem espiaceira?”. Para identificar o uso de substâncias sintéticas como o LSD, pergunta-se, por exemplo, para o usuário se a parede derrete, e esta identificação é muito importante, pois, segundo Sell, A., a falta de experiência da psiquiatria tradicional com os chamados alucinógenos pode levar a atribuição de diagnósticos errados, como o de esquizofrenia aos usuários. Um dos recursos que aciona é a encenação para os pacientes dos efeitos dos psicoativos no corpo, assim do álcool no fígado, por exemplo, pois para ele às vezes as imagens são mais entendidas do que o que é dito.

Ponderou as críticas aos médicos e fez outra ao que chamou de antipsiquiatria e atendimento psicossocial, que “esqueceriam” o aspecto biológico da “*doença da dependência química*”, “*porque a substância – maconha, cocaína, etc – álcool, produz uma alteração orgânica, é uma doença sistêmica, envolvendo evidentemente o psicológico, o social, o antropológico, espiritual*”. Espiritual no sentido do “*relacionamento respeitoso*” com outras pessoas e com a natureza. Para ele, o atendimento psicossocial deveria incluir a dimensão biológica: biopsicossocial. Ao mesmo tempo reconheceu as críticas à psiquiatria e se disse contrário a “medicalização” considerada “excessiva” das pessoas, que do seu ponto de vista as impregnaria – “*sintomas extrapiramidais*” – tornando-as mais “*zumbis*” do que contribuiria terapêuticamente: “*eu recebo aqui pacientes em que está na moda encher de aldol, um antipsicótico, e a pessoa não tem consciência para poder fazer um trabalho psicológico, para mudar o circuito do meu ponto de vista*”.

Voltando ao paciente alcoolista, Sell, A. mencionou que se faz uma alta reposição de vitaminas B1 e B12, alerta-se sobre possíveis consequências da continuidade do uso e “*se já não bebe mais*”, há melhoras significativas no quadro clínico em um mês. Uma parcela dos usuários de álcool, segundo ele, tem tendências genéticas ao alcoolismo, alguns bebem muito em determinado tempo, padrão de beber conhecido como *binje*, beber pesado episódico, “*dipsomania antigamente*”, outros sofrem de apagão, “*muito perigoso*”, pois a pessoa “*entra em outra, fica no automático e não sabe o que fez*”.

Relatou que muitos usuários de álcool que procuram o atendimento também são usuários de cocaína. Esta pode provocar sensações de agitação e euforia que estimulariam seu uso, amainadas através da administração de substâncias como o fenergan⁵¹ e diazepam, mencionada como ação de redução de danos. O uso dessas substâncias é para ser medicamentoso, como o da maconha poderia ser, no caso dos usuários que já a utilizam, já que contribuiria, no caso da cocaína e do crack, para a diminuição da fissura e dos sintomas da abstinência – ansiedade, inquietação, irritabilidade, insônia e falta de apetite.

Sell, A. relatou que não receita a *cannabis sativa*, até porque do seu ponto de vista as pessoas deveriam parar de usar psicoativos, ainda mais num contexto que para ele é desestruturado e sem ritual, como dito anteriormente. Diz-se “*a favor da lucidez [...] eu não vou receitar... acho que a gente tem que parar, esse é o meu ponto de vista, tudo*”. Sua meta é a retirada total das substâncias,

mas tem gente que continua a ficar usando seu baseadozinho, não vou dizer também tem que tirar o baseado. Quanto é que tais fumando? Dou um tapinha de manhã, um de noite. Aí então eu ensino a fumar maconha.

Ensinar, pois, segundo Sell, A., a maconha “pode causar dependência” e abstinência conforme a quantidade de cigarros fumados por período e, nesse caso, a orientação é a redução gradual do consumo.

⁵¹ Fenergan: cloridrato de prometazina “é indicado no tratamento dos sintomas das reações anafiláticas (reação rápida e progressiva a uma substância) e reações alérgicas. Graças à sua atividade antiemética (proporciona alívio de náuseas e vômitos) é utilizado também na prevenção de vômitos do pós-operatório e dos enjoos de viagens. Pode ser utilizado, ainda, na pré-anestesia e na potencialização de analgésicos, devido à sua ação sedativa (calmante)” (ANVISA, site: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=7556382015&pIdAnexo=2822070)

Nesse sentido diferenciou o usuário que fumaria dez, quinze cigarros por dia de outro que a usaria aos fins de semana. Explica aos usuários – “*tudo eu dou aula*” – que a maconha é composta pelo canabidiol, “*que é o calmante*”, e pelo THC, “*que dá a viagem*”, este último geralmente em maior quantidade na *cannabis* fumada, o que pode desencadear a psicose, no caso daqueles que já teriam uma tendência a este quadro. Outras orientações: “não pensar” (segurar a fumaça), pois com o tempo pode causar enfisema pulmonar, e “não fumar baseado de ponta”, pois haveria maior concentração de THC e substâncias nocivas.

Parece mais uma vez que o que estaria em jogo não seria tanto a substância em si, mas seu contexto e modo de uso, assim:

se tu queres fazer o tratamento, nós vamos usar a maconha como medicamento e não como droga. Separo, entendesse [...] estou tomando um fenergan ou usando um baseado sem pensar, estou escolhendo algo que não é a droga, não é o fenergan, nem a maconha usada assim, estou escolhendo uma outra opção e vai formando um circuito cerebral de não mais droga, entendesse.

Ao mesmo tempo, hierarquizou as substâncias quanto às suas propriedades e aos perigos que seus usos poderiam acarretar, como a dependência, pensando no aspecto biomédico, assim, a *cannabis* seria preferível à cocaína e ao crack. E no caso do crack, o seu uso é diretamente associado a consequências consideradas socialmente negativas como “*cair na rua*”, mesmo que haja o reconhecimento de usuários que o utilizam de modo eventual ou sem grandes consequências para si e para outros. O uso da *cannabis* como estratégia de redução de danos deve ser problematizado, segundo Sell, A., por exemplo, no caso das substâncias como o LSD, pela possibilidade do chamado efeito *flashback*, que é quando o usuário revive as sensações da substância, mesmo sem ter usado novamente, o que poderia vulnerabilizá-lo e fazê-lo perder a noção da realidade. E ela não seria recomendável para aqueles que sentem fissura quando não a usam ou para portadores de esquizofrenia, por exemplo, pela possibilidade de despertar quadros psicóticos.

Em dado momento de nossa conversa, problematizou a redução de danos (pensada sem incluir a abstinência) como orientação, remetendo à singularidade de cada usuário, ao citar o caso de um paciente, usuário de crack, que, após a separação da esposa, entrou em crise, passou a morar na rua e quase tentou o suicídio:

essa noite ele não se matou em baixo da ponte porque ele se lembrou de nós e veio correndo para nós. Então tu achas que eu vou ter uma redução de danos e vou dizer que pode usar, porque depende da minha postura também.

Esta *singularidade* aparece nos relatos de Sell, A., que apontaram para uma variedade nas trajetórias do uso de psicoativos das pessoas com as quais interage, mesmo daquelas que conhece no seu consultório e estão em momentos delicados da relação com as substâncias. Momentos delicados que muitas vezes são histórias “pesadas”, assim o profissional de saúde precisa “*saber lidar com o horror*”. Para isso,

eu tenho um trabalho que aprendi, de prestar atenção em mim nesse momento, mas eu já tive disso: um cara que falava tanto, tanta desgraça que eu me perdi nele, saí dali arrasado, porque eu não prestei atenção no meu pé, na minha respiração e ‘agora, o que está acontecendo contigo?’ Para ele voltar e eu voltar.

Apesar das ressalvas pessoais e profissionais ao uso de psicoativos, principalmente aquele para fins não terapêuticos, e das histórias não muito felizes com as quais lida no seu cotidiano, Sell, A. mencionou que o uso de “*drogas*” pode possibilitar para muitas pessoas “*uma expansão de consciência, chamada consciência cósmica*”. “*Quase cósmico*” seria a descrição da sensação do prazer que o uso de crack proporcionaria ao usuário, pelo próprio mecanismo de incorporação da substância pelo corpo. O crack atingiria o cérebro mais rapidamente, com um efeito semelhante à cocaína injetável. Isto explicaria a substituição desta pelo crack, e em menor medida pela cocaína inalada, segundo a hipótese levantada por Sell, A., além de que “*talvez fosse mais fácil, não precisava de seringa*”. Esse “*momento de estar fora*” proporcionado pelo crack, pontuou, seria de pouca duração e caracterizaria o início do uso, uma sensação sempre a ser perseguida.

O crack, dentre todas as substâncias citadas, como já vimos no capítulo anterior, não só representou um ponto de virada e um desafio na política de redução de danos em Florianópolis na perspectiva de vários dos participantes da pesquisa, como, em comparação com outras substâncias, figurou como mais perigosa não só em termos dos *danos* – físicos e morais – que provoca nas pessoas que as usam, mas nas relações não só imediatamente mais próximas, como nas mais abrangentes na cidade, sendo associada, inclusive, com a intensificação da violência local. Para Martins, C. por exemplo, o

usuário de crack não tem como, não sei... usuário de crack... eles não entendem, acho que não tem cabeça, não sei explicar o que é usuário de crack, usuário de crack simplesmente...o usuário de droga injetável tinha ainda, um pouco que seja, mas assim sabe, um pouco de amor-próprio, eu acho assim, usuário de crack não tem nada, não tem nem amor-próprio, não tem, ou aquele que está usando ou aquele que deixou de usar, porque aquele que está no auge do uso do crack não se ama, não tem nem amor-próprio, tu pode ver são pessoas que não tem ninguém, eles não tem uma família, as famílias que eles tem, eles perdem ainda [...] os parentes que eles tinham e apoiavam de repente não apoiam mais, eles não estão nem aí, se come, come, se não come, eles querem usar droga [...] o crack veio para destruir as famílias, e olha, minha filha está com dezoito, há vinte anos trabalhando com usuário de droga, olha nesses últimos anos aí do crack, eu já vi famílias e famílias inteiras destruídas, pai e mãe. Antigamente te detonava, te detonava tu, mas tu não incomodava tua família, usuário de droga estava usando na rua, hoje em dia não, não é o usuário que tem que fazer o tratamento, é o usuário, a família e a rede social dele todinha, porque fica todo mundo doente, deixa todo mundo louco cara.

Haveria uma singularidade na relação entre o usuário e o crack, que o diferenciaria dos usuários de outras substâncias, como as citadas maconha, a cocaína e a bala, que o faria perder qualquer tipo de “*controle moral*”, que o faria ultrapassar qualquer limite em relação à alteridade na busca pela saciação do desejo através do uso da substância, talvez pelo alto “*poder de viciar*”. Ela atrelou ao crack à percepção de que “*hoje em dia realmente a vida está muito banal*”. Para ela, “*às vezes é difícil para eu entender como uma pessoa se afunda tanto*”, comparando com sua experiência como ex-usuária de psicoativos, caracterizada pelo “*domínio*” sobre a substância.

Nos termos invocados por Taniele Rui, pensando a partir do corpo e da categoria noia, categoria esta, vale destacar, não acionada pelos participantes da pesquisa, os usuários de crack parecem causar

abjeção menos pela falta de limpeza ou pela transmissão de fluidos/doenças e mais porque

perturbam ficções de identidade, sistema e ordem; porque não respeitam fronteiras, posições e regras; em suma porque são ambíguos. Tais corpos estão às margens [...] ocupando brechas nos espaços entre a lei e a disciplina e, nesse sentido, expressando tanto perigo quanto poder (2012, 10).

Perigo e poder se conectam à categoria de poluição, como nos mostra Mary Douglas, e nos ajuda a pensar sobre o comentário corrente relativo à “falta de limpeza” e ao mau cheiro dos usuários de psicoativos atendidos, das condições precárias dos mocós, cuja convivência e capacidade de suportar funcionava como uma espécie de rito de passagem para o agente redutor de danos, tanto para o desempenho da atividade, como para a relação com o usuário de psicoativo. Evita-se a poluição, pois evita-se o perigo. Ou ainda, polui-se para provocar a evitação de outros e se salvaguardar. Como aponta a autora

há um duplo jogo de inarticulações. Primeiro há uma aventura pelas regiões desordenadas da mente. Segundo, há uma aventura além dos limites da sociedade. O homem que retorna dessas regiões inacessíveis traz consigo um poder inacessível àqueles que tenham permanecido sob o controle de si mesmos e da sociedade.

Esse jogo ritual de formas articuladas e inarticuladas é crucial para o entendimento da poluição. No ritual, a forma é tratada como se estivesse imbuída de poder para manter-se em vida, porém sempre sujeita a atacar. O disforme é também creditado com poderes, alguns perigosos e alguns bons [...] considerem-se as crenças sobre pessoas em situação marginal. Estas são pessoas que estão de algum modo excluídas do padrão social, que estão deslocadas. Podem não estar fazendo nada de moralmente errado, mas seu status é indefinível [...] o perigo está nos estados de transição, simplesmente porque a transição não é nem um estado nem o seguinte, é indefinível. A pessoa que tem de passar de um a outro, está ela própria em perigo e o emana a outros [...] Parece que se uma pessoa não tem lugar num sistema social, sendo, por conseguinte, marginal, toda precaução contra o perigo deve partir dos outros. Ela não pode evitar sua situação anormal. Isto é aproximadamente como nós próprios olhamos as

pessoas marginais num contexto secular (Mary Douglas, 2010, 118-121).

As relações e os limites entre limpeza e sujeira, pureza e perigo, são, no contexto da rua, como mostra Mariana Martinez, manipulados pelas pessoas “*de forma ambígua*”:

A fabricação do corpo sujo ocorre de forma gradual, quanto mais tempo se prolonga nas ruas, mais sujo o corpo pode ficar devido às degradações do clima, falta de banhos, roupas encardidas, uso contínuo da pinga – fatores próprios da movimentação pelas ruas. Contudo, em função do estigma conferido a esses corpos, os sujeitos esforçam-se para uma boa aparência e para um corpo limpo, a fim de se afastarem da imagem do estigma. Quando querem apelar para a imagem do mendigo e para a mendicância, usam a imagem do “sujo”, mas quando estão em busca de emprego, seu corpo deve ser “limpo” (2011, 117).

Nunca esqueço de uma pessoa que atendi, quando trabalhava no PRD-CR de São Bernardo do Campo: era de manhã, estava na sala organizando alguma burocracia, quando o coordenador do Pronto Atendimento Psiquiátrico bateu à porta e me chamou, dizendo que havia uma pessoa ali de fora, que provavelmente eu deveria atender, ou seja, pois faria parte do público atendido pelo meu serviço. Agradei e saí da sala, quando me deparei com este homem, que não estava apenas sujo e mal cheiroso, como já acostumada, mas todo ensanguentado: o rosto, os braços, o pescoço, o peito que aparecia na gola aberta da camisa, o que foi uma surpresa para mim naquela manhã. Mas como uma redutora, seguindo o que aprendi no serviço com o coordenador, os colegas e as experiências do dia a dia, segurei o susto, sorri, dei bom dia, cumprimentei-o com um aperto de mãos, apresentei-me e o serviço e perguntei o que ele queria, atenta. Percebi que o encadeamento de suas ideias era desconexo e como não sabia de onde vinha aquele sangue, se era dele, se era de outra pessoa, e ele não contava o que acontecera, e estava sozinha, recorri aos meus colegas do CAPS III. Um deles, psicólogo, junto comigo, conversou com ele, que, posteriormente, tomou banho, comeu, foi medicado e dormiu nesse dia no leito. Enquanto isso, buscamos saber quem ele era, através de consultas no sistema. Nunca esqueço seu olhar intenso, parecia que a qualquer momento ele poderia “pular no meu pescoço”. Acompanhamos esse homem, eu e outro colega do PRD-CR, neste dia e no dia seguinte ao serviço de DST/Aids, no qual ele tinha um prontuário e foi consultado.

Descobrimos que ele tinha uma companheira, sobre a qual não soubemos notícias. Depois de voltarmos ao complexo CAPS, ele partiu e nunca mais o vi. Não esqueço, quando estávamos conversando, ele me perguntou se eu sabia quem era Hígia do tempo dos gregos e me contou a mitologia. Ela era a deusa da saúde, limpeza e sanidade. Pureza e perigo, sujeira e limpeza, contaminação, temas significativamente presentes na sua fala.

Gilles Deleuze logo no início do texto intitulado **Duas Questões** escreve:

Está claro que não se sabe o que fazer com a droga (mesmo com os drogados), porém não se sabe melhor como falar dela. Ora se invocam prazeres difíceis de descrever e que já supõem a droga; ora se invocam, ao contrário, as causalidades muito gerais, extrínsecas (1992, 63).

O autor então pergunta: “*pode-se conceber uma causalidade específica da droga, em quais direções?*” (Deleuze, 1992, 64). Esta causalidade específica se refere a “*traçar um território ou o contorno de um conjunto-droga, que estaria em relação, de um lado, com o interior, com as diversas espécies de drogas e, de outro, com o exterior; com as causalidades mais gerais*” (Deleuze, 1992, 63). E aponta que

na droga haveria alguma coisa de muito particular; é que o desejo investiria diretamente o sistema-percepção [...] Por percepção é preciso entender as percepções internas, não menos que as externas, principalmente as noções de espaço-tempo (Deleuze, 1992, 64).

Olhar para questão da percepção permitiria pensar este *conjunto droga* de modo a ligar esta dimensão do uso às “*causalidades exteriores mais gerais*” (1992, 64) - “*considerações sociológicas, problemas de comunicação e de incomunicabilidade, situação dos jovens etc*” (1992, 63).

A segunda questão que o autor coloca

seria a de dar conta do ‘desvio’ da droga, em que momento este desvio sobrevém. Sobrevém, necessariamente, muito rápido e de tal maneira que o fracasso ou a catástrofe fizesse necessariamente parte do plano-droga? (1992, 63-64).

Conforme as falas dos participantes da pesquisa, não necessariamente – ou ainda não necessariamente o tempo todo, pensando na fala de Martins, A. sobre “*o mito do uso compulsivo o*

tempo todo” – pois, como vimos, dependeria da relação estabelecida entre o usuário e a substância, “*o conjunto-droga*” e que, como tal, envolveria dimensões interiores e exteriores, das percepções internas – dos efeitos, experiências e constituição, pesando no fator genético mencionado na pesquisa – às relações sociais e aos contextos envolvidos. As substâncias, nesse feixe de relações, aparecem, no tocante às pessoas, ora como objetos, ora como sujeitos da relação.

Partindo-se dessa ideia do desejo investido na percepção, as pessoas, ao usarem as substâncias, buscariam o que Deleuze chama, no mesmo texto, de “*experimentações vitais*”, que ocorrem “*quando uma tentativa qualquer agarra você, se apodera de você, instaurando cada vez mais conexões, abrindo-o conexões*” (1992, 65), como a busca pelo prazer “*quase cósmico*” mencionado por Sell, A. sobre o uso de crack, que marcaria o início e o engajamento na carreira de usuário de psicoativo. A *questão* é que

tal experimentação pode comportar um tipo de autodestruição [...] [que] não é suicidária na medida em que o fluxo destruidor não se rebate a si mesmo, mas serve de conjugação de outros fluxos, quaisquer que sejam os riscos (Deleuze, 1992, 65).

Riscos estes alguns passíveis de serem manejados pela ótica da redução de danos. A linha tênue aqui é quando o usuário transita da experimentação vital para o “*domínio [...] dos empreendimentos mortíferos*”, “*quando tudo é rebatido unicamente sobre esse fluxo [...] É o contrário das conexões; é desconexão organizada [...] onde a droga é pela droga*”. Neste domínio, as “*linhas de fuga ativas*” que o usuário produz, ou intenta, ao usar o psicoativo

se enrolam, se põe a girar nos buracos negros [...] onde também todos os controles são perdidos e onde se instaura o sistema da dependência abjeta, dependência com relação ao produto, à posse, às produções fantasmagóricas, dependência com relação ao fornecedor, etc (Deleuze, 1992, 65).

Assim, o crack, mais do que as outras substâncias psicoativas, figura em parte das falas como um “propulsor” de engajamentos perigosos, ainda que vivos, em direção aos “empreendimentos mortíferos”, sendo visto às vezes como “imunes” às estratégias de redução de danos. Assim, para Cardoso, por exemplo, num pensamento alinhado a outros participantes da pesquisa, a redução de danos não seria uma estratégia apropriada para o usuário de crack, porque só faria sentido:

se ele compreender que ele precisa de ajuda, que ele precisa de tratamento, e que precisa ser internado. Como que tu vai reduzir o crack? O efeito dele é o mesmo, você não reduz, embora a gente veja que algumas pessoas [se mantém] dentro do comportamento. Eu vi muito isso em Rio Preto, aqui não: muitas pessoas que não usavam na semana e só usavam o crack de final de semana [...] A redução de danos para o crack é parar. Não tem outra substituição. Então dificulta. É por isso que a gente tem aí uma população grande de moradores de rua, indigentes, um monte de zumbi. Que o correto é que se tivesse tratamento para todo mundo e fizesse internação compulsória [...] Tem que ser de acordo com o desejo e mesmo assim não é todo lugar que você tem clínicas para tratamento, para a mulher pior ainda.

É interessante notar as tensões e ambiguidades reflexivas quando se pensa no usuário de crack, aquele que engaja naqueles empreendimentos mortíferos, pois como a participante da pesquisa afirma, haveria usuários eventuais, não em Florianópolis na sua experiência, de fim de semana, que fariam um uso mais “recreativo”, talvez “abusivo”, mas sem uma relação de “dependência”. A internação compulsória é vista como uma opção, ao mesmo tempo que o usuário tem que querer, desejo que seria dificultado pelo efeito, ou ainda agência, da substância. Um elemento interessante na sua fala é a percepção da redução de danos como um “não tratamento”, diferente da *internação*. Gomes, em um momento de nossa conversa, também disse que redução de danos não é tratamento. Essa perspectiva talvez derive da ideia de que tratamento é, no fim das contas e, idealmente, para os entrevistados a abstinência. Ao mesmo tempo, Sell, A., mesmo sendo “a favor da lucidez”, traz e pensa a redução de danos como tratamento e a agência na clínica.

É pertinente pensar na dimensão da percepção dos usuários, e, por conseguinte, nas temporalidades próprias deles, cuja importância foi levantada pelos participantes da pesquisa, de se atentar a estas e acompanhar o movimento, marcado, por exemplo, pelas idas e vindas citadas dos usuários atendidos entre a rua e o CECRED, quando solicitavam aos agentes redutores “*tratamento*”. Nesta direção, Sell, A., em nossa conversa, destacou a importância de tratar bem e estar sempre de “*braços abertos*” para os usuários – “*vem, recaiu, vem*” – e citou o

poeta sufi Rumi e o trecho de sua poesia intitulada **A dança da alma**, que deixava afixada no painel da recepção do CAPS AD, onde trabalhava na época da pesquisa:

Vem, vem, seja você quem for,
 não importa se você é infiel, um idólatra,
 ou um adorador do fogo;
 Vem, nossa irmandade não é um lugar de desespero;
 Vem mesmo tendo violado seu juramento cem vezes,
 vem assim mesmo.

A questão da indicação da cannabis como estratégia de redução de danos para usuários de crack, por exemplo, apareceu no meu cotidiano quando trabalhei como redutora de danos e foi apresentada aos participantes da pesquisa, mas não foi um assunto que surgiu espontaneamente nas entrevistas. Indagada sobre o tema, Vidor ponderou que dependeria do caso, se a pessoa já usasse ou expressasse que o uso aliviaria a fissura, por exemplo. O complicado seria em sua perspectiva assumir de antemão essa opção. *“O quão motivado ou o quão o terreno está pronto para a gente tentar fazer ele não usar mais droga ilícita nenhuma? Então essa seria a minha primeira opção”*. Para ela, a melhor opção é o uso de medicamentos prescritos – *“drogas lícitas”* – pois, por serem conhecidos em termos dos efeitos, inclusive adversos, e de composição – *“teoricamente a gente sabe do que é feito”* – seria mais fácil manejá-los, controlar os sintomas e retirá-los.

Ele vai ter a noção de que ele está em tratamento. Como o alcoolismo [...] ‘Ah, vou ficar dependente do benzodiazepínico’: vai, mas é menos pior ficar dependente do benzodiazepínico do que do álcool. Aí depois a gente vai tirando o benzodiazepínico, porque a gente consegue fazer o desmame [...] Tudo depende da situação [...] se ele conseguir não ter vinculação com nenhuma droga ilícita ou não ter nenhuma dependência química, que é o ideal, melhor. Então acho que esse deveria ser o objetivo. Mas esse objetivo ele vai ter que ser enquadrado em que fase da história tu estas e o que tu está a fim de propor [...] Se a melhor opção for o baseado para lidar com a fissura, que seja. Tudo bem. Pactuamos que vai ser isso? Vai ser isso.

Há muito informação em relação ao uso de psicoativos, produzida por uma gama diversificada de áreas do conhecimento, desse modo, para Vidor, estar nessa área não envolve apenas a ideia de *formação*, mas de *especialização*. Ao mesmo tempo que se referiu à

diversidade de conhecimentos disponível, apontou como um problema a questão da ilegalidade das “drogas” como um entrave para o conhecimento e para o cuidado na saúde:

A gente conhece o que de droga ilícita? Como é ilícito a gente não estuda [...] Como é que a gente vai fazer redução de danos? Porque a gente não entende isso [...] O que está rolando agora? Quais são as balinhas que estão rolando? Não sei o que eles estão misturando nesse negócio. Então não vou conseguir discutir contigo assim como é que a gente reduz efeito desse negócio, que eu não faço nem ideia do que está acontecendo! E isso é o sistema de saúde tradicional. A gente sabe usar as drogas com as quais a gente sabe lidar, que são aquelas que são oficiais, legalizadas. O que não é legalizado a gente não faz nem ideia.

Perguntei se fazia sentido então falar em redução de danos para drogas legais e a resposta foi positiva:

é isso o que a gente faz. A gente substitui uma pela outra. Usa um benzodiazepínico de ação prolongada em substituição de um de ação curta para depois ir tirando, porque o de ação curta gera mais dependência [...] Passa um benzodiazepínico em comprimido para um benzodiazepínico em gota, para depois ir mexendo na dose de uma forma muito mais fácil, mais gradual, e deixando o paciente confortável, às vezes substituindo por um placebo – sim, a gente faz isso [...] Porque às vezes a dependência é psicológica, não é química e aí a gente vai tentando entender o outro problema que está por trás.

O problema do seu ponto de vista é o profissional de saúde – e aqui o destaque é para o da medicina – pressupor o que as pessoas conseguem ou não e assim nem oferecer as opções disponíveis, e as decisões então seriam baseadas “*numa informação inadequada. Então na verdade tu não está tendo opção, está sendo ludibriado – não é nem a intenção te ludibriar, mas eu acabei fazendo isso*”. Traz como exemplo ilustrativo a possibilidade de parar o uso de cigarro e álcool ao mesmo tempo, às vezes nem oferecida, segundo ela, porque partir-se-ia da ideia de que o usuário não conseguiria, sem nem consultá-lo.

Quem vai ter que dizer se dá ou não dá é tu [...] porque aí é aquela coisa do respeito que a gente

[...] está achando que está tendo e não está [...] É tu que vai dar teu limite, não vai ser eu [...] Eu tenho que dizer [...] se acontecer aquilo, a gente pode fazer tal coisa – o que tu acha que tu dá conta? Agora eu prescrever o baseado eu não vou [...] Eu já vi médico prescrevendo cigarro para lidar com ansiedade, se tu precisar, tu quer fazer, tudo bem, a gente está topando que tu vai fazer – é diferente de eu dizer assim “então tu fuma um de duas em duas horas” [...] Porque eu estou oficializando. É só uma questãozinha de como funciona a abordagem.

Um dos participantes da pesquisa relatou que já fez uso da cannabis como forma de redução de danos, inclusive, dos medicamentos prescritos que tomava, tensionando e relativizando, de certo modo, essa relação entre “tóxico” e “remédio”, que poderia se supor sobre esse psicoativo se pensarmos na sua ilicitude. O desfecho narrado em relação ao psiquiatra que o atendia segue a discussão trazida por Vidor e Sell, A. acerca da prescrição desta substância:

Foi na época em que eu entrei na redução de danos [...] eu tomava meio diazepam, tomava antidepressivo, [...] tomava lexotan⁵² [...] eu não dormia, tinha compulsão por trabalho. Compra e trabalho. Aí quando o médico falava em tirar o remédio, eu surtava, não conseguia. [...] Aí quando foi o fim de semana, eu fui na minha amiga, passei o fim de semana, e lá fumamos de boa, dormimos, normal. Aí ela morava perto da minha casa e eu ia todo dia na casa dela, porque não sabia fechar. Depois de duas semanas, o Rui era meu psiquiatra na época, aí nossa ele brigou, fez todo aquele sermão [...] Aí depois ele olhou para minha cara e disse: “você está bem”. Aí eu expliquei o que tinha acontecido [...] então era preferível que eu continuasse o uso. Então, desde

⁵² Lexotan: bromazepam “é indicado para ansiedade, tensão e outras queixas somáticas ou psicológicas associadas à síndrome de ansiedade. É indicado também para o uso adjuvante no tratamento de ansiedade e agitação associadas a transtornos psiquiátricos, como transtornos do humor e esquizofrenia. Os benzodiazepínicos são indicados apenas quando o transtorno submete o indivíduo a extremo desconforto e é grave ou incapacitante” (ANVISA, site:

http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6816812015&pIdAnexo=2774769)

os meus vinte e seis anos, eu não tomo mais medicação nenhuma de tarja preta. Durmo de boa, trabalho.

Se no relato acima um psicoativo não regulamentado como remédio serviu como tal, Sell, A. mencionou o alto consumo de medicamentos como psicoativos pelos profissionais da saúde – médicos, técnicos de enfermagem e biotécnicos – como os usados para dores fortes e pós-operatórios, como a “*meperidina*⁵³, *que é dolantina*”, cuja “viagem”, nas palavras dele, duraria cerca de duas horas e produziria dependência e uma abstinência “*muito ruim*”. A administração desta substância, por exemplo, é por injeção, sugerindo, assim, uma outra gama de “drogas injetáveis” em uso atualmente e de certo modo invisível nos programas e documentos oficiais acerca do uso de drogas e redução de danos. Outra substância injetável citada por alguns participantes da pesquisa foi o uso de anabolizantes.

⁵³ Meperidina ou dolantina: cloridrato de petidina “*destinado ao tratamento de episódio agudo de dor moderada à grave e espasmos de várias etiologias, tais como: infarto agudo do miocárdio, glaucoma agudo, pós-operatórios, dor consequente à neoplasia maligna, espasmos da musculatura lisa do trato gastrointestinal, biliar, urogenital e vascular, rigidez e espasmos do orifício interno do colo uterino durante trabalho de parto e tetania uterina [...] pode ser empregado, ainda, como pré-anestésico ou como terapia de apoio ao procedimento anestésico [...] A meperidina tem atuação curta e menos constipante do que os outros opiáceos. Seu lugar preliminar na terapia está no alívio da dor pós-operatória aguda e severa. A meperidina também é utilizada para a sedação pré-operatória, como um suplemento à anestesia, e para fornecer a analgesia durante o trabalho de parto. Também tem sido utilizada para aliviar a dor durante o infarto miocárdico, embora não seja tão eficaz quanto à morfina*” (ANVISA, site: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/firmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8827862017&pIdAnexo=6586905)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, procurei apresentar a trajetória da política de redução de danos em Florianópolis da perspectiva de algumas pessoas que trabalharam na sua implantação e implementação. Busquei articular as narrativas sobre esta política de forma a tratá-las de modo consistente e correspondente com o esforço e a contribuição das pessoas, tarefa esta que espero ter conseguido realizar.

A política de redução de danos foi articulada e fomentada pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, a partir da constatação crescente na década de 1980 da transmissão do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis, que representava na época a maior categoria de transmissão. Houve a organização de serviços de atendimento ao número cada vez maior de pessoas infectadas, como o Hospital Nereu Ramos, que já era referência para doenças contagiosas, e o Departamento Autônomo de Saúde Pública, voltado para a prevenção e transformado, posteriormente, no Ambulatório de DST de Florianópolis, quando descentralizado. Pouco se sabia sobre a Aids e a preocupação era manter as pessoas vivas.

Nesta época o Programa Estadual de Aids também foi criado e, a partir deste, o Programa Estadual de Redução de Danos, que iniciou um trabalho de mobilização no estado, através da contratação de psicólogos afinados com a questão dos direitos humanos, para a realização de seminários, sensibilizações, capacitações e oficinas com pessoas de diversas áreas, da saúde à jurídica. Apesar da participação citada como fundamental dos psicólogos nesse processo, haveria uma resistência, por parte dos profissionais envolvidos nos serviços de saúde mental, conforme os relatos, a assumir institucionalmente o desafio que se colocava. Cada evento era preparado conforme o público e se buscava relativizar e desmistificar o uso de psicoativos, o preconceito relativo aos usuários e reforçar a importância da redução de danos para o cuidado dos usuários de drogas injetáveis, bem como controlar a transmissão do HIV, tônica geral das atividades deste tipo desenvolvidas, segundo os relatos, durante a trajetória da política de redução de danos.

O início da década de 1990 foi marcado pela implantação do SUS, acompanhada do processo de municipalização dos serviços. Este processo dificultou a implementação da redução de danos no estado de Santa Catarina, uma vez que dependia do convencimento dos gestores e profissionais dos municípios. Segundo os relatos, vários municípios de

Santa Catarina eram refratários a esta política, até em relação à distribuição de preservativos, e mal admitiam o uso de drogas injetáveis. Era comum as pessoas pensarem a redução como “apologia ao uso de drogas”, o que, pelos relatos, perdurou se não totalmente, quase na totalidade do tempo de existência da política de redução de danos, já que as capacitações e sensibilizações nunca cessaram.

É por meio de um desses seminários, mais especificamente, do Primeiro Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs, realizado no ano de 1993, conforme as indicações dos relatos e da bibliografia, que o tema do uso de *drogas injetáveis* é apresentado e discutido em Florianópolis. Esta cidade, junto com Itajaí, constituiu-se, em um dos dois primeiros núcleos de redução de danos do estado, funcionando primeiro como um programa dentro do Programa Municipal de Aids, para, posteriormente, começar a ser implantado como um serviço, através de um convênio firmado com a organização não-governamental Instituto Arco-Íris de Direitos Humanos, que, por sua vez, indicou os agentes redutores, enquanto a coordenação era ocupada por uma psicóloga, funcionária da prefeitura. Ainda faziam parte da equipe, um supervisor de campo e um supervisor psicológico.

Os seis primeiros meses do projeto eram fundamentais, pois sua consecução dependia da avaliação após esse período. A equipe fizera treinamento com a equipe de redução de danos de Porto Alegre para ganhar experiência e aprender mais sobre o trabalho. Outros profissionais de fora da rede municipal também eram chamados para prestar assessoria. Neste período “de experiência”, a equipe mapeou e realizou os campos, entregou kits de insumos, acolheu as pessoas e as encaminhou para os serviços da rede, produziu relatórios, buscou parcerias nas comunidades atendidas, mesmo com pouca estrutura. Organizou-se um evento, ao fim dos seis meses, o que rendeu a continuidade do projeto, esta sempre instável, pois regularmente dependia de avaliações de seu desempenho para a renovação dos contratos, o que resultava em atraso nos pagamentos dos trabalhadores.

No início, procurou-se não divulgar a experiência em curso, devido às resistências à política, externadas, por exemplo, pelo CONEN, COMEM e algumas organizações não-governamentais nos debates realizados. Essa situação de “quase-clandestinidade” era reforçada pela ilegalidade da troca de seringas, situação regularizada pela lei de número 11.063, de 28 de dezembro de 1998. A referida lei autorizava a “*distribuição*” de seringas para os usuários de drogas injetáveis, o que

garantiu mais proteção à atividade dos agentes redutores, que trocavam e recolhiam as seringas usadas nos campos.

Os campos eram o cerne das atividades do Programa de Redução de Danos, definidos ora como a área de atuação dos agentes redutores, ora como os locais onde os usuários injetáveis se encontravam, referidos como *mocós*. Eram realizados em duplas, que às vezes eram acompanhadas pela supervisão de campo. Não só os usuários de drogas injetáveis eram atendidos, como as equipes também conversavam e realizavam oficinas com as comunidades onde havia mocós. Buscava-se parcerias com os bares e outros pontos das comunidades para fixar pontos de trocas de seringas, de entrega de preservativos e até de medicação para a tuberculose, quando esta se converteu em um dos focos de preocupação da equipe.

O CECRED se constituiu como uma parceria importante do Programa de Redução de Danos de Florianópolis, de retaguarda, já que era o serviço que oferecia a opção de internação, quando os usuários de psicoativos encontrados nas ruas requisitavam esse tipo de opção. O médico responsável, como vimos, também acompanhava os agentes redutores e parceiros de outras organizações não-governamentais, e incorporou a redução de danos não só na sua experiência na rua, mas inclusive na própria clínica com usuários de psicoativos. As parcerias com os outros serviços da rede de saúde e da assistência social (menos citadas) também eram importantes para a efetivação da política de redução de danos, cujo papel de *ponte* foi discutido por um dos participantes da pesquisa, já que os usuários eram encaminhados e atendidos nestes outros equipamentos, como as unidades de saúde. Assim as sensibilizações e capacitações desses parceiros eram consideradas fundamentais para o prosseguimento do cuidado.

A internação no CECRED complementa ou é contrária à lógica de redução de danos? A partir das concepções dos participantes acerca da redução de danos e das substâncias psicoativas, pode-se concluir que as perspectivas que apresentam não colocam como lógicas contrárias, pois a abstinência, apesar de não configurar como uma obrigatoriedade e nem como condição ao cuidado, figura como horizonte ideal das ações e dos modos de ser. Principalmente quando o “uso recreativo” parece estar em jogo, ou, nos termos de Vargas, “*os usos não medicamentosos*” (1998, 123). A medicina este autor coloca, em seu texto **Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais** (1998), “*‘toma como dado’ o princípio de que a vida deve ser vivida em extensão*” (1998, 126), ou seja, haveria uma *naturalização*

que os esforços “normais” empregados durante a vida devem ser voltados para o seu prolongamento, numa luta contra a doença e a morte. O problema é que haveria outros modos de vida, os intensivos, conectados a “*técnicas de produção de êxtase*” (Vargas, 1998, 133),

modalidades dissidentes ou excessivas com relação aos cuidados que os saberes e as práticas médicas recomendam que se deva tomar com a vida, constituindo-se, nessa mesma medida, em “efeitos perversos do próprio dispositivo da droga” (Vargas, 1998, 130).

A preocupação com a saúde dos usuários de psicoativos era o que movia, segundo os relatos, a equipe pela cidade, que negociava sua atuação em lugares onde havia a presença do narcotráfico. Portar identificação, deixar os objetivos claros, não julgar, respeitar a privacidade, o momento e a temporalidade dos usuários, garantir a periodicidade e constância dos campos, faziam parte das prerrogativas do trabalho dos agentes redutores. Sua atuação envolvia uma atenção não só para as cenas de uso, para as pessoas presentes, se estavam dispostas ou não a conversar, se estavam sob efeito ou não das substâncias, mas também para si mesmos, seus comportamentos, gestos, o modo de chegar nas pessoas, como se apresentar, o que dizer. Ou seja, trabalhar com a redução de danos envolvia um olhar atento, observador e minucioso não só em relação ao outro, mas também em relação a si mesmo, tendo em vista a eficácia das ações de saúde, pensadas como possíveis a partir das relações com os usuários. Interessante notar que o termo vínculo, tão presente no meu cotidiano de trabalho no PRD-CR de São Bernado do Campo, não foi acionado pelos participantes da pesquisa.

Um aspecto interessante de alguns dos relatos era o da sujeira, do mal cheiro, da falta de higiene dos usuários de psicoativos atendidos, das condições precárias dos mocós, cuja convivência e capacidade de suportar funcionava como uma espécie de rito de passagem para o agente redutor de danos, tanto para o desempenho da atividade, como para a relação com o usuário de psicoativo. Mary Douglas, no clássico **Pureza e Perigo**, afirma que refletir sobre a sujeira “*envolve reflexão sobre a relação entre a ordem e a desordem, ser e não ser, forma e não-forma, vida e morte*” (2010, 16). Falar em sujeira, segundo a autora, implica em falar em um sistema de relações, aquelas consideradas ordenadas e aquelas que representam uma contravenção a esta ordem, posições relativas segundo o que está em jogo. E considerar as convenções de limpeza e de pureza não é só evitar os perigos da doença

e da contaminação, como se poderia pensar à primeira vista, pois “*estamos separando, colocando fronteiras, fazendo afirmações visíveis*” (2010, 87). Estas fronteiras não envolvem apenas espaços, mas também implicam em considerar as pessoas que ocupam esses espaços, que se tornam foco, e às vezes alvo, de intervenções de diversos tipos, desde aquelas relativas à redução de danos até aquelas marcadamente “higienistas”, presentes em algumas políticas de enobrecimento, como visto no primeiro capítulo.

O “perigo” atribuído aos usuários de psicoativos, atendidos pelos participantes da pesquisa, bem como a zona de incerteza em que são colocados, aumenta com a transformação, ao longo do tempo, dos tipos de usuários. Pois se primeiramente os agentes redutores atendiam os usuários de drogas injetáveis, estes foram gradativamente “substituídos” pelos usuários de crack, para alguns o ápice do perigo, com a chegada, como vimos, deste novo psicoativo nas cenas de uso da cidade. Estes usuários são identificados, ao mesmo tempo que também distintos, com os moradores ou as pessoas em situação de rua, a ponto dos agentes redutores serem considerados, ao longo do tempo e da experiência, como “*os agentes de saúde da população de rua*”.

A função de agente redutor era marcada pela alta rotatividade das pessoas, o que foi atribuído às próprias características do trabalho, à vivência com os usuários e algumas condições precárias de trabalho, como os atrasos no pagamento, o salário baixo e a falta de estrutura. Esta situação era agravada pelo tipo de convênio estabelecido e pela ausência de reconhecimento legal da ocupação de redutor de danos, cuja importância e permanência passava pelo convencimento dos agentes públicos de maior poder na Prefeitura. Vale mencionar que na publicação da SENAD, intitulada Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil, de 2011, no item Redução dos Danos Sociais e à Saúde, consta como diretriz “*Viabilizar o reconhecimento e a regulamentação do agente redutor de danos como profissional e/ou trabalhador de saúde, garantindo sua capacitação e supervisão técnica*” (Brasília, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2011, 20), o que aparentemente não se efetivou em Florianópolis.

A mudança do perfil dos usuários atendidos – que significou um ponto de transformação da experiência que até então vinha sendo desenvolvida – e, por conseguinte, do agente redutor de danos, foi acompanhada por transformações intra e interinstitucionais, como a saída do Instituto Arco-Íris de Direitos Humanos do Programa de

Redução de Danos, a realização do convênio com AFLOV, a capilarização mais intensa da rede municipal de saúde, o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, a descentralização da Vigilância Epidemiológica, a inclusão de novos agravos à saúde no rol de ações, a consideração gradativa de outras vulnerabilidades sociais, de outras substâncias psicoativas e de novas questões colocadas pelas experiências de estar na rua e em relação com os outros serviços, que culminaram na transferência da política de redução de danos do Programa de Aids para a Saúde Mental, num contexto de mudança da gestão municipal.

Os agentes foram transferidos para o CAPS AD e integraram o recém-criado Consultório de Rua. Porém, as dificuldades de incorporar os agentes redutores de danos como quadro da prefeitura, em contraste com os agentes de saúde e os agentes de endemia, e o fim do convênio com a AFLOV, em 2012, implicaram no afastamento desse trabalhador da rede municipal de saúde. Ao mesmo tempo, a gestão municipal se alinhava às comunidades terapêuticas e reforçava a retórica de “combate às drogas” com a instituição do COMAD e do PROMAD. Vale ressaltar, a diminuição e/ou a ausência dos recursos específicos que antes financiavam os programas de redução de danos vindos do governo federal e de agências internacionais.

Ainda no início dos anos 2000, a ACORDA passou a atuar diretamente em Florianópolis, dividindo as áreas de atuação e compartilhando os agentes com o Programa de Redução de Danos, e nas cidades vizinhas, bem como promoveu capacitações e oficinas pelo estado. O Instituto Arco-Íris, fora do Programa Municipal de Redução de Danos, desenvolveu outros projetos de redução de danos, como nos presídios femininos, não só de Florianópolis. O que gostaria de chamar a atenção é como Florianópolis, como um dos dois primeiros núcleos da redução de danos em Santa Catarina, promovidos pela Secretaria de Estado da Saúde desde o final dos anos oitenta, tornou-se ponto irradiador dessa política para o estado, já que seus trabalhadores, sejam eles da Secretaria de Estado da Saúde, do Programa de Redução de Danos Municipal e das organizações não-governamentais, trabalharam em rede e fomentaram a discussão, ao se constituírem na expertise do assunto, participando e promovendo diversas capacitações, oficinas, seminários e encontros.

O “dispositivo das drogas” foi propulsor da redução de danos em Florianópolis, alinhada inicialmente com os programas de trocas de seringas que originaram esse tipo de política, como uma resposta ao problema, assim considerado, “de saúde pública”, relativo à transmissão

do vírus HIV e de hepatites entre os “usuários de drogas injetáveis”. Para isto, a política envolveu e se desenvolveu a partir de relações e articulações heterogêneas, proporcionadas pelos diversos agentes implicados, numa espécie de mapa rizomático, também constituído de decalques arborescentes e linhas de fuga, constituindo-se numa espécie de rede de pessoas, que envolveram desde relações locais, pessoais, de parentesco, “*de boca a boca*”, até aquelas que extrapolaram as dimensões da cidade e do estado de Santa Catarina. A redução de danos se efetivou a partir das relações entre várias instâncias governamentais – municipal, estadual e federal – incluindo as organizações estrangeiras, que trouxeram recursos para o país. Envolveu organizações não-governamentais e movimentos sociais da cidade, algumas nascidas desse processo, como a ACORDA, diversas esferas como a jurídica, a legislativa, além do campo das políticas públicas de saúde e assistência social. Envolveu os usuários de psicoativos e as pessoas das comunidades nas quais os usuários faziam uso e/ou moravam.

Mariana Martinez, em **Redes do Cuidado: Etnografia dos Aparatos de Gestão Intersetorial para Usuários de Drogas** (2016), discute a noção de rede, interessada não exatamente no funcionamento interno das instituições que acompanhou em sua pesquisa de campo, mas na “*lógica que visa operacionalizar a gestão intersetorial da saúde, ou melhor o modo como se visa ordenar por meio de uma rede a produção de cuidado*” (2016, 41). Ela pesquisou a rede intersetorial voltada aos usuários de psicoativos de São Bernardo do Campo, partindo da rede municipal de saúde, incluindo o Programa de Redução de Danos – Consultório de Rua, no qual e no período em que trabalhei como técnica de redução de danos. E aponta, logo na introdução, que

a construção de redes no Sistema Único de Saúde remete em muitos aspectos à imponente muralha descrita por Kafka: ela está sempre por construir, seu projeto é de amplo alcance, seus trabalhadores empenham-se de forma extenuante em tapar suas brechas, as motivações que os envolvem neste projeto são viscerais, a sua extensão é igualmente impossível de ser visualizada. Pouco importa se as redes de saúde chegarão a ser plenamente montadas. Ao que tudo indica, elas estarão sempre em manutenção e assim deve ser. [...] Esses procedimentos entre diversos serviços são esforços intermináveis dos trabalhadores e gestores para compor o que se chama no setor público de redes (Martinez, 2016, 16).

Para ela, o cuidado, pensando na saúde, não envolveria apenas as relações entre profissionais e as outras pessoas e se efetivaria mediado por técnicas relacionais (esse termo é meu), “*através da escuta, do acolhimento, das relações afetivas*”, mas também “*por meio de uma série de procedimentos burocráticos e uso de tecnologias que permitem fazer existir um usuário no sistema de saúde, tornando-o visível para os demais profissionais*” (Martinez, 2016, 18-19). E a redução de danos ao ir para a rua, encontrar e estabelecer relações com os usuários e tecer a rede de cuidado em – mas não só – Florianópolis, tornou os usuários de drogas injetáveis mais visíveis, o que, na perspectiva dos participantes da pesquisa, promoveu o acesso a direitos, como o direito à saúde.

Ao mesmo tempo, como uma política voltada para a população “mais socialmente vulnerável”, ou que fazia uso nos mocós, uma parte dos usuários não era atendida, considerada inacessível, por pertencer aos estratos economicamente mais altos da cidade – “*os usuários da Beira Mar*” – e considerada, por conseguinte, menos exposta às situações de risco, como socialmente menos vulnerável e com mais acesso à informação. Assim, é como se esses usuários permanecessem invisíveis durante a trajetória da política de redução de danos. Sobre o desaparecimento do uso de drogas injetáveis nas ruas de Florianópolis, as falas dos participantes indicaram que ou foi “substituído” pelo uso do crack, ou ainda pelo uso de cocaína inalada, ou as pessoas morreram, além daquelas “ressocializadas”. Assim, qual foi o impacto da redução de danos no uso de psicoativos? Pensada inicialmente como método para evitar que as pessoas se infectassem com vírus da Aids, entre outros agravos, através do compartilhamento de insumos, os participantes da pesquisa e a literatura apontam para o sucesso desse tipo de ação.

Frente aos novos desafios colocados para a redução de danos em Florianópolis em sua trajetória, impulsionados pelo aparecimento do crack e pela expansão do conceito de redução de danos para *redução de danos sociais*, transformação esta embasada pelas experiências cotidianas das pessoas envolvidas, e frente ao que parece o fim do investimento direto nesta política, que, em última medida, existiria amalgamada nas leis e proposições, bem como através da atuação dos trabalhadores conhecedores, sensibilizados e compromissados com essa lógica de trabalho, com esta *estratégia*, pergunto: a redução de danos se sustenta politicamente quando só o usuário de psicoativos está em pauta, sem a dimensão, que impulsionou a política, de considerá-lo, através de suas práticas, um vetor de epidemia? Bem, mesmo quando esta questão

estava diretamente em pauta, a política ainda assim, como vimos, era vulnerável e instável, sempre dependente do convencimento das pessoas implicadas, com destaque para a gestão.

Taniele Rui (2012) analisa, em sua tese de doutorado, o Programa Municipal de Redução de Danos e conclui que *“a diminuição do uso em sua forma injetável e o advento do crack provocaram reorientações na ênfase de tais programas e, no caso do PRD/Campinas, chegou mesmo a ser um fator que contribuiu para sua descaracterização”* (2012, 60). Assim, o Programa de Redução de Danos de Florianópolis parece que teve um destino semelhante ao de outros programas, incluindo sua transferência para a Saúde Mental. Referindo-se às dificuldades apontadas por Domanico relativas às dificuldades de se implantar políticas para os usuários de crack, ela pergunta: *“Quando é que os usuários de drogas injetáveis deixam de ser estatisticamente relevantes?”* (2012, 66).

Vale lembrar que a pesquisa realizada sobre a ACORDA apontou que o uso de crack não foi associado com o uso de outra droga pelos usuários e, destes, uma porcentagem não muito grande usava droga injetável, apesar do relato dos agentes. Não teria a ideia de substituição enfraquecido a redução de danos? A partir da pergunta feita por Taniele Rui, eu pergunto: quando que, em termos das políticas de redução de danos, e de seu incentivo, os usuários de psicoativos deixam de ser relevantes? E em relação às trabalhadoras e aos trabalhadores, quando suas trajetórias e narrativas nas, e das, políticas públicas, seu conhecimento e suas experiências deixam de ser relevantes ou sequer (re)conhecidas?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Deivid de. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o Consultório de Rua. Dissertação (Mestrado Profissional no Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). 2013. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, SC.

ALESC. Diário da Assembleia Nº4920. In: <http://www.alesc.sc.gov.br/diarios/pdf/4920dia.pdf>. 2001.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, Aug. 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200002&lng=en&nrm=iso>.

BECKER, Howard Saul. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. 1.ed. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de Redução de Danos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 6.368/1976, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. In: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.342, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre

Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. In: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art75

Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e legislação correlata. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Edições Câmara, 2ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012.

Brasil. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010). Portaria Nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009

CAIAFA, Janice. *A pesquisa etnográfica*. In: Aventura das cidades – ensaios e etnografias. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

CARNEIRO, Henrique. *A fabricação do vício*. In: http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf. 2002.

CAVALCANTE, Thiago L V. *Etno-história e história indígena: questões sobre conceitos, métodos e relevância da pesquisa*. In: História (São Paulo) v.30, n.1, p. 349-371, jan/jun 2011.

CENTRO DE PSICODRAMA GRUPAL ROSARIO. Frente de artistas del borda. In: <http://psicodramarosario.org/frente-de-artistas-del-borda/>

CINTRA, Ana Maria de Oliveira. Perfil sócio-demográfico epidemiológico dos usuários de drogas injetáveis e características de mulheres e homens do Projeto AJUDE-Brasil II. 2006. Tese (Doutorado em Pós-Graduação em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.

CORREGEDORIA-GERAL DA JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL. Manual do Conselho da Comunidade. In: https://www.tjrs.jus.br/export/poder_judiciario/tribunal_de_justica/corregedoria_geral_da_justica/execucao_penal/conselhos_da_comunidade/doc/Manual_do_Conselho_da_Comunidade.pdf. 2004.

COSTA, Eliani; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O Projeto Ana Teresa: o caminho para desinstitucionalização do doente mental?. In: Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 52, n 1, p 79-90, jan./mar. 1999.

DEVOS, Rafael. *A Arte de Dizer e a Arte de Crer: estudo antropológico de narrativa oral e sistemas de crença na Ilha Grande dos Marinheiros, Porto Alegre*. In: Revista Iluminuras, número 9. Porto Alegre: BIEV/PPGAS/UFRGS, 2002 (Iluminuras, Série do Banco Imagens e Efeitos Visuais; 2002).

DELEUZE, Gilles. *Conclusão: Diferença e Repetição*. In: **Diferença e repetição**. Tradução: Luiz Orlandi, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *Duas questões*. In: Lancetti, Antonio. Saúde e Loucura, 3ed. São Paulo: HUCITEC, 1992. p.63-67 (Saúde em Debate, 47).

DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. Introdução: Rizoma. In: Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995: 11-37.

Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction. Rolleston Report. 1926: Grã Bretanha. In: <http://www.druglibrary.eu/library/reports/rolleston.pdf>.

DOUGLAS, Mary. Pureza e Perigo. 2ªed. São Paulo: Perspectiva, 2010. _

[FAB, 2007. Quiénes somos. In: frentedeartistasdelborda.blogspot.com.br](http://frentedeartistasdelborda.blogspot.com.br)

FERREIRA, Luciane Ouriques. A Pesquisa Antropológica como Ação: o caso exemplar do Projeto de Redução dos Danos causados pelo Uso

Abusivo de Bebidas Alcoólicas entre os Mbyá-Guarani no RS. In: 1o CONGRESO LATINOAMERICANO DE ANTROPOLOGÍA, 2005, Rosario.: Escuela de Antropología de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario: Argentina, 2005.

FIOCRUZ. Equidade. In: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>.

IORE, Maurício. Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos. 2013. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP.

FOUCAULT, Michel. Resumo dos cursos dos Collège de France (1970-1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

FRÚGOLI JR, Heitor; SPAGGIARI, Enrico. *Da cracolândia aos nórias: percursos etnográficos no bairro da Luz*. In: Ponto Urbe [Online], 6 | 2010, posto online no dia 31 Julho 2010. URL: <http://pontourbe.revues.org/1870> ; DOI: 10.4000/pontourbe.1870

GEERTZ, Clifford. *Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura*. In: A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

ILARI, Rodolfo. Campo Semântico. In: Glosário Ceale – Termos de Alfabetização, Leitura e Escrita para educadores. Disponível em: (<http://www.ceale.fae.ufmg.br/app/webroot/glossarioceale/verbetes/campo-semantico>).

GOLDMAN, Márcio. *Alteridade e experiência: Antropologia e teoria etnográfica*. In: Etnográfica. Lisboa: v.10, nº 1, maio 2006, vol.10, no.1, maio de 2006.

GONDIM, Grácia M M; MONKEN, Maurício. *Territorialização em Saúde*. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>

GROISMAN, Alberto. *Interlocações e interlocutores no campo da saúde: considerações sobre noções, prescrições e estatutos*. In: <https://www.researchgate.net/publication/237021624>. 2007.

_____. Eu venho da floresta: um estudo sobre o contexto simbólico do uso do Santo Daime. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

GROISMAN, Alberto; SCHNEIDER, Jacqueline. *Pesquisa qualitativa, saúde e uso de drogas: desdobramentos e implicações teóricas, analíticas e epistemológicas da utilização da técnica da entrevista de fala aberta*. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2014: 32, 37-44. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo-resumo/pesquisa-qualitativa-saude-e-uso-drogas-desdobramentos-e-90316103>.

HERNÁEZ, Ángel Martínez. *Medicina, Ciencia y Creencia. Una Historia de la antropología médica*. In: *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, Anthropos. Pp. 11-44, 2008

IHRA. *O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos*. In: www.ihra.net. Londres, Grã-Bretanha, 2010.

INSTITUTO ARCO-ÍRIS. Projeto Cidadania e Prevenção. Folheto informativo.

_____. Boletim Asas da Liberdade. 2011/2012.

KLEINMAN, A.M. 1973 Some Issues for a Comparative Study of Medical Healing. *International Journal of Social Psychiatry*. 19: 159-165.

LABATE, Beatriz C; FIORE, Maurício; GOULART, Sandra L. *Introdução*. In: **Drogas e cultura: novas perspectivas** / Beatriz Caiuby Labate...[et al.], (orgs), Salvador: EDUFBA, 2008.

LAGO, Miriam Alice do. *Da Marginalidade à Tolerância: reflexões éticas sobre a estratégia da redução de danos*. 1999. Dissertação (Mestrado em Pós-Graduação em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LANGDON, Esther J. *A fixação da narrativa: do mito para a poética de literatura oral*. In: Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 5, n 12, p. 13-36, dez 1999.

_____. 2009. Comentários sobre “Doença versus Enfermidade na Clínica Geral”, de Cecil G. Helman . *Campos – Revista de Antropologia Social*: 10(1): 113-117 pdf

LANGDON, Esther Jean, WIJK, Flávio B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. In: Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(3):[09 telas] mai-jun 2010

LANGDON, Esther Jean; FOLLER, Maj-Lis; MALUF, Sônia W. *Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais*. In: Anuário Antropológico, v.34, p. 51-89, 2012.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. *Histórias da aids no Brasil, v.1: as respostas governamentais à epidemia de aids*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. 464p.

LEFEBVRE, Henry. **O direito à cidade**. São Paulo: Editora Centauro, 2006.

LEITE, Rogerio Proença. *A exaustão das cidades: antienobrecimento e intervenções urbanas em cidades brasileiras e portuguesas*. In: Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v. 25, n. 72, p. 73-175, fev. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092010000100006&lng=pt&nrm=iso>.

MACHADO, Leticia V; BOARINI, Maria Lúcia. *Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos*. In: Psicologia Ciência e Profissão, vol. 33, núm. 3, 2013, pp. 580-595, Conselho Federal de Psicologia, Brasília, Brasil.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. *De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana*. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v. 17, n. 49, Junho 2002.

MALISKA, Isabel C A. *A implantação das políticas de saúde em aids no município de Floriaópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010*. 2012. 317 p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MALISKA, Isabel C A; PADILHA, Maria I; MEIRELLES, Betina H S; KOLLER, Evely M P; ANDRADE, Selma R. *A AIDS em Santa Catarina, no Brasil: um histórico dos 25 anos da epidemia*. In: Cad. Saúde Colet., 2011, Rio de Janeiro, 19(2): 147-56.

MALISKA, Isabel C A; PADILHA, Maria I; ANDRADE, SELMA R. *Redução de Danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde*. In: Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, p. 170-178, 2014. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a20.pdf

MALUF, Sônia W. *Antropologia, narrativas e a busca de sentido*. In: **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999

MARTINEZ, Mariana Medina. *Redes do Cuidado: Etnografia dos Aparatos de Gestão Intersetorial para Usuários de Drogas*. 2016. Tese (Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social). Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: UFSCar.

_____. *Andando e parando pelos trechos: uma etnografia das trajetórias de rua em São Carlos*. 2011. Dissertação (Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social). Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: UFSCar.

MENÉNDEZ, Eduardo L. *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*. In: Revista de Antropología Social. 2005: 14, 33-69.

_____. *Morir de alcohol – Saber y hegemonía médica*. Editorial Patria, S.A. de C.V.; bajo el sello de Alianza Editorial Mexicana San Lorenzo 160. Col. Cerro de la Estrella México, D.F, 1990.

MESQUITA, Fábio. A perspectiva da redução de danos. In: https://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4746-A-perspectiva-da-reducao-de-danos. 2011/2012.

_____. MESQUITA, Fábio. Aids e Drogas Injetáveis. In: Saúde e Loucura. 3ªed. São Paulo: Hucitec Editora. 1992: 47-53

MINAYO, Maria Cecília de S. *Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde*. In: CAMPOS, GWS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2ªed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 273-282, Aug. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200014>.

NIEL, Marcelo; DA SILVEIRA, Dartiu Xavier. *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs.). São Paulo, 2008: 96p.

OLIVEIRA, Mírian Gracie Plena Nunes de. Consultório de rua: relato de uma experiência. / Mírian Gracie Plena Nunes de Oliveira. – Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Orientador (a): Profª. Drª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté. Dissertação (mestrado)

[OLTRAMARI, Leandro Castro; VIEIRA, Alexandre. Relatório de Sistematização Descritiva de Dados: ACORDA – Perfil dos Usuários de Crack da Grande Florianópolis. IPPSEA: 2003](#)

PEREIRA, Eduardo P; BARROS, Regina D B. *Humanização*. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Consultório na Rua (Programa de Redução de Danos). In:

<http://www.saobernardo.sp.gov.br/consultorio-na-rua-programa-de-reducao-de-danos->, 2015a

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Álcool e Drogas Centro – Adulto. In: <http://www.saobernardo.sp.gov.br/centro-de-atencao-psicossocial-caps-iii-alcool-e-drogas-centro-adulto>. 2015b.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Conselho Municipal Antidrogas será instalado. In: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=14531>. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Lei nº 9449, de 20 de Janeiro de 2014, regulamentada pelo Decreto nº 15.485 de 2015, que instituiu o Programa Municipal Antidrogas (PROMAD). In: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/2014/944/9449/lei-ordinaria-n-9449-2014-institui-o-programa-municipal-antidrogas-promad-no-municipio-de-florianopolis-e-estabelece-normas-para-seu-funcionamento>

REEDUCANDAS DO PRESÍDIO FEMININO DE FLORIANÓPOLIS, INSTITUTO ARCO-ÍRIS. Jornal Coisarada. Instituto Arco-Íris: 2005.

RODRIGUES, Thiago. *Política de drogas e a lógica dos danos*. In: Revista Verve, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n. 03, 2003. Disponível em http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/t_tia3.pdf

[ROSA, Pablo Ornelas. Drogas e Biopolítica: Uma Genealogia da Redução de Danos. Tese \(Doutorado em Ciências Sociais\) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.](#)

RUI, Taniele Cristina. *Corpos Abjetos: etnografias em cenário de uso e comércio de crack*. 2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social). - Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP.

_____. *Fronteiras, espaços e usos do crack*. In: **Sobre periferias: novos conflitos no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Lamparina/Faperj, 224 pp, 2013.

SANTANA, Carmen. *Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1799, Ago 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801798&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>.

SANTOS, Vilmar E.; SOARES, Cássia B.; CAMPOS, Célia M S. *Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil*. In: **Physis**, v.20, n.3, p.995-1015, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso> <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>

SC/SES. Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina. (Org: Serrano, A.I.). In: <http://portales.saude.sc.gov.br/phocadownload/Regulacao/protocolos/Protocolos%20da%20RAPS%20-%20Livro%20para%20download.pdf>. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2016.

SC/SES/DIVE. O perfil epidemiológico da AIDS / Secretaria de Estado da Saúde – ed. atual / por Iraci Batista da Silva, Naura Inês Gandin. Florianópolis: DIOESC, 2010.

_____. ABC Redução de Danos. Florianópolis: SES, 2003. 72p.

SC/SES/ Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. Plano operativo da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina com os 16 planos de ação regionais 2015-2018. Florianópolis: 2016.

SCHEFFER, Adriana Maria; ANTUNES, Nilcéia; BUCHELE, Fátima. *Redução de danos como estratégia de trabalho junto aos usuários de drogas nas unidades locais de saúde do município de Florianópolis*. In: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 73-92, jul./dez., 2011.

SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZAO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. *Práticas de saúde das equipes dos*

Consultórios de Rua. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805&lng=en&nrm=iso>.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00100513>.

SIMÕES, Júlio A. *Prefácio*. In: Drogas e cultura: novas perspectivas / Beatriz Caiuby Labate...[et al.], (orgs), Salvador: EDUFBA, 2008.

SONTAG, SUSAN. Doenças e suas metáforas. Companhia de Bolso: 2003a..

_____. Aids e suas metáforas. Companhia de Bolso: 2003b.

STRATHERN, Ann Marilyn. *Sem natureza, sem cultura: o caso Hagen*. In: **O efeito etnográfico e outros ensaios**. Tradução: Iracema Dulley, Jamille Pinheiro e Luísa Valentini. São Paulo: Cosac Naify, 2014: 23-75.

_____. *A Relação: acerca da complexidade e da escala*. In: **O efeito etnográfico e outros ensaios**. Tradução: Iracema Dulley, Jamille Pinheiro e Luísa Valentini. São Paulo: Cosac Naify, 2014: 23-75.

UNEGRO. História. In: https://www.facebook.com/pg/unegrosantacatarina/about/?ref=page_internal

VARGAS, Eduardo V. *Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas*. In: Drogas e cultura: novas perspectivas / Beatriz Caiuby Labate...[et al.], (orgs), Salvador: EDUFBA, 2008.

_____. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: Duarte LFD, Leal OF, organização. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 121-3

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. *O nativo relativo*. In: Mana 8(1): 113-148, 2002.

_____. (2015). *Uma notável reviravolta*. In: **Metafísicas canibais: elementos para uma antropologia pós-estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 1ªed, 2014: 19-32.

_____. *Um curioso entrecruzamento*. In: **Metafísicas canibais: elementos para uma antropologia pós-estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 1ªed, 2014, 99-112.

_____. *Metafísica da predação*. In: **Metafísicas canibais: elementos para uma antropologia pós-estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 1ªed, 2014:155-169.

_____. *Quarta Parte: O cogito canibal*. In: **Metafísicas canibais: elementos para uma antropologia pós-estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 1ªed, 2014: 216-263.

_____. **Filiação intensiva e aliança demoníaca**. *Novos estud.* - CEBRAP, São Paulo, n. 77, p. 91-126, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000100006&lng=en&nrm=iso>.

WAGNER, Roy. **Existem grupos sociais nas terras altas da Nova Guiné?** In: *Cadernos de Campo*, São Paulo, n.19, 2010, 237-257.

WOODS, Sara. **Drug Consumption Rooms in Europe: organization overview**. European Harm Reduction Network. Responsible partner: Rehenboog Groep, Amsterdã.

ZOURABICHVILI, François. **O Vocabulário de Deleuze**. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.