

REDUÇÃO DE DANOS

Conceitos e Práticas



Material Comemorativo
aos 30 anos de Redução
de Danos no Brasil

REDUÇÃO DE DANOS

Conceitos e Práticas

Material Comemorativo aos
30 anos de Redução de Danos no Brasil



Apoio:



ATENÇÃO!!

Crédito institucional, ficha catalográfica e ISBN em processo de registro na Biblioteca Nacional. A data de liberação do arquivo final será avisada pelo seu tutor.

Redução de Danos: Conceitos e Práticas

Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Maria Lucia O. Souza Formigoni

Fernanda Gouveia

A Redução de Danos (RD) vem sendo considerada uma perspectiva ético-clínico-política, pautada nos direitos humanos, para compreensão e intervenção acerca da problemática do uso de drogas. A RD é oriunda de práticas clínicas inovadoras da década de 1920 no Reino Unido, inspiradoras das terapias de substituição e, mais tarde, de reivindicações dos direitos das pessoas que usavam drogas, na década de 1970 na Holanda. Ela agrega uma série de ações voltadas à defesa da vida, visando à redução dos riscos e danos sociais, econômicos e à saúde das pessoas que não querem ou não conseguem deixar de usar drogas, tendo como ápice de seu reconhecimento, os resultados exitosos frente ao controle da epidemia mundial de HIV/AIDS.

Em 1989, a cidade de Santos, no litoral de São Paulo, foi pioneira no estabelecimento de ações pelo poder público no Brasil, com a implantação do programa de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Em 2003, a RD foi indicada como diretriz da política pública nacional de saúde mental às pessoas com problemas associados ao uso de diferentes drogas e vem ganhando, desde então, contornos peculiares nos diferentes cenários do uso de drogas, mantendo centralmente os compromissos com a defesa da vida e a garantia dos direitos de cidadania, o foco na pessoa ao invés de nas substâncias, considerando a multideterminação dos processos de saúde-adoecimento.

Neste ano, no qual comemoramos os 30 anos de Redução de Danos no Brasil, apresentamos um material com reflexões conceituais e exemplos práticos que esperamos que possa inspirar gestores e trabalhadores das diversas áreas envolvidas na promoção, acolhimento e transformação da realidade de beneficiários das diferentes políticas públicas sociais de interface com questões associadas ao uso de drogas.

Este material integra um conjunto de ações previstas no Convênio nº 232/2018, resultante da conjugação de esforços da Universidade Virtual do Estado de São Paulo (Univesp) e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com apoio da Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP) e da Fundação de Apoio à UNIFESP (FapUnifesp) para execução do projeto: *“Ações de ensino e extensão no estado de São Paulo, voltadas a profissionais e comunidade em geral, para a consolidação e o fortalecimento das políticas públicas de Saúde Coletiva, Saúde mental e uso de drogas”*.

1 | História, Conceito e Princípios de Redução de Danos

Autora: Andrea Domanico



OBJETIVOS

Ao final deste capítulo, você deverá ser capaz de:

- Conhecer sobre a história da redução de danos no mundo.
- Conhecer sobre a história da redução de danos no Brasil.
- Dar exemplos de estratégias de redução de danos para diferentes drogas.

A HISTÓRIA DE REDUÇÃO DE DANOS NO MUNDO

A complexidade do uso de drogas remonta aos primórdios da humanidade, desde quando o homem tem criado e utilizado substâncias para cuidar dos seus semelhantes e também para seu uso lúdico. A forma de uso dessas substâncias inclui maneiras e adaptações para que as pessoas se sintam melhores após o uso, ou seja, para que elas não tenham sentimentos desagradáveis (ESCOHOTADO, 2000).

O termo droga tem sua origem na palavra *droog* (holandês antigo) que significa folha seca, isto porque, antigamente, a maioria dos medicamentos era à base de vegetais.



Fonte: iStockphoto

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, droga é qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento.

Contudo, se nos referirmos à história das drogas, observaremos inúmeros relatos sobre as tentativas de minimizar os efeitos maléficos do uso de algumas substâncias. Na Idade Média, por exemplo, temos relatos sobre a melhor forma de beber vinho e também sobre a ingestão de alguns alucinógenos (ESCOHOTADO, 2000). Assim, podemos pensar que sempre houve uma preocupação com a maneira de ingerir drogas, e esta preocupação já nos dá uma noção, ainda que preliminar, da redução de danos à saúde associados ao seu uso.

Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos (IRHA), “Redução de Danos é 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 drogas”.

Redução de Danos (RD) é um conjunto de estratégias que visa minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente ter de se abster do seu uso.

Foi a partir de 1926, na Inglaterra, com a publicação do Relatório Rolleston que a RD teve seu marco inicial (O’HARE, 1994; MESQUITA, 1994; WODAK, 1998). Esse relatório foi elaborado por um grupo de médicos que indicava que a melhor maneira de tratar pacientes dependentes de morfina ou heroína era promover a administração das drogas por um médico, que deveria, além de prescrever, monitorar o uso dessas substâncias naquela pessoa. Esse relatório foi um marco porque defendia que não se poderia tratar dependentes impondo-lhes a abstinência de forma abrupta; recomendava o acompanhamento dos usuários que desejavam se abster do uso de morfina ou heroína de forma a propiciar um alívio dos sintomas da abstinência ou ajudando na administração das drogas aos que queriam continuar usando-as. (O’HARE, 1994; MESQUITA, 1994; DAVENPORT-HINES, 2004).

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

OS PROGRAMAS DE TROCAS DE SERINGAS USADAS POR NOVAS

Em 1972, a Holanda começou a instituir grandes mudanças na política nacional de drogas. Em 1976, preocupado com os riscos relacionados aos diversos usos, o governo holandês adotou uma Lei que diferenciava drogas de risco aceitável (maconha e haxixe) das drogas de risco inaceitável (cocaína, heroína, anfetaminas e LSD) (DOMANICO, 2001, 2006).

Foi quando em 1980, em Amsterdã, foi fundada a “*Junkiebond*” (associação de usuários de drogas injetáveis), cujo objetivo é melhorar as condições de vida dos usuários de drogas. Essa “associação”, preocupada com a disseminação da Hepatite B entre os usuários de injetáveis, inicia, com o apoio do governo, em 1984, na cidade de Amsterdã, um projeto experimental de troca de agulhas e seringas usadas por novas (PTS).

O primeiro PTS surge em Amsterdã, em 1984, para prevenir Hepatite B. A partir da boa experiência e com o conhecimento da transmissão sanguínea do HIV, outros PTS começam a surgir no mundo.

Em 1985, a Austrália inicia, em âmbito nacional, projetos de troca de seringas (PTS) como uma estratégia preventiva no combate à epidemia do HIV/aids (WODAK, 1998); em 1987, o Canadá implanta seus PTS (MESQUITA, 1994). Os Estados Unidos, de forma precária, iniciam alguns projetos no final da década de 1980 (BASTOS, 1996). Outros países da Europa, como França, Alemanha e Suíça, também iniciaram projetos de redução de danos na mesma época (O’HARE, 1994).

A redução de danos é um conjunto de estratégias que tem por objetivo oferecer alternativas de cuidados à saúde que possam ser adotadas sem abandonar a prática do uso de drogas (SAÚDE, 2001). Ou seja, enquanto não for possível a adoção da abstinência, outros riscos à saúde podem ser evitados, como por exemplo, as doenças infectocontagiosas transmissíveis por via sanguínea, como é o caso do HIV/aids, hepatites e sífilis. Essa abordagem leva em consideração a complexidade do fenômeno, a diversidade dos usos e as particularidades culturais dos usuários, possibilitando, desta forma, uma melhor compreensão da hierarquia de riscos no cotidiano do uso de drogas.

A redução de danos parte do pressuposto que é impossível acabar com as drogas no mundo, eliminando totalmente seu consumo (MESQUITA, 1998). Comporta ações voltadas para as drogas lícitas e ilícitas e suas intervenções não são controladas exclusivamente pelos órgãos governamentais e policiais. Diferencia-se, portanto, do modelo preventivo tradicional que, ao desconsiderar a complexidade que envolve os diferentes usos de drogas, busca um objetivo unívoco: a abstinência, meta idealizada e restritiva. A redução de danos está fundamentada nos princípios de democracia, cidadania, direitos humanos e de saúde (BRITES, 2017).

OS PROJETOS DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

No início do século XX, a cocaína entra no Brasil e tem seu uso reservado às elites. A partir da década de 1970, há uma banalização do seu uso e o seu consumo começa a se transformar num problema de saúde pública, principalmente pelo aumento do número de usuários dependentes. (DOMANICO; MACRAE, 2006).

Não temos dados sobre o início de uso de drogas injetáveis no Brasil, o que sabemos é que, nas décadas de 1950 a 1970, os usuários de drogas injetáveis (UDIs) tinham a anfetamina^[1] como droga de escolha. Após a sua proibição, na década de 1970, começam a usar cocaína injetável. Essa substituição se dá por dois motivos: o primeiro, porque a cocaína é um estimulante, causando os mesmos efeitos que a anfetamina, e o segundo, porque os usuários começaram a se deparar com uma grande quantidade de cocaína disponível no comércio ilícito.

BRASIL NA ROTA PARA O TRÁFICO DE DROGAS

Estudiosos relatam que a entrada de grandes quantidades de cocaína no território brasileiro pode ser considerada uma consequência da política norte-americana conhecida como “Guerra às Drogas” (MESQUITA, 1992). Quando se estabelece, na década de 1970, a orientação de uma política repressora aos países andinos produtores de coca, surgem rotas alternativas para o tráfico de drogas, colocando o Brasil na rota internacional do tráfico de cocaína. Como principal consequência, presencia-se uma maior quantidade de drogas circulando no Brasil (MESQUITA, 1992).

Santos, cidade litorânea do Estado de São Paulo, passa a ser um dos principais portos de escoamento da droga para a América do Norte e Europa. Isso significa um maior comércio de drogas na região, um aumento de UDI na área, refletindo na saúde quando, em 1988, a cidade passa a ser considerada a “capital da Aids” (MESQUITA, 1992), onde os UDIs estavam se infectando pelo compartilhamento de seringas no uso grupal de drogas.



Fonte: iStockphoto

Em 1989, a prefeita da cidade de Santos toma uma atitude ousada como forma de tentar conter a epidemia entre os usuários de drogas injetáveis: é criado, na Secretaria de Saúde, o Programa Municipal de Aids. Como atuação desse programa, surge o primeiro projeto de redução de danos associados ao uso de drogas injetáveis do Brasil (BUENO, 1994). A ideia

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

principal era: uma vez que os usuários não conseguiam abandonar o uso de drogas, que pelo menos não se infectassem pelo compartilhamento das seringas no uso de droga injetável.

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

Autores como Doneda e Marques (1998) relatam que esse primeiro Programa de Redução de Danos suscitava questionamentos, pois várias pessoas não entendiam os princípios da proposta e consideravam o projeto como incentivo ao uso de drogas.

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

Esse estudo ajudou a compreender os rituais de uso e as práticas desenvolvidas pelos usuários acessados. Como na época a distribuição de seringas novas era proibida pelo Ministério Público, a ONG se valeu de uma experiência que estava tendo êxito no exterior e começou a desenvolvê-la na cidade: a distribuição de Hipoclorito de Sódio para desinfecção das seringas, uma das estratégias de redução viável na falta de seringas novas para o uso individual. Ou seja, se o usuário fosse reutilizar a seringa, deveria desinfetá-la com lavagem com hipoclorito.

Foi observado nos rituais de uso grupal de drogas que os usuários tinham a prática de lavar as seringas antes da sua reutilização para remover qualquer vestígio de sangue que pudesse coagular na agulha e entupi-la na hora do uso, então o projeto de Santos começou a distribuir o hipoclorito de sódio – com uma concentração de 5,25% – para que eles efetuassem a lavagem de suas seringas.

O desenvolvimento da ação era de explicação simples: deveria se lavar duas vezes a seringa com água, duas vezes com o hipoclorito e duas vezes com água novamente. Mas, na prática, os projetos subsequentes ao de Santos não conseguiram implementar essa técnica entre seus usuários, que não se adaptaram à lavagem de seringas. Eles alegavam que, na hora do uso, a estratégia era muito demorada e “deixava gosto” nas seringas. E, embora fosse de fácil explicação para os usuários, muitos técnicos tinham dificuldade de passar essa informação por saberem que o procedimento – a lavagem das seringas – eliminava o vírus HIV, mas não eliminava os vírus das hepatites B e C (HBV, HCV) (DOMANICO, 2001, 2006). Portanto, um dilema

estava formado. A forma mais segura de prática no uso de droga injetável era a explicação de que se deve ter seringas individuais para o uso.

Como forma de incentivar a elaboração de projetos de redução de danos, por conta de se ter recursos do Banco Mundial para tal, a Coordenação Nacional de DST/Aids cria um setor específico para essas demandas. O setor conhecido como “Projeto de Drogas” tinha como principais objetivos: “(...)prevenir o uso indevido de drogas e as infecções do HIV e outros agentes etiológicos de transmissão sexual, entre a população em geral, com ênfase nos segmentos com comportamentos de risco mais frequentes, e reduzir ou estabilizar a transmissão sexual e sanguínea entre usuários de drogas injetáveis (DONEDA; MARQUES, 1998, p. 142).

AÇÕES NO BRASIL

A partir de 1993, começam a surgir vários programas de redução de danos no Brasil, alguns deles com troca de seringas usadas por novas. Em 1998, tínhamos cerca de 200 programas em diversos municípios do Brasil. Em 2006, Fonseca (2006) apontava um número menor; outros dados são apontados no Brasil por conta de a redução de danos entrar como princípio norteador na Política Nacional de Saúde Mental, fazendo com que diversos serviços de saúde mental fossem implementados sob a ótica das estratégias de redução de danos.

No início do século XXI, com a implantação dos programas de redução de danos, o contato com os usuários de várias drogas aumentou e foi possível acompanhar a entrada de crack nas cenas grupais de uso de drogas. De imediato, o crack passa a ser a droga de escolha de vários usuários e novas estratégias de redução de danos começam a ser pensadas e testadas como forma de intervenção para o manejo dos usuários de crack.

A troca de cachimbos foi uma das estratégias pensadas, mas na prática se tornou ineficaz; o porte de cachimbo, sua especificidade, o material do qual ele é feito, tamanho, comprimento, ou seja, as características individuais de cada cachimbo tornaram a prática de troca descrente (DOMANICO, 2006). Fez-se, então, as oficinas de construção de cachimbos que até o momento parece ser uma prática assertiva, na medida em que ajuda o usuário a construir seu próprio cachimbo para que não haja seu compartilhamento, evitando a transmissão de doenças como Tuberculose e Hepatite C.

Outra ação importante para usuários de crack é a distribuição de protetores labiais e piteiras para uso individual. Isso quer dizer que, caso haja compartilhamento do cachimbo, deve ser adicionada uma piteira de uso individual.

Atualmente, a redução de danos aparece como princípio norteador dos serviços de saúde mental e de aids/hepatites virais do Brasil. Há ações de assistência, como serviços de baixa exigência para o tratamento ao uso de drogas e ações de prevenção, como serviços de distribuição de insumos para o uso de drogas.

Há, ainda, o trabalho de diversas Organizações Não Governamentais e coletivos que atuam com práticas de prevenção relacionadas ao uso de drogas baseadas na redução de danos em

festas e espaços de uso de drogas, fazendo orientação ao uso e socorro em caso de intoxicação. São diferentes estratégias para diferentes drogas, como cocaína inalada e drogas sintéticas.

Mas enganam-se as pessoas que acreditam que as estratégias de redução de danos estão focadas somente nas drogas qualificadas como ilícitas. Boa parte das estratégias de redução de danos foram desenvolvidas para as drogas qualificadas como lícitas; estratégias para o consumo do tabaco e do álcool são implementadas por diferentes atores de diferentes serviços.

Saiba mais sobre as estratégias de redução de danos para as diferentes drogas lendo uma cartilha para profissionais de saúde, disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf

PRINCÍPIOS DA REDUÇÃO DE DANOS

Um grande teórico canadense que morou nos Estados Unidos teorizou sobre a redução de danos num livro clássico traduzido no Brasil e lançado em 1999: ***Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco***. Nesse livro, além do histórico e das estratégias da RD, ele descreveu os cinco princípios que até hoje são reconhecidos como os princípios básicos da redução de danos associados ao uso de drogas (MARLLAT, 1999). São eles:

1. A RD é uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas.
2. A RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos.
3. A RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”.
4. A RD promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.
5. A RD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.

CONCLUSÃO

As estratégias de redução de danos têm sido implementadas com mais frequência desde 1984 e, de lá para cá, as diversas formas de uso seguro de drogas têm sido discutidas com usuários e trabalhadores do campo das drogas como forma de aprimorar as ações de prevenção e assistência. No início, acreditava-se que a RD era um conjunto de estratégias de prevenção; depois, com o desenvolvimento das ações e teorização dos seus princípios, pode-se perceber que a RD comporta ações de assistência.

Longe de ser apologia ao uso de drogas, a RD é uma forma de garantir o direito às informações relacionadas ao uso de drogas — informações que podem garantir ao usuário o direito de uso de drogas de forma mais segura, minimizando os riscos sociais e à saúde.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, F. I. **Ruína e reconstrução: aids e drogas injetáveis na cena contemporânea**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS e UERJ, 1996.
- BRITES, C. **Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo**. São Paulo: Cortez, 2017.
- BUENO, R. C. A experiência de Santos no Trabalho com UDIs. *In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. Drogas e aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- DONEDA, D.; MARQUES, F. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios. *In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. (Orgs). Troca de seringas: drogas e aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- DAVENPORT-HINES, R. **The pursuit of oblivion: a global history of narcotics**. New York: W. W. Norton, 2004.
- DOMANICO, A. **Controlando a maluquez – a redução no contexto do uso de cocaína injetável**. 2001. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo dos nórias – estudo sobre a implementação das estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos piloto do Brasil**. 2006. Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia.
- DOMANICO, A.; MACRAE, E. J. B. N. Estratégias de redução dos danos para uso de crack. *In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madri/Espanha: Espasa, 2000.
- MARLLAT, G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- MESQUITA, F. **Aids na rota da cocaína – um conto santista**. São Paulo: Anita Garibaldi, 1992.
- MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e aids: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- O'HARE, P. Redução de danos: alguns principios e prática. *In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. Drogas e aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.

SAÚDE, M. **Manual de redução de danos** — saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

WODAK, A. Redução de danos e troca de seringas. *In*: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. **Troca de seringas, drogas e aids: ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

SOBRE A AUTORA



Andrea Domanico

Psicóloga Clínica pela Universidade Paulista (1990), com especialização em Psicoterapia Psicanalítica e Psicossomática (1993) pela Universidade Paulista, mestrado em Psicologia Social (2001) pela Pontifícia Universidade Católica, doutorado em Ciências Sociais (2006) pela Universidade Federal da Bahia e pós-doutorado (2017) pela Universidade de São Paulo. Atualmente, é membro de grupo de estudos em álcool e outras drogas (GEAD-USP). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, gestão com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: psicologia geral, social e clínica, redução de danos, aids, hepatites virais, tuberculose, prevenção, drogas.

Link para Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9935863362049625>

2 | Das Práticas em Redução de Danos à Redução de Danos nas Práticas

Autor: Tadeu de Paula Souza



OBJETIVOS

Ao final deste capítulo, você deverá ser capaz de:

- Entender o que faz uma prática ser uma prática em Redução de Danos;
- Compreender como a Redução de Danos ressignifica diferentes práticas em saúde;
- Discernir duas práticas de naturezas distintas que são consideradas marcos para a redução de danos.

INTRODUÇÃO

Troca de seringas descartáveis, substituição de via de uso, substituição do uso de crack por maconha ou heroína por metadona, oferta de sala de uso, distribuição de protetor labial, distribuição de materiais informativos que podem virar canudos para inalação de cocaína, distribuição de cachimbos para usuários de crack etc. Como um universo muito diverso de práticas pode estar relacionado ao conceito de redução de danos? O que torna essas e outras práticas ações de redução de danos?

Ao lado da integralidade, descentralização, acolhimento, territorialização, entre tantos outros, a redução de danos passou a compor o hall dos conceitos-diretrizes do SUS. Esse caminho não se deu da noite para o dia e também não se fez em linha reta. O caminho de consolidação do conceito se deu em ziguezagues, embates, interrupções e invenções sempre muito difíceis de serem traçadas na sua completude. Mas, talvez, grande parte das confusões em torno da redução de danos surja desse processo que descreveremos enquanto um duplo movimento: um primeiro ascendente, que vai das práticas ao conceito, e um segundo descendente, que vai do conceito às práticas.

Podemos dizer que, enquanto processo de institucionalização da redução de danos e um conceito-diretriz do SUS, essa trajetória se iniciou em 1989 em Santos-SP, com o Programa de Troca de Seringas, e se consolidou na Política de Atenção Integral em Saúde ao Usuário de Alcool e outras drogas do Ministério da Saúde em 2003 (BRASIL, 2003), em que a redução

de danos comparece como uma diretriz e um paradigma. Processo esse que demarcou uma expansão do alcance das estratégias de prevenção da Política Nacional de DST/AIDS para a diretriz da Política Nacional de Saúde Mental.



Fonte: iStockphoto

Faremos aqui um ensaio sobre o modo como esse problema da relação conceito-prática em redução de danos se constituiu politicamente para que possamos nos esquivar de falsos problemas tão comuns nesse processo. O objetivo não é definir quais práticas são ou não de redução de danos, mas entender quais tiveram a força de ressignificar o campo da atenção a usuário de drogas de tal maneira que consolidaram um novo conceito: redução de danos. Num segundo momento, vamos entender como a redução de danos ressignifica diferentes práticas em saúde, como as práticas de acolhimento nos estabelecimentos de saúde, a escuta clínica, a abordagem na rua ou visita domiciliar e as práticas de internação, entre outras.

Para isso, analisaremos como a redução de danos emerge como um conceito em saúde a partir de um conjunto de práticas concretas que foram mobilizando forças sociais em torno das necessidades de pessoas que fazem uso de drogas. Ao se consolidar um conceito, seus usos tendem a se multiplicar uma vez que passam a ressignificar diferentes práticas, pois o conceito ganha força de direção: na linguagem do SUS diremos que a redução de danos virou uma diretriz.

Para isso, destacaremos duas práticas de naturezas distintas que são consideradas marcos para a redução de danos: a experiência inglesa documentada em 1926 através do Relatório Rolleston, que consistia em administração médica de opiáceos para dependentes químicos de heroína, e a experiência holandesa de troca de seringas nos territórios de uso para usuários de drogas injetáveis, desenvolvida por uma associação de usuários de drogas. Portanto, uma prática médica e uma prática de usuários. O que essas duas práticas têm em comum para que ambas fossem futuramente denominadas práticas de redução de danos?

DAS PRÁTICAS AO CONCEITO

Apesar da experiência inglesa ter ocorrido antes da experiência holandesa, foi essa última que mais influenciou a construção contemporânea do conceito de redução de danos, em grande parte pelo problema emergencial da epidemia mundial do HIV/aids. Analisaremos mais adiante como a experiência inglesa, ou seja, uma prática médica teve mais influência na Europa do que no nosso contexto do SUS, no qual prevaleceram as práticas de ação no território.

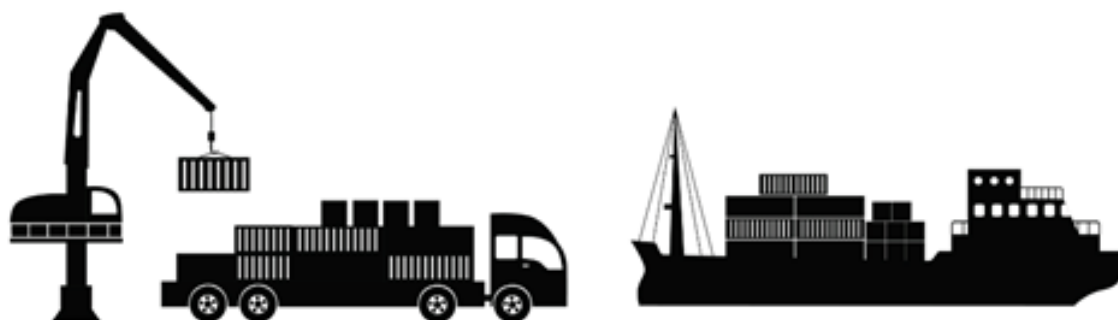
O uso compartilhado de seringas entre usuários de drogas injetáveis se tornou um grave problema de saúde pública na década de 1980, pois o problema da dependência, principalmente da heroína, tornou-se fator de risco e vulnerabilidade ao HIV/aids. O compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis (UDIs) se tornou uma das principais vias de contaminação do HIV em diversos países do mundo, exigindo respostas institucionais.

A Holanda se tornou pioneira na construção de ações concretas de prevenção à contaminação ao HIV por compartilhamento de seringas entre UDIs a partir de iniciativas desenvolvidas por uma associação de usuários de drogas.

O que vemos emergir nessa cena inaugural da RD tem grande importância: usuários de drogas se auto-organizaram e passaram a realizar distribuição e troca de seringas descartáveis junto a UDIs nos seus territórios de uso através de buscas ativas.

A partir do avanço mundial da epidemia de HIV/aids, a redução de danos foi inserida em um novo circuito institucional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu as estratégias de redução de danos no repertório de ações de combate a essa epidemia. As orientações da OMS e os financiamentos vindos do Banco Mundial possibilitaram que, em muitos países, a redução de danos fosse adotada como uma das ações de prevenção (WHO, 19:1993 apud WODAK, 1998). O anteparo institucional criado pelas políticas mundiais de HIV/aids possibilitou que questões como direitos dos usuários passassem a ser pautadas localmente. Desse modo, as questões trazidas pela RD a respeito das experiências de pessoas que desejam usar drogas passaram a se tornar tema de debate político em torno da busca de garantia de direitos humanos (DOMANICO, 2006).

Por abrigar o maior porto da América Latina, Santos se transformou em um centro de intensas trocas e de circulação, ligando o Brasil ao mundo, porta de entrada e saída, lugar de passagens e de encontros de todas as naturezas que podemos imaginar.



Fonte: iStockphoto

Santos despontou, na década de 80, como um dos municípios com maior índice de infectados pelo HIV (20% dos casos nacionais e 38% dos casos no estado de São Paulo) e uma das principais portas de entrada da aids no Brasil.

Os fluxos de drogas se transformaram em um problema de saúde pública que acabou se agenciando aos fluxos de transmissão de HIV/aids. Em pouco tempo, a principal via de transmissão de HIV nesse município era o compartilhamento de seringas devido ao uso de drogas injetáveis, principalmente a cocaína (ADAIR, 1994).

A transmissão de HIV por essa via compreendia 51% do total de casos de infectados na cidade (MESQUITA, 1991).

949 casos confirmados de aids foram relatados só em Santos, gerando uma incidência acumulada (1985-1991) de 173,6 por 100 mil habitantes. Trata-se da maior incidência per capita do HIV/aids que se tem notícia no Brasil. Por esse motivo, os jornais e a televisão identificaram Santos – e, mais especificamente, a zona de prostituição e tráfico de drogas próximas ao porto, de péssima reputação – como “Capital da Aids” no Brasil (ADAIR, 1994).

A importância de Santos não se limita ao seu pioneirismo, mas ao fato do próprio secretário de saúde ter sido indiciado criminalmente por incentivo ao uso de drogas ao implementar a prática de troca de seringas como estratégia de prevenção ao HIV/aids. Essa dimensão política, que atravessou a prática de troca de seringas, é fundamental para compreender a relação entre práticas e conceito de redução de danos. O contexto brasileiro expressa, em parte, uma disputa mais ampla, uma disputa geopolítica em torno das políticas de drogas.

A PRÁTICA DE TROCA DE SERINGA

Três questões constitutivas da redução de danos se colocam nessa cena inaugural da prática de troca de seringas:

1. A aposta de cuidado para pessoas em situação de uso exigiu um tipo de sensibilidade e aposta política que surgiu dos próprios usuários;
2. O acesso a esses territórios também exigia um tipo de conhecimento, de ‘know how’, que se constitui no próprio território, entre pessoas que conhecem os códigos, hábitos, expressões e regras desses territórios;
3. Abertura para se propor formas de cuidado que não passassem pela exigência da abstinência, inaugurando um campo de práticas que busca conciliar cuidado e uso de drogas.

A prática de troca de seringas se constituía num território politicamente favorável e fértil, pois exigia uma organização social em que usuários de drogas falassem em nome próprio e uma organização política-institucional estatal que não criminalizasse esse modo de organização social. Esses fatores estão associados à eficácia da troca de seringas para prevenir a contaminação pelo HIV entre UDIs.

Mas como de uma prática tão circunscrita, específica e pontual – troca de seringas – surgiu um conceito amplo, abrangente e longitudinal, conforme analisaremos – redução de danos?

O importante aqui é destacar que a redução de danos surge como uma necessidade em função dos confrontos políticos, morais e estratégicos que a prática de troca de seringas passou a sofrer.

Havia, portanto, uma força contra-hegemônica impressa na lógica constituinte da prática de troca de seringa que só se verificou a partir do momento que essa prática passou a ser adotada por diversos países mundo afora como estratégia de prevenção ao HIV/aids: uma prática proposta e implementada por agentes que conhecem esses territórios vulneráveis, e que também abre a possibilidade de conciliar ações de cuidado em saúde para pessoas que não querem parar de usar drogas, gerou um intenso confronto com a estratégia mundial de criminalização do usuário de drogas.

Esse confronto, portanto, forçou a emergência de um novo conceito que, uma vez constituído, lança luz sobre três tipos de práticas:

- 1.** Sobre as práticas já existentes que tinham afinidade com a lógica da redução de danos, como a experiência inglesa. Por ser uma experiência que inclui a possibilidade de manutenção do uso através do manejo médico do uso da droga, essa prática passou a ser incluída pela literatura como uma prática de redução de danos. Alguns autores identificam que, em outros momentos históricos, como na Grécia Antiga, havia práticas que se afinavam com a lógica da redução de danos. Basta lembrar o sentido de fármaco, que pode ser remédio ou veneno. Dessa tradição de origem médica, surgiram algumas práticas que têm centralidade no manejo médico, como a sala de uso e a administração de metadona, pouco incorporadas no Brasil.
- 2.** Sobre a criação de novas práticas que se tornaram necessárias decorrentes desse conceito; por exemplo, as práticas desenvolvidas pelos redutores de danos após a diminuição de incidência de usuários de drogas injetáveis e aumento da incidência do uso de crack, como distribuição de protetor labial para evitar rachaduras e sangramentos nos lábios, distribuição de cachimbos para evitar o uso de latas e outros materiais improvisados.

3. Sobre as práticas que se naturalizaram em torno de uma lógica de criminalização dos usuários de drogas e que criaram barreiras para os seus direitos.

Trata-se, portanto, de uma força crítica que a redução de danos absorveu da prática de troca de seringas, para apontar outras questões além da prevenção em si, como os fatores políticos que impediram que essas pessoas tivessem acesso à saúde e aos demais direitos sociais. O processo de criminalização de secretarias e profissionais de saúde e a proibição da adoção da troca de seringas como estratégia são evidências históricas do processo político que expõe as pessoas que usam drogas à morte pela impossibilidade de acessar serviços básicos.

O movimento que vai da prática de troca de seringas ao conceito de redução de danos circunscreve um campo de necessidades reais sobre os problemas de saúde das pessoas que fazem uso de drogas. Problemas esses que não estavam dissociados de uma lógica da criminalização que criava significativas barreiras ao acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

A troca de seringas teve a potência de intervir sobre um campo problemático que ultrapassava em muito seu alcance. A redução de danos se torna, portanto, o conceito que busca dar conta desse campo mais complexo na medida em que redefine uma pragmática diferente da pragmática da abstinência: reduzir danos.

Cria-se uma articulação entre uma pragmática e uma política: para melhor prevenir, ampliar o acesso e, portanto, conseguir cuidar das pessoas que usam drogas, devemos derrubar a barreira que a lógica da abstinência ergueu. Coloca-se uma exigência prática, é todo um pragmatismo que se torna presente em torno dessa premissa: nosso objetivo não é promover a abstinência porque isso, simplesmente, afasta e exclui as pessoas que não desejam ou não conseguem parar de usar drogas.

Ao mesmo tempo, é uma política que se mobiliza a partir dessa premissa prática, pois, ao partir dos próprios usuários, a troca de seringas foi uma prática que entendia que ao Estado não cabia interferir de modo tão definitivo e total sobre os sujeitos, seus corpos e suas escolhas. A redução de danos, ao surgir de uma pragmática eficaz que se interpõe e media a relação entre Estado e Sujeitos, constitui-se enquanto uma diretriz clínico-política.

REDUÇÃO DE DANOS COMO AFIRMAÇÃO POLÍTICA

A RD passou a ativar um novo movimento, mesmo que minoritário, de defesa pelo direito ao uso de drogas, não só como um problema de ordem pessoal, mas, sobretudo, como uma afirmação política. Usuários de drogas falando e agindo em nome próprio, criando estratégias

de cuidado que incluem a possibilidade de usar drogas, produziram um curto-circuito frente às políticas hegemônicas que tendem a pôr na invisibilidade essas experiências. A RD se tornou uma diretriz na medida em que abre a possibilidade de que os usuários de drogas falem em nome próprio. Essa possibilidade inaugurada constituiu uma perspectiva de análise porque, através dela, podemos nos aproximar dos usuários de drogas e assim acompanhar o que eles dizem, sentem e fazem.



Fonte: iStockphoto

Assim, a RD vai deixando de ser um conjunto de práticas dispersas e vai se tornando um conceito que abrange diferentes práticas. A RD vai se tornando um modo de pensar, falar, sentir e agir sobre as drogas: um conceito-diretriz. A RD se constitui enquanto uma perspectiva de análise que atravessa toda essa produção, sendo, portanto, um ponto de vista atento às singularidades e às diferentes experiências e necessidades dos usuários de drogas. A perspectiva da RD se depara com outra perspectiva hegemônica até então: a perspectiva da abstinência. Tal disputa de perspectivas é abordada na construção de uma Política de Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003a).

Em tal política, a RD se constitui um novo paradigma para se abordar a temática das drogas (BRASIL, 2003a). Para a RD, a abstinência pode ser uma meta terapêutica, mas não a única. A disputa é, portanto, com o paradigma da abstinência, em que todo tratamento para usuários de drogas deve objetivar igualmente a abstinência. Embora os objetivos éticos e pragmáticos

da RD sejam bem apresentados em tal política (BRASIL, 2003a) ainda existe muita resistência tanto no campo da saúde quanto no conjunto da sociedade em relação a essa proposta. Os embates e resistências que a RD sofre nos levaram a querer entender como a abstinência se constituiu historicamente enquanto uma norma moral, médica e jurídica tão significativa para as sociedades atuais quando o tema em questão são as drogas.

Doravante, toda e qualquer ação que confronte a lógica da criminalização e da abstinência, no sentido de ampliar o acesso dessa população aos serviços e equipamentos de saúde, poderá ser potencialmente prática de redução de danos.

DO CONCEITO ÀS PRÁTICAS

Uma vez consolidada como um conceito-diretriz do SUS, a redução de danos ampliou seu campo de atuação, especialmente através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que articula ações da Atenção Básica, Urgência e Emergência, serviços de especialidades e de retaguarda para internação hospitalar. A redução de danos, em última instância, passa a apontar para um outro modo de acolher e fazer a clínica para o usuário de drogas.

Entretanto, como seguir cuidando para que a força crítica e transformadora do conceito não se perca na dispersão de diferentes práticas?

Para analisar esse movimento descendente da redução de danos, ou seja, do conceito que passa a funcionar como uma diretriz do SUS, apontaremos algumas questões que se colocam para as diferentes práticas de cuidado, sejam de acolhimento, na clínica ou no trabalho em equipe.

O trabalho em equipe exige uma escuta para a complexidade da situação, que passa pela suspensão dos valores e julgamentos morais, acolhendo o usuário ou a família na sua condição. Ao contrário de uma clínica tradicional, pautada na lógica da cura em que se busca a remissão do sintoma, no SUS, a clínica objetiva ampliar o grau de autonomia dos sujeitos na sua própria produção de saúde, como defendido pela proposta de uma clínica ampliada ou clínica peripatética. Aqui, encontramos uma potente aproximação entre a proposta da clínica e a Redução de Danos (RD), uma vez que o ideal de cura e remissão do sintoma, que na clínica de álcool e drogas se expressa pela lógica da abstinência, é questionado.

Por outro lado, uma equipe de saúde pode trabalhar na perspectiva da clínica ampliada, por exemplo, atenta para a subjetividade de cada sujeito e não reduzindo a ação clínica à queixa-conduta pautada na doença, até que entre na cena terapêutica a relação com as drogas. É possível e comum que muitas equipes, no momento em que a narrativa da história de vida passa pelo uso de drogas, sejam atravessadas por valores morais que reduzam sua capacidade de acolhimento e escuta. Nesse sentido, a clínica ampliada, para que se exerça na sua radicalidade, precisa ser também uma clínica da redução de danos.

Reduzir danos como objetivo das ações de saúde para usuário de crack, álcool e outras drogas indica que a RD investe em experiências com as drogas que se tornaram danosas. Disso, subtrai-se três conclusões lógicas:

- I. A primeira é que a RD parte do fato empírico de que nem todas as experiências com as drogas são danosas;
- II. A segunda é que nem todos que têm relações danosas com as drogas desejam parar de usar drogas;
- III. A terceira é que os danos podem ser de diversas ordens, cabendo ações em saúde que se atentem para essa diversidade e possam trabalhar com a especificidade de cada caso.

No paradigma da abstinência, há uma ratificação e reiteração da doença como algo insuperável, sendo a cura a instauração de um estado de vigília e esquiva permanente. Trabalha-se na perspectiva da cura e remissão de sintomas para, em seguida, afirmar que a doença é algo permanente.

O tratamento é reduzido à criação de sistemas de obediência integral às regras das instituições, na expectativa de que estas se internalizem, constituindo sujeitos em estado de alerta permanente.



Fonte: iStockphoto

A clínica pautada entre o sucesso e o fracasso, a recaída e a abstinência, o certo e o errado, o lícito e o ilícito, insere falsos problemas que condicionam a produção de saúde. No âmbito da clínica, produz-se a possibilidade do encontro com o outro sem a definição de uma meta a priori. A RD tem como ponto de problematização os motivos que aumentam a dependência do sujeito às drogas, sem necessariamente objetivar a suspensão do uso.

Opõe-se, assim, às linhas terapêuticas que chegam a exigir a abstinência dos usuários para dar início ao tratamento. Nesses modelos de clínica, a possibilidade de acompanhar a experiência com as drogas é excluída e o tratamento volta-se, exclusivamente, para a intensificação das condutas de escape à reincidência. Tal proposta pressupõe ser insolúvel o problema com a droga. A única estratégia possível é limitar-se à criação ou intensificação de força psíquica e/ou moral de rechaço ao “mau hábito”, em um treinamento para fortalecimento de atitudes de esquiva ao apelo recorrente da substância (TEDESCO; SOUZA, 2009).

Logo, a diretriz da RD possibilita uma outra orientação para a clínica para usuários de drogas onde quer que ela ocorra. Quando desejamos a abstinência como único resultado possível e desejável, acabamos assumindo uma posição “desejante” pré-definida ao processo terapêutico.

Não é difícil compreender por que a diretriz da abstinência se associa ao modelo hospitalocêntrico pautado pela internação. Entretanto, se o nosso compromisso com a vida é na direção de acompanhar e ampliar o grau de autonomia, reduzindo os danos, os resultados não estão definidos de antemão e podem ser múltiplos e singulares. A política "desejante" muda bem como o modelo de atenção. Busca-se constituir redes territoriais e produzir mudanças ali onde a vida acontece na sua inteireza. A internação hospitalar passa a exercer uma função auxiliar de retaguarda e de curta duração.

Uma situação complexa envolvendo uso de drogas e que necessite de intervenção pode surgir em qualquer ponto de uma rede de proteção social: no Conselho Tutelar, no Consultório na Rua, numa Escola, no Centro de Referência de Assistência Social ou numa Unidade Básica de Saúde. Esse fato exige novos modos de articulação entre saberes gerais e especializados.

A especialização do cuidado tende a gerar modelos assistenciais centralizados e piramidais em que os serviços especializados ocupam, ao mesmo tempo, lugar de centro e de topo da pirâmide hierárquica. Uma vez inserido o usuário na rede de proteção social, a definição de diagnóstico se torna um modo de produção de identidades fixas que muitas vezes reforçam um olhar estigmatizado do usuário. Constituem-se, assim, redes identitárias que privilegiam articulações funcionais entre os equipamentos que pouco se comunicam com os territórios em que esses usuários vivem.

Nesse *modus operandi* hegemônico, o território se apresenta somente como espaço de produção de demanda, e a rede, como um lugar de oferta técnica de cuidado que tende ao isolamento temático e à supervalorização dos serviços especializados (RIGH, 2010).

Trata-se, no limite, de um modelo que produz fragmentação do cuidado, no qual os serviços não especializados no tratamento de usuários de drogas (CRAS, Escolas, Atenção Básica) tornam-se um ponto de encaminhamento para os serviços especializados. Diversas propostas metodológicas que vêm sendo formuladas colocam em questão a hierarquização das posições de saber-poder hegemônicas, na qual os especialistas tendem a ocupar o ápice da pirâmide organizacional.

REDE DE REDUÇÃO DE DANOS

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS-ad) e os Consultórios na Rua exercem uma função estratégica para a operacionalização de uma rede de redução de danos, uma vez que estão, em tese, mais próximos aos territórios de vida dos usuários de drogas.

A partir da escuta, acolhimento e interação entre profissionais constroem-se alternativas terapêuticas mais abrangentes na medida em que estão atentas ao sujeito que faz uso abusivo de drogas.



Fonte: iStockphoto

Nesse sentido, não se propõe um leque de ações terapêuticas fragmentadas, sem uma articulação entre os profissionais, como uma esteira de produção. As ações devem ser propostas de modo coerente e articuladas à história de vida e ao quadro atual de modo a produzir desvios em direção a uma nova subjetividade. Sejam ações propostas pelos fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, a direção será necessariamente pautada por uma escuta ao sujeito, seus desejos, suas dificuldades, suas frustrações, seus sonhos, seus fantasmas.

Vejam algumas pistas do que pode se constituir como uma anamnese ou acolhimento dentro de uma perspectiva ampliada pela lógica de redução de danos:

- 1.** Procurar o sentido da experiência com as drogas para o próprio usuário. Normalmente os usuários de drogas já sabem o que os profissionais de saúde esperam que ele diga, que as drogas fazem mal e que está arrependido e que, portanto, deseja abandonar o uso de drogas. Nesse sentido, o profissional de saúde precisa estabelecer um diálogo franco, sem infantilizar o usuário. Com certeza, na experiência com as drogas, houve um início prazeroso. Esse prazer pode ter modulado, mesmo que seja o prazer de aliviar a dor de estar sem drogas. Esses sentidos, além de um script de usuário arrependido, precisam ser explorados. Logo, uma postura condenatória afasta qualquer possibilidade de se acessar a experiência singular com as drogas. Uma postura pré-definida do profissional faz com que toda a experiência com as drogas seja reduzida “ao que o profissional quer ouvir”. Como uma experiência prazerosa se tornou suicidária? Quais os sentidos dessa experiência? Quais expressões já tiveram: artística, sexual, social?
- 2.** Procurar situar a história do uso de drogas a partir da sua história de vida. Desse modo, é possível desfocar as drogas de si e apreender um campo mais amplo no qual elas passaram a fazer parte. Ao narrar sua história, é possível fazer um vínculo mais consistente com o usuário, uma vez que outros conteúdos ganham espaço na relação profissional-usuário. O foco deve se voltar para a sua história, o seu território existencial e as conexões que foram se estabelecendo e sendo desfeitas pelo uso de drogas. Essa narrativa

- pode ser acessada pela fala, mas também através de expressão corporal e/ou artística.
3. Analisar os afetos, as expectativas e os desejos dos profissionais pelo usuário. Por exemplo, o desejo do profissional que o usuário pare de usar drogas. Ao desejar pelo usuário algo que ele mesmo não deseja para si, o profissional de saúde passa a ocupar um lugar delicado, uma vez que o usuário pode fazer uso desse desejo do profissional. O profissional facilmente se sentirá frustrado, irritado e tenderá a abandonar o caso. Ou pode acabar “adotando” o usuário. Ao profissional, cabe o papel de ajudar o usuário a definir melhor o que desejar, mas não desejar algo apesar do usuário: fazer “com” e não fazer “pelo” usuário.
 4. Procurar conhecer a singularidade do usuário. Em quais momentos ele está mais suscetível ao uso de drogas? O que o irrita? O que o fragiliza? O que o potencializa? Quais são seus medos? Seus sonhos? Qual sua rede de suporte? É necessário saber se ele tem alguma estratégia para lidar com a fissura. Alguns usuários de crack, por exemplo, usam maconha quando percebem que estão muito magros e precisam ganhar peso. Essas estratégias singulares precisam ser consideradas no projeto terapêutico.
 5. Procurar avaliar se há negação dos problemas relacionados ao uso de drogas. O usuário pode estar na fase inicial de uso em que tudo são flores ou mesmo numa fase mais adiantada do uso, mas não significar como problemática sua situação. Ele acha que pode parar a qualquer momento, que ainda está no controle da situação. Essa verdade do usuário não deve ser confrontada para não acarretar maior resistência do usuário. À medida que o vínculo avança, essas questões poderão ser questionadas com mais elementos e de modo mais consistente. Não se trata de provar que o usuário está enganado ou mentindo, mas de criar as condições para que ele possa se conectar com sua fragilidade e sua potencialidade.

CONCLUSÃO

A relação constitutiva da redução de danos, entre acesso aos territórios e ativação do protagonismo do usuário, segue sendo uma das dimensões importantes para se manter uma consistência a respeito do que seriam práticas em redução de danos ou sobre como as práticas no SUS passam a ser orientadas por esse conceito.

Entretanto, ainda se observa pouca incorporação, na história das práticas em redução de danos no Brasil, da tradição inglesa em que a centralidade encontra-se no manejo médico na administração de drogas, como o uso terapêutico de maconha para controle de fissura entre usuários de crack, a utilização de salas de uso sob supervisão médica, entre outras.

A influência da prática holandesa mais pautada no protagonismo do usuário a partir do território encontrou terreno propício nas apostas estratégicas do SUS, do Movimento AIDS e

da Reforma Psiquiátrica brasileira, que acumularam bastante experiências sobre a clínica do território, a escuta ampliada, o trabalho em equipe e a construção de redes.

O conceito de redução de danos, operando como diretriz para o SUS, conecta um conjunto de práticas que têm em comum a defesa dos direitos dos usuários dentro de uma perspectiva não criminalizadora, portanto, que se pauta por uma ética alternativa à ética da abstinência como meta universal, entendendo que os problemas de saúde que podem decorrer do uso de drogas exigem uma abordagem singular e processual.

REFERÊNCIAS

- ADAIR, E. A epidemiologia da infecção pelo HIV em Santos. In: PARKER, R. et al. (Org.). **A aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1994, p. 69- 90.
- BRASIL. **Política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003.
- CUNHA, G. T. **Construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo dos nórias – estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil**. 2006. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MESQUITA, F. Aids e drogas injetáveis. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1991, p. 46-53.
- RIGHI, L. B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e fortalecimento da atenção básica. **Cadernos Humanizausus: atenção básica**, Brasília, v. 2, p. 59-74, 2010.
- TEDESCO, S.; SOUZA, T. P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO et al. (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. (Orgs.). São Paulo: Hucitec, 2009, p. 141-156.
- WODAK, A. Redução de danos e programa de troca de seringas. In. **Troca de Seringa: Drogas e Aids**. Francisco Inácio Bastos (et. al org.). Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p.55-72.



Tadeu de Paula Souza

Professor Dr. Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desde 2018. Professor Dr. Adjunto do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA (área de concentração Política, Planejamento e Gestão) (2015-2018). Psicólogo, graduado pela Universidade Federal Fluminense (2004), mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (2007), doutor em Saúde Coletiva, na área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (2013). Coordenador Adjunto da Comissão de Políticas, Planejamento e Gestão da ABRASCO. Atuou como consultor do PNUD e OPAS para a Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde de 2007 a 2015 na função de coordenador nacional da frente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Tem experiência no campo da saúde mental/saúde coletiva (álcool e outras drogas) como supervisor clínico-institucional de CAPS e Consultório na Rua e de Apoio Institucional a Gestão do SUS.

Link para Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9097512115715636>

3 | Redução de Danos e IST/HIV/Hepatites

Autoras: Karina Franco Zihlmann | Graziella Barbosa Barreiros



OBJETIVOS

Ao final deste capítulo, você deverá ser capaz de:

- Compreender o surgimento e a reinvenção do modelo de redução de danos no Brasil.
- Identificar a necessária rearticulação de ações de redução de danos junto aos serviços especializados de IST/aids
- Entender como foi elaborada uma experiência bem-sucedida na área de formação em/ para redução de danos: o Curso de Redução de Danos.

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, pretende-se abordar a trajetória do atendimento em saúde, contextualizando o campo da redução de danos (RD), bem como a prevenção e assistência em infecções sexualmente transmissíveis/aids (IST/aids), a partir da noção de que ambos surgiram – pelo menos no Brasil – em um mesmo contexto histórico e de saúde pública, visando o cuidado de usuários de serviço de saúde vivendo em situação de grande vulnerabilidade.

Cabe aqui discutir também o que fez com que cada uma dessas áreas tenha se “afastado” (se é possível afirmar isso!). Além disso, faz-se necessário argumentar que, no contexto atual de saúde pública, a (re)articulação efetiva desses campos pode ser extremamente potente na proposição de novos olhares para o cuidado em saúde dessas populações, para a garantia e defesa dos próprios princípios e diretrizes fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que o “modo de olhar” o usuário e “pensar o cuidado”, na perspectiva da redução de danos, afirma princípios e diretrizes desse sistema, tais como acesso, equidade, cuidado integral, liberdade, responsabilidade sanitária, entre outros.

Por fim, pretende-se apresentar, como subsídio para essa argumentação, alguns elementos de uma experiência inédita, ousada e bem-sucedida que foi o Curso de Redução de Danos realizado entre fevereiro e abril de 2018 na UNIFESP. Tal curso, e também a presente publicação, foram resultados de uma frutífera parceria entre a Universidade Federal de São Paulo

— campus Baixada Santista (UNIFESP - BS), o "Centro de Convivência É de Lei" e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) , reeditada numa parceria com a Universidade Virtual de São Paulo, abrangendo toda a região metropolitana da baixada santista.

O SURGIMENTO DA REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

No cenário brasileiro, em 1989, tivemos a cidade de Santos, localizada no estado de São Paulo, como um local onde várias ações de cuidado em saúde foram sendo construídas, propostas e implementadas. Uma delas foi a proposta das primeiras ações claramente identificadas como RD.



Fonte: iStockphoto

Naquele momento histórico, houve a identificação de um número alarmante de casos de HIV/aids, inclusive entre usuários de drogas injetáveis. Diante da impossibilidade de oferecimento de um tratamento medicamentoso na época, pois não havia ainda disponível o tratamento com antirretrovirais, os serviços de saúde procuravam compor ações de prevenção secundária que pudessem, de fato, aliviar a condição dramática dos usuários.

Outra questão a ser destacada é que, nessa época, os serviços de IST/aids procuravam oferecer uma ação de cuidado, voltado para acolhimento e amparo dos usuários, intervenção sobre situações psicossociais que pudessem promover uma melhora na qualidade de vida e busca de direitos. Sendo assim, uma das ações da época foi a proposta de troca de seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis, como uma ação de RD. Embora essa ação tenha sido muito bem recebida pelos usuários de drogas injetáveis, ela foi bastante combatida e contestada pela sociedade, sob o argumento de que seria uma suposta prática de “incentivo ao uso de drogas” (MESQUITA et al., 2001).

A cidade de Santos também marcou um protagonismo no cenário brasileiro ao oferecer os primeiros tratamentos com antirretrovirais no final da década de 1990, em um contexto que os próprios usuários do serviço puderam compor as decisões sobre o processo de seleção dos primeiros pacientes a serem beneficiados com o tratamento medicamentoso, em uma clara ação de participação direta da sociedade civil nas decisões de gestão em saúde. Com isso, desejamos destacar que, nesse campo, sempre foi fundamental a participação da sociedade organizada (seja de organizações não governamentais ou entidades filantrópicas) como corresponsáveis nos agenciamentos decisivos de atenção em saúde.

No cenário mundial (quando ainda não havia acesso ao tratamento antirretroviral), vimos outra ação protagonista dos usuários de saúde em direção à construção de práticas de RD: grupos muito afetados pela epidemia de aids na época, pessoas que estabeleciam relações homoafetivas passaram a adotar o uso de preservativos masculinos nas relações sexuais como forma de prevenção da transmissão do vírus da aids. Tal ação foi um ato muito criativo, pois sabemos que o preservativo masculino sempre foi tradicionalmente visto apenas como um contraceptivo. No caso das pessoas que estabeleciam relações homoafetivas, a questão da contracepção não estava em pauta, mas esse insumo poderia (e de fato pôde) ser um marco na criação de uma ação de RD para prevenção de IST/aids, sendo adotado até os dias de hoje.



Fonte: iStockphoto

O final dos anos 1980 e anos 1990 foram marcados, no contexto brasileiro, por uma série de movimentos de lutas no campo da saúde. Um dos mais importantes foi o movimento do questionamento ao modelo hospitalocêntrico (e manicomial) de atenção em saúde mental da época, modelo esse que, além de apresentar baixíssima ou nenhuma efetividade, proporcionava inaceitáveis violações aos direitos dos usuários. Mais uma vez, a cidade de Santos foi o cenário de um marco no processo da luta antimanicomial: a intervenção em um hospital psiquiátrico (seguida da estruturação de serviços substitutivos a este) teve repercussão nacional e colaborou para a construção de uma rede de cuidados substitutiva ao modelo manicomial (BRASIL, 2005).

Essas ações foram marcos cruciais para novas concepções no campo de saúde mental, concepções essas que deram base à criação, ao desenvolvimento e à sustentação de uma rede de cuidados em saúde mental, baseada na comunidade, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com seu respectivo arcabouço jurídico e financeiro. Tanto o modelo de atenção proposto (que traz também a redução de danos como princípio) como a Rede que se organizou para efetivação deste receberam reconhecimento nacional e internacional como referência para área de saúde mental pública. As boas práticas já desenvolvidas, assim como os desafios já identificados, sustentam a recomendação de seguirmos investindo na implantação e implementação de

uma rede de atenção de base comunitária ampla, intersetorial e diversificada. Pautada nos princípios e diretrizes fundamentais do SUS e da Reforma Psiquiátrica o que, indiscutivelmente, inclui ações de Redução de Danos.

Em 2006, foi instituída a Lei 11343, que revogava a Lei de Drogas 6.368/1976. Essa lei de 2006, embora ainda apresente várias fragilidades, já traz em seu bojo a ideia de que as ações de atenção ao usuário e dependente de álcool e outras drogas, bem como os familiares, devem visar a melhoria da qualidade de vida e a redução de danos ligados ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2006).

AÇÕES ATUAIS EM RD E ENCONTROS DA SAÚDE MENTAL COM A PREVENÇÃO DAS IST

Podemos caracterizar atualmente a RD como uma estratégia de saúde para tratamento de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de drogas, a fim de oferecer condições menos danosas à saúde, sem necessariamente interferir no consumo, visando à promoção da saúde, da cidadania e dos direitos humanos, descartando a lógica da abstinência e da internação como únicas alternativas ao cuidado (BRASIL, 2004). Nessa concepção, busca-se o cuidado integral do usuário (seja de drogas lícitas ou ilícitas), além da prevenção e promoção da saúde, assim como possibilitar o acompanhamento por meio de diferentes redes e linhas de cuidados, com o objetivo de reduzir danos à saúde.

A instituição do Consultório de/na Rua foi uma outra inovação brasileira de destaque que se constituiu na base para o sucesso do trabalho de RD. Tal proposta surgiu para desenvolver intervenções importantes nesse espaço – a rua – principalmente a construção de vínculos, aceitação e empatia do usuário de álcool e outras drogas, o que promoveu resultados significativos no cuidado em saúde de pessoas que, muitas vezes, tornam-se marginalizadas e apartadas dos serviços de saúde (JORGE; WEBSTER, 2012).



Fonte: iStockphoto

A pesquisa de Tisottz et al. (2015) evidenciou que a política de RD vem encontrando dificuldades de articulação e integração, bem como limitações para efetivação e precariedade de financiamento. Essas limitações afetam as equipes de saúde, gestores municipais e iniciativas da sociedade, que ficam, muitas vezes, restritas a ações de instituições de caráter voluntário. Esses autores também observaram que as ações de RD ficam muito centralizadas nos

redutores de danos, de forma muito personalista e, com isso, as ações podem mostrar-se frágeis, pouco eficazes e incapazes de se sustentar ao longo do tempo. Outro problema apontado foi a falta de preparo e disponibilidade de alguns (não seriam “muitos”?) profissionais de saúde para o desempenho de atividades em RD.

Outro ponto a ser destacado na pesquisa de Tisottz et al. (2015) é a necessidade de promoção de espaços de discussão e formação em articulação com o fazer em saúde na prática cotidiana, destacando que as ações devem ser compostas não só por toda a equipe de saúde, mas também pelo próprio sujeito usuário de drogas.

Esses autores identificaram na literatura científica atual que há necessidade de que as ações contemplem a possibilidade de que os usuários sejam protagonistas e corresponsáveis pela construção/reconstrução de suas vidas e de seus valores, caso contrário, corre-se o risco de promover uma intervenção totalmente inócua. Considerando a importância dos comentários de Tisottz et al. (2015), e concordando com estes, no presente capítulo, destacamos que a estratégia de RD é uma estratégia de cuidado em saúde (e não somente de saúde mental) que precisa de ações intersetoriais e mudança de paradigmas para que possa ser efetivada.

UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO EM REDUÇÃO DE DANOS

Diante do explanado na contextualização deste capítulo, torna-se ainda mais significativo relatar uma experiência de uma formação de RD, destacando os elementos que fizeram dela uma proposta tão inovadora.

A CHEGADA NA UNIVERSIDADE

Em primeiro lugar, o “onde”. O curso aconteceu nas instalações da UNIFESP. Ou seja, a universidade recebeu algumas pessoas que, especialmente pelos determinantes decorrentes da desigualdade social que marca nossa sociedade, sempre estiveram fora do ambiente acadêmico, nunca frequentaram este espaço social e muito dificilmente o fariam, mas que chegaram como “estudantes”, assim como muitos outros e, nesse sentido, iguais.

Depois, uma questão desafiadora era garantir que participassem do curso três “categorias” que raramente (ou talvez, nunca) se encontram em um mesmo espaço para formação: usuários dos serviços (de álcool e outras drogas, bem como serviços de assistência social da região da Baixada Santista, entre outros); estudantes de graduação da UNIFESP (de vários cursos como Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social) e profissionais com formação de nível médio vinculados aos serviços de saúde e assistência social da região. Além disso, como critério de seleção dos participantes do curso, foram priorizados os grupos mais vulneráveis, considerando a questão étnico-racial, gênero (especialmente transgênero) e situação socioeconômica. No caso dos estudantes, também foram priorizados os estudantes vinculados às políticas afirmativas da universidade.

A proposta do curso de formação em Redução de Danos teve a ousadia de reunir grupos tipicamente marginalizados nos processos formativos das políticas públicas, a saber: populações mais vulnerabilizadas (muitas pessoas já eram “vulneradas”), trabalhadores que, historicamente, tiveram menos oportunidades de participar de ações de formação interdisciplinares e estudantes com características de maior vulnerabilidade socioeconômica. O objetivo fundante era estimular ações de protagonismo e troca de saberes entre atores pouco valorizados nas relações tradicionalmente verticalizadas no cuidado em saúde.

Considerando que as propostas de RD visam, justamente, a esse protagonismo, vemos o quão significativo foi o design do curso de RD. Um dos desafios dessa proposta foi a construção de uma “linguagem” comum que pudesse ser compartilhada democraticamente, assim como os espaços de encontro o foram, apostando na criatividade e solidariedade entre os pares.



Fonte: iStockphoto

Entre as posturas mais adequadas adotadas no transcorrer do curso, inclusive sob a perspectiva dos princípios da redução de danos, certamente três se destacaram: a validação do outro, a sustentação das diferenças num mesmo campo e a celebrada recepção cotidiana das pessoas (caso chegassem cansadas, intoxicadas, tristes, eufóricas, com raiva... seja lá como chegassem, as suas presenças eram celebradas e sustentadas pelo coletivo). Lógico, houve tensionamentos, disputas e até rompimentos, mas todos esses acontecimentos vieram mais para validar e confirmar a rota do que para demonstrá-la equivocada. Ali, não se buscou a neutralidade (o “morno”), e sim a aquecida disputa que sustenta as diferenças e afirma a comunidade.

Nesse curso, vimos surgirem encontros afetivos e potentes, nos quais todos os envolvidos puderam trazer seus pontos de vista para as discussões, bem como ouvir a experiência do outro, de forma cuidadosa e gentil. Ao se mostrarem abertos para essa escuta, também houve a potência de transformar seus próprios universos de experiências e vivências, permeados pela estratégia de encontros autênticos e éticos. Embora essa heterogeneidade tenha sido

um desafio – especialmente para estruturação da parte teórica –, foi, ao mesmo tempo, uma inovação profícua, que permitiu trazer visibilidade para uma série de questões que, normalmente, ficam ofuscadas nos serviços de saúde.

AULA DIALOGADA

Nesse curso, foram trabalhados vários conteúdos teórico-práticos sobre RD e, além disso, foi realizada uma discussão breve sobre a prevenção de IST/aids na forma de uma aula dialogada sobre aspectos atuais de prevenção e tratamento (especialmente questões de prevenção combinada). Uma das autoras deste capítulo, especialista na área de IST/aids fez uma “conversa” com o grupo do curso, trazendo uma atividade prática quanto aos insumos de prevenção em IST/aids: com uso de próteses masculina e feminina, foram demonstradas a colocação de preservativos masculino e feminino.

A reação do grupo foi extremamente receptiva e lúdica. O que chamou a atenção nessa discussão foi o fato de que a maioria dos participantes do grupo, especialmente os usuários dos serviços, mostraram-se bastante confortáveis em falar e demonstrar o uso correto dos insumos, evidenciando conhecimento seguro sobre as características destes. Embora tenham participado ativamente dessas ações, também foram explícitos em afirmar que tinham conhecimento sobre o assunto, tinham acesso aos insumos (pois frequentavam os serviços de IST/aids da região), mas não necessariamente se sentiam à vontade para usá-los, de fato, com seus parceiros.

A leveza da discussão pareceu ter gerado um “acordo tácito” de que o tema estava apropriado, e o coletivo se sentia livre para trazê-lo à tona (como ocorreu com outros temas) quando qualquer um achasse pertinente, também chamou a atenção a prevalência de IST junto aos estudantes.

Essa experiência nos fez refletir, mais uma vez, que a informação sobre prevenção em saúde é crucial, mas não é tudo, pois há necessidade de que os sujeitos envolvidos na ação de cuidado realmente sejam capazes de estarem abertos para conhecer o universo de vivências do outro, seus valores e idiosincrasias, bem como seus projetos de vida. Além disso, foi possível vivenciar que falar e ser ouvido com respeito, cuidado e gentileza têm a potência de apoiar a construção de sentido, de promover validação da tecnologia e das propostas de cuidado para os sujeitos envolvidos nos processos.

Sendo assim, não basta preconizar ao usuário que ele “tem que usar preservativo”. Não basta também oferecer gratuitamente o insumo. Não se trata apenas de uma questão de acesso facilitado ou não, mas sim da forma como o sujeito lida com a decisão de usar um insumo que vai ser um limite (que pode ser maior ou menor) para o exercício de sua sexualidade (ZIHLMANN; MOREIRA, no prelo).



Fonte: iStockphoto

Tais experiências também nos permitiram evidenciar que os usuários que participaram do curso frequentam vários serviços de saúde e assistência social da região. Ou seja, eles “circulam” nos serviços e, em cada um deles, fazem demandas específicas de cuidado: alguns são usuários de álcool e outras drogas; outros são também soropositivos para alguma IST (ou convivem com pessoas soropositivas); e, além disso, também são atendidos no circuito dos serviços de assistência social da região (alguns estão – ou já estiveram – em situação de rua, permanente ou periodicamente).

Tais elementos nos fazem pensar que, embora as ações de RD estejam atualmente mais identificadas em serviços de saúde mental (especialmente em álcool e outras drogas), há ações de RD em outros serviços. Mas cabe destacar que, nos serviços de IST/aids, por exemplo, a distribuição de insumos (como lubrificantes, preservativos) tem sido mais identificada com a ação de “prevenção de IST/aids”, e não de RD.

Outra questão: com a mudança das características do uso de drogas – uma vez que, no final dos anos 1990, havia mais incidência de drogas endovenosas – e, com o advento da aids, muitos usuários passaram a consumir outros tipos de drogas, como o crack. Vimos a demanda de troca de seringas nos serviços de IST/aids diminuir drasticamente, a ponto de não mais se caracterizar como uma proposta explícita de RD nesse serviço. Atualmente, se um usuário de drogas endovenosas buscar um serviço de IST/aids e fizer uma demanda por troca de seringas e agulhas, ele terá acesso a esses insumos, mas a questão que merece reflexão no presente capítulo é que, nos serviços de IST/aids, já não se pensa nessas ações como “ação de RD”, mas sim “ação de prevenção em saúde”, não considerando, inclusive, as ações de redução de danos como ações de prevenção.

De qualquer forma, com a aproximação de serviços e saberes do campo da saúde mental, os profissionais de saúde dos serviços de IST/aids atualmente começam a perceber que RD se constitui num paradigma mais amplo de ação em saúde, sendo algo mais complexo que a simples disponibilização de insumos e, talvez por isso, não se identifiquem mais claramente com a proposta. Aliás, outro problema atual dos serviços de IST/aids tem sido a crescente precarização dos serviços (situação, desafortunadamente, percebida na rede SUS como um

todo), seja em termos de infraestrutura, como perdas de profissionais experientes e desarticulação da equipe multiprofissional. Atualmente, vemos uma queda brusca de financiamento em pesquisas, sejam de cunho mais biomédico ou mesmo psicossocial. Trata-se de uma crise que interfere na própria função e identidade dos serviços de IST/aids, pois a oferta de cuidado aos usuários fica praticamente restrita às ações centradas nas questões biomédicas (no tratamento medicamentoso, por exemplo).

AÇÕES PROPOSTAS NO ENFRENTAMENTO DAS IST/AIDS

No cenário atual de prevenção/tratamento de IST/aids, se destacar a proposta de *Prevenção Combinada*, apresentada pelo Ministério da Saúde brasileiro, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e estrutural), e as aplica em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas a determinados segmentos populacionais e a determinadas formas de transmissão do HIV, que parece ressignificar a Redução de Danos nos contextos da prevenção/tratamento das IST/aids (BRASIL, 2017).

Considerando as intervenções biomédicas, são propostas ações voltadas à redução do risco de transmissão do vírus. São dois tipos de estratégias:

1. Métodos de barreira física ao vírus (por exemplo, acesso/distribuição de insumos de prevenção como preservativos masculinos e femininos, bem como gel lubrificante); e
2. Uso de antirretrovirais (ARV). Nessa segunda proposta, há o tratamento para todas as pessoas (TTP), a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No que se refere às intervenções comportamentais, há propostas para aumento da informação e percepção do risco de exposição ao HIV, visando a sua redução mediante incentivos a mudanças de comportamento das pessoas, da comunidade ou grupo social. Por exemplo, incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos, aconselhamento sobre HIV/aids e outras IST, incentivo à testagem e à adesão às intervenções biomédicas, vinculação e retenção nos serviços de saúde de pessoas vivendo com HIV/aids, redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas e estratégias de comunicação e educação entre pares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Outras propostas são as intervenções estruturais, que dizem respeito a ações voltadas às condições socioculturais que influenciam a vulnerabilidade ao HIV de indivíduos ou grupos sociais específicos, envolvendo preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana. Como exemplos, há ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, LGBTfobia e demais preconceitos, promoção e

defesa dos direitos humanos, campanhas educativas e de conscientização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A prevenção combinada pode ser pensada por meio de uma representação do tipo "mandala", conforme a **Figura 1** a seguir.



Figura 1: Representação gráfica da prevenção combinada. Fonte: Ministério da Saúde (2017)

O princípio da estratégia de prevenção combinada baseia-se na livre conjugação das ações dispostas na **Figura 1**, dependendo da população envolvida nas ações de prevenção (população-chave, prioritária ou geral), e no respeito à autonomia dos sujeitos para decidir sobre as melhores formas de buscar segurança considerando os próprios modos de viver a vida.

Populações-chave: são consideradas populações-chave os segmentos populacionais em que a prevalência de HIV/aids é superior à média nacional, que é atualmente de 0,4%. Estão incluídos em situação de maior risco para infecção por HIV/aids: gays e outros homens que fazem

sexo com homens (HSH), pessoas transexuais, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras(es) do sexo.

Populações prioritárias: por sua vez, as populações prioritárias são segmentos populacionais que possuem caráter transversal e suas vulnerabilidades estão relacionadas às dinâmicas sociais locais, suas especificidades e questões vividas em função da desigualdade social. Como exemplos desses grupos, temos os adolescentes e jovens, as populações negra, indígena e em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Essa proposta de prevenção combinada é bastante recente e tem sido implantada nos serviços de IST/aids com o cuidado de não ser apenas mais uma proposta que acaba centrada na questão medicamentosa (oferecimento de antirretrovirais), mas ainda há necessidade de acompanhar cuidadosamente como essas questões vão se efetivar em cenários de desestruturação e sobrecarga nos serviços.

Outro ponto a destacar é que vemos na própria “mandala” que uma das estratégias seria a Redução de Danos, mas aqui cabe um questionamento, pois sabemos que há várias concepções atuais sobre o conceito de RD.

Santos et al. (2010) comentam que a RD, como qualquer prática social, reflete as diferentes concepções em disputa nos campos dos saberes e as práticas de saúde e da produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas, afirmando que há várias RDs, com diferentes concepções de objeto e de sujeito. Ressaltam, ainda, que dada a complexidade e a envergadura que o fenômeno do consumo de drogas assumiu contemporaneamente, houve um debate teórico em torno da RD que se ampliou e foi também se constituindo como um “movimento” político. Observa-se atualmente o envolvimento de diversas áreas como da saúde pública/epidemiologia, da psiquiatria, da psicologia, da saúde coletiva, das ciências sociais, da antropologia, do serviço social e da criminologia crítica.

Diante disso, vemos que a estratégia de prevenção combinada também diz respeito à população que também é aquela à qual estão referenciadas as ações de RD, ou seja, do ponto de vista pragmático, evidencia-se que essas propostas deveriam estar articuladas em um debate que vai além dos muros dos próprios serviços e que, fundamentalmente, envolve a participação dos usuários.

O curso de RD, reeditado no segundo semestre de 2018 e ampliado para trabalhadores das diferentes políticas sociais na região, reafirmou a redução de danos nos contextos da prevenção combinada, compreendendo com uma grande eixo de articulação entre a saúde mental e os serviços de IST/aids. enfrentou também esse desafio ao colocar em pauta esses campos de saber, diferentes concepções e debates teóricos e, por fim, os sujeitos envolvidos no processo de cuidado como protagonistas. Mas tais iniciativas têm que ser estimuladas, sustentadas e replicadas em outros contextos, visando a um olhar que é de atenção, de fato, integral aos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/Ministério da Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. **Lei nº 11.343, 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. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.
- JORGE, J. S.; WEBSTER, C. M. C. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.
- MESQUITA, F. et al. Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDIs no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções. Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília: 2017. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>.
- SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.
- TISOTTZ, L. et al. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, p. 79-89, jan./mar. 2015.
- ZIHLMANN, K. F.; MOREIRA, F. A. Desafios atuais da prevenção ao HIV/aids e o olhar da psicanálise diante das estratégias de prevenção combinada. In: QUAYLE, J. (Ed.). **Adoecimento e sofrimento psíquico**. São Paulo: Editora dos Editores. No prelo.

SOBRE AS AUTORAS



Karina Franco Zihlmann

Professora Adjunta do curso de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP – Baixada Santista. Doutora e mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo HC-FMUSP. Graduada em Psicologia pela Universidade São Marcos (2000). Responsável pela área de Psicologia Hospitalar e Psicossomática. Experiência na área hospitalar (implantação de serviço de psicologia em serviço de especialidade médica) e em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Sexual e Reprodutiva. Atuando principalmente nos seguintes temas: psicanálise, HIV/aids, HTLV, psicologia da saúde e hospitalar, saúde reprodutiva.

Link para Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8737042226108033>



Graziella Barbosa Barreiros

Cientista Social com experiência na área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, no setor público, desenvolvendo as seguintes funções: profissional técnico da ponta do sistema, gestora, apoiadora técnica, supervisora clínico-institucional. Atuação geral em formação e educação permanente, ofertando treinamentos, capacitações e formação na área. Matriciamento de Saúde Mental em Atenção Básica, interlocutora de redes intersetoriais, assessoria técnica local e na Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, ofertando, inclusive, apoio técnico a gestores estaduais e municipais, em implantação de Políticas Públicas. Atuação, em funções diversas, nos seguintes pontos da Rede de Atenção Psicossocial: CAPS II, CAPS III, CAPS AD II e CAPS AD III, CAPS Infanto-juvenil; Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil; Serviço Residencial Terapêutico; Consultório de/na Rua; CAPS Itinerante; Urgência e Emergência; Leitos de Saúde Mental em Hospital geral; Serviços de Geração de Trabalho e Renda. Experiência com populações indígenas na temática de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ministra aulas em cursos de Especialização em diversas universidades. Treinadora Master para área da América do Sul, junto ao Projeto Treatnet II do UNODC - Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (Treatnet II Master Trainer - UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime). Atuou em 25 dos 27 estados do Brasil, desenvolvendo trabalhos de: supervisão clínico-institucional, formações estruturadas, cursos, oficinas, entre outras.

Link para Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9086398954663628>

4 | Moradia e Trabalho Como Estratégias de Redução de Danos e Reabilitação Psicossocial

Autor: Leon de Souza Lobo Garcia



OBJETIVOS

Ao final deste capítulo, você será capaz de:

- Entender como a exclusão social agrava as consequências do uso de drogas.
- Discutir como estratégias de inclusão social, principalmente de moradia, trabalho e renda são importantes para a redução de riscos e danos e para a reabilitação psicossocial de usuários de drogas.
- Conhecer princípios e exemplos de práticas de reabilitação psicossocial e redução de danos que combinam cuidado de saúde e social com moradia e geração de trabalho e renda.

NO MEIO DO CAMINHO, TINHA UMA PEDRA

Para começarmos a refletir sobre o porquê de se discutir sobre moradia e trabalho em um curso sobre problemas relacionados ao uso de drogas, vale ler o relato feito por um usuário de crack. Vamos chamá-lo de Pedro.



“Antes de começar a fumar crack direto, minha vida tinha um monte de problemas: larguei a escola, perdi vários empregos, briguei com a família, vivia morando de favor, até na rua eu dormi... Depois de entrar pesado no crack, meu único problema passou a ser conseguir a próxima pedra.”

De fato, quando o uso de drogas se torna tão frequente que a vida cotidiana se organiza principalmente em torno de como, quando e onde comprar e usar drogas, outras dimensões da vida perdem espaço. Esse é um dos principais marcadores da dependência de drogas. Por isso, é comum que as pessoas que tem problemas com drogas, e também suas famílias, procurem

ajuda de serviços de saúde falando principalmente do seu uso e de como interrompê-lo. Além disso, ao se denominar um serviço ou profissional como especializado em dependência de drogas, nós mesmos convidamos as pessoas que nos procuram a colocar as drogas no centro de seu pedido de ajuda.

Mas sabemos que as pessoas que usam drogas têm uma história de vida, pensam sobre si mesmas e seus lugares no mundo e tudo o que isso implica: relações sociais, afetivas, trabalho, reconhecimento, lugar de moradia e uma quantidade de outros interesses e preocupações. Sentimentos de tristeza, ansiedade, vergonha e outros associados a essas dimensões da vida são razões para a procura da droga. E também podem facilitar ou dificultar decisões que abram espaços para além da droga.

Qualquer processo de cuidado começa com um encontro. Para nos encontrarmos com Pedro, temos que afastar a pedra de crack do meio do caminho. Não vamos perdê-la de vista, mas vamos primeiro enxergar Pedro para além da pedra.

Vamos conhecer a seguir um pouco mais sobre as condições sociais de vida dos usuários de drogas e tentar entender como isso se relaciona com o uso da droga e os prejuízos que ela pode causar.

A VULNERABILIDADE SOCIAL DOS USUÁRIOS FREQUENTES DE CRACK

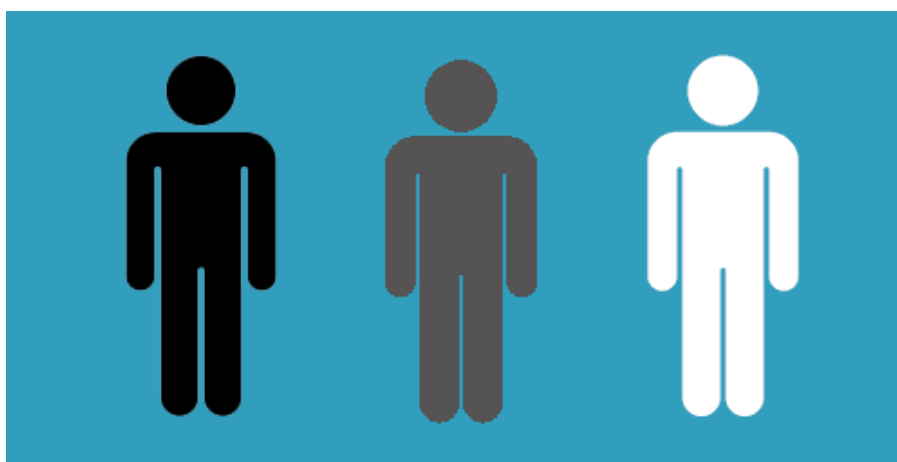
Uma das mais abrangentes e rigorosas pesquisas sobre uso de drogas já feitas no Brasil retratou a vida de pessoas que faziam uso frequente de crack e outras drogas em cenas abertas das nossas cidades. A razão para a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD) financiar em 2010 uma pesquisa sobre usuários de crack foi a enorme preocupação social com o uso dessa droga e suas possíveis consequências.

Nas grandes cidades, a precariedade da vida desses usuários de drogas tornou-se evidente. Logo se percebeu que essas pessoas faziam uso de outras drogas, principalmente o álcool. É verdade que também há pessoas em situação de grande precariedade social que sofrem prejuízos pelo uso de outras drogas que não o crack e, de novo, o álcool é o mais frequente. Não temos pesquisas específicas sobre essas pessoas, mas elas vivem em condições muito próximas às pessoas entrevistadas pela pesquisa sobre o crack e, assim, podemos usar essa pesquisa para conhecê-las também.

Foram feitas 7381 entrevistas em mais de 100 cidades representativas do conjunto do país (BASTOS, 2014). A pesquisa demonstrou que grande parte dessa população carrega um passado de exclusão social e vive um presente de miséria. Nesse capítulo, vamos nos concentrar na questão do trabalho e renda e na questão da moradia, mas esses aspectos estão relacionados a vulnerabilidades, como baixa escolaridade, cor da pele, entre outras.

A ASSOCIAÇÃO ENTRE COR DA PELE, ESCOLARIDADE E RENDA

Chama atenção que a proporção encontrada pela pesquisa de pessoas autodenominadas pretas ou pardas nas cenas de uso de crack era bem maior do que no conjunto da população brasileira: 79% versus 55%. Também a sua escolaridade era bem inferior à média brasileira, 81% não chegaram sequer ao ensino médio nas cenas de uso versus 51% no conjunto dos brasileiros (BRASIL, 2016). Cor da pele e escolaridade são dimensões que moldam as possibilidades de vida de uma pessoa entre o nascimento e a adolescência, ou seja, desde bem antes de iniciar o uso de drogas até o momento em que esse pode começar a se tornar um problema.



Fonte: iStockphoto

As estatísticas oficiais demonstram que, no Brasil, cor da pele é destino, que pode ser quantificado em reais se assim quisermos. O rendimento médio do trabalho dos brancos é 45% maior do que o rendimento de pretos e pardos: 2800 reais/mês versus 1500 reais/mês. A relação entre cor da pele e renda é mediada pelo racismo. O racismo é um fenômeno social cujos efeitos sobre as pessoas são resultado, por um lado, da exclusão histórica que transmite, através das gerações, privação material e dano psíquico e, por outro lado, da discriminação cotidiana ainda presente.

A escolaridade, como era de se esperar, também determina a renda do trabalhador. Em média, quem completou o ensino superior ganha 3 vezes mais do que quem completou o ensino médio, 4 vezes mais do que quem completou o ensino fundamental e 6 vezes mais do que quem não tem nenhuma instrução (BRASIL, 2016).

A partir de uma série de pesquisas sociológicas, Jessé Souza mostrou como a experiência social de crianças e adolescentes crescendo em ambientes de grande privação material e emocional podem determinar graves desvantagens nas suas possibilidades de acessar bens escassos na sociedade brasileira, como emprego e moradia (SOUZA, 2009). Em uma pesquisa posterior, financiada pela SENAD, Jessé Souza e sua equipe de pesquisadores mostraram como

se multiplicam as barreiras para que usuários de crack com um histórico de exclusão social possam acessar direitos sociais básicos, como o próprio cuidado em saúde, além de políticas de estímulo ao trabalho, geração de renda e moradia (SOUZA, 2016).

Jessé Souza também desvenda os mecanismos pelos quais a sociedade brasileira estigmatiza e culpabiliza os muitos pobres, degradando-os a um estado de subcidadania. Ora, isso é muito importante para nós que trabalhamos com usuários de drogas, que também são vítimas de estigma e culpabilização e sofrem, por parte da sociedade e de setores do Estado brasileiro, tentativas de rebaixamento de sua cidadania, pelo simples fato de serem usuários de drogas.

COMO OS USUÁRIOS DE CRACK GANHAM DINHEIRO?

A tabela abaixo mostra como ganham dinheiro os usuários de crack. Compreendendo o contexto social discutido acima (maioria de pretos, pardos e baixa escolaridade) e sabendo do impacto do uso frequente de crack, não surpreende que tão poucos tenham um trabalho regular e apenas 4% trabalhem registrados. A maioria vive de trabalhos esporádicos com baixíssima remuneração, como juntar materiais recicláveis. Poucos recebem benefícios sociais, apesar do benefício mínimo do Bolsa Família ser um direito de todos que vivem em situação de rua. Atividades ilícitas e prostituição são fontes de renda que trazem riscos adicionais e, junto com pedir esmola, contribuem para sua marginalização. Assim, a imensa maioria dessas pessoas vive, do ponto de vista econômico, à margem da sociedade.

Fontes de Renda*	%
Trabalho por conta própria e/ou esporádico	65
Atividade ilícita	15
Pedir esmola	13
Família e amigos	11
Trabalho regular sem carteira assinada	8
Troca de sexo por dinheiro	7
Renda de assistência ou previdência social	5
Trabalho regular com carteira assinada	4

Tabela 1: Fontes de renda dos usuários de crack e similares no Brasil nos últimos 30 dias

* Foi permitida mais de uma resposta. *Adaptado de Bastos (2014).*

ONDE MORAM OS USUÁRIOS DE CRACK?

Os dois gráficos abaixo mostram onde moram os usuários de crack das cenas de uso brasileiras. Antes de interpretar os dados, temos que levar em consideração o alerta feito pelos autores da pesquisa. É previsível que, ao pesquisar pessoas que fazem o uso frequente de drogas nas ruas, encontremos muitas pessoas morando na rua. Aqueles usuários de crack que não vão até as cenas de uso para comprar ou usar sua droga não foram incluídos nessa pesquisa. Presume-se que esses são os que menos têm problemas de inclusão social e, por isso, não são o foco desse capítulo.

Você pode observar que os resultados são apresentados em separado para as capitais (**gráfico 1**) e as outras cidades pesquisadas (**gráfico 2**). Veja que, nas capitais, quase metade dos usuários passou a maior parte dos últimos 30 dias dormindo na rua. Outros 9% ficaram em moradias provisórias.

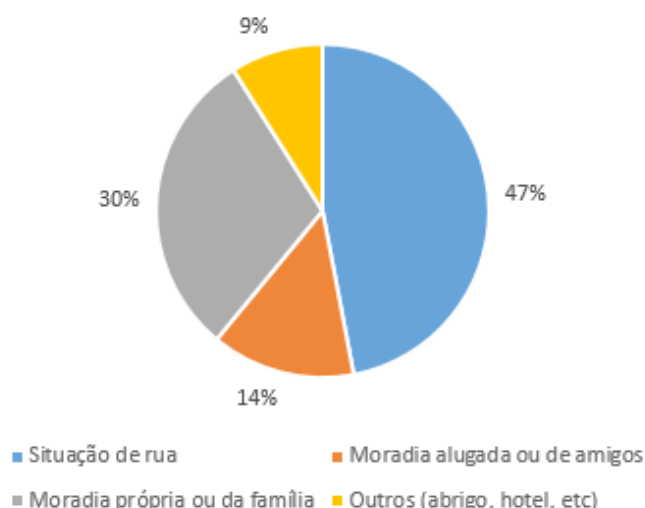


Gráfico 1: Situação de moradia dos usuários de crack e similares no Brasil nos últimos 30 dias (capitais)

Já nas outras cidades (**gráfico 2**), a proporção de pessoas vivendo na rua ou em moradias provisórias é de um quarto dos entrevistados, 22% e 3%, respectivamente. Ao estudar as fontes de renda dos usuários, a pesquisa não encontrou grandes diferenças entre as respostas das capitais e as das outras cidades. Isso mostra como a dinâmica da cidade interfere nas condições de habitação das pessoas que usam drogas para além de seu trabalho e fonte de renda. Custos de moradia mais elevados, grandes distâncias, dificuldades de transporte, mudanças rápidas na dinâmica de ocupação das grandes cidades, entre outros motivos precisam ser considerados para entendermos por que usuários de crack e outras drogas das capitais têm na falta de moradia uma de suas grandes vulnerabilidades.

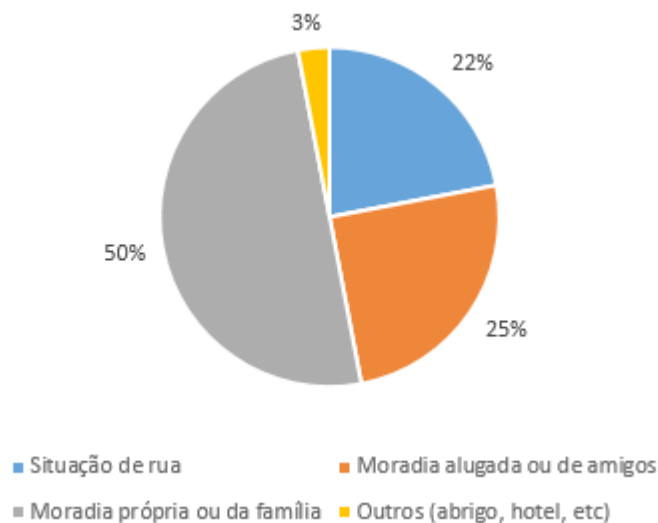


Gráfico 2: Situação de moradia dos usuários de crack e similares no Brasil nos últimos 30 dias (outras cidades)

São complexas as razões que explicam as maneiras de morar de quem vive entre a linha da miséria e a linha da pobreza. Quem trabalha com pessoas em situação de rua, usuárias ou não de drogas, certamente conhece gente que se recusa a dormir nos centros de acolhida da assistência social. Os conflitos com as regras dos albergues e com outros acolhidos são uma razão frequente para isso. Há mesmo quem tenha renda, de um Benefício de Prestação Continuada, por exemplo, e ainda assim passe boa parte do tempo em situação de rua, porque não consegue controlar o uso do dinheiro, mas também porque não aguenta a solidão dos quartos de pensão e quitinetes.

EXCLUSÃO SOCIAL ↔ DROGA

A discussão sobre vulnerabilidade social e uso de drogas é ampla e profunda, e não pretendemos esgotá-la aqui. Mas, com o que vimos até agora, podemos destacar alguns pontos:

- A quase totalidade das pessoas que usam drogas nas cenas de uso das cidades tem um histórico de exclusão social que antecede seus problemas com as drogas.
- Uma vida vivida no fio da navalha da exclusão social torna a pessoa mais vulnerável aos riscos e danos do uso frequente de drogas. O uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas agrava sua condição de exclusão. Exclusão social e uso prejudicial de drogas se retroalimentam.

FORTALECER A CIDADANIA REDUZINDO RISCOS E DANOS: CUIDADOS SOCIAIS E DE SAÚDE INTEGRADOS

Se tiramos as devidas consequências do que concluímos acima, qualquer processo de cuidado e tratamento de pessoas que usam drogas em situação de vulnerabilidade ou franca exclusão social precisa olhar para a pessoa como um todo e oferecer respostas ao conjunto de suas necessidades (GARCIA, 2014).

Interessante que os usuários de drogas que responderam à pesquisa sobre o crack tinham clareza disso. Quando perguntados sobre que tipo de assistência esperavam, mais de 90% pediram serviços integrados de saúde, higiene, alimentação e apoio para conseguir emprego, educação, moradia e retirada de documentos.

Ou seja, as pessoas nas cenas de uso de drogas estão pedindo para ser cidadãos. Se fizermos deles apenas pacientes ou usuários de serviços, não vamos atender às suas demandas e necessidades.

E como isso é colocado em prática? Quais os princípios que orientam uma política de cidadania e redução de riscos e danos para pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade e fazem uso de drogas? Existem programas que conseguem? Ou isso é utopia?

UMA ÉTICA PARA TRABALHADORES E SERVIÇOS: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E REDUÇÃO DE DANOS

Vamos primeiro falar dos princípios que orientam essas políticas e, em seguida, discutir brevemente experiências brasileiras recentes que os colocaram em prática.

A prática da reabilitação e sua conceituação foram construídas a partir da experiência com pessoas portadoras de transtornos mentais graves, muitas vezes com anos de internação em manicômios. O princípio da reabilitação social, no entanto, não se apoia nos sintomas da doença mental, o que ela pretende modificar é a experiência de desvalorização e exclusão social que essas pessoas sofrem pelo estigma de que são alvo. É uma proposta ética, que orienta o tipo de relação que trabalhadores e serviços estabelecem com os usuários, não é um conjunto de técnicas específicas para lidar com sintomas (SARACENO, 2016a). Por ser uma proposta ética, a reabilitação psicossocial tem validade para outras situações em que pessoas são estigmatizadas, destituídas de valor social e excluídas.

A ética da reabilitação psicossocial serve como direção para o cuidado com pessoas que usam drogas, especialmente as que vivem em situação de vulnerabilidade ou exclusão social. Como vimos acima, essas pessoas carregam o duplo estigma da criminalização das drogas e da pobreza no Brasil. São vistas com desconfiança, com pouco ou nenhum valor social, tanto que, para muitos, retirá-las do convívio social por períodos prolongados é visto como uma solução para a sociedade, que nada perderia.

CASA, TRABALHO E OUTRAS REDES SOCIAIS

Para Benedetto Saraceno, a reabilitação psicossocial é a (re)construção do exercício pleno da cidadania, de um lugar com valor social e da capacidade de realizar trocas (sociais, afetivas, materiais), principalmente em três grandes cenários: a casa, o trabalho e as redes sociais comunitárias (a vizinhança etc) (SARACENO, 2016a). Relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído às pessoas.

A depender desse valor, o sujeito terá uma maior ou menor capacidade de se fazer ouvir, respeitar, conseguir atenção, afeto, serviços ou bens. A essa capacidade costuma-se chamar de contratualidade, uma capacidade de estabelecer contratos, não aqueles formais, escritos por advogados, mas os combinados subentendidos do nosso dia a dia que permeiam todas nossas relações.

A exclusão social pelo estigma da doença mental, do uso de drogas ou da miséria desabilita as pessoas desses cenários de troca social, seja por falta objetiva (renda, um imóvel, escolaridade), seja por falta subjetiva, quando a pessoa não tem seu papel reconhecido de cidadão, pai, mãe ou trabalhador. Assim, tanto a falta concreta de uma casa ou de um emprego como a vivência da ausência de valor social, mesmo quando se tem uma casa e um trabalho, devem ser enfrentadas.



Fonte: iStockphoto

O PAPEL DE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

Para Roberto Tykanori, os serviços e profissionais podem emprestar poder de contratualidade para os usuários. Esse poder vem da legitimidade social dos próprios serviços e profissionais (TYKANORI, 2016). Por exemplo, um trabalhador de CAPS-AD pode acompanhar um usuário que procura um quarto para morar ou pode interceder por uma vaga fixa em um centro de acolhida, ajudando o usuário a defender seus direitos de consumidor e cidadão, ou pode ajudá-lo a fazer seu currículo profissional e conversar com seu chefe em um momento de conflito.

APOIO A MORADIA

A falta de uma casa, de um espaço privado dificulta o exercício de relações de intimidade. Isso pode significar não conviver com um companheiro ou companheira ou não conviver com os filhos. Isso significa não ter um endereço para informar em uma entrevista de emprego. Significa também não ter onde guardar seus pertences, incluindo remédios.

Assim, trabalhar as questões de moradia com os usuários de CAPS-AD é fundamental. Profissionais dos CAPS devem conhecer locais e regras de acolhimento institucional (albergues e casas de passagem) e acolhimento em repúblicas do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), trabalhando em rede com a assistência social. Alguns estados e municípios já tem políticas habitacionais que podem apresentar oportunidades para os usuários de CAPS em situação de extrema vulnerabilidade, priorizando famílias com crianças pequenas, por exemplo. Mapear pensões e até mesmo ocupações no território, acompanhar os usuários em seu percurso e na negociação com proprietários são formas de apoiar e aumentar a contratualidade dos usuários na sua busca por moradia.

As próprias unidades de acolhimento vinculadas a CAPS-AD são também formas de apoiar a vivência de moradia para usuários de droga em situação de vulnerabilidade.

O fundamental é apoiar os usuários para criar oportunidades de praticar relações sociais fora do CAPS, na busca por locais de moradia e no dia a dia do morar, ampliando seu repertório.



Fonte: iStockphoto

APOIO AO TRABALHO

A ausência de uma relação de trabalho ou uma relação muito fragilizada pela informalidade e pela exploração também geram uma desabilidade importante. Um catador autônomo de material reciclável, em geral, tem pouca contratualidade, o que se expressa, entre outras coisas, pela baixíssima remuneração de seu esforço. O trabalho muitas vezes é visto de maneira simplificada apenas como uma forma de manter a cabeça ocupada para não se pensar na droga. Ou como uma espécie de castigo que pela repetição e esforço, frequentemente em atividades totalmente desprovidas de significado, devolve “aos arrogantes a humildade” e assim os leva a reconhecer o erro do uso da droga. Ninguém desejaria para si um trabalho que fosse apenas passatempo ou reeducação moral. Por que então acreditar que isso serve para pessoas que usam drogas? Por que associar trabalho e castigo?

Por mais simples que seja, o trabalho precisa ter um valor social, que pode ser atribuído pelo salário que se ganha, pelo reconhecimento social, pela carteira assinada, que significa cidadania, ou até mesmo por um uniforme. Ou por um pouco de tudo isso.

Serviços como CAPS-AD podem apoiar seus usuários de diversas formas, organizando oficinas e grupos para discutir direitos trabalhistas, como fazer um currículo profissional, como enfrentar uma entrevista ou lidar com conflitos no ambiente de trabalho, além de mapear iniciativas de economia solidária no território que ampliem oportunidades. Há muitas cooperativas de catadores de material reciclável, e outras iniciativas, que oferecem oportunidades não só de uma renda pelo trabalho como também promovem novas redes sociais de solidariedade.

Saraceno é muito claro em alertar para os riscos de tomar as oficinas de atividades, como artesanato ou teatro, como a reabilitação psicossocial em si. Para ele, as oficinas são etapas de um processo que tem sempre que buscar potencializar a contratualidade dos usuários fora dos serviços, entre outras coisas, pela produção de valor social que pode vir de seu trabalho. O texto direto e sarcástico de Saraceno não deixa espaço para a complacência em nossos serviços:

“Por que um esquizofrênico teria que, além da desgraça de ser esquizofrênico, ter a desgraça de ser ator, tocador de piano, artista plástico... Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania. O que não quer dizer que uma etapa para reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, por fazer cinzeiros, passe por, não termine em.” (SARACENO, 2016b)

REFLETINDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE USUÁRIOS E SERVIÇOS

CURA E ABSTINÊNCIA?

A persistência da doença mental assim como do uso de drogas não é obstáculo para a reabilitação. O exercício da cidadania e das trocas sociais é um valor ético em si, independente da evolução dos sintomas psiquiátricos e da forma como se use substâncias.

Esse é o ponto de convergência entre a reabilitação psicossocial e a redução de danos. Como você viu nos capítulos anteriores, a preocupação ética fundamental da redução de danos é com a saúde e qualidade de vida das pessoas que usam drogas, e não com o uso em si.

Nos anos 80 e 90, o que deu impulso às práticas de redução de danos foi a necessidade de prevenir o contágio de doenças pelo compartilhamento de seringas usadas para injetar drogas. Atualmente, a redução dos riscos e danos do uso de drogas para os vulnerados sociais no Brasil passa por garantir seu direito à moradia, ao trabalho e à renda.

ESSE USUÁRIO NÃO TEM O PERFIL DO SERVIÇO...

Como fazer para que serviços de cuidado em saúde e cuidado social não reforcem ou confirmem ainda que involuntariamente processos de exclusão? De várias perspectivas, tem-se evidenciado cada vez mais que a organização dos serviços e a própria atitude dos profissionais é crucial para romper ou confirmar processos de exclusão e estigma. Quanto mais graves e longos os processos de exclusão dos usuários e quanto mais sobrecarregados os serviços, maior a chance de se dificultar o acesso a eles.

A política de acolhimento e moradia é um bom exemplo. Toda a lógica do acolhimento, seja na assistência social, nas unidades de acolhimento ou na política habitacional, tende a seguir um processo escalonado em que o usuário deve galgar passos de organização até ter acesso a uma moradia mais estável. Muitas vezes, impõe-se condicionais como a abstinência para que se possa permanecer na moradia. Essa espécie de meritocracia do cuidado afasta justamente os casos mais graves, os que tem mais dificuldades de se organizar, perpetuando sua exclusão e atribuindo-lhes a responsabilidade por seu fracasso.

No caso da moradia, essa exigência de organização prévia ignora o fato de que é justamente a vivência de uma moradia estável que permite aos sujeitos se organizarem e engajarem em outras dimensões da reabilitação psicossocial, como o trabalho e o próprio tratamento.

O conceito de Housing First (moradia primeiro), surgido a partir de experiências nos Estados Unidos da América nos anos 90 com população em situação de rua e portadora de transtornos mentais graves e/ou problemas com drogas, e hoje já difundido no Canadá e Europa, defende justamente a inversão da racionalidade do acesso gradativo à moradia estável. O Housing First se estrutura em dois componentes ofertados por acesso direto e simultâneo: moradia acessível, segura e estável em unidades isoladas ou congregadas (várias unidades individuais em um mesmo prédio) e serviços de suporte – psicossociais, habitacionais e integração social. Nos espaços congregados, orienta-se o aluguel de no máximo de 20% das unidades de um mesmo prédio. A estruturação da casa deve respeitar a autonomia do participante, o que significa que ele opina sobre o tipo - individual ou congregado - e a localização do imóvel. Outro princípio estabelecido é a baixa exigência: o participante ingressa no programa sem precisar aderir a tratamento prévio para saúde mental ou consumo de drogas. Como contrapartida, o participante deve, quando possível, contribuir com parte de sua renda nos custos relativos ao aluguel e receber visitas regulares da equipe do programa (TSEMBERIS, 2015).

O Housing First ganhou legitimidade em estudos empíricos, demonstrando que seus moradores permanecem mais tempo no programa do que em modelos tradicionais e que não há aumento do uso de substâncias (WOODHALL-MELNIK, 2016).

O desafio que se apresenta aos profissionais, serviços e programas é grande e supõe a superação cotidiana de preconceitos sobre o uso de drogas, a miséria e a desigualdade social. Para a reabilitação psicossocial, não se trata de tornar os diferentes iguais a nós, mas de mudar as condições para que os iguais possam conviver com os diferentes, que os diferentes possam estar onde os iguais estão, que possam relacionar-se em um mesmo espaço (SARACENO, 2016b).

EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS DE INTEGRAÇÃO DE PROGRAMAS DE CUIDADO COM MORADIA E TRABALHO

A discussão deste capítulo deixa claro que, ao tempo em que nós, profissionais, temos grandes responsabilidades de atuação nos serviços para contribuir com a construção da cidadania dos usuários, também as políticas de drogas, saúde mental, assistência social, habitação e trabalho precisam se integrar e desenhar estratégias capazes de incorporar à cidadania esse público vulnerado.

A experiência brasileira recente é rica em exemplos inovadores de articulação intersetorial nesse campo. O estado de Pernambuco, com o programa Atitude, e a cidade de São Paulo, com o programa De Braços Abertos, investiram na oferta de moradia apoiada com visitas regulares por equipes de saúde sem condicionar a abstinência ou adesão integral a tratamento. O De Braços Abertos garantiu aos seus beneficiários, além de moradia, trabalho remunerado. Isso foi possível aproveitando a legislação local para frentes de trabalho (EVANS, 2017).

A partir dessas experiências pioneiras, a SENAD financiou em 2014 outros pilotos semelhantes no Distrito Federal e capitais como Fortaleza, Palmas e João Pessoa, oferecendo apoio ao aluguel de moradias individuais ou organizando espaços coletivos de moradia. Essas experiências, com todas as suas diferenças e dificuldades técnico-administrativas, vêm provando que é possível enfrentar o problema social do uso prejudicial de drogas por pessoas em situação de vulnerabilidade social.

SAIBA MAIS

Nestes links, você encontra mais informações e discussão sobre programas de promoção de direitos para usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social:

- **Programa Atitude:**
http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/07/UFPE_programa_atitude_sum%C3%A1rio_executivo_2016.pdf
- **Programa De Braços Abertos:**
<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Bra%C3%A7os-Abertos-1-2.pdf>
- **Housing First:**
http://sectordialogues.org/sites/default/files/acoes/documentos/publicacao_dialogos_sobre_a_populacao_em_situacao_de_rua_no_brasil_e_na_europa.pdf

REFERÊNCIAS

- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Fiocruz, 2014.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios ano 2016.** IBGE, 2016.
- EVANS, S. Crack: reduzir danos. *In: Lições Brasileiras sobre Saúde, Segurança e Cidadania. Relatório da Open Society Foundations*, 2017. Disponível em: <<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/crack-reduzir-danos-20170313.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2017.
- GARCIA, L. S. L.; KINOSHITA, R. T.; MAXIMIANO, V. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. *In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014, p. 147-157.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil.* Hucitec, 2016a.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. *In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil.* Hucitec, 2016b.
- SOUZA, J. et al. **A ralé brasileira: quem é e como vive.** Belo Horizonte: UFMG, 2009.
- SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social.** Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.
- TSEMBERIS, S. **Housing first: the pathways model to end homelessness for people with mental illness and addictions.** Center City, MN: Hazelden; 2015.
- TYKANORI, R. K. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil.* Hucitec, 2016.
- WOODHALL-MELNIK, J. R.; DUNN, J. R. A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. **Housing Studies**, v. 31, n. 3, p. 287-304, 2016.

SOBRE O AUTOR



Leon de Souza Lobo Garcia

Médico psiquiatra formado pela Faculdade de Medicina da USP e doutor em Saúde Pública pela Universidade de Londres. Tem atividade clínica e docente no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP e no CAPS-AD Centro em São Paulo. Tem experiência na gestão municipal e federal das Políticas de Saúde Mental e Drogas.

Link para Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3561515616362901>