



FÓRUM ESTADUAL DE  
REDUÇÃO DE DANOS  
DE SÃO PAULO

CONSTRUÇÃO, DIÁLOGO E  
INTERVENÇÃO POLÍTICA

ORGANIZADORES:  
ALINE GODOY, BRUNO RAMOS,  
MARINA SANT'ANNA, ROBERTA MARCONDES

FÓRUM ESTADUAL DE REDUÇÃO DE DANOS:  
CONSTRUÇÃO, DIÁLOGO E INTERVENÇÃO POLÍTICA



Aline Godoy. Bruno Ramos Gomes, Marina Sant'Anna e Roberta Marcondes Costa  
(Organizadores)

FÓRUM ESTADUAL DE REDUÇÃO DE DANOS:  
CONSTRUÇÃO, DIÁLOGO E INTERVENÇÃO POLÍTICA

São Paulo

2014

**Catálogo na fonte**  
**Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

G588

Godoy, Aline; Gomes, Bruno Ramos; Sant'Anna, Marina; Costa, Roberta Marcondes (Organizadores).

I Fórum Estadual de Redução de Danos do Estado de São Paulo / Aline Godoy, Bruno Ramos Gomes, Marina Sant'Anna e Roberta Marcondes Costa (Organizadores)

– São Paulo: Córrego, 2014.

114 p.; 21 x 29,7 cm

ISBN 978-85-67240-30-5

1. Assistência social. 2. Serviço social. 3. Redução de danos. 4. Juventude e cultura. I. Centro de Convivência É De Lei. II. Título.

CDD 361.05

Índice para catálogo sistemático

I. Assistência social : Redução de danos : Serviço social

## Sumário

1.AGRADECIMENTOS .....	9
2.INTRODUÇÃO .....	10
3.HISTÓRICO .....	11
4.MÉTODO .....	16
5.EXPERIÊNCIAS DE REDUÇÃO DE DANOS NO ESTADO .....	20
6.CONHECIMENTO PRODUZIDO E DISCUSSÃO FINAL.....	90
7. ANEXO – Introdução: Relatos sobre os Encontros .....	98



### **Terapia de Rua**

Preciso pegar mais em canetas.

E não mais em facas!

Preciso escrever

Um verso depois

Dessa ressaca!

(Autor: Jucimar Barbosa)





## **1. AGRADECIMENTOS**

O Fórum Estadual de Redução de Danos se propõe a ser um espaço aberto à participação de quem tiver interesse em debater o tema, sempre na intenção de construir fortalecimento entre os participantes. A construção deste espaço só é possível com a contribuição de quem faz, pensa, pesquisa, discute, e vive a redução de danos.

Dessa forma agradecemos aos participantes deste processo. Desde aqueles que vieram conhecer o que é redução de danos, até aqueles que atuam nesta perspectiva há mais de 20 anos. Oferecemos especial agradecimento àqueles que estiveram presentes em todos os encontros, ou na grande maioria deles, reafirmando a importância deste fórum.

O grupo articulador desempenhou um papel importante de planejar, costurar e viabilizar os encontros, com passagens breves ou duradouras, agradecemos a Daniela Trigueiros, Danielle Antonelli Cardia, Edney Santos Vitorio, Jorge Artur Canfield Floriani, Liandro Lindner, Marcos Guimarães, Mauri Cleiton Batista, Michel de Castro Marques, Mirmila Musse, Thiago Pacheco e Thiago Marchi. E também, André Contrucci, Lucas Volpi, Michel de Castro Marques e Myro Rolim pelo suporte quando mais precisamos.

Agradecemos aos municípios de Osasco, Campinas, Sorocaba e Guarulhos que sediaram nossos encontros fora da capital. Obrigada pelo acolhimento, atenção e pela valorização do trabalho da redução de danos. Agradecemos, ainda, a todos os debatedores convidados nesses encontros.

Obrigada ao SAE Campos Elíseos por nos acolher no primeiro encontro. O grande número de participantes nos levou à busca de um espaço maior, e agradecemos muitíssimo ao CRP - Conselho Regional de Psicologia, de São Paulo, pela disponibilidade e apoio nos demais encontros deste Fórum na capital, assim como o apoio constante às propostas relacionadas à redução de danos.

E por fim, agradecemos ao Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo – SES (edital de seleção pública de projetos nº001/2010) pelo importante apoio à implantação deste processo, que apenas se inicia... Obrigada!

Aline Godoy, Bruno Ramos Gomes, Marina Sant'Anna e Roberta Marcondes Costa.

## 2. INTRODUÇÃO

Marina Sant'Anna

Roberta Marcondes Costa

Bruno Ramos Gomes

Aline Godoy

Este livro traz as vivências do Fórum Estadual de Redução de Danos de São Paulo, que se convencionou denominar de FERD, e as experiências de alguns grupos e instituições que participaram desse processo.

Trazemos aqui o histórico do FERD, desde a sua concepção, implantação e gestão, até a produção de conhecimento resultante dos encontros. Trazemos, também, o relato e as reflexões sobre as práticas de trabalhadores de Campinas, Mauá, Sorocaba e São Paulo, como referências no campo da redução de danos.

Sabendo da impossibilidade de relatar tudo o que fizemos durante os dois anos iniciais do fórum, acreditamos que grandes questões da redução de danos estão aqui, mesmo que algumas, apenas sinalizadas.

Fazemos um convite ao leitor a conhecer um pouco sobre a atuação do estado de São Paulo em redução de danos, e a trazer suas contribuições para os próximos encontros do FERD.

### 3. HISTÓRICO

Roberta Marcondes Costa

Marina Sant'Anna

Bruno Ramos Gomes

Aline Godoy

A proposta do Fórum Estadual de Redução de Danos de São Paulo (FERD) começou a ser gerada pelos trabalhadores do Centro de Convivência É de Lei<sup>1</sup>, a partir da observação de uma necessidade de articulação de uma rede dos que atuam com redução de danos (RD) no estado. Era necessário produzir uma forma de organizar e promover a produção de conhecimento, realizar trocas de experiências, e, sobretudo, contribuir para o fortalecimento, continuidade e a visibilidade da RD junto a trabalhadores, gestores e mídia.

Assim, o objetivo do projeto proposto ao Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo foi promover a criação e organização de um espaço para discussão das ações e articulações de RD no Estado de São Paulo, atuando como instância de advocacy e controle social das políticas públicas envolvidas com o tema.

O projeto de dois anos previa, além de 12 encontros do FERD, a realização de um seminário de integração e planejamento estratégico; 24 reuniões de um grupo articulador; produção de quatro edições de um boletim informativo; mapeamento das ações de RD no estado; produção de um caderno sobre RD para agentes redutores de danos; e um livro sobre a produção do FERD.

Desde o começo, a intenção foi de compor com quem tivesse interesse de construir esse espaço de forma conjunta. Nesse sentido, fizemos, em dezembro de 2012, um encontro de planejamento com pessoas e grupos de referência em RD no estado: ONGs, representantes governamentais, de universidades e de diversas áreas como DST/Aids, Saúde Mental, Assistência Social e Justiça, entre outras. Algo muito importante, que foi identificado neste processo, foi que precisávamos rediscutir o conceito de redução de danos, dadas as transformações ocorridas nos últimos 20 anos em termos políticos, econômicos, sociais e

---

<sup>1</sup> O Centro de Convivência É de Lei é uma organização da Sociedade Civil que atua na perspectiva da Redução de Danos desde 1998. Conheça mais em [www.edelei.org](http://www.edelei.org)

culturais. Nesse planejamento formulamos questões fundamentais para serem refletidas e debatidas nos dois primeiros anos do FERD:

1. Política e estratégia de RD: O que é RD? Quem é o Agente Redutor de Danos? Como se dá a capacitação profissional?
2. Diferenças territoriais: cracolândias, periferia, ambiente rural, serviços, etc.
3. Política de drogas / internação compulsória / Legislação
4. Estigma / Preconceito / Acesso ao cuidado / Direitos Humanos / sensibilização das redes
5. Mensuração – como contabilizar a complexidade da questão? (Monitoramento, Avaliação e Planejamento)
6. Relação com a universidade – como anda a produção acadêmica?
7. Educação
8. Saúde / RD e saúde mental / RD e atenção básica / Uma questão para além da saúde – RD como saúde coletiva
9. Assistência Social
10. Segurança Pública / Sistema Penitenciário
11. Mídia
12. Plano Nacional de combate ao crack e outras drogas / Relatório da Senad sobre o perfil do usuário de crack / Qual o produto cultural que o crack deixa?
13. Insumos do momento / Novas drogas e novas cenas

Partindo do planejamento convidamos algumas pessoas para fazerem parte do grupo articulador, que contou com circulação de alguns participantes ao longo do tempo, conforme a disponibilidade das pessoas, mas se sustentou um grupo fixo de quatro trabalhadores do É de Lei, o que garantiu um processo de continuidade. Este grupo se mantém aberto para a participação de quem se interessar.

O primeiro encontro bimensal do FERD já nos trouxe uma surpresa. Esperávamos reunir por volta de 30 pessoas e recebemos quase 90. E o número de participantes só cresceu nas demais

reuniões. Isso confirmou nossa suspeita de que as pessoas necessitavam de um espaço que ainda não existia para trocar experiências, conhecer mais sobre RD, se articular e garantir o fortalecimento e continuidade de suas ações.

Depois de identificada no planejamento a necessidade de elaborar e atualizar conceitos em RD, além de promover o encontro e articulação em torno da RD, também tivemos como foco, produzir e sistematizar conhecimento a partir da prática. Fizemos um processo de produção conjunta de conhecimento e o grupo articulador buscou apreender as questões mais latentes em cada um dos encontros para levantar o debate nos seguintes, sempre norteado pelos temas levantados no planejamento, que se mostraram de fato pertinentes. Uma reflexão mais aprofundada sobre o método utilizado no FERD será apresentada no próximo capítulo.

O tema da primeira reunião: O que é e como se faz RD, apareceu em todas as reuniões plenárias. A complexidade e a potência da RD está no seu caráter não prescritivo, no fato de que uma mesma prática pode ser RD para um sujeito em determinado momento de sua vida, mas não ser mais em outro momento. Para outro sujeito, essa mesma prática pode significar dano, ou mesmo ser compreendido como violento ou invasivo. Isso porque a RD só se efetiva se for realizada de forma singular, em construção conjunta com os sujeitos.

Cerca de 30 pessoas mantiveram frequência perene durante os dois anos do FERD, enquanto que cada encontro, cerca de 60 pessoas compareceram ali pela primeira vez. Em um primeiro momento essa flutuação nos fez questionar a dinâmica, imaginando os motivos pelos quais grande parte das pessoas não voltaria, e o desafio que seria produzir conhecimento longitudinalmente nesse contexto. Entretanto, a produção de conhecimento se deu de forma muito rica, e ao final do projeto, entendemos que a rotatividade de pessoas nas reuniões estava fora de nosso alcance. No XI encontro, em que debatemos a sustentabilidade do FERD, perguntamos para as pessoas o motivo dessa rotatividade, e a resposta aponta um elemento importante para pensar um diagnóstico das práticas em RD no estado de SP: um dos motivos estaria relacionado ao fato de que os trabalhadores não permanecem mais que um ou dois anos nesse tipo de trabalho. Vários participantes afirmaram que desde que o FERD havia começado a equipe do seu serviço havia mudado completamente.

Os trabalhadores traziam, a cada encontro, apreensão de trabalhar com uma abordagem muitas vezes desconhecida para eles até o momento de sua contratação; e uma grande dificuldade de desenvolver práticas sobre as quais não tiveram formação ou não recebiam supervisão de conhecedores do assunto. Certamente, esses são elementos de desgaste nos

processos de trabalho, que somados a outros, podem estar relacionados à baixa fixação de trabalhadores na rede.

Para lidar com esse descompasso entre os participantes assíduos e novos, elaboramos os boletins que estavam previstos para socializar a produção de conhecimento gerada nos encontros.

Nesse sentido, avaliamos que a maior contribuição do FERD em relação às necessidades dos trabalhadores, seria a própria produção de conhecimento sobre as práticas de RD que, desenvolvida nos encontros, se reverteria em concretude, na produção dos boletins, deste livro e de um caderno de campo com elementos didáticos e interativos para os profissionais que trabalham com RD no estado. Esses materiais visam à instrumentalização dos trabalhadores para, assim, terem maior propriedade de seu processo de trabalho, que muitas vezes é mal compreendido pela gestão, pelos próprios trabalhadores e pelos familiares ou usuários de drogas.

Já existe significativa produção de conhecimento acadêmico sobre a RD mas, em geral, dada sua complexidade, é algo difícil de ser traduzido em prática. Não sendo possível mapear tudo que acontece com RD no Estado de São Paulo, decidimos apresentar algumas práticas, consideradas exemplares, de equipes participantes do FERD, para serem publicadas como práticas de referência na atuação. Os próprios trabalhadores foram convidados para escrever sobre o trabalho que desenvolvem, possivelmente a parte mais rica deste livro.

A desconstrução do imaginário do senso comum do usuário de drogas como pecador, criminoso e/ou doente, para entendê-lo pessoa com de direitos, é um processo bastante difícil, mesmo junto aos profissionais experientes com esse tipo de trabalho, inclusive como redutores de danos. Os trabalhadores dos campos da saúde mental, assistência social, justiça, entre outros, ainda estão se apropriando deste olhar.

O FERD foi, inicialmente, um projeto com tempo determinado de execução, articulado pelo Centro de Convivência É de Lei. Considerando a grande participação das pessoas, e a constante reafirmação da importância de continuidade deste espaço de encontro e articulação, na XI (penúltima) reunião do FERD levantamos o debate referente à manutenção e sustentabilidade desse fórum após o término do financiamento do projeto. Nesse encontro, avaliamos a importância da continuação do fórum como um movimento social autônomo que possa também cumprir seu objetivo de *advocacy* e controle social, influenciando políticas públicas no campo da RD, também no nível da gestão. Assim, entendemos que o FERD não

deve suprir a insuficiência na formação dos trabalhadores sobre RD, mas ser espaço de articulação e construção, inclusive para pautar política pública. Ficou muito claro que todos querem a manutenção desse espaço de fortalecimento que é o FERD, e que ele continue, mas também ficou latente a necessidade de fóruns locais para fortalecer os trabalhadores e as redes de atenção em seus respectivos territórios.



## 4. MÉTODO

Aline Godoy

Roberta Marcondes Costa

Marina Sant`Anna

Bruno Ramos Gomes

As práticas de RD, por sua complexidade, não são protocoláveis. Não existe um grande manual de práticas que oriente como fazer RD. “Depende”, como ouvimos e dissemos tantas e tantas vezes durante nossos encontros do FERD. Mas, depende de que?

Dentre tantos fatores, fazer RD depende de onde se está, com quem se fala, do contexto político, da gestão do trabalho, dos recursos que se tem à mão. Quando se faz RD, muito se cria de acordo com as situações e possibilidades, e por vezes, a sutileza desse trabalho é confundida com “dom”, “jeitinho”. Sabemos, porém que para criar respostas nessas situações, é necessário um acúmulo ético-técnico-político.

Sabendo disso, estabelecemos como princípio para o FERD, que não queríamos criar espaços verticais de transmissão de informações, com “palestras”, “mesas”, “aulas”; porque esse formato não responderia às necessidades dos nossos participantes, que estavam relacionadas a pensar a RD na prática, localmente, a partir da realidade de cada município. E a partir das realidades, criar respostas e trocar com outras localidades, estabelecendo um processo de produção de conhecimento sobre RD. Se a redução de danos, entre muitas outras formas, se manifesta a partir de um conjunto de práticas, precisamos olhar para estas práticas no Estado para entender o que está sendo chamado de RD atualmente.

Para isso, buscamos recursos que possibilitassem encontros criativos, participativos, e que esses encontros fosse possível produzir conhecimento, sistematização do conhecimento da prática em conhecimento dizível, compartilhável. Nossa finalidade foi criar campo de troca que superasse o discurso simplificador (“tudo é RD”), fortalecendo práticas emancipatórias pela via da tomada de consciência dos contextos, instrumentos e processos da RD, e da afirmação desse trabalho nos diversos campos de atuação e serviços, como execução de política pública, validada e reiterada.

Influências da educação emancipatória, da educação popular e da tecnologia Open Space nos

muniram de recursos para propor nossos encontros. Ora, se para fazer RD é necessário criar em ato, improvisar e lidar com os recursos disponíveis e as surpresas do caminho, foi assim que criamos nosso percurso nesse fórum, munidos de recursos, atentos ao que nos era apresentado, e abertos e dispostos a compor.

Fazemos o esforço de, sempre que possível trabalhar em **roda**. Em roda, enxergamos quem fala, podemos olhar, ver. Neste formato, todos ficamos à mesma distância do centro, lembrando que temos a mesma importância. Voltados para o mesmo centro, lembramos que estamos reunidos em torno de um objetivo comum – a troca sobre RD no estado de SP, com a finalidade de melhorar, afirmar e defender nossas práticas. Descobrimos que os espaços para reunião em SP não foram criados com esses pensamentos. Formato de auditório com cadeiras fixas no chão e um palco mais alto à frente é o que mais encontramos. E mesmo quando as cadeiras não são presas ao chão, algum incômodo é necessário produzir quando fazemos questão de “bagunçar tudo”, criando uma grande roda – às vezes duas concêntricas quando o espaço é menor que o tamanho do grupo. O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo nos acolheu, manifestando importante apoio e respeito à proposta, na maioria dos nossos encontros, tolerando nossa transgressão. Quando isso não é possível, em outros espaços, transgredimos de outras formas, ocupando o palco, corredores, e sentando em rodas nas cadeiras fixas. Adaptações acolhidas com tranquilidade e empenho pelos participantes acostumados a improvisar, com quem contamos toda vez.

Nesse cenário, a capacidade de **improviso**, então, é uma qualidade bastante acessada. Nosso primeiro encontro, previsto para 30 pessoas, contou com quase 90. As dinâmicas pensadas para 30 pessoas foram adaptadas, com generoso acolhimento por parte dos participantes. A **negociação** sempre que necessária – que parte do princípio de que quem está à nossa frente é capaz de ponderar e decidir junto –, permite que a cada necessidade de readequação, apresentemos a situação ao grupo e pensemos respostas coletivas.

As **apresentações** de todos (nome, profissão/função, município, instituição de origem, e com alguma frequência, motivações para o encontro) localizam os presentes em relação à representação das instituições e municípios, em relação aos interesses e práticas dos participantes, e também em relação às expectativas para cada encontro. Também nos apresentamos, o grupo articulador, apresentamos a proposta e o trajeto trilhado até ali, apontando elementos de um processo em andamento e de que todos fazem parte. O tempo desse primeiro momento, por vezes longo, nunca é perdido – saber quem somos e a que viemos é o primeiro passo para um encontro honesto e, de fato construtivo. Durante

**intervalos**, muitas trocas acontecem e temos notícias de articulações potentes propiciadas por saber que “tal pessoa de tal serviço” está por perto, e está acessível, disposto a conversar, e tem anseios parecidos.

Assim como as apresentações, as **avaliações** finais são imprescindíveis. Observar o que aconteceu, ponderar fortalezas e desgastes, apreciar o que foi produzido e apontar próximos passos coletivamente estabelece um ritmo e um fechamento para cada encontro que o conecta com o resto do processo. Muitos de nós, cansados de outros espaços com muitos encontros cheios de idéias e pouca continuidade ou manutenção delas, sentimos acolhimento e um tanto de alívio de enxergar uma linha condutora.

Para além dos encontros entre os participantes, as reuniões são orientadas para a **produção de conhecimento** dos participantes. As práticas em RD, para se efetivarem, exigem dos trabalhadores um preparo intenso, constante reflexão sobre cada gesto, cada passo, cada insumo entregue ou recusado, cada encaminhamento, acompanhamento ou ausência. Há um conhecimento que é produzido no processo de trabalho em RD, e que é difícil de sistematizar, dizer, justamente por ser tão singular e complexo. Nosso esforço no Fórum passa por colocar em palavras essa complexidade, conscientes da simplificação que isso pode produzir, mas com a certeza de que para compartilhar, ensinar quem chega, dialogar com a gestão e outros campos, é necessário usar uma linguagem acessível e compartilhável.

Tendo o **registro** do processo como uma prática permanente e essencial, os encontros são organizados de forma a permitir a **participação** intensa. Mais tempo para **debate** do que para falas únicas, **grupos de trabalho com tarefas claras, compartilhamento das produções** dos grupos com registro de todo o processo e produtos. Estes são alguns dos recursos que usamos.

Dada a participação flutuante, entendemos que cada encontro deveria encerrar certa completude. **Estabelecer começo, meio e fim em cada encontro**, desde a apresentação até o compartilhamento da produção coletiva de conhecimento foi uma estratégia que usamos. Por mais que haja um processo transversal aos encontros em andamento, é importante retomar um histórico ao início, para não cairmos na constante invenção da roda, com muitas de ideias e limitada execução (que vemos acontecer tanto na rede). E na avaliação, **afirmar** o processo complexo, e principalmente, os produtos desse processo, como validação do trabalho daquele grupo naquele dia, e também, como forma de **responsabilizar** os presentes em relação ao processo maior, transversal do Fórum, mas também do projeto de transformação social da RD. É essencial termos uma postura responsável, de orientar as práticas a partir daquilo que podemos executar, sem perder de vista onde queremos chegar. É comum ouvirmos relatos de

como o espaço do fórum acolhe os participantes, dando escuta e possibilidade de sonho, ao mesmo tempo que organiza o pensamento sobre a prática e fortalece para o trabalho.

Importante apontar que, nesse cenário, apesar de haver abertura permanente à composição coletiva, a existência de um **grupo articulador perene** foi essencial para ancorar o processo do Fórum Estadual de Redução de Danos entre 2012 e 2014. O grupo articulador, presente em todos os encontros, e reunindo-se periodicamente fora deles, preparou cada encontro fundamentados na avaliação do encontro anterior; nos temas elencados no primeiro seminário; na conjuntura técnico-política do momento; e nas possibilidades concretas de que dispunha (tamanho de sala, aceite de convidados, recursos materiais, número de pessoas para realizar...). Esse processo de **planejamento e avaliação permanentes** nos mantém atentos ao movimento do FERD, em sua vitalidade e fluxo reais. Com alguma frequência são sugeridas grandes idéias que, avaliadas a partir do olhar do grupo articulador junto ao coletivo, se mostram pouco realizáveis sem um **compromisso** permanente de um grupo maior. Um site do fórum, um facebook do fórum, um espaço de debate permanente fora dos encontros. Lindas idéias que, confrontadas com a realidade, mostram-se demandantes de um compromisso de outros e novos atores. Esse movimento mantém viva em nós (todos nós) a consciência de que há necessidades e limites para a construção da rede que queremos.

Entendemos a partir dos relatos dos participantes que sem um reconhecimento daquele espaço como parte do processo de trabalho, sua construção ficaria sempre prejudicada. Há uma percepção comum nos participantes, de uma falta de continuidade de projetos e processos de potência, dados pela interrupção ou falta de continuidade de boas idéias e iniciativas. O fato de termos financiamento que sustentasse um grupo permanente de articulação foi o que ancorou um processo contínuo que pudesse gerar frutos. Como faríamos para seguir então? Neste debate, e a partir dessa clareza, os trabalhadores propuseram e se dispuseram a negociar com suas gestões, que **parte do seu trabalho nos serviços fosse de articulação** desse fórum, o que seria um movimento de responsabilização da rede pela sua sustentação em formação e produção de conhecimento, para além da urgência em responder a demandas.

Atualmente, durante a escrita e fechamento deste livro, construído coletivamente, o grupo articulador já conta com trabalhadores em horário de trabalho da rede, compondo a construção da nova fase do FERD.

## 5. EXPERIÊNCIAS DE REDUÇÃO DE DANOS NO ESTADO

Aline Godoy

Roberta Marcondes Costa

Marina Sant'Anna

Bruno Ramos Gomes

Estiveram presentes nos encontros do FERD centenas de pessoas diferentes, de todo o estado de São Paulo, apresentando uma grande diversidade de práticas. Alguns mais ligados à prevenção das DST/AIDS, outros à saúde mental, à atenção básica, e outros ainda na interface entre estas diversas áreas da saúde. Também contamos com aqueles que pensam e desenvolvem ações na perspectiva da RD na assistência social, com crianças e adolescentes, em festas, com a população em situação de rua, LGBTTT, profissionais do sexo. Trabalhadores da rede, consumidores de drogas, pesquisadores, gestores, militantes de movimentos sociais e outros interessados. Observamos que existe uma grande variedade de ações em RD no estado, o que chama a atenção dada a insuficiência de recursos financeiros com que esses projetos contam.

Esta parte do livro traz artigos de equipes de redução de danos de diferentes municípios e serviços, e representa um pouco desta variedade estadual.

Foram convidadas para esta produção, equipes que estiveram conosco de forma mais perene e/ou apresentaram práticas que, ao serem compartilhadas nos encontros, tiveram boa repercussão pela sua originalidade, pela sua efetividade, ou pela clareza de fundamentação. Também são apresentadas as formas de fazer RD desenvolvidas na ONG Centro de Convivência É de Lei. Como discutimos nos capítulos anteriores, os processos de trabalho em RD têm sido desgastantes e algumas equipes não conseguiram responder ao convite de escrever um artigo, em parte pela sobrecarga de trabalho. Ainda assim, consideramos que as produções a seguir apresentam práticas exemplares, e um mapeamento e atualização das formas de fazer RD no Estado de São Paulo.

## 5.1 Os redutores de danos e as práticas de cuidado no território - Redução de Danos em Campinas

Alcyone Apolinário Januzzi<sup>2</sup>  
Carla P. Linarelli<sup>3</sup>  
Caroline Tatiele Moreira<sup>4</sup>  
Carol Baeta<sup>5</sup>  
Celso Lima da Silva<sup>6</sup>  
Clayton Ezequiel dos Santos<sup>7</sup>  
Fabio Guilherme de Magalhães<sup>8</sup>  
Maicon Rangel do Nascimento Silva<sup>9</sup>  
Jessica Pacheco Barbosa<sup>10</sup>  
Luma Montenegro<sup>11</sup>  
Luzia Amaro da Silva<sup>12</sup>  
Marina de Souza<sup>13</sup>  
Rodrigo Pressoto<sup>14</sup>  
Sander Cavalcante de Albuquerque<sup>15</sup>  
Sandrina Kelem Indiani<sup>16</sup>  
Suzy Santos<sup>17</sup>  
Thiago França Rio Branco Carvalho<sup>18</sup>

### Contextualização

Esse texto tem o intuito de apresentar aos leitores um breve histórico das práticas de cuidado em Redução de Danos (RD) no município de Campinas e também expor o cotidiano de trabalho dos redutores de danos, nos contextos de uso de drogas, bem como, suas dificuldades, desafios e modos criativos de cuidar no território. O conteúdo desse trabalho foi construído pelos próprios redutores de danos, a partir de rodas de conversa e diários de campo.

- 
- <sup>2</sup> Educadora física, MBA em Gestão e gestora do Consultório na Rua de Campinas/SP.  
<sup>3</sup> Psicóloga, especialista em dependência química e gestora do CAPS AD III Reviver de Campinas/SP  
<sup>4</sup> Redutora de Danos do Consultório na Rua de Campinas/SP  
<sup>5</sup> Redutora de Danos do CAPS AD Independência de Campinas/SP  
<sup>6</sup> Redutor de Danos do CAPS AD III Reviver de Campinas/SP  
<sup>7</sup> Psicólogo, doutorando em Psicologia/UNESP e gerente de convênio do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira  
<sup>8</sup> Redutor de Danos do CAPS AD Antônio Orlando de Campinas/SP  
<sup>9</sup> Redutor de Danos do CAPS AD Antônio Orlando de Campinas/SP  
<sup>10</sup> Redutora de Danos do CAPS AD III Reviver de Campinas/SP  
<sup>11</sup> Redutora de Danos do CAPS AD III Reviver de Campinas/SP  
<sup>12</sup> Redutor de Danos do CAPS AD Antônio Orlando de Campinas/SP  
<sup>13</sup> Redutora de Danos do CAPS AD Independência de Campinas/SP  
<sup>14</sup> Psicólogo, Mestre em Saúde Coletiva pela UNICAMP e Psicólogo da Prefeitura Municipal de Campinas/SP  
<sup>15</sup> Psicólogo, mestre em Psicologia Social/PUC-SP e gerente de convênio do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira  
<sup>16</sup> Terapeuta Ocupacional, Sanitarista e gestora do CAPS AD Antônio Orlando de Campinas/SP  
<sup>17</sup> Redutora de Danos do Consultório na Rua de Campinas/SP  
<sup>18</sup> Redutor de Danos do Consultório na Rua de Campinas/SP

(todos os equipamentos de saúde citados acima são da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campinas/SP conveniado com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira)

O município de Campinas-SP compartilha muito das características que podemos encontrar nas metrópoles modernas, com grande potencial de desenvolvimento econômico e grandes desafios sociais a serem enfrentados. Dentre eles, destacamos a questão das pessoas em situação de rua.

Campinas é a terceira cidade mais populosa do estado de São Paulo, tendo aproximadamente 1.144.862 habitantes<sup>19</sup>, e é pólo Regional de uma região metropolitana, ultrapassando assim a marca de três milhões de habitantes.

No campo da saúde, o município é conhecido historicamente pela sua construção de novos modelos de atenção e gestão em saúde. A experiência de Campinas norteou-se no sentido de expandir a rede pública, municipalizando a política de saúde.

O município está dividido em cinco distritos: Distrito de Saúde Leste, Norte, Sul, Sudoeste e Noroeste. A distritalização tem como objetivo a progressiva descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes.

Foi nesse cenário, aberto às novas práticas de cuidado, que foram desenvolvidas as práticas de Redução de Danos em Campinas, a partir de 1998. O contexto era de epidemia da Aids e altos índices de contaminação por HIV/Aids – um dos maiores do estado de São Paulo. Os usuários de drogas injetáveis estavam entre os grupos sociais mais expostos à doença na década de 1990 no município.

Assim como em outros municípios do Brasil, Campinas iniciou as práticas de RD de maneira discreta, no Ambulatório Municipal DST/Aids. Num primeiro momento, as trocas de seringas eram feitas por uma auxiliar de enfermagem, mas rapidamente foi identificada a necessidade de transformar essas ações em abordagem de rua. Nesse momento, outros atores entraram na composição dos trabalhos de rua, principalmente usuários do serviço, que através do trabalho voluntário entregavam os insumos e faziam a aproximação entre pares visando a construção de vínculo.

Em 2001, Gastão Wagner de Sousa Campos, então secretário de saúde, oficializou a RD como uma política do município, abrindo caminho para ampliação do projeto, sendo criado em 2002, o Programa de Redução de Danos (PRD).

Com a chegada dos redutores de danos, em sua maioria usuários e ex-usuários de drogas e abertura de novos campos de trabalho, os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) deixaram de ser

---

<sup>19</sup> Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013, Disponível: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2013/estimativa\\_2013\\_dou.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf), acessado em 23/10/2013.

o foco da atenção do cuidado e passaram a compor o cenário de intervenções junto a outras populações vulneráveis em uso de Substância Psicoativa (SPA). As abordagens de rua consistiam em seguir as pistas da itinerância dos “mocós”, para distribuição dos insumos e construção de vínculo com os usuários.

Importante destacar que no campo da saúde em Campinas, os agentes de redução de danos foram os primeiros e os únicos, até a chegada do Consultório na Rua, a fazerem abordagem de rua de modo continuado com as populações marginalizadas, entre elas as pessoas em situação de rua.

A ampliação da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, ocorreu dentro do contexto da “epidemia do crack”. Até 2010, o município contava com dois CAPS AD (região leste e sul) e o Núcleo de Atenção a Dependência Química (NADEQ) com dez leitos de internação psiquiátrica e dez de retaguarda noturna. Estavam em processo de cadastramento os dez leitos de saúde mental do Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV). Era, portanto, uma rede bastante reduzida se considerado o tamanho da população assistida, e insuficiente para dar sustentabilidade ao modelo da Reabilitação Psicossocial e de Redução de Danos que estava sendo defendido nos serviços, com protagonismo dos CAPS ad Independência e CAPS ad Reviver e a parceria do Ambulatório Municipal de DST/Aids com o acúmulo de suas experiências.

Com a ampliação da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, houve a abertura de mais um CAPS AD (região noroeste), o Consultório na Rua, CAPS AD 24hs (região leste e norte) e a Escola de Redução de Danos, que possibilitou a incorporação dos agentes de RD na saúde mental do município. Os CAPS AD e o Consultório na Rua passaram a ter um trio de redutores de danos na perspectiva de ampliação da oferta de cuidado dos serviços à população usuária de drogas nos territórios de alta vulnerabilidade.

### **Diário de Campo: Tecendo a rede**

Cada CAPS ad e o Consultório na Rua são referência para um território específico de abrangência, a partir do qual os Redutores de Danos se dividem e fazem as aproximações com a comunidade. Em cada campo de atuação, no início do trabalho destes redutores de danos, foi realizada uma conversa prévia com a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para expor o objetivo do trabalho e pactuar parceria com aqueles que se interessavam.

Em algumas Unidades Básicas de Saúde a parceria não foi possível, porém em outros se deu de forma potente: agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e outros profissionais



passaram, por exemplo, a compor a prática na entrega de insumos e recolhimento de seringas dos usuários. Tornaram-se referência para àqueles que estavam em situação de rua e distantes dos cuidados em saúde.

Os redutores perceberam que os usuários ficavam constrangidos ao chegarem à UBS sem nenhum encaminhamento, com receio de não serem atendidos. Sendo assim, os redutores de danos criaram um cartão de encaminhamento, sem o intuito de serem atendidos com preferência, mas com o objetivo de identificar esses usuários que já estavam sendo assistidos pela rede de saúde mental e que os profissionais entendiam que haviam demandas clínicas que deveriam ser cuidadas. Tudo foi acordado previamente com a UBS e o retorno foi e ainda é gratificante.

Porém, a abertura de um campo e a autorização para atuação não se dá apenas em rede formal. Líderes comunitários, pessoas que circulam na rua, proprietários de bares e outros estabelecimentos também são acionados e depois identificados como “Amigos do Projeto”. Insumos são deixados em bares, cartazes informativos são expostos nos banheiros, baleiros são recheados de preservativos e/ou lubrificantes e folders informativos.

A atuação nos “mocós” não é algo simples e exige conhecimento do território, organização da prática e técnica. O perfil dos redutores de danos não é um mero detalhe. Conhecer a vivência da rua, os guetos, a dinâmica dos espaços de consumo, com suas regras e limites ajudam o profissional a atuar com qualidade e menos risco. A prática é sempre feita em duplas, no mínimo, e em alguns lugares em trio. Enquanto um ou dois redutores se aproximam do grupo de usuários, outro fica na retaguarda observando o território para avaliar riscos. “Há muita diversidade na rua, perfis diferentes, objetivos diferentes como a ação da polícia. A dupla ou trio de Redutores de Danos precisa estar em sintonia”(sic).

A entrada dos Redutores de Danos nos CAPS ad e Consultório na Rua também possibilitaram aos profissionais novas práticas e novos desafios. Participação em reuniões de equipe e equipes de referência, acolhimento, matriciamento em unidades básicas e em equipamentos da assistência social, busca ativa e visitas domiciliares em conjunto com a equipe, criação de oficinas como capoeira, música, grupos informativos (“reeduca”) e oficinas de autocuidado no cotidiano.

A supervisão semanal entre os redutores é uma ferramenta chave para qualificar a prática e um espaço promotor de auto cuidado dos redutores. É um momento potente para capacitação, acolhimento, integração entre os profissionais, troca de experiências, exposição de dificuldades para pensar entre pares, fortalecimento da rede e de núcleo em Redução de

Danos, avaliação do trabalho e planejamento de novas ações.

### **Diário de Campo: A CONSTRUÇÃO DOS INSUMOS**

Além dos insumos ofertados pelas práticas de prevenção do Centro de Referência DST/Aids, como a entrega de seringas, preservativos, gel lubrificante, entre outros, os primeiros insumos criados especificamente para os usuários de SPA foram os folhetos informativos e o canudo de silicone, voltados àqueles que faziam uso de cocaína inalada. Conhecido como “Kit snif”, tal insumo foi elaborado com o intuito de evitar que os usuários fizessem o uso de cocaína em papéis sujos, expostos a diversos danos à saúde. Logo, os profissionais perceberam que o insumo não foi bem aceito entre os usuários, visto que o canudo acumulava cocaína em seu interior. Assim, organizaram um papel informativo, no formato de uma nota de dois reais que é utilizada tanto para oferecer orientações sobre os cuidados em saúde e locais de tratamento, quanto para o uso de cocaína inalada, quando enrolada, evitando outros riscos durante o uso.

O protetor labial e as piteiras, um material com custo baixo feito de mangueira de aquário, vieram em seguida, para os usuários de crack, como mais uma ferramenta de prevenção visto que a grande maioria dos usuários compartilha o cachimbo. Para evitar que o protetor seja usado como moeda de troca entre usuários, os redutores de danos, ao realizarem a abordagem, retiram o protetor da embalagem na frente do usuário, explica como aplicá-lo, e orienta sobre a importância de não compartilhá-lo com outros usuários.

O Kit UDI, oferecido aos usuários de drogas injetáveis, conta seringas, agulhas, colher, preservativo (para utilização como carrote), água boricada, dosador de xarope (copinho) e folheto informativo. Tal insumo é entregue apenas àqueles que fazem uso de drogas injetável e é extremamente controlado e mapeado pelos próprios redutores e outros profissionais da saúde, como os “Amigos do Projeto”.

A entrega de insumos em campo não tem o intuito de ser uma ação “fim”, mas uma prática que possibilita não só a administração de prazeres e riscos, mas também a possibilidade da construção de vínculo e de cuidado integral à saúde do sujeito. No momento da entrega desses insumos os redutores se colocam de maneira horizontal frente ao usuário, sem julgamentos e interferência no uso de drogas, respeitando o momento de cada um. Esse tipo de abordagem possibilita a oferta de cuidado nos serviços da rede e a construção de autonomia.

## **Diário de Campo: IMPASSES E CONQUISTAS**

A redução de danos não se restringe a uma estratégia de saúde. Trata-se de uma política que busca garantir os direitos dos usuários de drogas e vai ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS. Dessa maneira, o respeito ao usuário em seu espaço com a garantia de cuidado e acesso, independe de desejar a abstinência ou não. Há um olhar para o sujeito como um todo, considerado em seu contexto e suas diferentes demandas psicossociais de forma integral. Além disso, a equidade se faz presente, porque não espera o usuário procurar ajuda em algum serviço, mas cria estratégias de atuação *in loco*, no espaço do sujeito que em sua maioria está às margens do cuidado em saúde e da garantia de seus direitos.

Os redutores de danos entendem que na sua prática é preciso uma postura mais horizontal, de modo a propiciar o respeito aos modos de vida singulares dos usuários e a heterogeneidade existente nos territórios. Os RD respeitam o momento que os usuários estão usando a droga, sendo solicitado sempre permissão para a abordagem.

A possibilidade de construir rede na rua, de sensibilizar profissionais de diferentes áreas no cuidado AD, de criar parceria entre diferentes serviços, são conquistas concretas.

Entretanto, alguns impasses desafiam a prática. No que diz respeito aos profissionais da saúde em geral e da saúde mental: a dificuldade de entender o que realmente é a redução de danos e que ela não se limita a entrega de insumos; a moral que permeia a prática e impossibilita enxergar o tempo e as reais necessidades do usuário; o distanciamento do contexto em que os usuários vivem e a dificuldade, como consequência, de avaliar a vulnerabilidade e necessidade de cuidado; a não identificação da redução de danos como ferramenta clínica.

A população, em sua maioria, apresenta preconceito com relação ao uso de drogas. Poucos elaboram a crítica de que as drogas fazem parte da história e que o fato de entregar insumos, não significa que há um incentivo ao uso. Há apenas uma aceitação e um desejo de garantir o cuidado a saúde, a autonomia e a cidadania dos usuários. Os Redutores de Danos entendem a necessidade de ampliação de estratégias que visem a aproximação com a população e construção de relações para possíveis parcerias e ações conjuntas no território.

Na esfera do poder público, há ausência de investimento em capacitação e projetos de redução de danos em diversos municípios. O não reconhecimento do Redutor de Danos como profissão e a baixa remuneração gera uma rotatividade de profissionais, o que causa impacto negativo na sua prática, já que os Redutores de Danos estão expostos às vulnerabilidades da rua, desde a dengue até as situações de violência que podem ocorrer em campo.

Na prática da redução de danos, encontramos como desafios, a expansão das ações em outros

territórios, ampliação dos horários e locais de atuação, melhoria do acesso à intervenção em diferentes classes sociais e ampliação do acesso a insumos e informação sobre o uso de álcool e outras drogas para toda sociedade.

Iniciativas como o Fórum Estadual de Redução de Danos possibilitam a reflexão da prática e o fortalecimento das ações de saúde voltadas ao usuário de SPA. A possibilidade de trocar experiências com outros municípios, como feito com a vinda do Fórum Estadual de Redução de Danos à Campinas, expande o tema e potencializa as discussões em rede.

Em Campinas, existe a “Rede AD”, que acontece mensalmente e tem como objetivo fortalecer a rede intersetorial de álcool e drogas do município. Nela estão presentes profissionais da saúde mental, da Atenção Básica, da assistência social e da defensoria pública.

Como podemos observar, a política de álcool e drogas formadora da rede de saúde do município é recente, entretanto as práticas de cuidado operacionalizadas por esses equipamentos (CAPS AD, Consultório na Rua) e junto aos RD vem favorecendo o acesso dos usuários de SPA na rede SUS, bem como, propiciando o cuidado em saúde nos territórios vulneráveis do município.

## 5.2 “SALVE! SOMOS DO CONSULTÓRIO DE RUA” - Um relato de experiência do Consultório de Rua de Mauá

Elaine de Oliveira Mascarenhas<sup>20</sup>  
Luciani Floriano Ferreira<sup>21</sup>  
Marina Decot Sdoia<sup>22</sup>  
Osmar Dantas Pereira<sup>23</sup>  
Silvana Menezes dos Reis<sup>24</sup>  
Valquiria de Jesus Costa Duarte<sup>25</sup>

### Um pouco de Mauá

O município de Mauá, anteriormente um distrito de Santo André, tem 59 anos de emancipação e integra a Região do ABCDMRR. Com mais de 417.064 habitantes (Censo IBGE, 2010), é o 7º município do estado de São Paulo em densidade demográfica (Fundação SEADE).

Em 1883 foi inaugurada a Estação Ferroviária do Pilar, o que deu início ao processo de industrialização da Vila Pilar, até então vila de São Bernardo. Em 1938, toda a região do ABC passou a se chamar Santo André e em 1954 se emancipou o município de Mauá. Uma parcela grande da população é migrante do norte e nordeste do país, pessoas que vieram para São Paulo em busca de trabalho e melhores condições de vida.

Mauá em língua indígena significa “terras altas, elevadas”. Localizada na região da mata atlântica, com nascente de dois rios, a paisagem mauaense é marcada pela formação de morros e picos íngremes e vales alagadiços que estão, em sua maioria, aterrados e ocupados de forma desordenada. Caminhando pelas ruas de Mauá, seja nos vales, seja do alto dos morros, é possível observar o relevo montanhoso, com algumas áreas marcadas pelo verde da mata, que contrastam com aglomerados de casas nos morros e vales aterrados.

Em meio a esse cenário, além das casas e barracos que compõem os bairros e comunidades, há centenas de pessoas que vivem em praças, terrenos, casas abandonadas, beira de córregos, tubos de concreto para construção, em baixo de viadutos e em trilhas na mata. São pessoas que pelos mais variados motivos estão em situação de rua, dentre as quais muitas usam substâncias psicoativas. Pessoas que cotidianamente vivenciam violações de direitos, invisíveis

---

<sup>20</sup> Agente Redutora de Danos

<sup>21</sup> Agente Redutora de Danos

<sup>22</sup> Gerente do Consultório de Rua

<sup>23</sup> Agente Redutor de Danos

<sup>24</sup> Enfermeira do Consultório de Rua

<sup>25</sup> Estagiária de psicologia do Consultório de Rua

enquanto cidadãos de direitos e também como sujeitos com histórias, habilidades, sofrimentos e potências. Se por um lado são invisíveis, por outro aparecem como confronto a moral dominante, vistos como incômodo, ameaça, erro, desvio, lixo que precisa ser retirado das vias públicas.

### **Consultório de Rua: uma breve contextualização**

O primeiro Consultório de Rua do Brasil (1995) foi uma iniciativa do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), um modo de atenção à saúde para pessoas que vivem em situação de rua, expostas ao uso de substâncias psicoativas. A proposta surgiu a partir de três constatações principais: dificuldades de acesso aos serviços de saúde por parte desta população; comprovação dos riscos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias psicoativas e da vida nas ruas; e invisibilidade social desta parcela da população. (Nery, Valério, Monteiro, 2011)

Em 2009, o Decreto Federal nº 7.053 instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), colocando o objetivo de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas. Outro objetivo da PNPSR é a articulação entre os diferentes serviços e setores que possam compor a oferta de cuidado a esta população, contribuindo para diminuição de vulnerabilidades.

Em 2010, o Decreto Federal nº 7.179 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que também preconiza a integração e articulação permanente dos diferentes setores e políticas públicas que têm interface com as questões relacionadas aos usos de substâncias psicoativas.

Ainda em 2010, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, com base na Lei Federal nº 10.216/2001 e nos princípios fundamentais da Política Nacional de Saúde Mental, publicou o documento “Consultórios de Rua do SUS”, no qual afirma este dispositivo como integrante da rede de atenção substitutiva em saúde mental, que deveria desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua. Tal documento coloca como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de Direitos Humanos e da inclusão social, o enfrentamento dos estigmas, as ações de Redução de Danos e a intersetorialidade.

Em outubro de 2011, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488 regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica e inclui as equipes de Consultório na Rua como equipes da atenção

básica, que atuam no território e têm responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral e longitudinal à saúde das pessoas em situação de rua.

Em dezembro de 2011, a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual os Consultórios na Rua são colocados como componentes da Saúde Mental na Atenção Básica.

Também em dezembro de 2011, foi lançado o *Plano Crack é Possível Vencer*, uma iniciativa do Governo Federal para os municípios investirem na ampliação e integração das ações de prevenção, atenção integral ao usuário de substâncias psicoativas e enfrentamento ao tráfico de drogas através de investimentos em Segurança Pública.

#### Consultório de Rua em Mauá: planejamento e princípios

No município de Mauá, o Consultório de Rua (CdR) foi implantado em junho de 2013, como parte integrante da RAPS e no contexto de adesão ao Plano Crack é Possível Vencer. Gestores sabiam que havia um contingente de pessoas em situação de rua, maioria usuárias de substâncias psicoativas e sem acesso aos serviços públicos da rede socioassistencial. Assim, o objetivo principal da implantação do CdR de Mauá seria garantir o direito e o acesso à saúde para esta parcela da população, mas também conhecer as demandas nas ruas para incluí-las nas agendas e processos de trabalho dos demais serviços.

Desde o planejamento do trabalho, a Redução de Danos (RD) foi compreendida como uma perspectiva para atuação, uma postura da equipe frente às pessoas em situação de rua, usuárias de substâncias psicoativas, que rompe com o imperativo da abstinência como única possibilidade de relação com as drogas, permitindo a invenção de modos de cuidar que fazem sentido no contexto de vida de cada um. Esta concepção é o norte na construção deste serviço, o que coloca à equipe uma necessidade constante de criar e rever as intervenções, processos de trabalho e relações. Não há uma receita pronta a ser prescrita, pois as demandas, vontades e dificuldades dos usuários são incluídas na construção do cuidado, ou seja, o ponto de partida do trabalho é a escuta do outro.

A equipe prevista para este serviço foi uma gerente, uma enfermeira, um técnico redutor de danos (formação de nível superior), seis agentes redutores de danos (formação de nível médio), um médico e um motorista. Médicos e dentistas da rede tem agendas reservadas para pessoas acompanhadas pelo CdR, porém fazem esses atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde e serviços especializados quando há necessidade, pois a concepção não é de uma

unidade de saúde móvel e paralela aos serviços ofertados para o restante dos munícipes. Tal equipe foi pensada para que as abordagens não tivessem enfoque centrado nos diagnósticos e tratamento de doenças, mas sim nos encontros humanos e na criação vínculos.

Nesse sentido, um princípio fundamental que orienta o trabalho do CdR de Mauá é o respeito às diferenças e às escolhas individuais, que se efetiva quando o trabalho acontece na perspectiva da Redução de Danos, ou seja, quando retira-se a imposição de uma saúde ideal, estática, preconizada pelos profissionais de saúde. A fim de reduzir riscos e agravos à saúde, o percurso a ser trilhado com cada pessoa, que inclui as estratégias de cuidado, é construído junto, de modo possível e com sentido no contexto de vida de cada um.

O *vínculo* entre equipe e pessoas, grupos e territórios é a base do trabalho, alicerce para um projeto de cuidado. Tal conceito-diretriz é compreendido aqui como uma relação de confiança que se prolonga no tempo, que permite planejar um cuidado processual na vida de cada pessoa. É a partir desta relação que as demandas são construídas e a rede intersetorial é articulada pela equipe do Consultório de Rua.

O CdR de Mauá tem trabalhado com uma diferenciação importante entre “encaminhamento” e “acompanhamento”. Considerando a vulnerabilidade da população atendida, a histórica exclusão dos serviços públicos, os estigmas atribuídos a ela e as dificuldades da rede em trabalhar na perspectiva da Redução de Danos, acompanhar os atendimentos na rede socioassistencial tem sido fundamental. Compreende-se que encaminhar seria apenas mostrar o caminho/serviço ao qual a pessoa deve ir para ser atendida em sua queixa ou solicitação, sem responsabilização por este direcionamento, enquanto acompanhar é responsabilizar-se pelo sujeito e seu percurso na rede; ir junto, telefonar para saber como foi o atendimento em outro equipamento, perguntar a ele como foi o atendimento, discutir o caso com outras equipes, etc. A intensidade das discussões de caso com outros profissionais e a presença física da equipe do CdR em cuidados ofertados por outros serviços, está condicionada a urgência e/ou risco, grau de autonomia do usuário e perfil e disponibilidade dos profissionais da rede.

Outra diferenciação importante à equipe do CdR de Mauá é entre “ser ponte” e “ser porta de entrada”. A ideia de “ponte” a ser problematizada é de um entre lugares por onde se passa para chegar de um ponto a outro, passagem que apenas facilita e/ou permite atravessar um obstáculo para chegar ao outro lado. Ainda que o CdR muitas vezes viabilize o acesso a outros serviços de saúde, frequentemente é compreendido como um transporte, ou, apenas uma “ponte” para o cuidado em outros equipamentos. Nesse sentido, pensamos ser importante afirmar o CdR como um serviço que opera um cuidado no contexto da rua, bem como a



Redução de Danos como estratégia de cuidado em si, não como caminho para a abstinência, como muitas vezes é vista. Entende-se que o CdR é “porta de entrada”, ou seja, no momento em que a pessoa encontra com a equipe na rua o cuidado começou a acontecer, o sujeito já teve visibilidade, passa a ser um usuário do SUS, a equipe passa a acompanhar e se responsabilizar pela saúde dele, independentemente de ser encaminhado para outro serviço.

### **O desenvolvimento do trabalho**

No primeiro mês de trabalho, a equipe centrou esforços em discutir a perspectiva da RD internamente, mapear e caracterizar as cenas de uso (locais onde as pessoas fazem uso de drogas) no município e conhecer toda a rede socioassistencial. Nas visitas aos demais serviços, foram discutidos temas como a priorização das pessoas em situação de rua pelo grau de vulnerabilidade, a importância da postura acolhedora e o sentimento de não pertencimento que esta população vivencia, bem como a perspectiva da RD em todas as clínicas (médica, enfermagem, odontológica, etc.).

A equipe tem atuado em aproximadamente 20 lugares da cidade, que são nomeados *campos*. Estar no território é atuar em um processo dinâmico, demarcado por relações e lugares sociais que cada um ocupa em diferentes grupos. O planejamento das intervenções é construído a partir da atenção a cada território com suas peculiaridades, estratégias de cuidado que as pessoas constroem na rua, laços sociais com atores locais e fatores de risco.

Quando a equipe começou a construir tais *campos* de trabalho em territórios antes ignorados e/ou marginalizados, foi necessário desconstruir os imaginários de caridade ou repressão, pois as pessoas em situação de rua em Mauá diziam que nunca tinham se deparado com profissionais, contratados pelo Poder Público, que atuavam na perspectiva da garantia de direitos, particularmente uma equipe de saúde que não carregava o sermão demonizante das drogas. Nos primeiros contatos, alguns assustaram com a chegada da van dizendo que não deviam nada, outros que não queriam internação e outros ainda chegaram com potes de plástico perguntando se era distribuição de sopa e cobertores. Após apresentação da equipe, as expressões foram de surpresa e gratidão por serem lembrados como cidadãos de histórias, direitos e escolhas.

Em cada *campo*, observam-se estratégias de cuidado que as pessoas desenvolvem, como, por exemplo, a permanência em grupo como forma de proteção, locais para alimentação e higiene pessoal, não compartilhamento de insumos, entre outras, todas reconhecidas e potencializadas pela equipe do CdR. Da mesma forma, a equipe identifica e faz parceria com

atores locais que contribuem com o cuidado: dono do ferro velho onde o material reciclado é vendido, trabalhadores de comércios próximos, lideranças na rua, etc. Como exemplo de tais parcerias podemos citar desde um copo de água, ajuda financeira para retirada de documentos, telefonemas para a equipe do CdR quando percebem que alguém não está bem, convencer uma gestante a fazer exames de pré natal ou a tratar uma infecção, até relatar situações de violência policial ou ajudar a encontrar a família de alguém que está internado.

Alguns *campos* são marcados por riscos específicos, como, por exemplo, alta incidência de sífilis onde é comum a troca de parceiros sexuais, nesse caso, a equipe do CdR intensifica as conversas sobre o assunto, aumenta a distribuição de preservativos e faz articulações com UBS do território e com o Centro de Referência em Saúde DST/Aids para facilitar testes rápidos.

Para estudar, discutir casos, planejar ações nos territórios, problematizar atendimentos feitos pela própria equipe do CdR ou em outros locais da rede e cuidar do sofrimento, angústias e frustrações dos profissionais, são realizadas duas reuniões semanais com três horas de duração e presença da equipe completa. Além destas, as equipes (manhã e noite) sempre conversam antes de ir para um campo (para planejar) e quando retornam (avaliar e pensar os próximos passos).

Além das reuniões de equipe, os profissionais do CdR têm participado de diferentes espaços externos de formação e discussão. Estes espaços de troca de experiências e discussões teóricas com outros profissionais que trabalham com Redução de Danos, têm sido importantes para refletir sobre as práticas e qualificar o trabalho, mas também para lidar com as inseguranças e angústias de se trabalhar sem prescrição, sem respostas prontas, para sustentar que o “sucesso” do trabalho depende de cada caso singular e seus movimentos próprios e não de um ideal social do que significa ser saudável. Trabalhar com RD coloca uma infinidade de possibilidades, estratégias e práticas, mas a não banalização do termo exige reflexão constante, pois qualquer intervenção deve ser planejada a partir do contexto, do território, da singularidade do usuário e suas relações, bem como dos riscos em questão.

A partir da Redução de Danos como postura e perspectiva de atuação, o trabalho do Consultório de Rua de Mauá tem sido construído em três grandes eixos de atuação:

1. Orientações práticas sobre Redução de Danos

A equipe escuta sobre os diferentes usos de drogas que as pessoas fazem nas ruas e orienta sobre possíveis efeitos e consequências, modos de consumo e riscos decorrentes deles. Neste trabalho de orientações e compartilhamento das estratégias de RD, a entrega de alguns

insumos e outros elementos facilita a aproximação inicial dos profissionais, pois coloca concretamente a possibilidade de cuidado no momento e local de uso, além de minimizar vulnerabilidades e riscos decorrentes dos usos de substâncias psicoativas e da vida nas ruas.

*Uma garota estava em uma praça, na brisa do crack e com a garrafa de cachaça na mão. Quando chegamos, ela começou a esconder as coisas e tratar a equipe com uma falsa formalidade, o que parecia a melhor maneira de dispensar os intrusos moralistas. No momento em que a perspectiva da RD foi apresentada, manteiga de cacau, preservativos e água foram entregues e a equipe descontraíu o ambiente, ela disse: “ah, tá! Então posso dizer que bebo mina cachaça e não vou mentir não, já fumei uma pedrinha também”. A conversa começou!*

Os materiais disponíveis para distribuição são: água mineral e água de coco (hidratação), chocolates (“ansiolíticos” imediatos que muitas vezes permitem prolongar o tempo de conversa), mel (glicose e expectorante), manteiga de cacau (hidrata e previne rachaduras nos lábios), bolacha de água e sal (sal sobe a pressão) e preservativos e informativos sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis. Além das funções biológicas colocadas acima, a entrega de alguns itens também pode ser pensada como mediadora de um diálogo sobre a saúde, o cuidado, as práticas de RD, um primeiro gesto de acolhimento antes da conversa.

No início do trabalho, a equipe entregava um pequeno saco com esses itens juntos, porém percebeu que as pessoas na rua estavam vinculando as abordagens à entrega do “kit”. Compreende-se que a entrega de insumos é potente quando acompanhada do encontro com os redutores de danos, pois o mais importante para a construção do cuidado é a relação que se estabelece, a construção do vínculo e as orientações com base na escuta.

Atualmente, apenas água e preservativos são oferecidos a todas as pessoas em todas as abordagens. Como exemplo de especificidades da entrega de insumos e materiais, podemos citar que no campo onde as travestis fazem programa há distribuição de preservativos e gel lubrificante, quando a noite está fria ou alguém está tossindo entregamos mel para chamar atenção aos riscos da exposição a baixas temperaturas, nas cenas de uso de crack, a manteiga de cacau facilita a conversa sobre os riscos de compartilhamento de cachimbos, quando alguém está muito fissurado e/ou muito tempo sem comer, entregamos chocolate, se é um campo onde há muito uso de álcool e as pessoas ficam sem comer e sem beber água, entregamos água de coco e bolachas de água e sal.

## 2. Ampliação do acesso e mudança de cultura na rede socioassistencial

Quando há alguma demanda para diagnóstico e/ou tratamento, a equipe do CdR aciona o serviço correspondente, conversa sobre o caso, acompanha a pessoa e retorna com ela. No

início do trabalho, era recorrente a fala de que as pessoas em situação de rua não poderiam ser atendidas no SUS de Mauá por ausência de documento, por estar mal cheiroso, por não ter endereço nem telefone. Assim, entendeu-se que uma dimensão importante do trabalho do CdR é fomentar a perspectiva da RD na rede socioassistencial, desconstruindo estigmas e mitos sobre as substâncias psicoativas e seus usuários.

A ampliação do acesso tem se dado concretamente através destes acompanhamentos, mas também pelo restabelecimento do sentimento de pertencimento aos serviços públicos, como cidadãos de direitos. Além do acompanhamento direto, a equipe do CdR faz muitas reuniões com os outros serviços da rede para discutir a perspectiva da Redução de Danos, desconstruir preconceitos, construir estratégias para o cuidado compartilhado, ampliar o acesso humanizado e a capacidade de resolução das questões de saúde, ainda que o sujeito continue fazendo uso de substâncias psicoativas.

A porta de entrada na rede intersetorial é o encontro entre a pessoa na rua e o profissional de saúde, é a partir dele que os pontos a serem tecidos para um cuidado integral são acionados e articulados, ainda que para o próximo passo seja necessário repensar processos de trabalho, fluxos pactuados e protocolos. Após o primeiro encontro, a equipe do CdR passa a acompanhar a circulação do usuário da rede por cada ponto de sustentação do cuidado, seja um acompanhamento físico (estar junto nos atendimentos em outros serviços), seja um acompanhamento no contato com outros profissionais que atendem a mesma população (discussões de caso para um cuidado compartilhado).

Nesse sentido, entende-se que avançar na perspectiva da RD passa por uma mudança de cultura sobre as pessoas que estão nas ruas e os usuários de drogas. A estratégia que tem sido mais potente para contagiar os demais profissionais da rede é a presença da equipe do CdR nos serviços, como parceira na construção do cuidado, levando a história do sujeito para além do atendimento pontual e/ou do uso de droga. Nesse sentido, é importante lembrar que atuamos na perspectiva da RD enquanto postura técnica e na garantia de direitos como posicionamento político, porém percebemos que para transformar a cultura de atendimento nos demais serviços, os momentos de atendimento compartilhado e discussões de caso são os mais potentes, pois trazem a tona os sujeitos e não suas doenças, bem como desconstruem respostas defensivas de profissionais que se sentem ameaçados e/ou sobrecarregados com a demanda desta população, são momentos que evidenciam o compartilhamento do cuidado.

### 3. Promoção de Saúde no espaço da rua

A fim de romper, ainda que momentaneamente, com o cotidiano violento e marcado pela sobrevivência na rua, de criar outros lugares sociais para uma população historicamente estigmatizada, de potencializar habilidades e de produzir outras interações no território, compreende-se que um eixo importante do trabalho é a promoção de saúde na rua. O modo como a equipe tem feito isto é através de atividades lúdicas, culturais e esportivas.

Às sextas feiras, a equipe se reúne com a população acompanhada em um campinho público da cidade, local que se tornou uma referência e onde foi feita uma confraternização no final do ano. Com incentivo do Ministério da Saúde, foi realizado um projeto de oficinas de grafite, a fim de trabalhar a (in) visibilidade e novas formas de habitar o espaço público, inscrevendo-se nele. Música, dominó, pinturas, fazer a unha e construir e empinar pipas já foram recursos utilizados em alguns momentos, sempre pensados a partir de uma construção na relação singular com uma pessoa ou grupo. No carro que transporta a equipe, há uma caixa lúdica com alguns materiais para estas atividades.

#### **Considerações finais**

O CdR de Mauá foi e continua sendo construído a partir dos encontros com a população em situação de rua nos diferentes territórios da cidade. Apesar dos princípios e diretrizes apresentados no início do texto, a dinâmica das ruas e das pessoas que nela estão exigem um planejamento constante das estratégias para o desenvolvimento do trabalho. Nesse sentido, cada pessoa, grupo e/ou território coloca questões que exigem flexibilidade para criar percursos singulares de cuidado, rompendo fluxos e protocolos e envolvendo os demais serviços da rede socioassistencial.

É um serviço que radicaliza alguns princípios bastante caros ao SUS e à Reforma Psiquiátrica. O respeito às diferenças, o cuidado em liberdade e a singularidade do cuidado são a base da atuação na rua com esta população. A universalidade é radicalizada na medida em que o objetivo principal do trabalho é exatamente fazer com que uma população que historicamente ficou à margem da rede de saúde passe a acessá-la. A equidade se expressa no modo como a equipe prioriza os casos em situação de maior vulnerabilidade e no modo como trabalha com a rede a fim de priorizar o atendimento desta população. A integralidade do cuidado é efetivada através do acompanhamento intenso e processual que a equipe do Consultório de Rua faz dos grupos e de cada pessoa em situação de rua.

Ainda é um desafio intensificar o diálogo com alguns setores do poder público, principalmente

os executores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e da Segurança Pública, pois estar em situação de rua e ser usuário de drogas neste contexto tem estreita relação com questões sociais, violação de direitos e violências. Pensar na perspectiva da Redução de Danos não se limita aos cuidados de competência da saúde, mas envolve diferentes setores do Poder Público e da sociedade civil que contribuem para aumentar ou diminuir as vulnerabilidades a que estão expostas as pessoas em situação de rua, como, por exemplo, as situações de violência por parte da polícia e/ou o acesso e dinâmica dos equipamentos do SUAS.

Por fim, é um desafio contagiar todos os profissionais da rede intersetorial com a perspectiva da Redução de Danos, bem como transformar a cultura que orienta os olhares para os usuários de substâncias psicoativas. Avançamos bastante através de reuniões com as equipes dos outros serviços, discussões de caso (agendadas ou no dia a dia quando acompanhamos os atendimentos) e com atividades em espaços públicos envolvendo a comunidade do entorno, mas este é um trabalho contínuo, pois a cultura hegemônica na sociedade é de demonização das substâncias psicoativas, marginalização e criminalização de seus usuários.

#### **Referências**

Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material para trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS – EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília, 2012.

Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012.

Fundação SEADE: Sistema Estadual para Análise de Dados, 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Censo, 2010.

Nery Filho, A.; Valério, A. L. R.; Monteiro, L. F. Guia do projeto consultório de rua – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

Puntschart, W. Mauá: Entendendo o passado, trabalhando o presente e construindo o futuro – São Paulo: Noovha América, 2012.

### 5.3 Redução de Danos em CAPS AD: Para além do pragmatismo e da estratégia de intervenção – experiências do CAPS AD Santana

Vilmar Ezequiel dos Santos<sup>26</sup>

Ricardo Belfort Mattos<sup>27</sup>

Altieres Frei<sup>28</sup>

#### Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD) são responsáveis pela atenção às pessoas que se deparam com problemáticas na interface com o consumo de substâncias psicoativas. Esses serviços têm trabalhado, no Brasil, a partir de perspectivas teóricas bem distintas e muitas vezes contraditórias e até inconciliáveis (Coelho, Godoy, Oliveira, Soares, Campos e Cordeiro, 2012). O Ministério da Saúde, por meio de sua política de saúde mental, fornece diretrizes que balizam o funcionamento dos CAPS AD. Suas orientações privilegiam a atenção psicossocial como base teórico-prática e definem procedimentos e pressupostos amplos que visam à superação do modelo bio-psíquico de atenção. Apesar dessas diretrizes, as interpretações e orientações quanto ao tratamento das questões relativas ao consumo de psicoativos ainda deixam muitas lacunas, em especial quanto ao entendimento da Redução de Danos (RD) (Santos e Soares, 2010). Essas contradições nos remetem às inconsistências observadas no cotidiano das equipes que trabalham com essas populações. Por um lado a RD se reveste de um excesso de pragmatismo resultando em novas práticas prescritivas sem conexão com a realidade da vida e da história dos sujeitos. Por outro a RD também serve à reprodução de práticas acríticas sem conexão com as transformações por que vem passando a sociedade capitalista servindo a propósitos acusatórios de determinados grupo sociais (Santos e Soares, 2013).

Pretende-se no presente trabalho trazer discussões acerca das possibilidades teórico-práticas da RD em um CAPS AD da região norte da Cidade de São Paulo e inferir sobre as contribuições do Fórum Estadual de Redução de Danos na formação dos trabalhadores designados para os encontros.

---

<sup>26</sup> É psicólogo, Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva com pesquisa sobre Redução de Danos e Doutor em Ciências com pesquisa sobre juventude e consumo de drogas pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa, Desgaste e Fortalecimento no Trabalho e na Vida: Bases de Intervenção em Saúde Coletiva da EEUSP. Desde 2009 é gerente de CAPS AD na região norte do Município de São Paulo.

<sup>27</sup> É psicólogo, Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Trabalha em CAPS AD na região norte do Município de São Paulo desde 2010. Compôs o Fórum Estadual de Redução de Danos entre 2012 e 2013.

<sup>28</sup> É psicólogo, Mestre em Psicologia Clínica pelo Núcleo de Subjetividade PUC SP, especialista em Semiótica Psicanalítica e Clínica da Cultura e tem aprimoramento profissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva. Trabalhou no CAPS AD Santana entre 2012 e 2013 e atualmente é coordenador do Propulsão (Reinserção Social para Adolescentes) da Rede Marista de Solidariedade em Curitiba PR. Compôs o Fórum Estadual de Redução de Danos e atividades de formação com o Centro de Convivência É de Lei que culminaram em publicação de artigo na Revista Cadernos de Subjetividade 2013, também com a participação de Vilmar Ezequiel dos Santos.

### **Contexto do CAPS AD III Santana**

O CAPS cuja experiência propomos relatar e discutir se localiza na região norte da cidade de São Paulo e funciona sob responsabilidade da Gestão Municipal local em parceria com uma Organização Social. O CAPS AD III Santana foi inaugurado oficialmente em 04 de novembro de 2009 através de termo de parceria com a Associação Para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), tendo já iniciado suas atividades de contratação de equipe e conhecimento dos problemas do território em agosto de mesmo ano. Sua primeira atividade foi a de absorver a população que apresentava problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, até então atendida por uma equipe de saúde mental do ambulatório de especialidades Tucuruvi.

A equipe do CAPS é composta por um total de 64 profissionais divididos entre: administrativos, serviços gerais, especialistas em artes, farmacêutico, auxiliares de farmácia e de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, professor de educação física, médicos clínicos e psiquiatras.

A área de responsabilidade da Supervisão Técnica onde se localiza o serviço engloba as subprefeituras de Santana/Mandaqui/Tucuruvi, do Jaçanã/Tremembé e da Vila Maria/Vila Guilherme/Vila Medeiros, compreendendo um total de sete distritos administrativos. Consta nas propostas da política municipal atual a criação de mais dois CAPS nessa região tendo um como área de responsabilidade os distritos de Jaçanã e Tremembé e outro responsável pelos distritos de Vila Maria, Vila Guilherme e Vila Medeiros. Considerando dados disponíveis no Site da Secretaria Municipal de Saúde (acessado em 10/10/13) os distritos administrativos compreendem no total uma população de 914.395 habitantes. Sendo que as portarias do Ministério da Saúde (nº 336/GM, 2002 ; nº3088, 2011 e nº130 de 2012) somente definem que essa modalidade de CAPS AD III deveria ser responsável por territórios com 200 mil a 300 mil habitantes. A rede de saúde local conta com trinta Unidades Básicas de Saúde sendo cinco com PSF (Programa de saúde da família), duas equipes de NASF (Núcleo de Apoio ao PSF) dois CAPS Adulto, dois CAPS Infantil, um CECCO, dois Hospitais de retaguarda e outros ambulatórios.

O trabalho ora apresentado não tem como propósito descrever a experiência global do serviço na região nos cinco anos que sucederam à sua criação, mas tão somente fomentar a discussão sobre a forma como se busca compreender e implementar a redução de danos.



## **A Redução de Danos**

Desde suas primeiras formulações no Brasil, a RD se opõe à política de guerra às drogas, que centraliza ações e programas na esfera do consumo de drogas ilícitas, propondo medidas repressivas e punitivas direcionadas aos consumidores e na melhor das hipóteses, incentivando tratamento nos serviços de saúde, com vistas à abstinência.

De maneira geral, no Brasil, a RD se apresenta como um conjunto de práticas de saúde fundamentadas na perspectiva teórica que concebe a existência de diferentes formas de relação do homem com as drogas, nem sempre vinculadas a um consumo problemático, e, nesse sentido, seus objetivos não se restringem à eliminação do consumo. As medidas propostas visam um conjunto de políticas voltadas para a redução de riscos e danos relacionados a todo tipo de consumo potencialmente prejudicial, distanciando-se do enfoque da guerra às drogas.

A RD tomou inicialmente como objeto as doenças transmissíveis, especialmente a AIDS, sendo a finalidade do trabalho a prevenção desses problemas entre usuários de droga injetável. Com o objeto assim circunscrito, atingiam-se populações usuárias de drogas consideradas marginalizadas ou excluídas. As primeiras formulações teóricas que orientaram as práticas encontravam-se entremeadas de críticas às abordagens e terapêuticas que unicamente perspectivavam a abstinência (Santos e Soares, 2010).

Dada a complexidade e a envergadura que o fenômeno do consumo de drogas assumiu contemporaneamente, o que levou ao envolvimento de diversas áreas com esse objeto, o debate teórico em torno da RD se ampliou. A adoção de práticas de RD, diante das crescentes contradições sociais e de saúde que envolvem o complexo sistema das drogas, colocou para a arena das discussões acadêmicas e dos serviços, os temas da ética, dos direitos humanos, do engodo proibicionista, entre outros. A RD foi se constituindo então como um “movimento” político, que procurava dar respostas a essas contradições (Santos e Soares, 2010).

Dessa forma a RD se ampliou, tornando-se objeto de vários campos do saber e acionando um debate mais acalorado na sociedade sobre os modos como as questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas deveriam ser encaminhadas. Nota-se que além da saúde pública/epidemiologia e da psiquiatria, outras áreas do saber têm tomado a RD como objeto, como é o caso da psicologia, da saúde coletiva, das ciências sociais, da antropologia, do serviço social e da criminologia crítica, o que tem servido de base para ampliar o seu alcance e fomentar o debate sobre as questões que envolvem o complexo sistema de produção, distribuição e consumo das substâncias psicoativas (Santos e Soares, 2010).

### **A Base Teórica da Redução de Danos e os Paradigmas que a Sustentam**

Compreendemos que primeiramente à implantação de qualquer estratégia de saúde para populações que apresentam problemas pelo consumo de psicoativos é necessário colocar em pauta nas discussões entre as equipes e no território, o referencial teórico que norteia as ações e intervenções. O campo da saúde, como os demais, sofre influência das políticas globais que se consolidaram nos séculos XX e XXI para fazer frente ao sistema das drogas. Dessa forma também as práticas dos profissionais reproduzem tais paradigmas e mesmo que sem crítica teórica respondem a modelos dos mais simplistas aos mais complexos, dos mais conservadores aos mais críticos, o que repercute em diferentes relações com os usuários do serviço e diferentes organizações e resultados do processo de trabalho em saúde.

Compreendemos que o trabalho nos CAPS AD requer a apreensão e o desenvolvimento de um paradigma interdisciplinar que supere o que chamaremos aqui de um *paradigma político dominante focado na droga* e de um *paradigma político dominante liberal*. Toda superação de um paradigma traz em si a construção de um novo o que chamaremos de *paradigma da redução de danos fundamentado numa perspectiva crítico-social*.

#### **Paradigma Político Dominante Focado na Droga**

O *paradigma político dominante focado na droga* é o mais difundido na sociedade atual e influenciou as políticas para o campo das drogas em todos os setores em que se preocuparam em dar respostas aos problemas relacionados ao consumo. No campo dos cuidados para com a saúde, este paradigma contribuiu para fomentar práticas fundamentadas numa visão em que se misturam preceitos religiosos – como é o caso do movimento dos alcoólicos e narcóticos anônimos – a conceitos de doença consolidados nos campos da psicopatologia e psiquiatria. Nos serviços de saúde, como os CAPS, esse paradigma contribuiu para a proliferação de terapias que focam o comportamento do sujeito objetivando unicamente a abstinência, seja através de informação sobre os efeitos psicoativos e “perigosos” do consumo de drogas, seja através do exercício de estratégias comportamentais para que o sujeito mantenha distância da substância ou dos locais comuns de consumo. Essas ferramentas tiveram forte influência sobre os trabalhadores de diversos campos do saber que compõem as equipes dos serviços, já que os conhecimentos que poderiam oferecer uma formação mais crítica dificilmente fazem parte das grades curriculares da formação, geralmente adquirida em cursos de extensão e especialização em instituições que tem interesse em difundir tais práticas.

A apropriação desse paradigma pelos profissionais reproduz uma relação de poder-saber sobre o sujeito que deve seguir as prescrições e orientações para que tenha sucesso em sua empreitada no tratamento. Reforça-se com isso o lugar do terapeuta como o “salvador do outro”, “aquele que tem o poder de cura” e no sujeito o lugar passivo de objeto das terapêuticas. O resultado desse modelo de relação instituída pode ser tanto a “cura”, ou seja, a abstinência, como o “fracasso”, qual seja a “recaída”. A manutenção da abstinência pelo sujeito não necessariamente significa a dissolução da doença, pois ainda se mantém a crença de que esta está instalada no sujeito, que precisa não somente reconhecer-se como um doente, mas **nunca esquecer-se disso**. É dessa forma que se consolida o modelo da doença nesse paradigma, já que a causa da “disfunção” é o consumo da droga aliado a um sujeito frágil, indefeso e subjugado pelo poder químico da substância.

A crítica que fazemos é que a difusão desse paradigma no interior dos CAPS dificulta ainda mais a construção da perspectiva psicossocial que deveria ser desenvolvida em todos os âmbitos de relações que perfazem o cotidiano dos serviços. Se o foco das ações nessa perspectiva é reforçar a compreensão de que a droga é poderosa e maléfica perante um sujeito enfraquecido e subjugado então essa vertente terá como única meta a abstinência total de qualquer consumo de drogas. O óbvio dessa compreensão faz parecer para os sujeitos que o sofrimento e insuficiências oriundos de suas relações sociais são consequência da introdução da substância psicoativa no organismo e que os problemas somente tiveram início a partir da entrada em cena do consumo de drogas. Também faz crer que esses sujeitos sejam reféns necessitando da presença constante de um “Outro” que o tutele para assim protegê-lo do mal externo e de si mesmos. O “Outro” pode ser um determinado terapeuta ou um lugar que afaste o sujeito de sua realidade social, que “garanta protegê-lo” de suas próprias necessidades e tensões.

Assim, o sujeito se relaciona com esse modelo mantendo a crença no poder da substância química sobre sua autonomia e vontade própria. Essa justificativa serve de subterfúgio para que se mantenha passivo, pouco se implicando em refletir sobre sua vida social e as razões mais profundas de suas dificuldades e sofrimento. Pode-se dizer que **há um uso do fato de consumir drogas (do uso de drogas)** para justificar ou explicar de modo simplificado as dificuldades acumuladas no decorrer da vida social.

Ainda, pelo lado do profissional se reforça a crença em abordagens baseadas na punição e na tutela dos sujeitos. Esse acredita que dessa forma, ele vai funcionar como anteparo para a “incapacidade” do sujeito aprisionado na crença do poder da substância que substitui pelo

poder do terapeuta. Constitui-se assim uma “outra relação” de dependência, que se tornará permanente para a manutenção da estabilidade conseguida. O que ilustra esse modelo é a convicção veiculada nas redes anônimas e em determinados setores acadêmicos que um primeiro passo para a “cura” é o reconhecimento de que a dependência “química” é uma doença incurável. Ressalta-se que no caso das premissas das redes anônimas é preciso aceitar a inferioridade perante um “poder maior”.

No âmbito das políticas e gestão dos serviços proliferam as propostas que apostam na busca de soluções rápidas e mágicas, tais como as de internação e isolamento do convívio social como formas de separar o sujeito do seu lócus de consumo. Talvez pelo simplismo, essas propostas terapêuticas são facilmente aceitas pelos usuários, familiares e a maioria das pessoas. Elas acabam por aplacar angústias momentâneas e desviar a atenção dos problemas de maior magnitude que afetam a vida dos sujeitos na sociedade atual. Da mesma forma servem para camuflar interesses políticos que se escondem em ações de repressão e perseguição a determinados grupos sociais e minorias acusados de incapazes diante da dependência das drogas.

A Redução de Danos nesse paradigma somente é tolerada como uma estratégia de aproximação dos consumidores de drogas que não aceitam cessar o consumo num primeiro momento, mantendo como meta única a abstinência total.

### **Paradigma Político Dominante Liberal**

O *paradigma político dominante liberal* pode ser considerado como superação do paradigma anterior quando amplia o espectro de causalidade focada na droga e da noção de sujeito frágil. A perspectiva a ser difundida na sociedade é a da liberdade de escolha dos sujeitos para o consumo de drogas e demais mercadorias. Reforça-se a perspectiva da competição e do individualismo em que os sujeitos camuflam suas insuficiências e fragilidades. Essas seriam condições desprezadas em uma sociedade em que vence o mais forte e que a necessidade do outro é sinônimo de fraqueza e de vergonha.

O sujeito se relaciona com esse modelo pela negação de sua condição de sujeito social geralmente se intitulando senhor de sua liberdade e de sua vontade. Muitas vezes movido pela busca de prazer sensorial (Costa, 2004) como modelo de felicidade não se dá conta dos condicionamentos advindos da vida na sociedade atual. O que resulta em diminuição da crítica sobre sua condição histórica de vida e de classe social. Dá-se ênfase à liberdade de escolha e à solução das dificuldades e diminuição do sofrimento a partir de si mesmo e de seus recursos

mentais e emocionais. Muitas vezes bloqueando a entrada em cena do “Outro” para auxiliá-lo já que julga ter grande autonomia para decidir. A crença exacerbada em sua capacidade individual e autossuficiência dificultam a percepção do sofrimento como expressão do mal-estar geral da vida atual (Birman, 2006) e do reconhecimento do seu lugar de classe social.

Pelo lado do profissional se buscam abordagens baseadas na pura responsabilização do usuário do serviço a quem compete reconhecer a sua condição autônoma para resolver suas dificuldades. É comum observar em trabalhadores que se valem dessa visão a rejeição a qualquer forma de tutela e a utilização de abordagens generalizadas que não levam em conta os processos singulares e a realidade histórica de cada sujeito. Este se vale muitas vezes de uma visão acrítica de que os sujeitos fazem escolhas, mesmos que nocivas à vida, porque assim o desejam.

Reforça-se nas políticas e gestão dos serviços a perspectiva de que todos vivem condições semelhantes de reprodução social. Não se levam em conta os diferentes processos de vida das pessoas, as diferentes condições de desgaste e fortalecimento na vida e no trabalho. Acredita-se que todos têm as mesmas condições e capacidades para superar dificuldades no decorrer de suas trajetórias de vida e dessa forma compete a cada um fazer suas escolhas e assumir as consequências das mesmas. Nesse contexto se privilegiam as propostas de cunho pragmático de diminuição de riscos relacionados aos contextos em que os sujeitos consomem as substâncias. Também as alternativas de novas formas de consumos e utilização de insumos para prevenção de doenças e agravos à saúde. E ainda determinadas formas de substituição de drogas ou formas de consumo com menor possibilidade de controle pelo sujeito por outras menos danosas.

Não se faz crítica aqui aos benefícios e aos avanços que estas práticas possibilitaram na atenção aos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. Mas se chama a atenção para que essas práticas não se tornem puramente prescritivas sem a devida contextualização para cada caso e situação. Muitas vezes os métodos destituídos de uma compreensão mais ampla acabam por empobrecer os resultados. Por isso devem estar alinhados com a perspectiva humana que se pretende imprimir.

### **Paradigma da Redução de Danos Fundamentado numa Perspectiva Crítico-social**

O *paradigma da redução de danos fundamentado numa perspectiva crítico-social* está mais alinhado com o SUS, com a reforma psiquiátrica e com a perspectiva psicossocial dos CAPS. Compreende-se que há vários tipos de relações com as drogas psicoativas que se

desenvolveram na sociedade atual, dentre as quais: consumo como parte da sociabilidade, consumo com objetivos de trabalho-tráfego, consumo para suplantar fragilidades psíquicas permanentes ou potencializar capacidades psíquicas momentâneas, consumo como resposta ao modelo de consumo dominante (compulsão/alienação), consumo relacionado a transtornos mentais ou empobrecimento das relações de cuidado, consumo para suplantar desgastes no trabalho, consumo para aliviar tensões no cotidiano e outros.

Questiona-se o simplismo dos conceitos de dependência química ou transtornos mentais abrindo novas reflexões sobre modos compulsivos como resposta a necessidades sociais e ao sistema de valores contemporâneos (Birman, 2004; Costa, 2004). Dessa forma entra em jogo a discussão sobre processos de alienação superando a vertente que foca as explicações para os problemas somente pelos efeitos psicoativos das substâncias (Santos e Soares, 2013).

O sujeito se relaciona com esse modelo se percebendo capaz de compreender suas dificuldades e seu sofrimento integrados à sua história de vida e à sociedade à qual faz parte. Busca ampliar a consciência sobre suas fragilidades e insuficiências identificando possibilidades de ajuda, que podem advir de si mesmo, de seu meio social mais próximo ou do CAPS e rede de serviços.

O trabalhador busca se apropriar de conhecimentos amplos (não restritos somente ao seu campo de atuação) e desenvolver capacidades para identificar as diferentes condições dos usuários do serviço se valendo da estratégia de intervenção mais apropriada a cada caso e situação. Busca também se utilizar de estratégias de intervenção educativa de cunho dialógico (Freire, 2005) e problematizadora (Saviani, 2007) que traz para dentro da saúde e dos CAPS a discussão sobre as dificuldades da vida contemporânea, em especial a relação consumidor-mercadorias.

Reforça-se nas políticas e gestão dos serviços a perspectiva de refletir e considerar como causa primeira dos problemas os determinantes sociais do processo saúde-doença e os condicionamentos sociais advindos da socialização; considerando como determinantes fundamentais do consumo prejudicial ou compulsivo de SPA os potenciais de desgaste e fortalecimento relacionados às formas de viver e trabalhar dos diversos grupos sociais. Para tanto a equipe de trabalho do CAPS precisa se esforçar para conhecer as condições concretas de vida e trabalho das pessoas que perfazem o território de responsabilidade. A compreensão dos problemas do consumo prejudicial de substâncias psicoativas precisa ser analisada em estreita relação com a forma em que se processa a vida das famílias e dos grupos sociais.

Consideram-se neste paradigma, as diferentes condições e capacidades psíquicas dos sujeitos para compreender e buscar saídas para as dificuldades relacionadas ao consumo de psicoativos. Desde a necessidade de receber proteção até a necessidade de desenvolver maior crítica em relação à reprodução de modelos alienados (usando a droga como subterfúgio) de relação com as drogas e com sua rede de sociabilidade. Estes elementos são reproduzidos nas relações com a equipe e a instituição. Por exemplo, as *perspectivas de superação do paradigma político dominante focado na droga e do liberal* muitas vezes resultam em distorções nas abordagens da equipe com os usuários dos serviços. A noção de um sujeito frágil e subjugado pela droga do primeiro paradigma que resulta em excesso de tutela e abordagens de vigilância para impedir o consumo das substâncias se inverte no paradigma liberal. Os sujeitos passam a serem vistos como autônomos e responsáveis únicos pelas suas ações e as abordagens acabam por desprezar necessidades singulares de cuidado. O que está em pauta neste segundo paradigma é que a liberdade de escolha torna o sujeito algoz de si mesmo. A perspectiva crítica, conforme a compreendemos, vai adiante, tanto em relação à superação do sujeito frágil (subjugado pela droga) quanto ao sujeito autônomo (senhor de sua liberdade para consumir). Aqui se considera que os sujeitos possuem diferentes condições para desenvolver suas capacidades de autogestão constituídas no decorrer de suas vidas e também distintas formas de representar a realidade social. Está em jogo, portanto as condições concretas dos sujeitos e os processos de alienação que constituem na formação social.

Compreendemos que a equipe de trabalho precisa se valer de conhecimentos amplos e que possibilitam crítica quanto à sua forma de relação com os sujeitos. O trabalhador também reproduz práticas que reforçam um ou outro paradigma, não está neutro na relação. Pode também se colocar como aquele que “cura” ou como passivo diante da escolha do outro. Ou seja, pode reforçar a crença no sujeito frágil ou no sujeito autônomo e se munir de abordagens que visam somente à tutela ou a pura responsabilização do sujeito. Na perspectiva crítica pretende-se ir além do consumo da substância química em si, que é entendida como sintoma e não causa do sofrimento. É por isso que comumente entendemos que o cuidado clínico e psíquico resultante de uma intoxicação ou abuso, quando é o caso, somente se configura como forma de amenizar o efeito e não tratar a causa. Para ir além dos efeitos será necessária a construção de uma relação entre equipe e sujeitos que vise superar os processos de alienação que se interpõem. Uma relação em que os sujeitos envolvidos busquem superar juntos os modelos da fragilização social e da autossuficiência que se infiltraram no campo das drogas. Aqui o sujeito é o coletivo ativo.

Nessa perspectiva consideram-se ainda como possibilidades práticas de intervenção as terapias compreendidas como de substituição e/ou redução do consumo, porém superando as abordagens prescritivas e considerando as distintas necessidades sociais e de saúde dos sujeitos. Ou seja, a proposição de substituição de uma substância com menor potencial nocivo ou desorganizador não apresenta o mesmo valor terapêutico para todos os sujeitos. Não pode ser uma aposta generalizada já que cada sujeito se apresenta distintamente pelas suas particularidades biopsíquicas e pela sua constituição social que o caracteriza como pertencente a um grupo social detentor de um percurso histórico em um determinado modo de viver, de trabalhar e de valorizar o consumo.

Observamos no trabalho no CAPS que alguns usuários assimilaram as práticas de substituição em razão do conhecimento que adquirem pela própria experiência do consumo das drogas, seus efeitos e as possibilidades em administrá-lo. Daí, por exemplo, perseguem o objetivo de abandonar o consumo de crack utilizando a maconha. Essa prática em algumas situações e contextos pode favorecer um maior controle sobre o consumo, tornando-o menos nocivo para o sujeito. Por ter se tornado uma prática de RD conhecida tanto por usuários como trabalhadores é comum ambos a utilizarem como indicação terapêutica. Porém nem todos os usuários são favorecidos por essa prática e em algumas situações o consumo de maconha por alguns usuários, por exemplo com diagnósticos de esquizofrenia, intensificam ainda mais a desorganização psíquica dos mesmos. O que chamamos a atenção aqui é que qualquer discussão sobre possibilidades de substituição deve ser construída a partir de contextos e situações específicos.

As intervenções consideradas de maior potencial terapêutico têm por base uma perspectiva educacional crítica e emancipatória em que são agregados conteúdos novos para ampliar o conhecimento dos sujeitos sobre as diversas implicações do consumo prejudicial de drogas, porém sempre dialogando com a realidade dos mesmos, o que inclui também o conhecimento que formularam sobre seus problemas. As iniciativas de RD em que são considerados os riscos inerentes aos contextos de consumo de drogas ilícitas (locais precários e isolados, insumos utilizados e compartilhados) podem ser benéficas para ampliação da consciência dos sujeitos sobre transmissão de doenças, overdoses e até a evitação de mortes por homicídios e suicídios.

Cabe também dentro desse leque de opções as informações sobre os efeitos psicoativos das substâncias (dosagem, tipos de ação no sistema nervoso central) e formas de consumo quando torna os sujeitos mais vulneráveis a violências e acidentes. No entanto cabe retomar que as



informações não podem ser consideradas por si só como ferramentas preventivas. É necessário que a relação profissional-sujeito consumidor seja constituída de forma dialógica considerando as condições e capacidades de compreensão e os vínculos estabelecidos entre as partes. A informação pode ser destituída de sentido, menosprezada ou descartada como potencial terapêutico se a relação não estiver investida de sentido e interesse mútuo.

### **O Fórum Estadual de Redução de Danos**

A constituição do Fórum de Redução de Danos possibilitou maior intercâmbio de conhecimentos e experiências com diferentes locais e setores, desde práticas em contextos de rua, CAPS e universidades até os diferentes serviços constituídos em outras cidades próximas a São Paulo. Também se destacou pela metodologia participativa utilizada buscando superar as tendências de exposição em termos de palestras e promovendo maior envolvimento de todos os frequentadores dos encontros.

Destacam-se abaixo a avaliação e opinião de dois profissionais do serviço com maior presença nas reuniões do Fórum.

*RB: Comecei a participar do Fórum a partir da terceira reunião e me dei conta do quanto já havia perdido tamanha a importância das trocas de experiências verificadas nos encontros. Estas contribuíram muito para o meu embasamento enquanto profissional e psicólogo de um CAPS AD. Ter participado deste Fórum de Redução de Danos pode ser considerado por mim como uma das atividades mais enriquecedoras para um profissional que trabalha com essa população. Os ganhos de conhecimentos que tive através das discussões que o Fórum proporcionou foram significativas porque me instrumentalizaram e percebi que todos os participantes foram ajudados no aperfeiçoamento profissional, me iluminou o caminho para atender os usuários de uma forma cada vez mais humana e participativa, algo que nem todos vivenciaram ao longo da vida, pois foram acostumados ao desrespeito e ao autoritarismo.*

*Os CAPS de uma maneira geral lidam com uma população extremamente sofrida, com necessidades globais para dar conta de suas vidas. São pessoas que em virtude das dificuldades aliadas ao consumo de drogas foram afetadas em vários setores da vida: perderam emprego, família, moradia, educação, saúde e por fim a dignidade. O atendimento se dá numa via de mão dupla onde eu não detenho o saber completo, mas existe uma troca de saberes que me enriquece. Através do contato com os usuários do*

*serviço me tornei uma pessoa melhor e mais humana podendo compreender o sofrimento humano em sua totalidade.*

*As discussões me mostraram também que apenas fazer os usuários abandonarem o consumo de álcool e outras drogas proibindo-o de fazê-lo parece ser uma posição além de utópica, empobrecida, porque não lhes dá oportunidade de agregar vivências que podem produzir mudanças mais significativas em suas vidas. A redução de danos tem como objetivos a confiança, valorização do ser humano, melhora das condições sociais, culturais, higiênicas e ambientais e a reinserção no mercado de trabalho. As redes de atendimento sociais, educacionais e de saúde continuam extremamente falhas apesar de todos os esforços dispendidos. Somente com a melhora da quantidade e qualidade destas redes é que a população do SUS receberá a atenção devida.*

*A conscientização política dentro de um espaço democrático de participação como as assembleias faz parte de um aprendizado ímpar na melhora generalizada ao atendimento da população que se utiliza do SUS e será assim que conquistarão os seus direitos e a verdadeira cidadania. As atividades em CAPS podem proporcionar uma mudança de vida aos usuários do serviço. As oficinas e grupos os enriquecem com novos saberes, que são transformadores, através das vivências práticas e intelectuais os mesmos podem desenvolver novas habilidades em música, teatro, culinária, pinturas e tantas outras que presumiam não possuir. Enfim a Redução de Danos tem como objetivos cuidar do ser humano em sua totalidade contribuindo para a diminuição das diversas vulnerabilidades físicas, psíquicas e sociais.*

**AF:** *Enquanto tive a oportunidade de compor o Fórum Estadual de Redução de Danos, representando o CAPS AD Santana desde a primeira reunião, pude ampliar meu conhecimento sobre os diferentes usos das estratégias de Redução de Danos e o quanto, para valer-me da metáfora usada, a movimentação em torno da ideologia da redução de danos vem se constituindo como uma espécie de guarda-chuvas que abriga em torno de si diferentes escolas, saberes e, em especial, diferentes movimentos de resistência e transformação político-social.*

*Isso me fez pensar, a partir de referenciais teóricos comuns à psicanálise e à chamada clínica da diferença, sobre o fio ético que une atores aparentemente tão díspares (trabalhadores da saúde mental geridos pelo Poder Público, trabalhadores contratados por*

*regimes de terceirização, estudantes, atores de movimentos sociais, gestores, pesquisadores, curiosos): trata-se, a meu ver, do acolhimento singular do sujeito (outro) e da demanda por acolhimento da própria cultura (Outro) em tempos tumultuados.*

*Trabalhar com Redução de Danos do outro e do Outro pode significar, portanto, enxertar eixos de significação e simbolização a partir da relação que o sujeito estabelece com as drogas e, principalmente, enxertar ou criar linhas de fuga em direção diferente das descargas-recargas de neurotransmissores, prazeres, alívios que psicoativos (e o consumo) podem ofertar: para além do princípio do prazer, diriam uns.*

*É, também, o processo de simbolização que a luta por Direitos Humanos proporciona – incluindo aí a perspectiva de que não cabe ao Estado gerir corpos (ou a leitura de que “da pele pra dentro quem governa sou eu” que se manifesta nas resistências biopolíticas – com a ressalva de que este prisma não se confunda com o paradigma libertário individualista).*

*A Redução de Danos, portanto, aponta para a clínica do Outro, a clínica da cultura. Promover, manter, divulgar um espaço como o Fórum de Redução de Danos simbolizou, em minha prática profissional e em minhas leituras sobre o uso da droga, o acolhimento de simples utopias. Como diziam os situacionistas, sejamos realistas: almejemos o impossível.*

*O desafio aberto e mantido durante os encontros do Fórum me pareceu ser o de mudar mundos, quebrar paradigmas, expurgar fascismos. O caminho passa, sem dúvida, pela simbolização e, como tal pela palavra: falar, ouvir, dar sentido (coletivo) ao real por outras ferramentas além da dor, além do prazer. É como um deja vu. Parafraseando a canção que dizia parece cocaína, mas é só tristeza, podemos até pensar que parece crack, mas são estilhaços do capitalismo. “É possível vencer” versus “é preciso viver”.*

## **Conclusões**

Nas perspectivas que apresentamos, a RD nos CAPS incluiu novas diretrizes na atenção aos usuários de drogas que consideram os aspectos históricos e sociais como centrais tanto na constituição dos problemas como nas possibilidades de fortalecimento das pessoas. É preciso aprofundar o conhecimento do processo de vida e trabalho das diversas pessoas, famílias e grupos sociais que se deparam com necessidades de atenção em saúde não restringindo as intervenções à minimização de sintomas físicos e psíquicos resultantes do sofrimento mental e dos efeitos psicoativos das diversas substâncias.

Os serviços devem abrir canais de diálogo com os usuários e famílias buscando formas de problematizar as visões simplistas dos problemas, que reduzem a compreensão destes ao consumo da droga em si, ou ao sujeito em particular, destituindo ambos do contexto histórico e social no qual a vida social se processa.

Cabe considerar o contexto de sofrimento e de maior ou menor capacidade para administrar o consumo das diversas substâncias, a depender do momento e do benefício que possa trazer para a pessoa: buscar a abstinência, formas de reduzir o consumo, estratégias medicamentosas, substituição por drogas com potencial menos agressivo, etc.. No entanto ressalta-se que não se trata de oferecer novas receitas ou soluções mágicas, pois muitas vezes o que é benéfico para uma pessoa ou situação pode não ser para outra. A RD amplia as possibilidades da atenção em saúde mental a despeito do modelo unicamente centrado na abstinência ou na droga como causa dos problemas, ao mesmo tempo em que não descarta a abstinência como uma possibilidade para determinados usuários de drogas.

A participação de profissionais do CAPS AD no Fórum Estadual de Redução de Danos possibilitou maior amplitude na compreensão das diversas formas em que a RD se faz presente nos locais e contextos em que é proposta. A participação também ecoou sobre a equipe como um todo fortalecendo a RD como diretriz central do trabalho conforme já defendida pelo serviço. Assim como ampliou os horizontes de ação a partir de novas práticas assimiladas e transcritas no processo de trabalho.

### **Referências Bibliográficas**

Birman J. Arquivos do mal-estar e da resistência. Rio de Janeiro: civilização brasileira; 2006.

Costa JF. Perspectiva da juventude na sociedade de mercado. In: Novaes R, Vannuchi P (orgs.). Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu; 2004. p.75-88.

Coelho HV, Godoy A, Oliveira E, Soares CB, Campos CMS, Cordeiro L. Políticas públicas de saúde aos usuários de álcool e outras drogas: contribuição da Saúde Coletiva ao debate. Estácio de Sá – Ciências da Saúde. Revista da Faculdade Estácio de Sá. Goiânia SESES-Go, v.2, n.7, p. 194-203, 2012.

Freire P. (2005). Pedagogia do Oprimido (48th ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Santos VE, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as praticas no Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.20 n.3, p. 995-1015, 2010.

Santos VE, Soares CB. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p.38-54, 2013.

Saviani, D. (2007). Trabalho e educação: Fundamentos ontológicos e históricos. *Revista Brasileira de Educação*, 12, 152-165. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782007000100012>

## 5.4 Associação Pode Crer – projeto de Redução de Danos em Sorocaba

Marta Meirelles<sup>29</sup>

*“Pensar não é o exercício natural de uma faculdade.  
O pensamento nunca pensa por si mesmo [...].  
Pensar depende de forças que se apoderam do pensamento”.*  
(Deleuze)

A região administrativa de Sorocaba é formada por 79 municípios que ocupam 16,5% do território paulista. Possui posição privilegiada no Estado, pois é servida por importantes rodovias, como: Castelo Branco e Raposo Tavares, que ligam a região com a capital e são rota de passagem para o oeste paulista e Santos Dumont, que une Sorocaba a Campinas.

A região Administrativa de Sorocaba é a terceira área de concentração da população paulista, caracterizando-se nos últimos anos por um intenso crescimento populacional. Em 2002, a população projetada correspondia a quase 2,6 milhões de habitantes, o que representava 6,7% do total do estado.

O município de Sorocaba é o maior polo desta região, concentrando 20,2% da população regional.

Nos últimos anos, a região vem apresentando mudanças em sua estrutura etária, registrando menor proporção de crianças, ou mesmo redução dos números absolutos, maior população em idade ativa e uma participação crescente de idosos. Em 2002, a população regional que se concentrava nos grupos menores de 15 anos era de 25,6% da população total, 19,3% representavam a população jovem (15 a 24 anos), 46% o segmento de 25 a 29 anos e 9% dos idosos (60 anos e mais)<sup>30</sup>.

Do ponto de vista sócio econômico, tomando como indicador o índice de desenvolvimento humano, que integra o produto interno bruto per capita, a longevidade e a educação, e comparando com o Estado de São Paulo como um todo, constata-se que a região em foco constitui-se numa das mais pobres do estado e, inclusive, do país, com a maior parte dos municípios com o IDH menor que 0,760, quando a média do estado é 0,820<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Pode Crer – Um espaço para todos - Rua Monsenhor Magaldi, 2 Vil Lucy – Sorocaba/SP tel: (15)33272210

<sup>30</sup> fonte: SEAD-Sistema Estadual de Análise de dados. Disponível em <http://www.seade.gov.br/ produtos/iprs/análises/RASSorocaba.pdf>.

<sup>31</sup> fonte [www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php)

Sorocaba é a típica cidade do interior do Estado de São Paulo, atualmente sua população é de 620 mil habitantes e sua conurbação com cidades limítrofes eleva a população para aproximadamente 800 mil habitantes.

Em relação à saúde, no município de Sorocaba, as equipes de saúde vêm crescendo significativamente em número, e conseqüentemente, em área de abrangência.

A rede de atenção à saúde mental na região ainda se caracteriza por um modelo hospitalocêntrico, com um número elevado de leitos em hospitais psiquiátricos, mas o governo de Sorocaba, Piedade, Salto de Pirapora, juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e com o Ministério da Saúde, no final de 2012, assinaram um termo de ajustamento de conduta para a reorganização total e completa da rede psicossocial na região. O texto prevê a implantação de serviços, de acordo com as portarias do Sistema Único de Saúde (SUS), e a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atendimento.

Quanto ao campo de uso e abuso de álcool e outras drogas, a rede de entidades filantrópicas voltadas a esses usuários é bastante significativa, principalmente comunidades terapêuticas.

O município conta com apenas um albergue, emergencial, para no máximo sete pernoites.

Contamos desde 2012 com o Centro Regional de Referência álcool e drogas, UFSCAR Sorocaba, objetivando capacitar os profissionais da região a trabalharem com esse público.

Sorocaba conta com um CAPS AD II e um CAPS ADIII, e mais um em fase de implantação. Recentemente foram inaugurados oito leitos de psiquiatria na Santa Casa, uma unidade de acolhimento adolescente e em breve uma para adultos. Este ano o município contara com mais quinze residências terapêuticas.

Existe um movimento crescente, tanto da rede SUS, como SUAS, em Sorocaba, de efetivar o trabalho em rede, bem como de adotar a prática da gestão integrada de casos, mas em contrapartida, ainda nota-se um elevado número de instituições lutando pela criação de centros de internação para usuários de drogas e pela prática de internação compulsória a usuários de álcool e outras drogas.

É nesse contexto que a Associação Pode Crer, desde 2008, desenvolve um projeto de atuação para além da assistência ao uso abusivo de drogas, em consonância com a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (2004), que entende ser necessário o envolvimento de outros órgãos governamentais, assim como de associações de classe, em

parceria com seguimentos da sociedade civil organizada. Também defende ser preciso abandonar o modelo médico e ampliar a compreensão da questão para outros campos das ciências humanas e sociais, privilegiando o modelo da redução de danos associados ao consumo dessas substâncias.

Facilitar o acesso dessas pessoas às políticas públicas, tanto pelo respeito aos direitos, quanto do espaço de discussão e de controle popular, é tarefa da Pode Crer, realizada em duas frentes, separadas didaticamente. Uma delas é ir de encontro a essas pessoas que, embora parte integrante da sociedade, comumente não são vistas, e muitas vezes se encontram em locais físicos de difícil acesso, ou em locais onde as instituições tradicionais não abrange, como mocós, moradias improvisadas debaixo de pontes e viadutos, locais de trabalho de profissionais do sexo, e outros locais diversos.

Nesses locais, é feito um contato com o indivíduo, primeiramente buscando conhecer sua realidade, seguido de um trabalho de conscientização da possibilidade de acesso aos seus direitos, seja de saúde (das mais diversas especialidades), de educação formal ou informal, de assistência social, cultura e lazer, entre outros. Tal iniciativa é colocada como uma possibilidade, e não um dever (entendendo o acesso aos serviços de saúde como um direito que não pode ser negado ao indivíduo, embora ele mesmo possa negar a si próprio), respeitando-se assim a liberdade individual. Além disso, à medida que se percebe determinada prática que cria uma situação de vulnerabilidade para aquela pessoa (por exemplo, uso de drogas injetáveis com seringas compartilhadas; agravamentos decorridos de uso de álcool, queixas sobre problemas diversos, vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis, entre outros), essa pessoa é conscientizada sobre os riscos envolvidos e sobre as alternativas para aquela prática. Esse trabalho, realizado em equipe de Redutores de Danos, se mantém de maneira assídua, de modo a estabelecer um vínculo com essas pessoas, e também se configurando como um elo entre o indivíduo e a rede de serviços.

A experiência nos permitiu observar que, assim, gradualmente, boa parte dessas pessoas transformam sua realidade, seja a partir do cuidado de si, seja nas relações estabelecidas com os serviços e com seus pares. Nesse processo evidencia-se novas demandas, cada vez mais abrangentes, revertendo-se em uma diversidade de relações que, fortalecidas, passavam a reduzir os danos da situação de vulnerabilidade, não só pelo aspecto prático (por exemplo, passar a se preocupar em usar seringas descartáveis para não correr o risco de se contaminar no uso de drogas injetáveis, ou se preocupar com a alimentação e ingerir água entre o uso do álcool para reduzir os danos deste no organismo), mas também no aspecto subjetivo, na



dimensão psíquica e social estabelecida, pela qual o indivíduo passa a apresentar maiores recursos internos diante das situações de vulnerabilidade, havendo um salto qualitativo em seu posicionamento. Esse trabalho é realizado após as 21h00minh. O ir para as ruas serve para construir relações, e por meio desse processo de conhecimento coletivo se vislumbram as ações a serem implementadas.

O Centro de Escuta e Acolhimento da Pode Crer (que conta com profissionais das áreas de Psicologia, Educação, Assistência Social, bem como profissionais ligados à atividades artísticas diversas), faz parte desse continuum do trabalho realizado no campo. É a oferta de um lugar no qual se pode obter acesso a condições básicas de higiene, de cuidado de si, e de alimentação. Um espaço que oferece cuidados básicos que podem reduzir a vulnerabilidade, não apenas física, uma vez que ter as necessidades básicas satisfeitas pode, também, proporcionar uma maior organização enquanto pessoa. O principal trabalho realizado no Centro de Escuta e Acolhimento é, de fato, escutar e acolher o indivíduo que procura esse auxílio com olhar integral, dispondo de recursos como entrevistas de acolhimento, atividades lúdicas e culturais, encaminhamentos (com acompanhamento) para instituições diversas, oficinas de geração de renda, discussões em grupo e atividades ligadas à educação informal. Esses recursos permitam ao indivíduo se apropriar dos espaços de discussão na sociedade, adquirir visão crítica sobre o contexto, e se expressar por diversas formas: seja através do discurso verbal e do acolhimento e significação conjunta, seja através da arte, da música, da participação em eventos de caráter popular, ou seja, através da pluralidade de relações que o indivíduo pode estabelecer, relações que comumente se encontravam precarizadas frente às situações de vulnerabilidade mencionadas.

As próprias atividades de higiene, de cuidado para com o espaço, e a responsabilidade de decidir o que e como cozinhar,, fica a cargo dos próprios frequentadores, comumente decididas em Assembleias entre estes, de modo a se valorizar estratégias coletivas e a familiarização com práticas e temas que dizem respeito à própria realidade, estimulando-se assim o engajamento. Trata-se de um trabalho realizado não só no contexto, mas também para o contexto, uma vez que também visa sensibilizar a sociedade para as relações que se estabelecem dentro dela, apontando as relações de opressão das quais decorre a vulnerabilidade, valorizando as potencialidades de cada indivíduo, para que se possam construir relações mais democráticas, onde, de fato, haja participação popular. Pensamos em estratégias que possam garantir possibilidades ao indivíduo de alcançar o que deseja (sempre priorizando, dentre as ações, aquelas que respeitem a autonomia individual e o fortalecimento dos laços comunitários).

O drop in funciona das 14 às 20h, de segunda a sexta- feira.

Em fevereiro de 2014 iniciamos o projeto casa de passagem, onde oito pessoas podem pernoitar, até que consigam se organizar e buscar sua autonomia.

Fazemos parte do Centro de Formação em Tratamento Comunitário, por meio do Instituto Empodera, que multiplica a metodologia de Tratamento Comunitário por intermédio de diferentes metodologias, entre as quais se encontra a formação de técnicos e educadores pares, tanto presenciais quanto virtuais, disseminação de boas práticas, criação de espaços de produção e multiplicação, planejamento e seguimento de projetos de desenvolvimento local, entre outras ações.

Os educadores pares,são membros da equipe que possuem as mesmas características da população com a qual trabalhamos, sendo participantes beneficiários finais do programa, possibilitando os outros membros da equipe a conhecerem a comunidade ou os campos de atuação. Importante ressaltar que esses educadores pares não tenham graves pendências judiciais, não estejam traficando drogas, e saibam ler e escrever, além de aceitarem viver um processo de melhoramento de suas condições de vida.

Após um processo de capacitação e formação, eles acabam por contribuir muito como agentes de rede e de transformação no público com quem trabalhamos, mas não podemos deixar de fazer o acompanhamento permanente com os mesmos, de forma que serem membros da equipe não se torne um fator estressante ou que este fato seja utilizado de maneira equivocada.

São eles que auxiliam a equipe na busca e abertura de novos Campos, onde é feito um mapeamento do local, o contato com líderes de opinião, e com a rede:, seja a subjetiva (pessoas com as quais esse educador se relaciona); a operacional (membros da equipe e suas relações); de recursos comunitários (todas as pessoas que pertencem aquela comunidade, assim como os profissionais das diversas áreas que lá trabalham); seja a rede de líderes de opinião – esse processo visa reduzir a distância geográfica entre os serviços e as pessoas que necessitam deles.

No geral, nosso público é formado por pessoas com baixa escolaridade, em sua maioria sem profissionalização, desempregadas, às vezes com trabalho informal na coleta de material reciclável, muitas vezes sem documentação, sem residência fixa e com vínculos familiares fragilizados, ou com ausência de vínculos. Alguns são depressivos diante do avanço de suas dificuldades no trato dos problemas do cotidiano ou então portam outros transtornos mentais

e, frequentemente, relatam histórias de uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. A grande maioria é usuária de álcool e tabaco, em seguida vem a maconha, o crack, a cocaína inalada e pequena porcentagem se refere ao uso de outras drogas.

Hoje contamos com quatro redutores de danos e dois educadores pares, que saem a campo em duplas, três noites na semana: vão a fila do pão, local próximo à igreja matriz, centro da cidade e arredores; ao trilho do trem, local próximo ao drop in que concentra usuários de droga, principalmente crack; na praça “fura bucho”, próxima à estação rodoviária, onde se concentram pousadas e bares de tráfico; na Av. General Carneiro e entorno, local de concentração de travestis; na praça do barco, onde trabalham os michês e região de hotéis de prostituição; e também na região central da cidade.

No drop in contamos com uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira (voluntária), quatro educadores sociais (universitários) e educadores pares em formação.

A participação da equipe nos espaços de troca e produção de conhecimento (como o FERD) contribuiu muito na prática de trabalho, principalmente entre os pares, pois, além de garantir a participação dos mesmos na condução de toda a discussão, promove o desenvolvimento de seus conhecimentos, atitudes e habilidades, além de fomentar a participação e o protagonismo dos mesmos, e ampliar o debate sobre redução de danos para toda a equipe.

Nossos desafios são adotar estratégias que permitam que essas pessoas sejam ouvidas e atendidas dentro das suas especificidades, pensando estratégias que permitam criar alternativas, resiliências, expectativas, novos desejos, não só no campo da Saúde, mas no campo da Educação, da Cultura, do Esporte, do Lazer e da Justiça. Buscamos, também, acabar com a falácia que somente os processos mais dolorosos como a internação de longa duração trarão benefícios para a pessoa que usa drogas – temos que reconhecer que existem inúmeras alternativas para a questão do tratamento e prevenção, e que as pessoas tem o direito de optar pela modalidade que melhor atenda as suas necessidades.

Nossa experiência permite afirmar que, quando atuamos em uma perspectiva não proibicionista, a noção de droga que impera no meio social: “que faz mal”, “mata” ou “transforma pessoas sadias em doentes e delinquentes” é abalada. Atuar em uma perspectiva não proibicionista é ser atravessado e afetado pelas histórias de vida das pessoas acessadas em campo. O fazer o campo descortina um universo repleto de paradoxos.

Ao longo do trabalho, após muitos encontros propiciados pelo campo, e dialogo com outros trabalhadores da RD, percebemos que fazer RD podia ser muita coisa, desde que não fosse

algo prescritivo. Desta forma, pensamos que as praticas apresentam potência criadora de brechas, fendas nas cartografias homogeneizantes da noção proibicionista de drogas.

A Redução de Danos como tratamento traz consigo a pergunta: “Como fazer Redução de Danos?” para a qual a primeira possibilidade de resposta é: com protagonismo. Não existe Redução de Danos sem protagonismo, assim como não existe Redução de Danos sem uma estreita relação com o cuidado com as pessoas que usam drogas, mesmo que as possibilidades de trabalho possam ser exploradas em relação a outros campos e áreas, e também que não sejam exclusivas propriedades desta contribuição, a vinculação com o uso de drogas é uma preocupação técnica/ politica do fazer/pensar em saúde em Redução de Danos. Ao se apoiar no discurso da pessoa que usa drogas e ao considerar sua corresponsabilidade, bem como a de sua rede de afetos, podem-se encontrar vias de produzir saúde na perspectiva da capacidade de lidar potencialmente com suas vulnerabilidades.

A vivência e a prática do trabalho de Redução de Danos nos mostra que no trabalho cotidiano de encontro com pessoas que usam drogas é que vamos tirando as cascas, os rótulos que, por anos, foram colocados sobre o sujeito, e aí surgirão, de fato, suas reais necessidades: que vão além do preservativo, do kit, mas que passam pelas trocas efetivas e afetivas de material, de emoção e de desejo.

Constatamos que, no contexto atual, a realidade é o ponto de partida de uma conquista que pode se dar com o tempo. Afirmamos, com Franklin e Souza (2002, p.10), que:

*“Para inventar uma nova forma de amor, que sustente os homens e mulheres, será preciso descobrir novas inspirações nos corações desses homens e mulheres. Com as práticas coletivas, como o projeto de um mundo saudável para todos, a ousadia da imaginação terá de ser tão grande como a nossa capacidade de realização prática. Poética e politica são as únicas saídas. Por isso, é sempre bom, ainda que provisório, fazer um balanço de princípios. No começo está o sim”.*

## 5.5 O trabalho de campo – experiências do É de Lei na Cracolândia

Roberta Marcondes Costa  
Thiago Calil



Keren Chernizon.

### O trabalho de Campo do Centro de Convivência É de Lei

Para construir essa reflexão sobre o trabalho de campo, que nada mais é do que o acesso ao usuário no contexto de uso, é importante o questionamento sobre a necessidade de um trabalho de rua. Essa necessidade é de quem?

Os fundadores do É de Lei, antes de constituírem o Centro de Convivência, iniciaram um trabalho extra-muros, indo a festas e locais de uso de cocaína injetável para acessar os usuários e incentivar o auto-cuidado. Dada a dificuldade de criar vínculos duradouros ou acompanhar os usuários acessados em contexto de uso, observou-se a necessidade de criar uma via de mão-dupla, isto é, acessar as pessoas no contexto de uso mas também criar a possibilidade de elas virem ao nosso encontro no espaço de convivência. Entendemos que a criação do É de Lei responde a uma análise de que certa demanda de atenção não chegava e ainda não chega aos serviços de atenção. E um questionamento se coloca: porque as pessoas não buscariam cuidar de si mesmas? É possível pensar, portanto, que o surgimento do É de Lei, assim como a necessidade de um trabalho de rua, vem da análise que certa demanda não chega aos serviços. E por que as pessoas não vão se cuidar?

Muitos são os motivos. Para além da falta de serviços, distância, fila, etc., ainda há falta de informação sobre os diferentes recursos e serviços públicos que existem, sendo muitas vezes desconhecidos pela população. No caso do uso problemático de drogas, o senso comum, muitas vezes expressado pelas próprias pessoas que fazem uso de drogas, nem imagina que existem outras possibilidades de cuidado que não seja a internação, por exemplo. Outro elemento que dificulta essa busca de atendimento por parte dessa população é o próprio estigma de procurar cuidado associado ao uso de drogas – na nossa cultura existe uma valorização negativa da figura do doente tornando difícil o processo de se assumir como um. Há

também uma parcela considerável dessa população que já tentou buscar cuidado em alguma instituição pública e não foi bem recebido, não só pela precariedade dos serviços, mas porque estava sujo, sob efeito de alguma substância psicoativa, ou não possuía documento de identificação. Soma-se a esses elementos a falta de perspectiva de construção de projeto de vida por parte desse grupo social específico, que usa drogas e vive em condições de alta vulnerabilidade social. É muito comum ouvir dessas pessoas: “vou me cuidar para quê?” - o que mostra a angústia e a impotência pela quais passam essas pessoas, sentimentos que também acabam por se reproduzir nos trabalhadores que se colocam nesse campo de atuação.

É possível, portanto, pensar em diversos fatores de exclusão que estão agindo para tornar tão difícil esse acesso, e conseqüentemente, tão necessário o trabalho na rua. As políticas proibicionistas vigentes hoje são, por si só, um grande fator de exclusão: quando se proíbe o uso de drogas, o tornando uma questão de polícia, dificulta que o usuário, em especial antes de um uso problemático, assuma, discuta e aprofunde seu conhecimento sobre esse uso, com medo das conseqüências legais. Geralmente oculta seu uso, mesmo em consultas de saúde, o que seria um relato importante para conhecimento do trabalhador de saúde, mas esse dado é prejudicado devido a sua ilegalidade e desinformação.

Em tempos de proibicionismo, o encarceramento de pessoas em situação de rua é agravado, e ser preso não é uma excessão, a grande maioria dos usuários em situação de rua já foi preso, e isso aumenta ainda mais a exclusão e a impossibilidade de construção de um projeto de vida – é muito difícil, depois de ter conflitos com a lei, ser aceito no mercado formal de trabalho, por exemplo. Rompimentos de laços com a família e com as regiões de origem, também dificultam a construção de projeto de vida. O estigma associado ao uso de drogas (“drogado”, “viciado”, “nóia”), que é produzido pela mídia e reproduzido por muitos, inclusive pelos usuários de drogas, tem importante impacto negativo sobre os processos de vida – seja pela forma como a sociedade se relaciona com eles, uma mistura de medo, ódio e pena, mas também pela forma como eles enxergam a si mesmos.

Os efeitos locais da globalização também ajudam no processo de exclusão dessa população. A qualificação profissional exigida pelo mundo globalizado produz uma desqualificação crescente da força de trabalho das camadas mais baixas, formando uma população à margem que não consegue estar qualificada nem para ser exército de reserva do mercado. Hoje se estima mais de 17.000 pessoas em situação de rua em São Paulo. Essa população sobrevive, em grande parte, dos descartes e dos circuitos ilegais/informais urbanos. Nesses circuitos existe um

embaralhamento do legal e do ilegal no cotidiano, como aponta a socióloga Vera Teles:

*"Todas estas linhas se entrecruzam nas práticas sociais, no plano das famílias, da economia doméstica e das redes sociais, e aí o jogo social se faz em conexão com outros tantos circuitos que embaralham ainda mais as fronteiras do legal e do ilegal, do formal e do informal, do lícito e do ilícito. É nesse plano que o varejo da droga encontra seus pontos de ancoragem, enreda-se nas tramas urbanas em que o fluxo de dinheiro, mercadorias, produtos legais e ilícitos se superpõem e se entrelaçam nas práticas sociais e nos circuitos da sociabilidade popular" (Telles, 2011 p.163).*

Apesar de também atuar em outros espaços da região central da cidade, o trabalho de campo/rua do É de Lei, desde 2002, se concentrou na região da Luz, onde o uso do crack parece ter se territorializado. Como na cracolândia o uso de crack ocorre 24 horas por dia, o espaço se constitui em um dos principais *territórios psicotrópicos*<sup>32</sup> da cidade. Para se manter o paradigma proibicionista, dado que este não acaba com o uso de drogas, é necessário liberar [informalmente] este uso em determinados lugares. Os territórios psicotrópicos são lugares onde se sabe que existe uma cultura de uso de determinada substância, gerando uma dinâmica local bastante própria que se traduz em negociações contínuas entre os atores envolvidos: pessoas que fazem uso de drogas, traficantes, comerciantes, policiais, moradores, e etc. Seja a maconha no MASP, o pó na Rua Augusta ou a pedra na cracolândia, esses espaços, em especial a cracolândia, configuram uma territorialização de uma funcionalidade (micro-economia), que junta atividades ilegais e o limbo social, evidenciando o fracasso da oferta de cuidado institucional. Esse território cria visibilidade para determinadas questões. As pessoas não conhecem, mas ouvem falar – isso, conduzido pela mídia, cria estereótipos e reforço do estigma. A ideia “lugar perigoso” irradia a ideia de insegurança e legitima políticas repressivas como ideia de “isolar o mal”.

O território da cracolândia tem todo um histórico de pobreza e marginalização. A questão das drogas chega como mais um elemento. Nesse momento, no sentido de contextualizar o trabalho, vamos apresentar um pouco do histórico dessa região. Em 1879 o bairro surge como área residencial para elite cafeeira. Em 1929, com a crise do café, o crescimento urbano associado a questão geográfica acentuam os contrastes e gera uma consequente desvalorização e instalação de uma população de menor poder aquisitivo no território. Em 1930 há o “Plano de Avenidas de Prestes Maia” (Av. Rio Branco, Duque de Caxias e Barão de Limeira). Já em 1953 o local é reconhecido como espaço para meretrício e tem a intervenção

---

<sup>32</sup> O psicólogo Luis Fernandes chama de “*territórios psicotrópicos*” esses locais em que ocorre a “territorialização funcional do espaço” em torno de diferentes dinâmicas de venda e consumo de substâncias psicoativas, que são por sucessivas tentativas de controle por parte do poder público (Fernandes, 2004).

do governo de Lucas Nogueira Garcez dado sua “degradação moral”. Em 1961 Inaugura-se a estação Rodoviária, que garante um grande fluxo de pessoas, automóveis e ônibus. Nesse momento já ocorrem intervenções urbanas e surgimento de uma economia informal e já havia se dissolvido por completo a identidade residencial aristocrática do bairro. Em 1982 ocorre a transferência da rodoviária para a Marginal Tietê aprofundando a marginalização: há instalação de empresas de transporte clandestino (MA e Paraguai) e a estrutura ociosa de hotéis passam a ser usadas por populações de baixa renda, aumentando a degradação urbana e social da área. Em 1990 o uso do crack no centro da cidade se territorializa na região. A prostituição, o transporte clandestino, e o uso de drogas ilícitas, passam a ser definidores do bairro, que é sustentado por economia do informal/ilegal.

A cracolândia hoje pode ser compreendida como um espaço de resistência dado sua manutenção frente à quantidade de intervenções no espaço, que, no limite, tem a intenção [não concretizada] de acabar com sua atual função. O termo que junta o nome de uma droga muito estigmatizada com o parque de diversões americano é cada vez mais definidor da região: “cracolândia” tem sido mais usado como nome do território do que “Bom Retiro” ou “Luz”. Há uma acentuada degradação moral e estigmatização do local e das pessoas que ali residem ou circulam, em especial a figura do ‘nóia’. Diversas intervenções, seja do poder público, de instituições religiosas, ou organizações da sociedade civil, tornaram o território um “campo de forças” (Adorno, Raupp, 2011).

A noção psiquiátrica de dependência é a base para políticas de repressão e confinamento. A lógica dependência x abstinência é produtora de um maior sentimento de fracasso, incapacidade e exclusão para aqueles que mantêm seu uso da droga. O crack, ao mesmo tempo, representa e dá sentido a uma situação de extrema exclusão e precariedade. As relações entre o histórico, a economia e as dinâmicas morais em torno da construção da noção de dependência interferem nas relações cotidianas, podendo potencializar, refazer e inclusive reduzir as possibilidades de vida das pessoas que fazem uso de drogas. (Garcia, 2010). A noção de dependência é um movimento inspirado por múltiplos fatores *“e deve ser vista como uma trajetória das experiências que atravessa o biológico e o social, o médico e o legal, o cultural e o político”* (Raikhel and Garriott, 2013).





Bruno Fernandes, 2012.

### **As práticas**

O primeiro passo para se iniciar um trabalho de rua, processo que chamaremos de abrir um campo, é fazer um mapeamento, que tem como principal critério a localização e reconhecimento da concentração de usuários de drogas (UD). Para descobrir essa concentração é possível obter informações através dos serviços, do contato com UD e ex-UDs conhecidos, pesquisar em boletins epidemiológicos municipais para identificar as taxas de prevalência de HIV e hepatites, ou mesmo pela mídia. Para concretizar a abertura do campo, por sua vez, é necessário conquistar confiança da população de UD e da comunidade na qual ela se insere, conhecer códigos culturais e linguagem utilizada pelos UD, estabelecer objetivos e limites claros do trabalho, assim como a incorporação, pelo redutor de danos, dos princípios e práticas que ele busca transmitir.

A relação com o outro, que é constitutiva do trabalho do redutor de danos, é muito delicada. É possível pensar o outro como um estrangeiro, alguém que tem diferentes costumes, valores, regras, linguagem e perspectivas. Alguém que não devemos julgar, mas sim tratar com respeito – o que é muitas vezes difícil dado a distância entre os valores dos redutores de danos e usuários de drogas atendidos, o que muitas vezes gera angústia e medo nos trabalhadores. A redução de danos (RD) é constituída, entre outros elementos, por uma ética do cuidado que respeita e acolhe às diferenças e mostra disponibilidade. A RD funciona a partir de um cuidado

que pensa os sujeitos como singulares, não havendo fórmulas ou uma lógica prescritiva, mas um processo de construção conjunta do cuidado. A mesma prática, que pode ser vivenciada como cuidado por um indivíduo pode significar ampliação de danos para outro, por isso é necessário um processo conjunto, que é singular e só pode ser pensado de forma conjunta, a medida que se cria vínculo e compreende o contexto e a vida do interlocutor. O respeito pelas diferenças e a proposta de construção conjunta do cuidado é capaz de produzir um novo saber a partir de oportunidades de reflexões críticas e a interação dialógica entre os sujeitos sociais (Meyer, 2006). Segundo Meyer,

*“a intencionalidade de construir estratégias educativas que permitam investir em possibilidades de transformação das condições de vida nas quais crenças, hábitos e comportamentos ganham sentido demanda apreender, compreender e dialogar com a multiplicidade de aspectos que modulam as crenças, os hábitos e os comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais interagimos” (Meyer et al, 2006 pg. 1340).*

Assim, como a chegada na cracolândia é trilhada por caminhos diferentes e únicos, a saída também é construída de forma singular por cada sujeito.

Outra questão muitas vezes angustiante é que existem diferentes tempos entre o usuário de drogas atendido, o redutor de danos (ou agente de saúde) e a sociedade/comunidade. Se o trabalho da RD se constitui, principalmente, a partir da demanda do outro, é preciso respeitar este tempo, é preciso criar vínculo/confiança, aprender códigos, ter escuta e paciência. Muitas vezes o tempo do usuário de drogas atendido é diferente do tempo da comunidade que o quer fora dali, ou mesmo diferente do tempo do redutor de danos que, regido por seus valores, gostaria muito que o UD tivesse suas vulnerabilidades diminuídas de forma mais rápida do que geralmente acontece. É necessário “estar junto”, ser reconhecido como possibilidade de cuidado/ajuda, a partir da demanda do outro.

As práticas dos agentes da assistência social e saúde são reconhecidas como possibilidade de cuidado, mas o trabalho do redutor de danos é frequentemente reconhecido como mais próximo da perspectiva dos próprios UD. Andrézinho<sup>33</sup>, um usuário residente da cracolândia, definiu o nosso trabalho de uma forma que deixou nossa equipe muito orgulhosa. Ele nos ajudava a distribuir piteiras e manteiga de cacau quando um amigo dele perguntou quem éramos, se éramos a equipe do curativo ou do albergue, e Andrézinho respondeu: *“os do albergue são aqueles de colete verde, os do curativo são do colete azul, esse é o pessoal que tenta pensar que nem usuário, o que a gente pensaria”*.

---

33

Os nomes usados são todos fictícios para preservar os UD.

Muitas vezes o trabalho do redutor de danos, reconhecendo uma demanda da pessoa atendida, é acompanhá-la, inicialmente sustentando seu próprio movimento de cuidado. Essa relação, porém, visa a autonomia, a possibilidade que o UD atendido faça seu movimento de cuidado sem precisar do acompanhamento do redutor. Muitas vezes esse processo de construção de autonomia é dificultado por alguns serviços, que, quando o UD chega sozinho, deixam de atendê-lo ou o fazem de forma insuficiente e desrespeitosa. O redutor de danos passa a ter um trabalho complexo que não é só de possibilitar exercício de autonomia e desabrochar a potência do UD atendido, o que muitas vezes passa por instrumentalizá-lo de seus direitos, mas também articular a rede, trocar com os trabalhadores dos diferentes serviços para mudar a cultura do local, e assim possibilitar que as pessoas sejam bem recebidas, mesmo que não estejam acompanhadas. A RD para ser bem sucedida precisa, portanto, transformar toda uma cultura, não apenas dos UD, mas também dos serviços e trabalhadores, e da sociedade que, se fosse menos estigmatizante e preconceituosa, produziria menos sofrimento. Esse tempo necessário para RD: criar vínculo, mudar cultura dos UD, dos serviços, da sociedade, etc., não responde ao tempo da política e dos processos eleitorais, por exemplo.

A RD se firmou no Brasil no combate a “epidemia de Aids”, dado a eficiência para reduzir a transmissão da doença, devido a capacidade dos redutores de danos - naquela época, grupo de trabalhadores especialmente formado por usuários de drogas injetáveis (UDI) ou ex-UDI - de transformar a cultura de uso da droga: era comum compartilhar a seringa (como se compartilha cigarros de maconha), mas com a intervenção da RD, que trouxe informação sobre um uso mais seguro e a possibilidade da troca e distribuição de seringas, os UDIs passam a incorporar as novas estratégias de prevenção e evitar o compartilhamento.

Ao final da década de 90, porém, o crack entra na história. Já em 2002, o grupo de trabalhadores que atuava no campo do É de Lei passam de uma formação e prática muito voltadas para UDI para pensar as questões trazidas pela chegada do crack. A prática se constituiu, naquele momento, principalmente, de conversas individuais em campo, com troca de conhecimentos, para fazer o processo de apropriação dos códigos e valores dessa cultura de uso, e construir vínculos. Em 2003 o É de Lei foi convidado pelo ministério da saúde para fazer um projeto piloto que queria pensar a entrega de cachimbos como insumo de RD para prevenir a transmissão de doenças (muito incentivado pela lógica da troca de seringas). A proposta era distribuir um cachimbo de madeira (foto abaixo) e avaliar a aceitação entre os usuários.



É de Lei, 2003.

Os cachimbos foram distribuídos por meio de um processo de conversa sobre seu uso. Esse processo foi muito interessante para o É de Lei se apropriar da cultura de uso do crack. No processo, os usuários de crack disseram que o modelo do cachimbo de madeira era ineficiente por diversos motivos: tinha o bocal muito largo, demandando muita cinza e pedra para usá-lo (o consumo de crack se faz pela queima da pedra junto com cinzas de cigarro); por ser de madeira impossibilitava a raspagem da 'borra' (resíduo que se deposita dentro do cachimbo após alguns episódios de uso); a fabricação com madeira também impossibilita a prática de "tochar" (aquecer com fogo o cano do cachimbo para liberar o resto de substância que ficou no cano) pois o cachimbo de madeira pegaria fogo. Apesar de serem práticas que apresentam maiores riscos (o consumo da borra é o mais tóxico), são elementos importantes sobre a cultura do uso de crack em São Paulo que devem ser considerados ao se pensar estratégias de cuidado para esta população.

O É de Lei, então, a partir da aproximação e troca com os maiores especialistas sobre o uso de crack, os próprios usuários, desenvolveu novos insumos. Conhecendo a tecnologia de cachimbo mais usada. (foto abaixo)



É de Lei, 2010.

Foram desenvolvidas novas estratégias. Foi então proposta, e é usada até hoje, uma piteira de silicone (foto abaixo) de dois calibres diferentes, que se encaixa no cano dos diferentes cachimbos, estimulando o uso individual da piteira, cumprindo a função de não compartilhamento/transmissão de doenças. A piteira também evita que se queime a boca com a prática de “tochar”, o que é muito comum quando se coloca a boca no cano após esquentá-lo. A proposta da piteira também dialoga com a “clínica do possível”, como muitas vezes é chamada a RD, dado que é muito mais possível para uma ONG com dificuldade de financiamento distribuir piteiras que são feitas manualmente pelos redutores de danos (cortando e fervendo longos metros de canos de silicone que não são muito dispendiosos) em comparação com a distribuição de um cachimbo pronto.

Outro insumo usado pelos redutores de danos do É de Lei é o protetor labial com calêndula e própolis (foto abaixo), que evita o ressecamento dos lábios e ajuda na cicatrização de ferimentos na boca, muito comuns no uso de crack, evitando assim a porta de entrada para transmissão de doenças.



É de Lei, 2014.

Em um primeiro momento era distribuído o protetor labial tamanho pequeno para os homens e tamanho grande para as mulheres, no sentido de, por também parecer um batom, possibilitar um estímulo ao embelezamento como forma de cuidado. Com o tempo, porém, percebeu-se que os protetores labiais grandes chegavam a ficar bastante sujos e anti-higiênicos, além de assim como os pequenos, tinham pouco tempo de duração, pois eram perdidos, dado que realmente não é fácil guardar ou manter pertences naquela situação. Então, hoje, se distribui manteiga pequena para homens e mulheres.

Não é só pelo pragmatismo da não transmissão de doenças que faz sentido a distribuição desses insumos. O fato de se chegar de outra forma, diferente do convencional, é interessante para o trabalho do redutor. Ao chegar um redutor de danos com uma piteira fica claro que ele não está falando “pare de usar”, “se interne”, “converta-se à minha religião”, ou que esteja fazendo algum julgamento de valor sobre o momento e situação que a pessoa se encontra, mas está dizendo que, caso use crack, use de uma forma menos prejudicial. Essa entrada abre portas, cria diálogos, possibilita uma aproximação e conversas sobre alternativas de uso, e sobre a noção de auto-cuidado de uma forma mais respeitosa, e possivelmente mais eficiente. A lógica da abstinência como resposta única para usos problemáticos de drogas, lógica dominante ainda hoje, além de muito frustrante, pois de fato é muito difícil se manter abstinência, cria a noção, absolutamente prejudicial, de que só é possível começar a se cuidar quando estiver “limpo”. Esse pensamento é reproduzido pelos usuários de drogas, mas também pelos serviços especializados na atenção a usuários problemáticos de drogas, que em alguns momentos podem chegar a evitar diálogo com pessoas que estejam sob efeito de

substâncias psicoativas, ou mesmo proibir sua entrada no serviço. É no mínimo contraditório que só se possa começar a pensar em se cuidar e aderir o tratamento quando estiver abstinente. Mesmo em situações em que os efeitos da substância prejudiquem significativamente o diálogo, algum tipo de cuidado pode ser pensado nesta relação, desde um simples acolhimento e hidratação até possíveis encaminhamentos às unidades de urgência. A distribuição de insumos, portanto, é muito potente no sentido de incentivar uma reflexão sobre o auto-cuidado, inclusive durante o uso. A abstinência não é algo desejável em todos os casos, mas mesmo quando a desejam talvez seja mais fácil alcançá-la começando a se cuidar no agora, durante o uso, do que esperar ter forças para parar de usar totalmente, e só assim começar a se cuidar.

Esse processo de troca com UDs e moradores da cracolândia sobre sua cultura de uso de drogas e a possibilidade de auto-cuidado foi muito rico para formulação de novas tecnologias de uso e auto-cuidado. Possibilitou que estivéssemos atentos para estratégias de RD desenvolvidas pelos usuários, e que eles passassem a nos procurar para contar tecnologias de cuidado que desenvolvem. Uma tecnologia que vimos bastante reproduzida entre eles foi o “porta-cinzas”, uma caixinha de bala, geralmente “tic-tac”, onde eles guardam as cinzas para já tê-las na hora em que forem “dar um trago” de crack, assim ficando menos “no desespero” de arranjar cigarro na hora em que, na verdade, querem usar outra substância e não nicotina. Muitos inclusive não fumam tabaco, mas acabam fumando em função da produção de cinzas para o consumo do crack, o que o porta-cinza evita. Outra pessoa que fuma crack fez um cachimbo chamado “Ele&Ela”, um cachimbo com um só bocal (casinha para colocar a pedra de crack) e dois canudos para ele fumar com sua namorada e assim, não apenas não compartilhar o canudo, como também não ter briga na hora de dividir as pedras que conseguirem...fumam sempre juntos.

Outra tecnologia desenvolvida com a finalidade de cuidar-se durante o uso de crack é o “busca longe”: cachimbo com um cano mais longo que o comum para dar tempo da fumaça esfriar antes de chegar na boca. Uma prática que foi acontecendo em grande parte dos cachimbos foi o estreitar a casinha (bocal do cachimbo), que assim passa a precisar de menos cinza e menos pedra para queimar. Uma das pessoas que atendemos que usa crack e não fuma tabaco, teve a ideia de fazer cinza de outras plantas, como camomila ou calêndula, e as chamou de cinzas medicinais (não o encontramos novamente para saber se a ideia foi concretizada). Não sabemos também se as ‘cinzas medicinais’ seriam ou não menos danosas, mas possivelmente sua reflexão sobre alternativas de um uso mais seguro o aproximou do cuidado de si. Uma técnica desenvolvida a partir do encontro que proporcionamos dos usuários de crack que

atendemos com os cachimbos distribuídos pelo EGO<sup>34</sup> na França, foi fazer cachimbos com vidros e lâmpadas, pois, além de ajudar a resfriar a fumaça, é possível aproveitar a borra que sobra sem a necessidade de raspar e “tochar”, podendo ter acesso ao resíduo limpando com álcool e deixando evaporar.

Esse processo de desenvolvimento de tecnologias, assim como a distribuição de insumos, tem um efeito de produzir reflexão e prática de auto-cuidado, mesmo em momento de uso de drogas. Isso é muito potente, em especial dentro desta relação horizontal de escuta e produção de novos saberes, e essa prática, no sentido de transformar uma cultura em torno do uso de drogas, é realmente eficaz quando ele ou ela realmente se convence de determinada prática de auto-cuidado e a reproduz entre seus pares, multiplicando esse conhecimento. Hoje não se fuma mais “na lata” (foto abaixo) na região da cracolândia, é até mal visto quando alguém utiliza essa técnica que é muito prejudicial dado que se fuma junto a tinta, que é tóxica.



É de Lei.

A potência da RD, ao nosso ver, tem relação com sua capacidade de adaptar sua prática para cada momento, para cada indivíduo, e para cada contexto. Os indivíduos se transformam o tempo todo, é possível que uma proposta muito bem sucedida no sentido do auto-cuidado em um determinado momento da vida do indivíduo, seja em um outro momento, uma ampliação de dano. O mesmo ocorre com o contexto, que se transforma, especialmente de um território como a cracolândia que está sempre sendo objeto de intervenção. A RD é tão complexa e rica exatamente por essa dificuldade: não existem ações de RD em si, mas dependendo de como elas forem feitas, depende do contexto, do sujeito, da sua finalidade, elas podem ser consideradas RD ou não. Se não tem receita para o desconhecido, o chamado “jogo de cintura” é bem vindo para formular boas saídas nas diferentes situações, sendo que o próprio

---

<sup>34</sup> O EGO – Espoir Goutte d’Or, é um serviço de redução de danos para usuários de drogas, localizado em Paris, França.



processo de trabalho vai trazando muitos aprendizados de como agir de acordo com o momento.

Um debate interessante, que já foi levantado em uma reunião do FERD, é a questão da segurança no campo. No território da Cracolândia a polícia não é aquela que traz a segurança, geralmente é o contrário, ela é quem traz tumulto no fluxo e risco para o redutor (no começo da prática da RD no Brasil era comum os redutores saírem com *habeas corpus* preventivo para caso fossem presos distribuindo seringas). Os principais proporcionadores de segurança para os redutores são, sem dúvida, os próprios usuários de drogas que, ao criar vínculo e se identificarem nesse processo de troca, também cuidam do redutor, avisando quando o clima tá tenso, ensinando as regras locais, e a melhor forma de proceder em cada situação.

### **Bibliografia**

Cabanesi, R., Georges, J., Rizek, C., Telles, V., **Saídas de Emergência: ganhar/perder a vida nas periferias de São Paulo**. São Paulo : Boitempo, 2011.

\_\_\_\_\_ Telles, V., **Ilegalismos populares e relações de poder nas tramas da cidade**. P 155 – 169.

Fernandes, J. L.; Pinto, M. **El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotropicos y politicas de la ciudad**. 2004.

Garcia, A; **Pastoral Clinic: Addiction and Dispossession Along the Rio Grande**. Berkeley: University of California Press, 2010.

Meyer, D.E.E et al; **Você aprende. a gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6): 1335-1342, jun, 2006.

Raikhel, E.; Garriott, W.; **Addiction Trajectories**. Duke University press, 2013.

RAUPP, L. M.; ADORNO, R. C. F. **Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 2011.

## **5.6 O desafio da Convivência - Redução de Danos no Centro de Convivência É de Lei**

**Thiago Calil  
Willy da Silva Araújo  
Juliana Marin  
Marcelo Ryngeblum  
Bruno Logan Azevedo  
Isabela Umbuzeiro Valent  
Pedro Brandão  
Camila Stephanie**

Este texto visa a reflexão da prática na perspectiva da Redução de Riscos e Danos em um espaço de convivência para pessoas com alguma vulnerabilidade social, pessoas em situação de rua e/ou usuários de drogas. O texto desenvolve-se a partir da atuação de redutores de danos do Centro de Convivência É de Lei<sup>35</sup>, que localiza-se no bairro República, região central da cidade de São Paulo. Segundo dados de uma pesquisa realizada em 2011 pela FESPSP<sup>36</sup> (Faculdade Escola de Sociologia e Política), a cidade de São Paulo apresentava um total de 14.478 (quatorze mil quatrocentos e setenta e oito) indivíduos em situação de rua. Atualmente estima-se que esse número tenha aumentado para a casa dos 17 mil. Segundo o estudo de 2011, os distritos com maior densidade da população em situação de rua eram Santa Cecília (1.167), Sé (1.171) e República (719).

O Centro de Convivência É de Lei foi o primeiro espaço de convivência destinado para pessoas que fazem uso de drogas no Brasil. Atualmente contamos com uma equipe de 6 pessoas que atuam como redutores de danos na sede, composta por três psicólogos, um educador social, uma graduanda em enfermagem e uma assistente social. A equipe não está inteiramente reunida todos os dias. Mantemos a presença de 3 ou 4 redutores por dia. Realizamos reuniões semanais e um encontro mensal para refletir e atualizar nossa própria prática. Composto com os redutores de danos, outros profissionais trabalham no centro de convivência desenvolvendo atividades culturais<sup>37</sup>, já que desde 2010, a organização tornou-se um Ponto de Cultura. A equipe de cultura é formada por uma terapeuta ocupacional mestre em estética e história da arte, um jornalista mestre em ciência política e, um educador social graduando em

---

<sup>35</sup> Instituição que atua na perspectiva da Redução de Riscos e Danos Sociais e a Saúde relacionados ao uso de drogas. [www.edelei.org](http://www.edelei.org)

<sup>36</sup> FESPSP (Fundação Escola de Sociologia e Política), SMADS (Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social) e PMSP (Prefeitura do Município de São Paulo): Censo e caracterização socioeconômica da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo(2011).

<sup>37</sup> As atividades consistem em oficinas de formação e criação estéticas envolvendo audiovisual, cinema, fotografia, arte contemporânea, desenho, poesia, música, fanzine, cultura digital, entre outros, que serão descritas de forma mais profunda abaixo.

ciências sociais. Realizamos semanalmente reuniões compostas por todos os redutores e coordenação com duração média de 2 horas. Mensalmente a reunião é integrada com a equipe do núcleo de cultura. Utilizamos esses espaços para discutir estratégias de ações, pensar cuidados, e refletir sobre nossa prática.

A sala de convivência tem aproximadamente 10 metros quadrados e 1 banheiro. Conta com uma sala separada para o desenvolvimento de atividades em grupo e atendimentos individuais. O espaço é pequeno e permite o atendimento de aproximadamente 12 pessoas simultaneamente. Circulam pelo Centro de Convivência cerca de 20 pessoas por dia. O espaço atua como um ponto de referência e acolhimento aberto à participação de qualquer pessoa, mas conta com forte presença de pessoas em situação de rua ou vulnerabilidade social intensa, já que o contexto do centro de São Paulo, evidencia um embaralhamento entre as vulnerabilidades sociais e as relacionadas ao uso de drogas. Assim, a escuta e o diálogo oferecidos possibilitam um espaço de respiro que se torna terreno fértil para reflexões acerca de questões sociais relacionadas ao uso de drogas, como também outras questões sociais que constituem o universo desses sujeitos.

## **O Trabalho**

Desde 1998 funcionamos como um lugar aberto ao público que possibilita o diálogo em relação às drogas extravasando os contornos da moral e sem julgar o momento de vida e escolhas das pessoas. Além de algumas atividades estruturadas que irão ser descritas a seguir, a proposta básica é conviver, isto é, a convivência como uma forma de aproximação e criação de vínculos com o objetivo de pensar em conjunto e contribuir para a autonomia dos sujeitos. É a partir dela que tudo acontece. O contato entre diferentes pessoas com diversas trajetórias de vida e o vínculo estabelecido com a equipe propicia um processo de construção do 'cuidado de si'. A espontaneidade do contato informal - conversas, jogos, passeios e acompanhamentos - promove uma relação de confiança onde as singularidades e dificuldades individuais afloram no espaço comum, em contraposição à outras propostas mais institucionalizadas e rígidas.

Apesar da informalidade nas relações e na organização do espaço físico, contratos e acordos de convivência são essenciais. Para legitimar as relações de respeito dentro do grupo são realizadas assembleias gerais com todos que frequentam o espaço: equipe e conviventes. É uma ação importante que requer um alinhamento entre a equipe sobre acordos na lida com os conviventes. O desafio é entender a equação entre a informalidade e as regras de convivência

para que ela seja um espaço acolhedor e, também, organizador das relações e do tempo, respeitando a vida e o momento de cada um. Segundo um redutor de danos da equipe, um *“lugar onde algo aconteça”*, que permita a emergência de algo, onde se possibilite que a vida não seja sufocada pelo tédio e pela exclusão dos sujeitos como forma de lidar com os conflitos, fato particularmente importante na compreensão das situações de crise e seus múltiplos dizeres tão comuns no serviço que lidam com população de rua e pessoas que fazem uso de drogas. Um espaço que permita a vida aponta para duas direções na relação com os conviventes: um alto grau de tolerância e um baixo grau de exigência - algo bastante complexo de se realizar. Para tanto, é necessário dedicar tempo para discutir sobre a prática, recortando acontecimentos do cotidiano de trabalho e inaugurando uma dimensão reflexiva que engaje a todos na ampliação dos processos de cuidado e de autonomia.

Já que o público que frequenta o Centro de Convivência é composto por pessoas com questões diversas e heterogêneas não se reconhecendo como um grupo específico, um dos desafios enfrentados é o empoderamento do coletivo. Além das Assembléias propusemos que os conviventes elegessem representantes que atuassem como porta-vozes de demandas, sugestões e críticas, participando de alguns dos espaços decisórios do É de Lei. Essa proposição ainda não foi apropriada pelos conviventes e para tanto planejamos oferecer mais espaços de formação política e cidadania de forma que possam se organizar coletivamente com mais autonomia.

Tendo em vista o ritmo e as dificuldades proporcionadas pelo modo de vida das pessoas em situação de rua, a convivência, por si só, configura-se como um espaço de redução de danos já que oferece um ambiente em que se pode descansar com segurança. Desta forma, possibilita pausas em que se pode refletir sobre o momento em que se está vivendo, fortalecer habilidades e resgatar autonomias.

Além disso, esse espaço oferece a possibilidade dos conviventes refletirem sobre seus modos de vida, avaliando a saúde de seus hábitos e os possíveis riscos e danos relacionados à forma como usam substâncias psicoativas, bem como suas demandas sociais. O foco é a atenção na qualidade de vida, levando sempre em consideração o quanto essa proposta faz sentido para o sujeito. É válido ressaltar que o convivente é sempre estimulado a pensar sobre seu próprio cuidado, compreendendo que ele é protagonista de sua vida, evitando assim a imposição de processos de cuidado assistencialistas que impeçam os sujeitos de andar com suas próprias pernas.

Para acolher as diferenças, a equipe e as atividades propostas constituem-se a partir da

heterogeneidade. O vínculo normalmente se fortalece com uma pessoa de equipe, que torna-se uma referência para o convivente. É este canal que possibilita o contato e a construção da noção de auto-cuidado. A troca de olhares entre os outros membros da equipe enriquece a compreensão dos processos e das possibilidades de ação junto aos conviventes. Lembrando que a premissa básica da Redução de Danos é trabalhar a partir da escuta do outro, não se tem uma receita ou protocolo de atendimento e ações. A oferta de cuidado não pode ser imposta para o outro. É necessário a construção conjunta respeitando o momento, o tempo e o limite do outro para que determinada estratégia ganhe sentido e seja incorporada em seu cotidiano. Sendo assim, cada pessoa vive um processo e um caminho diferente.

Em uma prática que busca acolher a singularidade dos sujeitos, como lidar com as situações de crise? Crises que surgem de dificuldades vivenciadas na rua, nos equipamentos públicos, nas relações sociais e também com si mesmo. Demandas sociais, familiares, de saúde e afetivas que envolvem também as relações entre drogas, corpo e cuidado fazem parte da prática do acolhimento. O que fazer? Que tipo de crise são essas? É importante considerar as diversas formas de expressão possíveis, algumas violentas, outras que mobilizam o grupo e também as silenciosas que escancaram a fragilidade e o sofrimento de alguém. São experiências que beiram o insuportável, que rompem violentamente os sentidos existentes e que nos seus múltiplos dizeres e gestos - violentos, silenciosos, criativos - instauram ligações até então inexistentes. O que fazer então? Estar junto e atravessar aquilo que a crise mobiliza. Colocar-se como uma possibilidade de ajuda legitimando este sofrimento, compreendendo a dinâmica da crise como uma tentativa de ressignificação de si e do mundo. O redutor tem uma atitude ativa e interessada, oferecendo escuta às demandas do sujeito, atuando como um a espécie de artesão que liga fragmentos, une partes, serve de ponte com a realidade, ativa a rede, tece vínculos e na sua relação possibilita a crise a mudar de formas, tamanhos, cores e texturas.

A identificação das necessidades nos permite a construção conjunta do cuidado e, para que isso aconteça de maneira ampliada, também contamos com uma rede de referência para demandas específicas, constituída por pessoas e serviços sociais e de saúde de instituições públicas ou organizações terceiro setor do território.

Muitas vezes, em situações cotidianas onde o sujeito enfrenta dificuldade para realiza-las sozinho, é necessário que o redutor de danos realize acompanhamentos terapêuticos para a realização dessa ação. Este acompanhamento auxilia a dupla a enfrentar dificuldades em parceria, além de fortalecer o vínculo estabelecido. Um dos grandes desafios que a equipe encontra nesse processo é o de encontrar uma justa distância que permita com que o sujeito

seja acolhido nas suas dificuldades mas que também propicie e fortaleça sua autonomia.

Além disso, em um contexto que promove violações de direitos básicos – saúde, justiça, segurança, educação, moradia, cultura – muitas vezes nos deparamos com a urgência de situações às quais não temos controle, gerando angústia na equipe e a tendência a oferecer respostas às demandas que extrapolam nossa possibilidade enquanto dispositivo ao invés de focar em ações para a emancipação.

### **Cultura E Redução De Danos No Centro De Convivência É De Lei**

Para além de ações específicas, a perspectiva ética da redução de danos aposta no cuidado sem tutela, compondo-se por ações transversais. Um olhar para a questão das drogas que aceita seu uso como uma escolha possível. Ao entendermos esse uso como uma escolha é necessário que se assuma a responsabilidade por ele. Responsabilidade que afeta aquele que usa drogas e seu entorno.

Espaços de convívio onde estabelecemos relações vinculares contribuem para processos de apropriação de modos de uso e de compreensão de como essa dinâmica afeta nossa relação com o mundo, com o outro e com o que produzimos, ampliando assim possibilidades de fazer escolhas mais saudáveis e éticas.

O Centro de Convivência É de Lei é um desses espaços, caracterizando-se como um serviço de “baixa exigência”, na medida em que, para frequentar o espaço não é exigida grande organização e compromisso dos conviventes. Lá fazemos muitas coisas juntos de forma espontânea: comemos, tomamos café, vemos filmes, ouvimos música, desenhamos, jogamos xadrez, dominó e também, jogamos conversa fora... Mas também, a partir desse espaço de convívio aberto, oferecemos atividades mais propositivas: rodas de conversa com convidados, oficinas artísticas, acesso à cultura digital, saídas culturais, exibição de filmes etc. Muitos desejos surgem desses fazeres e o convivente é convidado pelo seu próprio desejo a se mobilizar de forma mais comprometida com algo, consigo e com o outro<sup>38</sup>.

O *Chá de Lírio*<sup>39</sup>, uma das atividades mais tradicionais, acontece às segundas-feiras.

---

<sup>38</sup> Desde 2010 O Centro de Convivência se tornou também um Ponto de Cultura pelo Programa Cultura Viva, do Ministério da Cultura. Desde então, realizamos ações artísticas e culturais abertas aos conviventes e à comunidade em geral.

<sup>39</sup> O nome da atividade faz referência ao uso do chá da flor trombeta, conhecido como chá de lírio, uma bebida alucinógena que foi bastante difundida nos anos 60 e 70. Atualmente pouco se ouve falar deste uso, mas a história permanece no

Acompanhado de chá, café e bolachas realiza-se uma roda de conversa com diferentes convidados onde são debatidos temas trazidos pelos conviventes e outros propostos pela equipe. Além de temas relacionados diretamente à redução de danos, cuidado, saúde, cidadania, políticas de drogas, políticas públicas, também são abordadas atualidades, religião, cultura e outros interesses que possam surgir. Para além da troca de conhecimentos e informação, esse encontro é um potente recurso para fazer a voz circular entre as pessoas. Poder propiciar um espaço onde todos tem a possibilidade de se posicionar e expressar opiniões e sentimentos faz com que cada um entre em contato consigo mesmo e com o coletivo.

Às terças-feiras, nos reunimos para assistir um **filme** escolhido, em geral, pelos conviventes ou, às vezes, sugerido pela equipe. Concomitante ao filme acontece o **plantão de cultura digital**. Às quartas-feiras, acontecem oficinas pontuais – cultura digital, **fanzine** e outras. Quinta-feira é dia de **oficina de cinema**. E toda sexta-feira, rola a **oficina de hip-hop**.

Afim de ampliar o acesso dos conviventes aos dispositivos públicos do entorno, periodicamente realizamos **saídas culturais** a espaços diversos. A partir de sugestões dos conviventes ou da equipe, em geral em diálogo com os assuntos em andamento nas oficinas semanais, visitamos museus, centros culturais, bibliotecas, praças, peças de teatro, cinema etc. Nota-se que os conviventes do É de Lei não frequentam esses lugares apesar de serem gratuitos e públicos. Nas conversas percebemos que não enxergam esses espaços como deles, já que sofrem discriminação pela condição em que se encontram e, muitas vezes desconhecem seus direitos. Sozinhos, mesmo conhecendo seus direitos, não possuem recursos para exigí-los quando violados. Assim, a saída em grupo oferece possibilidades desses sujeitos conhecerem os espaços para assim escolherem se desejam e como desejam habitá-los. Por outro lado, essa ocupação atravessa e também evidencia essas catracas invisíveis, na medida em que sustentam e escancaram os incômodos que a presença das marcas relacionadas à população em situação de rua gera nas pessoas ao redor. Sustentar essa presença, pela força do coletivo, permite que outras relações possam ser experimentadas. Por um lado as relações vinculares dentro do coletivo se consolidam e por outro, o entorno encontra uma possibilidade de desmistificando preconceitos.

Dois outros projetos promovem a troca e o reconhecimento das produções realizadas na convivência como produções culturais e artísticas: **Residências Artísticas** e **Cinecarroça**. As residência artística proporciona possibilidade de participar e realizar de forma colaborativa um

---

imaginário das pessoas que fazem uso de drogas e serve como um chamariz para conhecerem a atividade e o espaço.

projeto artístico, a partir da proposição de um artista residente, com o objetivo de desenvolver um produto final (dependendo da linguagem utilizada pelo artista residente). Durante o ano de 2013 foi realizada uma residência com a artista de Leila Monsegur, do Coletivo Membrana Experimental Fiat Lux, onde os conviventes fizeram experimentações com o teatro de sombras. O **Cinecarroça** nasceu da ideia de ocupar as ruas da região central da cidade com sessões audiovisuais propiciando a integração daqueles que nelas vivem e/ou circulam. Na prática, é um pequeno carrinho equipado com equipamentos para a projeção de filmes que funciona de forma móvel e itinerante fazendo circular as produções realizadas pelo Ponto de Cultura É de Lei.

A partir dessas diferentes ações temos experimentado formas de compor a cultura e a arte à estratégias de redução de danos. No início desse processo as propostas tinham como temáticas questões sociais ligadas a ao uso de drogas e à situação de rua. Aos poucos fomos percebendo que tal postura poderia reiterar estigmas vividos cotidianamente pelos participantes. Além de usar drogas ou estar em situação de rua, qualquer sujeito tem muitas características, habilidades e interesses. Com a imposição dessa temática (na melhor das intenções) acabávamos por tornar esse sujeito objeto de um discurso ao invés de afirmar sua posição enquanto produtor de discursos.

Ao definirmos uma pessoa como *usuária de drogas* ou *moradora de rua* a reduzimos a apenas um traço de sua história. Um olhar que se define por uma falta, ou seja, olhamos aquilo que ela não é e deveria ser, numa imposição autoritária de um modo de vida ideal ou socialmente aceito. Se a arte vira instrumento para “salvar” alguém das drogas ou da miséria deixamos de reconhecer e afirmar toda a riqueza cultural que cada pessoa traz, assim como invalidamos seu modo de vida como uma escolha.

A partir dessa perspectiva crítica passamos a produzir arte com a contribuição singular de cada participante, com temáticas que habitam a imaginação de cada um. Independentemente de diagnósticos de saúde ou sociais ali somos todos produtores de intervenções artísticas e enquanto produzimos, somos reconhecidos culturalmente em novos papéis sociais. Nesse sentido, as atividades artísticas como práticas que compõe estratégias de redução de danos parecem habitar um paradoxo: quanto mais autônomas elas se dão, ou seja, quanto mais nos preocupamos em fazer arte ao invés de usá-la para outras causas, mais enriquecemos esse conjunto de estratégias.



## 5.7 Projeto Respire - Redução de Riscos e Danos em Contextos de Festas

Roberta Marcondes Costa<sup>40</sup>

Maria Angélica Comis<sup>41</sup>

Maria Paula Freitas de Souza<sup>42</sup>

Lucas de Oliveira Maia<sup>43</sup>

Profeta Verde<sup>44</sup>

### Os Contextos de Festas e o uso de substâncias psicoativas

No início de 1988, o estilo musical eletrônico se popularizou em Ibiza (Espanha) e, em seguida, alguns empreendedores recriaram, em Londres (Inglaterra), uma atmosfera semelhante, aonde as pessoas experimentavam substâncias diferentes e dançavam a noite inteira. No decorrer dos anos 90, o modo *rave* de festejar se tornou uma prática entre jovens de várias nacionalidades, tendo se espalhado por centenas de localidades, países ricos e pobres, de diferentes climas e culturas (Saunders, 1997). A cena eletrônica é conhecida como um dos principais contextos de uso de *ecstasy* (MDMA), mas, internacionalmente, outras drogas como GHB, cetamina e nitritos (*poppers*), também conhecidas como *club drugs*, além de álcool, tabaco, maconha e cocaína também são consumidas (Forsyth, 1996).

Estas festas são caracterizadas como eventos multiculturais com música eletrônica, decoração inspirada na cultura psicodélica e frequentadores que dançam entre 12 e 24 horas. No entanto, existem festivais que chegam a durar até oito dias, os quais geralmente ocorrem em locais abertos como sítios, fazendas ou praias. No Brasil, esses eventos tiveram início em meados da década de 90, principalmente em Goiás e no Distrito Federal e, posteriormente, em estados da região sudeste. Inicialmente, as festas ocorriam com frequência espaçada, porém entre 2003 e 2005 estes eventos passaram a ocorrer com grande frequência – todos os finais de semana – e muitas vezes simultaneamente, principalmente em cidades do interior próximas à capital paulista (Palomino, 1999; Baptista et al., 2002; Almeida, 2005).

---

<sup>40</sup> Antropóloga formada pela FFLCH-USP. Mestranda no IEB-USP pesquisando Redução de Danos. Redutora de Danos do Centro de Convivência É de Lei e do ResPire – robertinhamcosta@gmail.com.

<sup>41</sup> Psicóloga. Mestre em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Coordenou o projeto ResPire até abril de 2014 – [mcomis@gmail.com](mailto:mcomis@gmail.com).

<sup>42</sup> Psicóloga. Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Coordenadora do projeto ResPire a partir de abril de 2014 – [projetorespire@gmail.com](mailto:projetorespire@gmail.com).

<sup>43</sup> Biólogo. Mestre em Psicobiologia e doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo – [lucasohmaia@gmail.com](mailto:lucasohmaia@gmail.com).

<sup>44</sup> Jardineiro, ativista pela legalização da maconha e redutor de danos no projeto ResPire desde 2011.

## **O É de Lei e a redução de danos em contextos de festas**

O Centro de Convivência É de Lei<sup>45</sup> é uma Organização da Sociedade Civil sem fins lucrativos que atua desde 1998 na promoção da Redução de Riscos e Danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas. Desde 2008, o É de Lei tem como parceiro o Coletivo Balance - Redução de Riscos e Danos, ligado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Buscando inspiração em trabalhos como os desenvolvidos na Espanha, pela *Energy Control*<sup>46</sup> e nos EUA, pela *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*<sup>47</sup>, o Balance promove ações de cuidado desde 2006, sendo seu trabalho pioneiro na cena eletrônica nacional.

Nas ações realizadas em conjunto com o Coletivo Balance na Bahia e em São Paulo conseguimos acessar uma grande quantidade de usuários que participam rotineiramente destes eventos e lá fazem uso de diversas substâncias. É comum encontrarmos entre os participantes o desconhecimento em relação aos diversos riscos e danos associados ao consumo de determinadas substâncias psicoativas e suas misturas, bem como a baixa percepção de risco em relação ao comportamento sexual.

A partir destas ações experimentais em conjunto com o Coletivo Balance, pudemos perceber a necessidade de desenvolver um novo trabalho de campo nestas festas, onde ocorre o uso intenso de diversas substâncias, muitas vezes sem acesso a informação sobre efeitos e qualidades destas substâncias ou sobre ações de redução de riscos e danos. A *Redução de Danos* pode ajudar usuários a lidar de forma mais segura com o uso das substâncias e suas misturas, diminuindo assim o risco de transmissão de DST's e hepatites.

## **O Projeto ResPire – Redução de Riscos e Danos**

Impulsionados por esse campo de atuação, o É de Lei deu origem ao Projeto Saúde em Festa, que foi executado entre Abril/2011 e Junho/2012, viabilizado em um primeiro momento por financiamento via edital do Ministério da Saúde, mas forma de financiamento que não podemos contar desde 2012. Este trabalho foi e vem sendo realizado de forma inovadora e experimental pelo É de Lei, é composto por equipe multiprofissional de redutores de danos,

---

<sup>45</sup> [Conheça o trabalho do É de Lei na página: http://edelei.org/](http://edelei.org/)

<sup>46</sup> A Energy Control surgiu na Espanha em 1997 e é uma das organizações que oferecem análises de substâncias psicoativas para usuários de forma gratuita.

<sup>47</sup> [Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies](#) – MAPS, fundada em 1986, na Califórnia, EUA, realiza pesquisas sobre os benefícios do uso terapêutico e seguro de diferentes substâncias psicodélicas.

com diferentes experiências e formações profissionais (Psicologia, Antropologia, Ciências Sociais, Farmácia/Bioquímica, Enfermagem, Biologia, Ciências Jurídicas, entre outras) e frequentadores da cena eletrônica.

Para possibilitar maior aproximação e identificação com o público que frequenta as festas, a equipe renomeou o Projeto Saúde em Festa, que passou a se chamar *Projeto ResPire: Redução de Riscos e Danos*. Também elegemos como valores norteadores de nosso trabalho: Bem-estar, Temperança, Autonomia, Liberdade, Prevenção, Responsabilidade, Respeito, Antiproibicionismo e Equilíbrio.

Temos como objetivo a redução dos riscos e danos no uso de substâncias psicoativas junto à população jovem adulta participante de festas de música eletrônica, por meio da realização de ações de educação e prevenção em saúde, e na formação de jovens lideranças e ativistas sobre redução de danos em contextos de festas.

Em seu processo de desenvolvimento e ação o ResPire pôde mapear *raves* e festivais de música eletrônica do estado de São Paulo, executar intervenções em diversas festas (inclusive um baile funk), realizar debates sobre o tema em universidades, congressos e nos próprios festivais de música eletrônica, além de proporcionar a formação de diversos usuários e interessados em redução de danos em contextos de festas. Muitos destes já participavam da cena de música eletrônica e, ao conhecer o nosso trabalho, nos procuraram em busca de capacitar-se para cuidar de si, de amigos ou mesmo trabalhar conosco.

A formação necessária para uma pessoa poder integrar a equipe do ResPire é uma capacitação que o próprio coletivo oferece periodicamente, conforme o fluxo de pessoas novas. O curso conta com aulas sobre: histórico das drogas; política de drogas; redução de riscos e danos; substâncias e contextos de uso; e o cuidado em contextos de festas. Ainda que o futuro redutor já tenha experiência com a RD em outro contexto, é importante pensar em uma formação para uma realidade específica, pois se o contexto muda e as pessoas mudam, a vulnerabilidade e os cuidados mais latentes também se modificam.

Sobre os participantes das festas, segundo Abreu (2005), além do interesse pela música existe a procura por espaços fora das atividades cotidianas, que colaboram para construir um modo temporário de experienciar sensações diferentes. Esse tipo de evento se torna um “*intervalo*” na vida, com cenários e práticas que se contrapõem aos ambientes da vida urbana. A cena eletrônica passou a traduzir um universo de ideologias, comportamentos e práticas, que muitas vezes envolve o uso de substâncias para fins recreacionais e de expansão de

consciência. Nesse sentido de uso, a questão de maior risco, geralmente, não é a dependência ou a vulnerabilidade social, como em outros contextos mais falados ao longo do livro, mas um uso abusivo, uma vulnerabilidade decorrente da falta de informação sobre a cultura de uso das substâncias que será usada, da muita exposição ao sol, da desidratação, dos comportamentos de risco, de crises emocionais ou mesmo de surtos diversos.

A intervenção do ResPire se dá por meio de montagem de um posto de trabalho em festas de música eletrônica, previamente selecionadas, para acessar as pessoas – o *InfoStand*. Neste local, por meio de reflexões compartilhadas com os redutores de danos do projeto, os frequentadores podem trocar conhecimentos sobre as diferentes substâncias, refletir sobre a forma de uso, quantidade, etc., o que possibilita a prevenção de usos que representem maior risco para o sujeito. Também trabalhamos a prevenção às DST e hepatites virais. Contamos com material gráfico – produzido pelo próprio projeto, além de outros materiais provenientes de coletivos parceiros – para distribuição gratuita, com informações na perspectiva da redução de danos sobre diversas drogas, seus efeitos, sua cultura de uso, seus riscos e potências, doses seguras, dicas para ir devagar e não passar do ponto, sobre ingestão de líquidos, sobre interação entre diferentes substâncias, entre outras. Temos materiais sobre diversas drogas comumente presentes no contexto, tais como: álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, ecstasy, LSD, plantas e fungos psicoativos. Além disso, para as pessoas que fazem uso de cocaína inalada apresentamos e entregamos o *Kit Sniff*<sup>48</sup>.

O *InfoStand* também pode ser utilizado para acolhimento de pessoas que estiverem passando por experiências negativas devido ao uso de substâncias, o serviço chamado de *SOS Badtrip*, que muitas vezes pode ser essencial para conter surtos e prevenir danos mais graves. O espaço reservado para os cuidados de pessoas que estejam passando por experiências difíceis devido ao uso de substâncias conta com esteiras, almofadas e cobertores, e apoio da equipe de plantão. Em festas de grande porte, como o Universo Paralello, os serviços de *InfoStand* e *SOS Badtrip* são estruturados em locais distintos, sendo o último mais próximo do Posto Médico do festival, garantindo maior agilidade na troca e parceria com profissionais de saúde no atendimento ao público.

A prática da RD é aquela que vai pensar cada caso como singular, sem chegar com um discurso pronto, mas mobilizando tudo que for possível para enfrentar a situação da melhor forma encontrada no momento, com os recursos disponíveis. É usada uma pluralidade de discursos e

---

<sup>48</sup> O *Kit Sniff* é composto por preservativo, cartão informativo com instruções para reduzir a vulnerabilidade à transmissão de hepatites B e C, superfície metálica e limpa para “esticar” a cocaína, bloco com folhas para enrolar canudos, mais um canudo de silicone, com objetivo de evitar o uso de materiais contaminados e o compartilhamento de canudos entre usuários para aspirar o pó.

possibilidades dependendo de cada sujeito, de sua trajetória, e também das possibilidades de acordo com cada redutor. Lembrando mais uma vez do contexto: os palcos, a música e a dança, os espaços de descanso, relaxamento e convivência são montados para criar um ambiente de efervescência e comunidade, com fragmentos de estética indígena, oriental, indiana e cósmica<sup>49</sup> (Magnani, 2005). Nesse sentido técnicas como reiki, respiração, meditação, massagens, e demais práticas ligadas à “Nova Era” são muitas vezes bem aceitas pelo público. A seguir, para ilustrar esta apresentação, um caso real que contou com a intervenção do ResPire:

*“Era o terceiro dia de uma festa que dura oito, 6h da manhã do dia primeiro de janeiro, e entre as muitas pessoas passando mal no “SOS bad-trip” havia uma menina, sob efeito de algum lisérgico, muito triste e sofrendo muito porque era ano novo e ela se sentia na obrigação de se divertir, mas na verdade tinha sido uma péssima virada porque ela tinha vomitado a noite toda. Uma redutora contou para ela que em muitas crenças indígenas e religiões ligadas ao movimento “Nova Era”, como o Daime, o ato de vomitar tem uma valoração positiva, sendo chamado de “limpeza”, porque se acredita que está se limpando por dentro, e que podia ser muito interessante ela ter vomitado durante o ano novo, pois assim ela estaria entrando o ano purificada... em pouco tempo conversando ela estava muito feliz com o processo de limpeza que ela tinha passado nessa entrada de ano e saiu para curtir o nascer daquele novo ciclo”.*



**Figura 3.** Espaço de diálogo e acolhimento dos participantes, realização de palestras e exibição de vídeos/filmes.

Outra situação em que o ResPire estava em ação:

*“Um ex-militar do exército norte-americano subiu em um coqueiro, porque isso, de alguma forma, fazia sentido em sua viagem de LSD, o que virou uma “bad-trip” assim que ele não conseguiu mais descer. Nesse caso, além de um processo longo de tentar acalmar o sujeito e pensar diversas alternativas possíveis, foi necessário que a equipe de*

<sup>49</sup> O conceito mais valorizado nessa “tribo” é o P.L.U.R. (*Peace, Love, Unity, Respect*), as duas primeiras palavras, *paz e amor*, derivadas da contracultura, década de 60.

redução de danos conseguisse, ao fim, mobilizar um guindaste para resgatá-lo do coqueiro”.

### **Materiais, insumos e outros recursos utilizados**



**Figura 1.** Materiais (panfletos, folderes, jogos) informativos sobre substâncias psicoativas e insumos para usuários de cocaína.

O ResPire desenvolve materiais informativos e insumos para distribuição e apoio de projetos do É de Lei, projetos parceiros e de profissionais de saúde. Um exemplo, como citado anteriormente, é o *Kit Sniff*, um insumo para incorporação de estratégias preventivas frente às hepatites virais, voltado a pessoas que fazem uso de cocaína inalada. Para desenvolvimento do *Kit Sniff*, realizamos grupos focais com usuários da substância, pessoas que tem grande experiência prática com o uso. A partir dos encontros o insumo foi modificado para que fosse real e efetiva a incorporação por usuários. O insumo tem sido distribuído como estratégia de cuidado na sede do É de Lei e em intervenções do *ResPire*, sendo muito solicitado pelos frequentadores das festas.

Também desenvolvemos, via grupo focal com os redutores de danos, o “flower”, um material informativo que é um brinquedo de “abre e fecha”, feito com dobraduras, impresso com uma mandala psicodélica ao fundo e informações sobre redução de riscos e danos no uso de diversas substâncias (Figura 1). O material proporciona aproximação de forma lúdica com os frequentadores da festa, sendo comumente utilizado pela equipe como ferramenta para apresentação de ações de redução de danos.

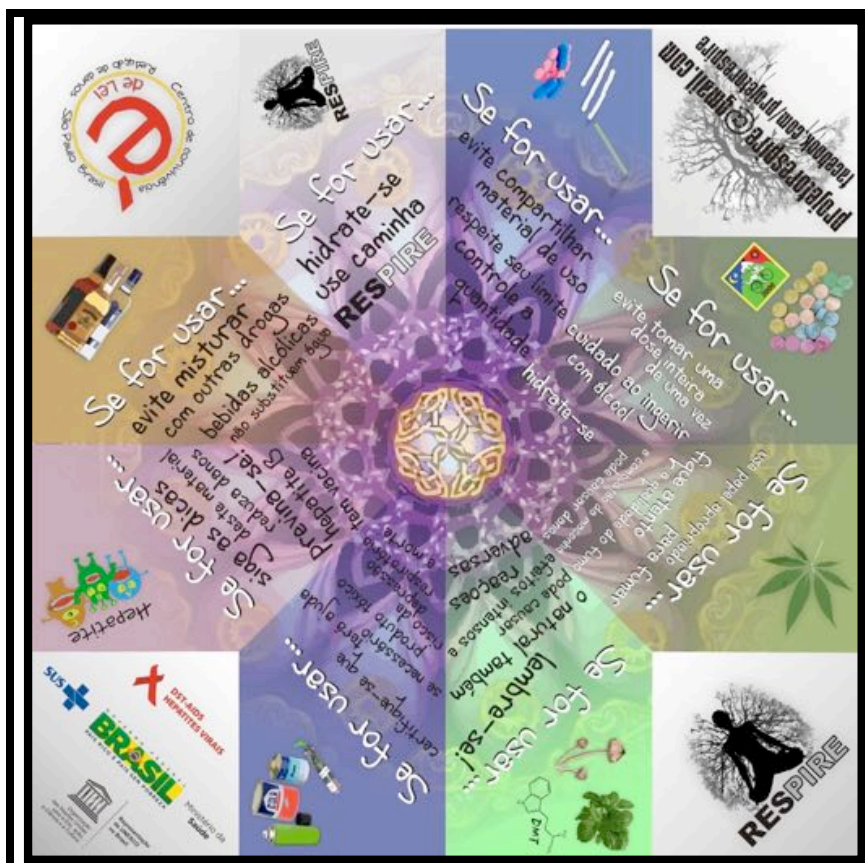


Figura 2. Material informativo (“flower”), uma espécie de “joguinho” feito com dobraduras, com informações sobre redução de riscos e danos no uso de diversas substâncias. Material elaborado e produzido pelo ResPire,

Durante os plantões noturnos, sempre exibimos vídeos sobre redução de danos e vídeos psicodélicos, para sensibilização dos frequentadores das festas em relação às medidas de autocuidado. A projeção dos filmes no *InfoStand* compõe um grande atrativo, que tem se mostrado propulsor de rodas de conversa sobre substâncias, misturas, riscos associados, medidas preventivas e reflexões que comumente acontecem nos estandes do *ResPire*, na interação entre redutores e frequentadores da festa.

### Alguns desafios e avanços necessários

Apesar de sua curta e bem sucedida trajetória, o projeto enfrenta muitos desafios para se manter. Inicialmente, houve o financiamento pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), UNESCO e Ministério da Saúde durante 1 ano. No entanto, atualmente o *ResPire* têm se mantido pela vontade militante dos integrantes do coletivo e com os já poucos recursos do É de Lei – uma sobrevivência nada fácil nesse difícil debate sobre a redução de danos, onde várias iniciativas acabam se sustentando numa linha muito tênue entre a boa vontade, o currículo e a vontade de transformação do mundo.



O ResPire é um coletivo aberto a novos integrantes sem pretensões salariais. Atualmente, a equipe se voluntaria para participar de algumas ações. Em alguns eventos a equipe recebe uma ajuda de custo, e sempre buscamos sensibilizar os organizadores dos eventos sobre o potencial do serviço. A partir das ações realizadas, verificamos que muitos organizadores de festas e festivais de música eletrônica se interessaram pelo trabalho e atualmente consideram o serviço como fundamental em suas festas. Por outro lado, a cultura desses eventos é de trabalho voluntário e troca por convites para quase todo o “*staff*” que estrutura a festa. O trabalho de redução de danos, por outro lado, é um trabalho específico, de muita responsabilidade, que demanda conhecimentos técnicos, e por isso precisa ser valorizado. Muitas vezes há um conflito com os organizadores de festas que solicitam uma equipe reduzida, para reduzir os custos, ou que se faça a ação em troca de ingressos. É um debate complexo e importante para pensar sobre a necessária valorização do trabalho desse *reduzidor de danos*, que historicamente está muito próximo do (e muitas vezes se confunde com) usuário.

Outro aspecto a ser levado em conta é a necessidade de testagem de substâncias psicoativas no Brasil, como faz, por exemplo, o grupo Energy Control na Espanha. Um dos maiores riscos a que se expõem os usuários ao usarem uma substância psicoativa é não saber exatamente o que estão usando. Isso é tão comum que as crises que atendemos no “*SOS bad trip*”, em geral, são causadas por drogas análogas<sup>50</sup> às substâncias mais populares, que possuem princípios ativos, efeitos e riscos diferentes destas. Isso é resultado da “Guerra às Drogas” que dificulta o trabalho dos redutores de danos, que incentiva a criação de substâncias diversas - ainda não proibidas - que podem causar mais danos do que as comuns - já proibidas. Esse é o caso dos NBOMes, vendidos como se fosse LSD. A primeira substância é muitas vezes mais nociva que a segunda. É muito importante, portanto, que se possa realizar a testagem de drogas no stand de redução e danos, possibilitando que os usuários saibam o que estão usando. Contudo essa ação é controversa, pois envolve questões legais ainda não discutidas no âmbito da justiça.

### **Contribuições e potencialidades**

O tipo de interação mobilizada pelo *ResPire* possibilita a integração das ações de prevenção e cuidados de usuários, em um dos contextos no qual acontece muito uso de substâncias

---

<sup>50</sup> Por exemplo, as moléculas da série NBome. Segue referência com relatos de fatalidades relacionadas ao uso: [https://www.erowid.org/chemicals/nbome/nbome\\_death.shtml](https://www.erowid.org/chemicals/nbome/nbome_death.shtml). Também há problemas dessa ordem relacionados a uma das substâncias adulterantes do MDMA nas balas de ecstasy, a parametoxianfetamina (PMA): <https://www.erowid.org/chemicals/pma/pma.shtml>.



psicoativas, mas com vulnerabilidades diferentes dos contextos geralmente acessados pela Redução de Danos no Brasil. Essa ação contribuiu para o estabelecimento de uma referência no campo da redução de riscos e danos nas festas eletrônicas, além de possibilitar a troca de experiências e saberes sobre este e diversos outros campos, criando espaços de educação em saúde e de cuidado, *in loco*.

A proposta inova ao desenvolver estratégias de redução de danos ligadas ao uso de diferentes drogas, num ambiente como o das festas de música eletrônica no estado de São Paulo. Através de processos educativos junto aos jovens ligados ao cenário, podemos desenvolver estratégias de redução de danos apropriados ao contexto, e por isso mais potentes, no sentido de serem incorporadas pelos frequentadores das festas. Assim, os usuários incorporam formas de cuidar de si mesmos e de amigos sob o efeito dessas substâncias, ajudando na redução dos riscos associados ao uso abusivo e às misturas, prevenindo danos como desidratação, crises de ansiedade e mesmo surtos psicóticos.

Por outro lado, ao realizar as intervenções se percebe que as equipes dos postos médicos de plantão nas festas geralmente não possuem familiaridade com o uso de drogas e as experiências desagradáveis, inclusive demonstravam surpresa quando um membro da equipe os procurava para explicar os objetivos da redução de danos. Algumas vezes o relato deles é preconceituoso e precisa ser desconstruído. Desta maneira o *ResPire*, como prática de Redução de Danos, acaba não só intervindo com os próprios frequentadores das festas, como também cria um processo de troca, formação e articulação com outros serviços que estão presentes nos contextos de festas, como as equipes de saúde e segurança.

Nossa equipe conta com profissionais dos mais diversos campos de saber, o que proporciona uma troca muito rica entre os redutores de danos e contribui para a qualidade do atendimento. Alguns membros da equipe do *ResPire* são frequentadores da cena eletrônica e isso é fundamental, pois possibilita uma maior compreensão do contexto, sua linguagem, a própria entrada e mapeamento para os locais de intervenção, favorecendo a análise e discussão sobre as particularidades dos eventos.

Entre todas as pessoas que passaram pelas formações realizadas pelo projeto, pudemos multiplicar e trocar informações e conhecimento sobre redução de danos nos contextos de festas. Foram processos importantes, pois além de garantir a vida do coletivo, agrupando pessoas que se mobilizam de forma voluntária em torno desse projeto, formamos diversas pessoas que, mesmo que nunca atuem como redutores de danos, serão multiplicadores do conhecimento e terão maior segurança na hora de exercer o cuidado de si ou do próximo. Os

resultados do desenvolvimento desse projeto e das capacitações podem servir como base para a elaboração de ações de prevenção e redução de riscos e danos associados a outras cenas de festa onde também ocorre uso intenso de diversas substâncias, como festas universitárias, micaretas, bailes funk, entre outras.

Ainda, verificamos a importância da relação ética estabelecida com os participantes da festa, pois observamos que pequenas ações contribuem com o bem-estar e evitam maiores transtornos associados ao consumo de drogas. Ademais, considerando que nas ações sempre há procura significativa dos participantes, concluímos que nossas intervenções são bem aceitas, dado que o discurso dos redutores de danos se aproxima da realidade dos frequentadores da cena.

## Referências

- Abreu, CC. – Raves: Encontros e Disputas. São Paulo, 2005 [Tese – Mestrado – Universidade de São Paulo – Antropologia Social - F.F.L.C.H.].
- Almeida, S.P. – Sobre o Uso de Ecstasy: uma pesquisa com vistas à formulação de intervenção preventiva. São Paulo, 2005 [Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia].
- Baptista, MC; Nappo, S.; Noto AR.; Carlini, EA.: O Uso de Ecstasy (MDMA) na Cidade de São Paulo e Imediações: um estudo etnográfico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2002 51: 81-89.
- Bellis, MA; Hughes, K; Bennett, A; Thomson, R: The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs. *Addiction*, 2003 98,1713–1721.
- Comis, MAC ; Noto, A.R. . Reasons for not using ecstasy: a qualitative study of non-users, ex-light users and ex-moderate users. *BMC Public Health (Online)*, v. 12, p. 1471-2458, 2012.
- Forsyth, A.J.M. – Places and patterns of drug use in the Scottish dance scene. *Addiction*, 91 (04): 511-521, 1996.
- Magnani, JGC. Os circuitos dos jovens urbanos. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP* (2005), v. 17, n. 2 pp. 173-205.
- Palomino E.: *Babado forte: moda, música e noite na virada do século 21*. São Paulo: Mandarim; 1999.
- Reinelt, R. & Robazzi, R. E o p.l.u.r.? O que é isso mesmo? Isso é praticado ou é bobeira? (2005) <<http://www.baladaplanet.com.br/vermateria.asp?id=364>> Acessado em 02 de julho de 2014.
- Saunders, N. – *Ecstasy e a Cultura Dance*. São Paulo, Publisher Brasil, 1997. 293p.

## 6. CONHECIMENTO PRODUZIDO E DISCUSSÃO FINAL

Bruno Ramos Gomes

Aline Godoy

Marina Sant'Anna

Roberta Marcondes Costa

RD é saber que a relação com a droga não passa só pela dependência

RD é construção coletiva de práticas e saberes

RD tem a ver com atendimento humanizado e integral à diversidade

RD é cuidado para além das drogas

RD é um processo, não uma resposta pronta

RD mantém o foco nas pessoas e não na substância

RD tem a ver com os direitos das pessoas

RD é singular, não tem uma fórmula

(Definições de RD elaboradas no primeiro encontro

do Fórum Estadual de Redução de Danos – mar/2013)

A partir dos encontros do Fórum Estadual de Redução de Danos, houve uma boa produção de conhecimento, realizada de forma diferente a cada encontro. Os participantes deste fórum, trabalhadores da rede (Agentes Redutores de Danos e outros), pesquisadores, gestores e consumidores de drogas, sabem muito sobre Redução de Danos. Sabemos de tanto fazer, aprendemos com a realidade, inventando caminhos de acordo com as necessidades que se apresentam no processo de trabalho.

Esse saber pode parecer intuição às vezes. Dom, boa vontade. Pode até contar com esses elementos, mas um bom trabalho também é composto por experiência, técnica, conhecimento científico e também empírico, da prática. Sistematizar o conhecimento da experiência é o primeiro passo para fundamentar as práticas de redução de danos, para então dialogar com os outros setores da sociedade, que já há tempos discorrem sobre o consumo de drogas e sobre redução de danos, sem necessariamente saber da complexidade de que tratamos em RD. Esse processo é importante também para desenvolver melhor as práticas; e para tomarmos consciência das nossas potências, limitações e desafios.

Aqui apresentamos uma síntese desses conhecimentos registrados em doze encontros

realizados com foco na produção de conhecimento, com participação ativa, e intenso registro, em um processo em constante avaliação.

O debate em torno dos conceitos chave do trabalho, como redução de danos, usuário de drogas, dependência, vínculo, rede, permeou quase todos os encontros, e foi possível chegar a alguns consensos a partir dos debates. Pudemos também chegar em alguns parâmetros sobre como se “fazer” redução de danos, como se forma alguém para ser redutor de danos, quais os fatores de fortalecimento e de desgaste no trabalho, e de que forma a participação social está estreitamente relacionada a ela. Aqui apresentamos parte deste conteúdo, como forma de concluir a apresentação desta colcha de retalhos que são as práticas de redução de danos no estado.

### **Redução de Danos: O conceito e o modo de fazer**

O nome redução de danos pode ser usado de forma equivocada e/ou perversa, quando as finalidades não levam em consideração o que quer, pensa e precisa o sujeito daquelas ações. A redução de danos é construída a partir de uma relação sem julgamentos morais: é preciso falar com a pessoa respeitando e considerando seus valores e princípios, respeitando o lugar do outro. É a partir deste diálogo que nascem as possibilidades de caminhos a serem percorridos.

A RD é feita através de trocas permanentes entre os trabalhadores, as equipes e os serviços, a tão falada intersectorialidade. Mas esta rede não é apenas de serviços públicos, mas também aquela que sustenta a vida do indivíduo no cotidiano. Além de mediar relações com a rede, é preciso que se use a rede que a pessoa já tem como suporte para que sejam possíveis os processos propostos. É necessário o desapego de um único modelo ideal para se permitir trabalhar com a singularidade, que vai se compondo a partir do possível.

Porém, fazer RD não é só trabalhar com o indivíduo, é também transformar a sociedade – há um tipo de militância nas nossas práticas quando entendemos que o problema do sofrimento de quem consome drogas não está somente no indivíduo, mas na forma como a sociedade se organiza, como ele é percebido e quais as possibilidades que existem concretamente.

Em relação ao conhecimento técnico, é muito importante entender efeitos das substâncias, formas de consumo, sintomas de problemas de saúde – para orientar e cuidar com competência. No entanto, são fundamentais a participação e o controle social como catalisadores das políticas públicas. Os trabalhadores precisam ocupar um papel político, e têm muito a contribuir na construção das políticas. São eles que detêm conhecimento privilegiado

sobre as necessidades das populações atendidas pelos serviços, e que podem ajudar com que estas participem ativamente da organização dos serviços, tornando-os mais adequados e eficientes.

As ações de RD com populações vulneráveis são, acima de tudo, presença: para fazer RD é necessário haver continuidade de ações na mesma localidade, com o mesmo grupo, com o objetivo de produzir relações menos “instantâneas”, mais confiáveis e sustentar novas tentativas de construir a própria vida.

Para fazer RD é necessário desenvolver capacidade de negociar e articular situações – se estamos falando de práticas singulares e de protagonismo da pessoa atendida, o tempo todo estaremos propondo coisas e fazendo combinados, em uma postura de respeito aos posicionamentos da outra pessoa. Além disso, quando tensões se criam pela recusa de propostas, por exemplo, é necessário que se saiba acolher os incômodos e articular acordos possíveis.

Quando fazemos campo em RD é importante encontrar e desenvolver pontos de ancoragem (centro de convivência, ponto de cultura, bar, CAPS), para os trabalhadores terem pontos de descanso e apoio. Servem principalmente para oferecer às pessoas atendidas local para pausas no ritmo de consumo de drogas, e disponibilidade para novas possibilidades de relação, para além daquela da rua.

O caminho para fazer RD passa por desenvolver possibilidades de cuidado de si: encontrar com a pessoa cuidados que ela já realiza consigo, afirmando a capacidade dela de fazer isso, e portanto sua capacidade de fazer novas escolhas. É uma prática que não quer controlar a vida do outro, feita a partir de construção conjunta: as respostas para cada situação são criadas por todos os envolvidos.

### **Redução de Danos e Comunidades Terapêuticas**

A temática da oposição ou possível correlação entre redução de danos e comunidades terapêuticas esteve presente em algumas reuniões. Quando discutimos este ponto percebemos que a relação é possível, e não acontece em forma de oposição, podendo às vezes se complementar. Quer dizer, pode ser que passar por um tratamento em comunidade terapêutica reduza danos na vida de alguém, mas nem sempre é assim. Dependendo da forma como isto é feito, pode ser vivido como uma violência pela pessoa que é internada (algo infelizmente muito constante).

Para participar de qualquer grupo social, há regras e valores, como por exemplo, frequência a cultos, normas de aparência, comportamentos e práticas. Entendemos que se estes elementos forem impostos, a prática não está dialogando com os princípios da RD; mas se uma pessoa constrói esse caminho e se reconhece nesses elementos, identificando-se com o grupo social e suas práticas, pode ser um fator de agregação e produção de novos sentidos para a vida, em um contexto de reconstrução de possibilidades de viver, trabalhar, relacionar-se.

Importante lembrar que para pessoas que sofreram muitas violações de direitos e estão muito fragilizadas, a aproximação de grupos sociais que se mostrem acolhedores pode ser feita sem que a pessoa pense muito sobre o que está fazendo, portanto, a possibilidade de mudar de ideia, repensar, rever e sair deve a todo momento ser respeitada, para estar de acordo com a RD.

Além disso, contradições atravessam tudo. As políticas não são homogêneas, e as decisões, mesmo dos trabalhadores da ponta, são sempre políticas: a escolha por tal ou qual técnica é definida pela visão de mundo e os valores do agente.

Portanto, se pensarmos que a finalidade da internação é tirar a pessoa de circulação porque o problema é a proximidade da droga, a internação funciona no tempo de sua duração. Se pensarmos que a finalidade da internação é tomar consciência dos processos que fazem adoecer para construir respostas emancipatórias, a ação fica mais complexa, mais próxima das práticas de RD que queremos.

### **Sobre RD e Prevenção**

Relacionar o consumo de substâncias psicoativas à incapacidade de controle sobre si pode levar a práticas prescritivas e tutelares. Sobre nossas decisões técnicas sobre os outros: se, por exemplo, uma mulher consumidora de drogas está exposta a uma gravidez de alto risco, isto não está associado somente ao consumo de drogas em uma relação de causa e efeito, mas tem a ver com todo um contexto de vulnerabilidade e sofrimento.

Prevenção se faz com redução de danos. Trata-se de criar condições de sustentar um processo de confiança na própria capacidade de decidir sobre si, e ajudar o outro a conseguir construir posicionamentos que sejam mais próprios. Trata-se de entender com o outro a responsabilidade de cuidar de si mesmo. A prevenção que quer evitar que se consuma drogas está fadada ao fracasso – estados alterados de consciência fazem parte de ser humano. Saber

lidar com as próprias angústias e necessidades de alienar, alterar a consciência previne consumos problemáticos – de drogas ou de qualquer outra coisa. Os insumos como seringas, piteiras, cachimbos, camisinhas podem ser entendidos como objetos de prevenção por terem a possibilidade de oferecer uma mediação do cuidado de si que faz pensar sobre os riscos e potências de cada gesto relacionado ao consumo de drogas. Se no contato com o insumo a pessoa passar a se preocupar mais com como consome, com sua saúde e proteção, o insumo fez seu trabalho de prevenção.

Um método anticoncepcional pode ser uma medida de redução de danos, se DIALOGADA e construída com a mulher a partir de seu entendimento sobre si, seu corpo e suas perspectivas e planos para a vida; sendo a partir dessa aproximação, a abertura a novas possibilidades de vida e de escolhas possíveis.

### **O que é Vínculo?**

Empatia, aproximação com o outro, confiança, diálogo, contrato, aliança, parceria, encontro, algo que se constrói em um processo, relacionamento, relação horizontal de diálogo, laço que preserva a autonomia e liberdade do outro.

### **Discussão Final: Fatores de fortalecimento e desgaste do trabalho em RD**

O trabalho em situações de extrema vulnerabilidade e poucas possibilidades de ação é altamente estressante. Junto às precárias condições de trabalho normalmente existentes, estes fatores levam a altos índices de adoecimento e demissões nos serviços. Foram elencadas estratégias para reduzir este impacto sobre o trabalhador. É necessário desenvolver estratégias de cuidado e proteção entre os agentes de redução de danos: o trabalho sempre em duplas no campo é uma delas. Assim, enquanto um dos agentes pode se dedicar ao vínculo e atenção à pessoa atendida, o outro pode estar atento à movimentação ao redor. Mas para além do cuidado físico, concreto, momentâneo, são as condições de trabalho (como direitos trabalhistas, salário, formação contínua, supervisão e suporte institucional) que vão ajudar um trabalho a se manter, ir ao encontro das necessidades dos usuários e da comunidade e manter a qualidade.

Percebemos que existe uma fragilidade e precarização do trabalho dos agentes redutores de danos, que estão relacionadas às formas de financiamento. O poder público não assume essas práticas de forma consistente. Discutimos no processo do FERD a importância de a formação não ser alguma coisa que acontece na prática por causa da precariedade, mas que os

trabalhadores tenham acesso à formação de qualidade antes e durante o trabalho, para dialogarem com suas práticas, acolhendo o que se passa diariamente e aprofundando o cuidado e o conhecimento sobre o trabalho.

A formação nunca termina – estar atentos ao campo, sempre abertos a se preparar, aprender, inventar. A principal estratégia de formação levantada pelas equipes foi a supervisão de campo e a supervisão clínico-institucional, pois podem ajudar as equipes a compreenderem seu contexto e repensar constantemente suas ações.

Muitos se agarram ao ímpeto heróico para continuar o trabalho, mas os problemas associados ao consumo de drogas estão interligados aos problemas da sociedade. Preconceito, discriminação, estigma e opressão produzem e aumentam vulnerabilidade. Isso significa que é a atitude da sociedade em relação às marcas de um indivíduo ou grupo que produzem a exclusão, portanto a responsabilidade pela vulnerabilidade é de todos e todas.

As estratégias para fortalecer o trabalho passam por pontos mais ligados à prática cotidiana no território e outras mais ligados às políticas públicas, como a participação em conselhos, e as práticas de participação via movimentos sociais. A circulação dos trabalhadores em vários momentos e formas de atender (médicos em grupo terapêutico, redutores de danos em atendimento na sala) propicia que movimentemos nossas percepções sobre a complexidade do cuidado e respeitemos as práticas dos outros trabalhadores. Junto a isso, a atuação em espaços de participação e controle social, como conselhos de saúde e espaços de militância, pode nos fortalecer, já que boa parte das dificuldades do trabalho estão para além do que podemos mudar sozinhos – o coletivo tem maior potência. A elaboração de políticas públicas acontece de forma complexa e nem sempre os esforços de participação dos trabalhadores e das pessoas atendidas efetivam impacto nas diretrizes. É possível que haja ressentimento e afastamento desses atores sociais dos espaços de debate por não encontrarem canais de interlocução entre o cotidiano dos serviços e as políticas públicas implementadas por eles. É muito importante que se privilegie o diálogo, e principalmente, que os acordos sejam cumpridos por todas as partes. Portanto, nas negociações realizadas com as pessoas atendidas, nunca prometa o que não poderá cumprir.

O conhecimento, o debate e a reflexão sobre documentos oficiais, podem servir para subsidiar as práticas, e fundamentar o processo de produção de saúde nos diferentes serviços que atendem a população consumidora de drogas. A partir dessa apropriação, desenvolvemos instrumentos para organizar o processo de trabalho com maior autonomia, fundamentar o trabalho e ter claro porque fazemos o que fazemos, e orientar o fluxo na rede, a partir da



lógica de acesso a direitos.

Um dos últimos fatores de fortalecimento levantados foi o de encontrar-se com pares, outros trabalhadores do campo para trocas. Entender as dificuldades, estratégias e potências de quem está em outro campo ou serviço, pode aumentar a solidariedade entre os trabalhadores, e fortalecer a consciência de coletividade e finalidade comum.

### **Questões recorrentes e questões novas**

Conforme aconteciam os encontros, pudemos perceber que não só conhecimento era produzido, mas questões se repetiam. Encerrar com perguntas é uma forma de apontar as outras necessidades que permeiam as ações – sustentar questões para não perder de vista as contradições que habitam as práticas e podem disparar movimentos de superação:

-Como agregar gestores na composição da RD que queremos? Há muitos elementos em jogo e nem sempre o problema das políticas e ações está falta de conhecimento sobre o que é RD.

-Como são retroalimentados cotidianamente os estigmas e preconceitos que envolvem as substâncias psicoativas e seus consumidores? Qual nosso papel na mudança de mentalidades para além do atendimento?

-Seria necessário se definir mais estritamente o que é a Redução de Danos para orientar as práticas e combater perversões no uso do termo?

-O que é específico no trabalho do agente redutor de danos? O que define as práticas desse trabalhador?

-E quando não tem o redutor de danos no território? Agentes sociais têm o papel de RD? E o agente comunitário de saúde de rua? É necessário haver um trabalhador especificamente designado para fazer RD? Existe a necessidade de regulamentar a profissão e funções do agente redutor de danos?

-Como criar espaços de reflexão crítica sobre as leis e políticas, combatendo as práticas fundamentadas em crenças?

-Atualmente as substâncias que são liberadas para uso ritual não podem ser consumidas como recurso terapêutico. O consumo em contexto de ritual aponta para diminuição de riscos. Trocar o uso religioso pelo uso médico seria a solução?

-Percebemos que a única coisa que a população sabe que existe para cuidar do consumidor problemático de drogas é internação. Como apresentar outras possibilidades para cuidado?

-Qual o limite para o risco em que os agentes se colocam em campo?

-Como fazer RD a serviço de transformar as estruturas sociais adoecedoras?

-Como realizar uma prática singular e fazer a transição para política pública?

## 7. ANEXO – Introdução: Relatos dos Encontros

Roberta Marcondes Costa

Bruno Ramos Gomes

Aline Godoy

Marina Sant'Anna

Em um livro sobre as práticas de RD, falar sobre a prática do FERD nos pareceu essencial, tendo em vista que um dos nossos resultados diz respeito ao fortalecimento do processo de trabalho dos agentes redutores de danos (e de todos os envolvidos) pela via do encontro, articulação e troca entre pares. Pretendemos transmitir aqui o processo do próprio Fórum: como as reuniões aconteceram, como foram articulados diferentes encontros com foco na produção e sistematização de conhecimento, e na abordagem de diferentes questões.

A seguir são apresentados a programação e o relato de alguns encontros: a prática conjunta que possibilitou a produção de conhecimento que gerou esse livro. Os relatos trazem a forma concreta com que organizamos as atividades para abordar as diferentes questões. Assim, pretendemos compartilhar nossa experiência como possibilidade para ser adaptada e reproduzida em outros contextos, com a finalidade de que se produzam debates, empoderamento, e sistematização do conhecimento coletivo. Não seria possível, dada uma limitação espacial, relatar de forma profunda tudo que aconteceu em todos os encontros, portanto optamos por trazer apenas alguns dos encontros, mas de forma completa. Os relatos sucintos de todos os doze encontros estão divulgados nos quatro boletins que produzimos.

O Fórum Estadual de Redução de Danos, enquanto prática para seus participantes, pode ser compreendido como elemento de fortalecimento do processo de trabalho e, também, empoderamento dos participantes. Compreende-se que responder o que é RD não é nada simples, não é simples de explicar, não é simples de formular, muito menos de, no cotidiano, encontrar a melhor atitude/postura a se tomar - seja com o usuário do serviço, com os gestores ou com a família. Compartilhamos aqui as formas que encontramos para debater coletivamente o que é *“essa tal de RD”*, na esperança de que possa ajudar cada um, de acordo com o seu contexto, a pensar formas de fazer esse debate.

## **7.1 Anexo 1) O QUE É REDUÇÃO DE DANOS?**

### **Programação do dia:**

- Apresentação da ideia do Fórum
- O que é Redução de Danos [para os presentes]?
- Mesa de debate sobre Redução de Danos
- Almoço
- divisão em grupos para construir conhecimento sobre “O que é RD”
- apresentação dos grupos no grupão
- avaliação do dia

### **O que é Redução de Danos [para os presentes]**

A primeira reunião do Fórum Estadual de RD refletiu sobre “O que é Redução de Danos?”, visando uma produção de conhecimento a partir da experiência concreta dos participantes presentes. O primeiro passo para responder o que é RD foi mapear, a partir das questões desenvolvidas no planejamento de dezembro, a compreensão acerca da RD entre os presentes. Assim foi feita uma dinâmica onde todos se posicionavam se obtinha uma aferição do grupo sobre diversas questões. Em algumas perguntas foi feito um debate e, em seguida, uma nova aferição. Como Aline Godoy, quem coordenou esse momento, afirmou: “hoje não viemos aqui só ouvir, viemos construir conhecimento - temos muito conhecimento aqui, conhecimento vivido que só a gente tem”.

A dinâmica que havia sido pensada para esse momento era a construção de uma linha no chão onde os participantes deveriam se posicionar, com seus corpos, sobre afirmações acerca da RD. As extremidades da linha correspondiam a “concordo totalmente com a afirmação” e a outra extremidade seria “discordo totalmente”, sendo que os participantes teriam a possibilidade de se posicionar em qualquer ponto da reta, de acordo com o grau de concordância. Dado a realidade concreta da reunião, que tinha muito mais gente do que o previsto impossibilitando espacialmente a dinâmica com os corpos, adaptamos para uma aferição com os braços, onde os manifestantes levantavam os braços num primeiro momento caso concordassem plenamente com a afirmação, num segundo se discordassem completamente, e num terceiro caso concordasse, ou discordasse, em partes. Também era possível não se posicionar (perceptível pela diferença de votantes em cada questão).

Esse método possibilitou uma interessante aferição representada numericamente na tabela a seguir:

<b>Afirmações</b> [sobre as quais os presentes se posicionaram]	<b>Concordaram</b>	<b>Discordaram</b>	<b>Meio termo</b>
<b>a) Eu me sinto a vontade para explicar o que é RD.</b>	22	07	28
<b>b) Eu faço RD no trabalho no cotidiano.</b>	35	06	11
<b>c) Eu avalio meu trabalho de RD constantemente.</b>	14	0	20
<b>d) Quando trabalho com RD as pessoas compreendem o que estou fazendo.</b>	0	0	100%
<b>e) Quando trabalho com RD os usuários compreendem o que estou fazendo.</b>	0	0	100%
<b>f) Quando trabalho com RD a gestão compreende o que estou fazendo.</b>	03	26	12
<b>g) Os campos de RD devem ser sempre o mesmo para a mesma equipe.</b>	03	17	5
<b>pós debate</b>	0	28	24
<b>h) A RD no Brasil tem condição de oferecer todo o cuidado que os consumidores de drogas precisam.</b>	0	38	7
<b>h) pós debate</b>	0	39	6
<b>i) existe diálogo entre o trabalho de RD e o que é o SUS (em lei).</b>	34	0	12
<b>i) pós debate</b>	35	0	3
<b>j) existe diálogo entre o trabalho de RD e o que é o SUS (na prática).</b>	9	0	36
<b>j) pós debate</b>	2	0	49
<b>k) existe diálogo entre o trabalho de RD e o SUAS (em lei).</b>	23	0	29
<b>k) pós debate</b>	21	0	21
<b>l) existe diálogo entre o trabalho de RD e o SUAS (na prática).</b>	0	0	48

Essa tabela dimensiona a formação de conhecimento que uma reunião como essa possibilita. É interessante reparar que, nesse fórum, um espaço bastante específico sobre RD, nem dez por cento se sentiam a vontade para explicar o que é RD, e 28 se sentiam mais ou menos – mais do que os 22 que se sentiam seguros para tal. Por outro lado, a grande maioria afirmou que faziam RD em seu cotidiano, e todos afirmaram que seu trabalho com RD não é plenamente compreendido, seja por parte das pessoas em geral, dos usuários ou da gestão.

Após algumas das aferições foi aberto um momento breve de discussão, onde eram apresentados alguns argumentos sobre cada posição. Na questão sobre se “os campos de RD

devem ser sempre o mesmo para a mesma equipe”, por exemplo, quem concordava com essa afirmação levantou a questão do fortalecimento do vínculo. Outros que discordavam apresentaram uma série de reflexões como:

*“é necessário pensar em formas de evitar personalizar em um só redutor ou equipe”*

*“a questão das drogas é nômade, a miséria que é fixa! A questão das crackolândia é a miséria e não a droga”*

*“Nosso território é o planeta”*

*“Os usuários sempre se movem”*

*“Se é uma estratégia tem que ser sempre avaliada – RD é trabalhar em todas as áreas da saúde”*

*“Tem que ser circular, pois cada campo tem sua característica e é bom para a equipe”*

*“Depende do serviço: no caso do centro de acolhida o vínculo num primeiro momento pode ser muito bom, mas depois pode ser até prejudicial, é bom para o usuário escutar coisas diferentes”.*

Refizemos a aferição após discussão e ninguém mais achava que os campos deveriam ser fixos.

Quando foi feita a afirmação de que *“a RD no Brasil tem condição de oferecer todo o cuidado que os consumidores de drogas precisam”*, o debate não influenciou na outra aferição, que teve resultado praticamente igual à anterior, mas dele surgiram formulações interessantes como:

*“sala de uso, por exemplo, é RD e a política de drogas no Brasil não permite”*

*“Tem uma conjuntura de questões – saúde, educação, moradia, miséria – que estão além das mãos dos redutores”*

*“O Brasil é um país de dimensões continentais e com uma complexidade muito grande para ter apenas uma política”*

*“O preconceito impede muita coisa, isso precisa ser muito trabalhado, pois não está claro entre os próprios profissionais”*

*“O Redutor é muitas vezes confundido com o usuário é preciso tirar o estigma dos redutores”*

*“Exigir que uma estratégia abarque o todo é uma furada – cada estratégia tem sua utilidade em determinado momento”*

*“já avançamos bastante, mas a RD tem que estar em todas as áreas da saúde”*

*“Tem um aspecto contraditório, mas a RD já está garantida em lei. A RD já é preconizada pelo SUS”.*

O debate sobre o diálogo entre a RD, o SUS e o SUAS, deixou claro que havia uma falta entre os presentes de um conhecimento mais profundo dessas importantes diretrizes. Como consequência essa questão que pautou a reunião seguinte do Fórum Estadual de RD (relatado no anexo 2).

## Mesa de debate sobre RD

Para ampliar o horizonte do debate a mesa foi composta por três perfis complementares: Luciana Cordeiro, mestre pela enfermagem da USP com uma tese que aborda a RD e a Saúde Coletiva; Maria Carolina Pacheco do *Consultório na Rua* Embu das Artes; e o Bruno Logan que trouxe a experiência do ResPire, um projeto de RD em contextos de festas.

Luciana fez uma necessária contextualização do nosso cenário nacional, mostrando que o Brasil tem uma realidade muito diferente de outros países, com o IDH inferior, uma desigualdade social alarmante, com diferenças entre classes sociais na educação, na longevidade e na renda. Trouxe questões como a flexibilização do trabalho, as condições adversas de moradia, e a falta de acesso à saúde, à educação, à cultura, etc. Ela apontou que, dado nosso contexto, a RD pragmática é insuficiente. A debatedora embasou sua colocação com um importante debate acerca da droga como mercadoria, sobre os circuitos de produção, distribuição e consumo. Passou por temas como a insegurança no trabalho e na vida, sobre valores contemporâneos como agilidade, produtividade, prazer, consumo, etc. Por fim, a debatedora apontou na direção da *“Redução de Danos Ampliada”*, que teve sua operacionalização a partir da epidemiologia crítica e tem como sujeito a coletividade. Afirmou que é necessário ir na raízes do problema, com intervenção nos potenciais de desgaste e fortalecimento: igualdade de direito, acesso à moradia, à educação, ao emprego, à saúde, ao lazer e à cultura. Apontou a educação emancipatória com um papel central nessa forma de ver a questão.

A Maria Carolina apresentou a experiência do *Consultório na Rua* de Embu das Artes. Contou que foi muito importante uma formação que fizeram<sup>51</sup>, e que nesse processo ficou muito clara a necessidade de articular o trabalho em rede. Contou de um trabalho muito interessante que fizeram na UBS, um trabalho dentro e fora do equipamento. Viram que ter um redutor na unidade básica foi fundamental para que as pessoas em situação de rua começassem a frequentar a unidade. O grupo também fez parceria com 2 escolas estaduais para grupos de prevenção onde se discutiu suas questões e demandas. Nesse processo perceberam que precisavam de um espaço de livre acesso – espaço que as pessoas poderiam entrar sem nenhum tipo de burocracia ou mesmo tendo feito uso de qualquer substância anteriormente (condições que via de regra impossibilitam o acesso aos outros aparelhos). Esse espaço de RD foi criado e se tornou um espaço muito rico de aprendizado para a equipe. *“Aqui eu me sinto ser humano de verdade”* – essa frase, dita por um dos atendidos, marcou muito a equipe. O

---

<sup>51</sup> Feita com a “Escola de Redução de Danos” e Dra. Cassia Baldini (Professora da faculdade de Enfermagem da USP) e a Mestre em enfermagem Heloisa Veiga.

trabalho ainda consistiu em fazer abordagens, orientação, encaminhamentos, distribuição de insumos, e demais atendimentos – assim como rodas de samba e oficinas de pipa.

Bruno Logan, por sua vez, falou sobre a experiência do ResPire, um projeto do Centro de Convivência É de Lei, que trabalha com RD em festas de música eletrônica (com intenção de ampliar para outros tipos de festa). A grande diferença dessa atuação é o contexto, que tem outras vulnerabilidades, que se relacionam com o uso de drogas, mas são as mesmas vulnerabilidades [sociais] que estão muito presentes nos contextos que a RD geralmente atua. A atuação do ResPire passa por estimular reflexão, autocuidado e o conhecimento do uso de drogas, visando à promoção da saúde. As ações nas festas contam: com um stand com ativista e redutores que prestam informações sobre as diferentes substâncias e formas de cuidado; com o acolhimento de pessoas que estão passando por uma experiência difícil (o chamado “SOS bed trip”); com a distribuição de folders, insumos, e materiais informativos; com a exibição de vídeos; e com palestras e debates sobre drogas<sup>52</sup>.

## **Conclusão do dia**

O dia foi concluído com apontamentos bastante concretos: a partir de toda discussão feita, os presentes [que já tinham uma trajetória no tema], foram divididos em três grupos distintos que tinham a tarefa de sintetizar em poucas frases “o que é RD?” e “como se faz RD?”.

## **O QUE É RD (para os presentes da primeira reunião do Fórum Estadual de RD)?**

- Cuidado para além das drogas, algo multifatorial e singular.
- Filosofia que visa o cuidado e o bem-estar.
- Construção coletiva, que leva em conta suas individualidades.
- A busca da auto-estima, direitos, informação e bem estar.
- RD não é cuidar somente do uso de drogas, é cuidar das vulnerabilidades.
- RD é um processo.
- RD é uma estratégia de saúde coletiva e deve estar presente em todas as políticas públicas.
- RD é reduzir os danos sociais, propiciar o empoderamento das pessoas.
- RD é singular, não tem uma fórmula.
- Atendimento humanizado e integral que atende a diversidade.
- Foco no indivíduo em seu contexto político/social/econômico e não na substância.
- Legitimar os direitos do usuário de drogas.
- É uma filosofia, uma política, um movimento social, uma estratégia e um conjunto de ações.
- RD é empoderar o usuário para o seu auto-cuidado.

---

<sup>52</sup> A metodologia e histórico desse projeto, que foi debatido nesse dia, e pode ser bem potente para pensar como lidar em diferentes contextos, está bem sistematizado e apresentado no capítulo desse livro dedicado a essa experiência.



## **COMO SE FAZ RD (para os presentes da primeira reunião do Fórum Estadual de RD)?**

- Prática não prescritiva e construção conjunta.
- Trabalhar também com a família, para lidar com diversas vulnerabilidades.
- Construção primária é fundamental, tanto nos serviços de saúde como na educação.
- Sensibilizar outros serviços, tanto na área saúde como na segurança, por exemplo.
- Oferecer cuidado desprovido de julgamentos pessoais, com espaços apropriados e continuidade dos serviços.
- Se faz promovendo acessibilidade aos equipamentos / serviços.
- Reduzir danos é se desprender do modelo ideal e construir junto um novo modelo.
- Reduzir danos se faz a partir de um olhar amplo, integral, que facilite o exercício da cidadania e dos direitos humanos.
- É se colocar no lugar do outro, possibilitar a construção da liberdade de escolha.
- Fazer RD também é promover o espaço de debate, reflexão e transformação de paradigmas.
- Se faz RD também com militância- advocacy (comunidade, mídia, gestores, profissionais da rede, GCM, conselhos de classe, escolas, etc.).
- Se faz RD na intersectorialidade (em rede): saúde, assistência social, educação, habitação, segurança pública, lazer, cultura, trabalho.

## 7.2 Anexo 2) REDUÇÃO DE DANOS E SEU DIÁLOGO COM SUS, SUAS, ECA E POLÍTICA DE DROGAS

### Programação

- Apresentação do Fórum e da produção da primeira reunião.
- Apresentação dos participantes.
- Apresentação sobre relação das políticas, diretrizes e legislações e sua implementação nos serviços de atendimento na ponta.
- Coleta de crenças sobre os serviços em relação às políticas, diretrizes e legislações vigentes.
- Grupos de trabalho para análise das crenças coletadas.
- Almoço.
- Apresentação dos grupos.
- Apresentação sobre Redução de Danos e SUAS.
- Debate / encaminhamentos / sugestões de pauta para o próximo encontro.
- Encerramento / Avaliação do dia.

### Apresentação Regina Tuon (UDED-Unifesp): Relação das políticas, diretrizes e legislações e sua implementação, sobretudo nos serviços de atendimento na ponta.

Regina colocou que uma questão central para esse fórum é a reflexão sobre a nossa prática, e por isso é importante trazer um pouco das origens desse ordenamento jurídico que nos permite atuar no nosso dia-a-dia. Constituição Brasileira de 1988:

*“Artigo 5: Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade,*

*Artigo 6: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”*

Em seguida Regina apresentou que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, assistência social e previdência social. Nesse sentido, passou a debater a saúde mais especificamente, a partir de algumas afirmações que projetou:

*“Saúde é direito todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à **redução do risco** de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às **ações e serviços** para sua promoção, proteção e recuperação” (art.196 )*

*SUS: “É o conjunto de Ações e Serviços de Saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração Direta ou Indireta, das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente pela iniciativa privada” (Lei 8080/90).*

A partir dessas afirmações levantou um debate acerca da diferença entre ação e serviço. Afirmou que para ser um serviço é preciso uma sala, equipamentos, pessoal, etc., que um serviço (UBS, o CAPS, hospitais, etc.) é mais que uma ação (internação, campanhas, etc.). A política, por sua vez, é um conjunto de ações e serviços. Regina falou, então, que não se pode ter ação desvinculada de serviço, fazendo a provocação aos presentes ao perguntar se a RD é

uma ação ou um serviço. Afirmou que esse debate é de extrema importância, pois para pensarmos política de RD é preciso responder se é um serviço ou uma ação, e precisamos pensar a ação que queremos dentro da estrutura que existe no Estado de São Paulo.

### **Coleta de crenças sobre os serviços em relação às políticas, às diretrizes e às legislações vigentes e a seu impacto no trabalho cotidiano.**

Foi feito um processo coletivo de coleta de crenças sobre os serviços. Crenças recolhidas:

- na UBS não atendemos usuários de drogas, só encaminhamos.
- caso grave é Pronto Socorro.
- pessoas em situação de rua não são bem atendidas, ou não são atendidas.
- não atendem pessoas sem documentos.
- paciente ou usuário é responsabilidade “do outro” serviço.
- tem que ficar abstinente para se tratar no CAPS.
- precisa ter polícia onde atende usuário de drogas.
- pessoa em situação de rua não pode ser atendido nos serviços que não são específicos para eles.
- frase comum: tal pessoa é da “saúde” ou da “assistência”?
- documento de identificação é essencial para atendimento.
- o sujeito está na rua ou usa drogas porque quer.
- pode dar alta administrativa?
- não pode permanecer no serviço se estiver intoxicado.
- GCM não pode atuar com saúde / com o consultório na rua.
- no ECA diz que criança não pode ficar no mesmo serviço que adultos.
- dependente químico é manipulador.
- não sou especialista, não tenho que atender.
- há pessoas que valem menos que outras.
- medicalização.
- o usuário não tem autonomia para decidir sobre seu tratamento.
- a função da GCM é reprimir o usuário.
- internação é única forma de tratamento.
- paciente usuário de drogas, mesmo claramente com necessidade de atendimento clínico, só consegue entrar no Pronto Socorro pela porta da psiquiatria.
- paciente de saúde mental é menos importante.
- usuário de drogas e saúde mental é perigoso.
- SAMU só com GCM.
- pessoas em situação de rua devem ser tratados no centro (não consegue acessar o serviço em seu bairro).
- serviço pobre pra gente pobre: “estou aqui fazendo um favor e você deve dar ‘graças a Deus que você está aqui’”.
- cuidado com higiene é só em equipamentos da assistência social.
- recaída é vagabundagem.
- criança só pode ser atendida acompanhado de um adulto responsável ou conselheiro tutelar.
- crença na cura.
- RD é só para droga.
- usuário é incapaz de assumir responsabilidade sobre seus atos e aprender cuidar de si e dos outros.

## **Grupos de trabalho para análise das crenças.**

Essas crenças foram anotadas cada uma em um papel, esses foram distribuídos entre os participantes e, posteriormente, separados em quatro grupos criados para discutir as crenças que foram coletadas. Os grupos que o conjunto dos participantes criaram para distribuir as crenças foram: crianças e adolescentes; GCM e violência institucional; julgamento moral; fluxo de atenção ao usuário de drogas. Cada grupo debateu, a partir da análise das legislações vigentes, como responderia cada uma das crenças.

### **Grupo de discussão sobre as crenças relacionadas às crianças e os adolescentes**

O grupo que debateu as questões relacionadas às **crianças e adolescentes**, acerca da crença “no ECA está escrito que criança e adolescente não podem ficar nos mesmos serviços que adultos”, verificou que as crianças e os adolescentes podem sim ser atendidos no mesmo serviço, mas com atenção diferenciada. Sobre “criança e adolescente só pode ser atendido acompanhado de um adulto responsável ou conselheiro tutelar” verificaram, no artigo 11 do ECA, que está previsto atendimento universal e igualitário, sendo que o jovem pode ser atendido sem acompanhamento, salvo em caso de internação.

### **Grupo de discussão sobre as crenças relacionadas à violência institucional**

O grupo que debateu a **violência institucional**, em especial relacionada à GCM, construiu uma reflexão em cima dos mitos: “SAMU só com GCM”; “Precisa ter polícia e/ou GCM onde atende usuários de drogas”; “A função da GCM é reprimir o usuário”; “GCM deve manter a ordem”; “GCM não pode atuar com saúde / com o consultório na rua”. Através da análise dos documentos que falam sobre a atribuição da GCM, identificou-se como sua atribuição:

- Municípios podem criar guardas municipais para proteção de bens, serviços e instalações. (Constituição, artigo 144, parte 8).

- Não é atribuição da GCM zelar pela ordem pública (Constituição, artigo 144, parte 8).

- É atribuição da GCM: **parcerias para ações integradas e interdisciplinares de prevenção**. (Lei municipal de SP 13866/2004); prevenir e inibir atos contra bens, instalações e serviços. (Lei municipal de SP 13866/2004); segurança de trânsito. (Lei municipal de SP 13866/2004); patrimônio ecológico, arquitetônico e ambiental do município. (Lei municipal de SP 13866/2004); fiscalizar comércio ambulante. (Lei municipal de SP 13866/2004); mediar conflitos e crises em bens, serviços e instalações municipais e relacionadas ao exercício de atividades controladas pelo poder público municipal. (Lei municipal de SP 13866/2004)

Assim, foi concluído que se é função das guardas municipais zelar pelos bens e serviços públicos municipais, e ela só deve intervir para gerenciar as crises, não para criá-las. A partir do momento em que a sua intervenção atrapalha ou inviabiliza a execução ou manutenção dos serviços, as guardas municipais estão indo contra suas atribuições legais.

### **Grupo de discussão sobre as crenças relacionadas ao Julgamento moral**

O grupo que debateu **Julgamento moral**, por sua vez, refletiu que a autonomia e o autocuidado, que dialogam com a RD, são dificultados pelos estigmas existentes. A crença “Recaída é falta de interesse” foi desconstruída pelo DSM-IV que coloca a recaída como parte do tratamento, assim como a Política Nacional sobre Drogas. A crença “*Autonomia para decidir*

é do profissional técnico (que tem competência para lidar com essas escolhas)” foi desconstruída com respaldo na Política Nacional sobre Drogas: Portaria CAPS e Portaria 2197/2004. As crenças: “Usuário é incapaz” / “Dependente químico é manipulador” foram desconstruídas pelo princípio da autonomia, fundamentados pela Lei 11343/2006 e pela Política Nacional sobre Drogas.

A partir do debate que o domínio sobre a legislação nos fortalece para exercer nosso trabalho, o grupo então montou uma tabela com qual legislação desconstrói cada um dos mitos levantados a cerca do julgamento moral:

CRENÇA	INSTRUMENTO DE DESCONSTRUÇÃO
“SUS é para pobre”	UNIVERSALIDADE, Constituição Federal Art 5º e 6º; Lei 8080 SUS
“Está na rua (ou usa drogas) é porque quer”	Violação dos direitos garantidos na constituição
“Algumas pessoas valem menos que outras”	Constituição Federal Art 5º e 6º
“Serviço pobre para gente pobre, estou fazendo um favor. Saúde não é direito”	Constituição Federal; Leis 10.216; 7053; 8080 SUS
“Droga é o inimigo”	Política Nacional sobre Drogas; Diretrizes da ANVISA; Lei 11343/2006
“Paciente de saúde mental é perigoso”	Política Nacional sobre Drogas; Lei 11343/2006; Lei 10216; Portaria 2197/2004
“Voltar a ser o que era” / “Cura”	Política de Redução de Danos; Portaria 1028/2005; Const. Fed. Art. 96

O grupo ainda colocou como muito importante a Lei 10.2016 (Lei Paulo Delgado): Direitos dos portadores de transtornos mentais

*“Art 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais são asseguradas sem qualquer forma de discriminação (...)*

*São direitos:*

*I. Ter acesso ao melhor tratamento de saúde possível*

*II. Ser tratada com humanidade e respeito*

*VII. Receber o maior número de informações a respeito de sua doença.”*

### **Grupo de discussão sobre as crenças relacionadas a fluxos de atendimentos**

No grupo sobre **fluxos de atendimento** quase todas as crenças foram desconstruídas a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Se essas diretrizes estivessem sendo respeitados, as crenças não se sustentariam, e muito menos tornariam normas dentro dos serviços e na constituição de redes de atendimento. Também apontarem que existem documentos que regulamentam as leis, porém estes são construídos numa super-estrutura, e não são debatidos com os trabalhadores que executam as políticas públicas.

## Grupo de discussão sobre as crenças relacionadas à barreira de acesso

Sobre a crença “Internação como única forma de tratamento” o grupo apontou que na lei 10216, artigo 4 está escrito que *“a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”*. Os incisos 1, 2, 3 também apontam na mesma direção. O artigo 2 também aponta que devem *“ser tratado preferencialmente em serviços comunitários e de saúde mental”*. A política do ministério da saúde para atenção integral de usuários de álcool e outras drogas, na pg. 28, e o Relatório da OMS também ajudam a desconstruir essa crença da internação como única forma.

A outra crença, *“O CAPS só atende quem quer atendimento”*, foi desconstruída com o documento do Ministério da saúde (secretaria da atenção saúde mental no SUS) que versa sobre os centros de atenção psicossocial (Brasília – DF 2004 pag. 15):

*“As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados as substancias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.”*

*“Os usuários CAPS podem ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios etc). O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam o que são e o fazem os caps.”* (Parágrafo 1, Página 15).

Sobre a crença de que *“não pode ficar no serviço sob efeito de drogas / Tem que ficar abstinente para se tratar no CAPS”* a desconstrução veio também com o documento do Ministério da saúde que versa sobre os centros de atenção psicossocial (Brasília – DF 2004 pag. 35):

*“4.5.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPS-AD para pacientes com transtorno decorrentes do uso e dependência de substancias psicoativas inclui as seguintes atividades:*

***(...) H – Atendimento de desintoxicação.”*** (se vai desintoxicar não tem que estar abstinente!)

Sobre a crença *“Não sou especialista, não tenho que atender”*, a resposta veio pela Lei 8080/90, artigo de número 7 – integralidade:

*“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o sistema único de saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da constituição federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios.*

*II- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;”*

Sobre a Alta administrativa a Lei 10.216 – artigo 2 item III afirma que o usuário deve ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração.

Sobre *“RD é só para drogas”* viu-se que na constituição já se prevê RD sociais e de saúde. O grupo apontou a necessidade de ampliação do conceito de RD, não apenas a RD pragmática. Viram que a política do Ministério da Saúde para atenção aos usuários de drogas já se utiliza desse conceito ampliado.

Sobre *“a Saúde Mental não é priorizado pelo SAMU”*, viram que o SUS prevê a integralidade e a universalidade do acesso. Apontaram que a ausência de uma definição concreta de fluxo do SAMU para a saúde mental é um problema. Afirmaram, porém, que, se os princípios do SUS fossem respeitados, essa crença seria desconstruída.

Sobre a crença de que *“saúde mental não é aqui (muitas vezes ouvida em hospitais)”* observou-se que os princípios de integralidade e universalidade do SUS, e a lei da reforma política do Ministério da Saúde, a desconstroem. Elas também descontroem a crença de que *“a UBS não atende usuário de drogas, só encaminha”*. Sobre *“Caso grave é P.S.”*, a política de humanização do SUS e a concepção de hierarquização da rede de assistência dão conta. Foi discutido que a falta de uma rede que funcione é que gera esse tipo de crença, e os trabalhadores estão imersos no senso comum e sem espaço de discussão e reflexão.

Sobre a questão de que o usuário de drogas que chega no PS e só deixam entrar pela psiquiatria (mesmo necessitando claramente de atendimento clínico) foi visto que não respeita integralidade trans/multi/inter disciplinar prevista no SUS. Foi criticada a visão do consumo de drogas como problema apenas psiquiátrico, colocando em risco o princípio de integralidade da atenção prevista no SUS.

O grupo fez uma ótima discussão sobre a falta de espaço de formação dos trabalhadores para compreensão e constituição das redes. Aquela velha polêmica vivenciada na rede *“essa pessoa é da saúde ou da assistência”* demonstram dificuldade de definição de fluxo. Foi visto que existem leis que definem as políticas públicas; estas, porém, deveriam ser implementadas por meio de definição de fluxos de atendimento. Trabalhadores, entretanto, não participam em nenhum momento dessas esferas de decisão que criam as leis, as políticas e as normas. Elas chegam prontas e, muitas vezes, mesmo prontas, os trabalhadores desconhecem sua existência e seu funcionamento.

### **Apresentação Jorge Arthur (CREAS Sé): Redução de Danos e SUAS.**

Jorge começou falando que as origens da assistência social no Brasil têm relação com entidades religiosas e grupos de caridade, mas que a partir do fim dos anos 60, toma um caráter mais político, pensando que as desigualdades não são responsabilidade individual, mas efeito da dinâmica social. Contou que o SUAS surgiu influenciado pelo SUS, na intenção de sair dos balcões de atendimentos das instituições totais, e foi sendo montado pensando no território e na matricialidade da família brasileira, que não é, atualmente, *“o papai, mamãe e filinho”*, mas uma diversidade de arranjos familiares, com avó cuidando dos netos, casais do mesmo sexo, a tia que cuida dos sobrinhos, etc.

Disse que a assistência social *“é para quem dela necessitar, um direito não contributivo”*, ou seja, que são para aqueles que podem nunca vir a ser produtivos, pois isso é universalidade. Afirmou que programas de distribuição de renda são necessários para o desenvolvimento das famílias em situação de exclusão. Contou que o papel do CRAS, na assistência social, é a proteção social básica (assim como os programas de prevenção e transferência de renda) e a proteção social especial (daqueles com os vínculos estão rompidos ou com perigo de se romperem). Apontou a importância da articulação em rede para garantir essa prevenção e proteção, inclusive para poder detectar as situações que estão acontecendo. Afirmou que hoje temos serviços, mas que não configuram uma rede. Disse, também, da importância da assistência social ter claro que não faz clínica e não faz privação de liberdade.

Jorge Arthur, por fim, afirmou ainda que a instrumentalização dos trabalhadores pelas leis e políticas é fundamental para aproximar as diretrizes do cotidiano – processo que fizemos no FERD ao longo do dia. Afirmou que a leitura destes documentos deve se tornar um hábito até para desmitificar que é difícil sua compreensão.

### **7.3 Anexo 3) Internação; Ação de campo de agentes de RD; Psicodélicos; Implanom (Implante anticoncepcional); Ouvir; Encaminhamento para centro de acolhida**

#### **Programação:**

- Apresentação dos participantes do Fórum
- Apresentação do Boletim (com a retrospectiva dos encontros que já aconteceram)
- Divisão em grupos para aprofundamento das questões levantadas no encontro anterior
  - Internação;
  - Ação de campo de agentes de RD;
  - Psicodélicos; Implanom (Implante anticoncepcional);
  - Ouvir;
  - Encaminhamento para centro de acolhida
- almoço
- apresentação da produção dos grupos e debate no grupão
- avaliação do dia

A reunião teve início com a apresentação de todos os participantes, seguida de uma apresentação dos objetivos do Fórum, com uma retomada das atividades desenvolvidas até então, assim como a programação do dia.

Iniciamos com a apresentação do segundo boletim informativo do Fórum, que trouxe uma retrospectiva de toda a produção dos encontros anteriores, uma vez que a atividade prevista para o dia era de continuidade ao que foi discutido na reunião anterior.

Após a apresentação da proposta, foi feita a divisão dos grupos de trabalho a partir do interesse de cada participante.

Foram sete grupos para os seis temas elencados no encontro anterior:

- 1) Internação;
- 2) Ação de campo de agentes de RD (grupo 1);
- 3) Ação de campo de agentes de RD (grupo 2);
- 4) Psicodélicos;
- 5) Implanom (Implante anticoncepcional);
- 6) Ouvir;
- 7) Encaminhamento para centro de acolhida.

O tema “*ação de campo de agentes de RD*” foi discutido em dois grupos devido a grande quantidade de interessados.

Os grupos deveriam criar um personagem (com informações sobre história e contextos de vida, uso de drogas, etc.) e fazer uma reflexão sobre qual seria uma boa abordagem, na perspectiva da RD, para o caso construído. O objetivo era identificar o caráter não prescritivo da RD.



Seguem abaixo a sistematização dos sete grupos:

### **1) Grupo de discussão sobre Internação**

**Caso construído:** Mulher, (Kelli) 28 anos, residindo em Campinas, em local de difícil acesso (“mocó”). Usa crack, é afetiva, tem organização própria e estabelece bom contato e vínculo com redutores de danos. Apresenta dores no baixo ventre, HIV e pé machucado. Os redutores chamam o SAMU e a levaram ao Posto, mas a ginecologista se nega a atender, dizendo que deveria passar por PS. Acabou sendo encaminhada ao CAPS AD 24h e foi cuidada clinicamente apresentando melhoras significativas, mas sentiu-se dopada, por isso abandona o tratamento e retorna ao mocó, demonstrando, porém, sentir-se envergonhada diante dos redutores por ter retornado ao local após terem tido toda a iniciativa de ajudá-la. Permaneceu por algum tempo no tratamento ambulatorial.

#### **Debate:**

- Foi um atendimento oferecido em seu próprio ambiente e de forma voluntária.
- Houve uma articulação dos redutores e uma aderência dela à proposta de tratamento. Manteve o vínculo com os redutores.
- Houve frustração dos redutores por ela ter retornado ao ambiente e não ter se mantido abstinente. Mas, os danos foram reduzidos de alguma forma, pois recebeu orientações durante esse tempo, então não podemos pensar que não deu certo.
- Houve sedação com contenção, e a equipe não soube lidar com o caso.
- Queixa dos pacientes de que sente sonolento e sem condições de fazer atividades.
- É explicado ao paciente como é feito o tratamento? É dito sobre os medicamentos e efeitos colaterais? Paciente participa de fato desse tratamento?
- É comum a queixa do paciente de que está internado em hospital psiquiátrico, convivendo com pacientes psiquiátricos, alegando estar no meio de “loucos” (SIC- paciente).
- Às vezes há o pedido de internação por parte do paciente por faltar equipamentos sociais.
- Entraves nas articulações dos serviços.
- Internação como alívio da família (involuntária).
- Continuidade do acompanhamento vai determinar o sucesso do tratamento.
- Articulação e encaminhamentos é tarefa da RD.
- Redutor tem uma abordagem e tratamento diferente dos equipamentos de saúde.

#### **O que na abordagem NÃO foi RD?**

- Ginecologista se recusa a atender.
- Extremamente dopada.
- Foi encaminhada para uma “comunidade terapêutica” de cunho religioso evangélica, sendo que sua inclinação é para o catolicismo e no local não é permitido o uso de cigarro. O tabaco foi subestimado.
- Sai do local e não recebe encaminhamento para continuar tratamento e nem é encaminhada para outros equipamentos sociais.
- Hospitais psiquiátricos que não recebiam pacientes de dependência química e, agora, são obrigados a receber esses pacientes, não sabem lidar com a situação. Ouvimos falar até em agressões físicas por parte de enfermeiros contra pacientes, alegando serem “bandidos” (SIC- enfermagem), ocasionando altas administrativas.

- Internação como sendo somente um cuidado paliativo.

**Debate na plenária de compartilhamento da produção dos grupos de trabalho:**

- Necessidade de articular serviços para, no processo de alta da internação, ser possível dar continuidade no processo de acompanhamento.
- Importante haver o vínculo com o usuário.
- Internação pode ser uma ação de RD se seu sentido é construído junto ao usuário no processo.
- Há uma má formação e capacitação dos profissionais. É necessário ensino da RD nas universidades a partir do momento que se constitui como uma política de estado.

**2) Grupo de discussão sobre ação de campo de agentes de RD (Grupo 1)**

**Caso construído:** Pedro, 16 anos, em situação de rua desde os 14 anos, usuário de crack e outras drogas. Vive na praça. Comunidade oferece comida. A violência doméstica o levou a rua. Como ação foram oferecidas meias, vestuário; barraca; acolhimento/escuta; encaminhamento para serviços sociais e de saúde; oficinas na rua; insumos.

**O que na abordagem NÃO é RD?**

- Levar “solução” pronta e fazer ações conjuntas da rede de forma desarticulada. Falta de espaço de acolhimento noturno para adolescentes no inverno também amplia os danos.

**Debate:**

- Distribuição de roupa como insumo de RD pode ser assistencialismo, tutelamento, ou no contexto de inverno pode ser uma redução de danos, minimizando risco de adoecimento.
- Se a RD cair no assistencialismo, é perigosíssimo para o movimento. A proposta é sempre atuar na construção da autonomia do usuário. Mas como ser protagonista se está num contexto de vulnerabilidade extrema? O discurso e a prática precisam ser de emancipação, que vai além do protagonismo individual.
- É necessário ampliar a discussão e a ação de RD, ter clara a concepção, permeada por aspectos éticos, técnicos e políticos.
- Quem é o redutor de danos? Qualquer profissional que queira atuar nesta perspectiva? Ou tem formação específica? Todos podem ser redutores? A formação tem se dado em espaços como este Fórum?
- Insumo como vínculo.
- Dificuldade de compreender se a ação de RD está implicando em ações equivocadas. Foi feito um relato sobre uma enfermeira de equipe da Saúde da Família que jogou fora as roupas bastante sujas de uma usuária em uma visita domiciliar, pois considerava essa ação como de saúde, mas isso teve um impacto extremamente negativo para a pessoa.
- Agasalho é definido como insumo de RD? Não houve consenso.

**3) Grupo de discussão sobre ação de campo de agentes de RD (Grupo 2)**

**Caso construído:** Jennifer, travesti, 35 anos. Migrou para São Paulo com 13 anos, sofria agressão familiar por ser homossexual. Foi morar em Guaianazes onde sofria abuso do tio, parou de estudar e ficou desempregada. Mora na rua há 15 anos. Começou a se “montar” e

fazer programa. Faz uso de múltiplas drogas. Após envolvimento com o tráfico ficou presa por seis anos e está foragida. HIV positivo. Fica perambulando pelas ruas do centro, morando em mocós.

O *Consultório na Rua* realizou abordagem. Usuária é Resistente. Identificaram tuberculose. Rede intersetorial de atendimento passou a discutir o caso, mas a sensibilização da rede é difícil. Foram distribuídos insumos.

**Debate:**

- Muitas vezes o gestor da unidade é quem mais dificulta.
- A articulação da rede anda mais devido aos vínculos entre profissionais, do que da relação entre serviços.
- É preciso construir caminhos de acessibilidade diante das barreiras de acesso do usuário de drogas.
- Políticas de governo x Políticas de estado; temos que trabalhar por políticas de Estado e pela implementação do que já deveria existir.
- Importante mapear as ações, mas para isso precisamos saber o que é RD. E isso é difícil pela singularidade de cada indivíduo, seu contexto e suas necessidades.
- É preciso criar espaços de participação de trabalhadores e usuários. E espaços de debate e articulação com o governo.
- É preciso produzir conhecimento. Sistematizar, levar para fora e divulgar.
- Pacto pela saúde: todas as instâncias são responsáveis. A rede tem que funcionar. É preciso cobrar compromisso governamental para garantir equidade.
- A política permeia a atuação técnica. Como o trabalhador conseguirá participar de espaços?

#### **4) Grupo de discussão sobre psicodélicos**

**Caso construído:** Maria Joana, 30 anos, advogada, ganha bem. Curte raves semanalmente. Indecisa sexualmente. Usa dois LSD's por noite. Abusa, mas consegue se manter dentro do aceitável no contexto, mantém uma estrutura subjetiva e objetiva, e tem um circuito expandido de amigos. Também usa álcool, maconha e tabaco. Ação de RD: informações sobre as diferentes drogas, doses e interações de diferentes substâncias comumente usadas em raves, assim como a orientação de estar com amigos, beber água e se alimentar.

Segundo momento da vida: Com morte da mãe, momento mais difícil, parou de ir nas raves porque passava mal com as substâncias, com isso diminuiu o uso de LSD, mas aumenta uso de álcool. A RD nesse momento foi incentivar a busca companhia de amigos e novos espaços de pertencimento.

Outro momento de vida: diminui álcool e tabaco, usa de LSD de vez em quando. Passou a fazer uso constante de ayahuasca, após fazer seu uso terapêutico bem sucedido do chá psicodélico para parar de beber álcool todos os dias. Se resolveu sexualmente.

**Debate:**

- É possível fazer o uso de psicodélicos como RD (como o uso terapêutico de ayahuasca), mas é necessário pensar ações de RD para uso de psicodélicos e seus riscos.
- Contexto é fundamental. Mesmas ações podem ou não promover RD dependendo do contexto, do indivíduo. Propor o uso da ayahuasca para um evangélico provavelmente seria vivido como agressão, para Maria Joana foi vivido como cuidado e resolveu um consumo

abusivo de álcool que ela estava entendendo prejudicial.

- É necessário pensar RD junto a uso de psicodélicos em diferentes contextos e populações.

### **5) Grupo de discussão sobre Implanom (Implante anticoncepcional)**

**Caso:** Eva, 22 anos, em situação de rua. Já “deu” 5 filhos, para adoção. Técnica de informática desempregada. Usuária de múltiplas drogas. Auto-agressão física. Gosta de sexo, vaidosa, e tem múltiplos parceiros. Gostaria de ficar com os filhos.

#### **Debate:**

- A utilização do método seria interessante na falências de outros métodos, e com a dificuldade no uso de preservativo.
- Em uso intenso de drogas a gravidez pode ser de risco.
- É importante lembrar que não previne DST.
- Para o uso do *implanom* ser RD é preciso discutir uso com a pessoa. Construir junto.
- Provavelmente não será RD, porque pode expor mais às DST's, pode se sentir mal com hormônios.
- Há mau acolhimento de mulheres usuárias na rede – retirada arbitrária de bebês das mães.
- É necessário discutir gênero e o lugar da mulher na sociedade.
- É necessário realizar estudos sobre uso de drogas e amamentação. Há poucos dados, imperam as prescrições de não se usar, mas com pouco embasamento.

### **6) Grupo de discussão sobre ouvir**

**Caso:** José, 45 anos, morador de rua. Ferida na perna. Descuido com a saúde. Já trabalhou como ajudante de pedreiro. Vive de assistencialismo. Gosta de mulheres e fazer filhos, mas não acompanha nascimento e crescimento.

#### **Debate:**

- Ouvir é insumo, tecnologia, ferramenta dos redutores.
- É necessário ter escuta qualificada. Escuta que promove cuidado, participação política e construção conjunta com o sujeito.
- É preciso dar encaminhamento intersetorial para o usuário.

### **7) Grupo de discussão sobre encaminhamento para centro de acolhida**

**Caso:** Leôncio de Magalhães, 40 anos, desempregado. Ensino médio, curso técnico de eletricista. Foi abordado pelo *Consultório de Rua*. É de Crato, no Ceará. Pegou mulher com outro. Alcoolista crônico. Chegou à dois dias em São Paulo, vindo do interior do estado. Demanda marmita. Está um pouco agressivo. A ação foi de dar orientações sociais e de saúde para promoção do auto-cuidado e participação nos serviços. Após 5 anos apresentou muitas perdas associadas ao uso. Não possui documentos. Faz bicos. Iniciou uso de múltiplas drogas. Está há três anos sem contato com a família. Portador de sífilis, hepatite e tuberculose. Há uma hipótese de depressão. Equipe manteve acompanhamento, mas só agora demanda cuidado maior como centro de acolhida. Está se inserindo em outros serviços e espaços.

**Debate:**

- foi muito debatida a questão: o que redutor pode oferecer *versus* o que o usuário solicita – viu-se que muitas vezes não coincidem.
- É necessário pensar espaços adequados de acolhimento. Tanto estruturalmente, como de manejo das equipes.
- As unidades de acolhimento selecionam os casos que serão atendidos, e é importante discutir isso.
- É preciso discutir funcionamento do SAMU, ele não atende população em situação de rua.

**Estava andando na rua**

Estava andando na rua...

De repente veio em pensamento.

O que é poesia? Poesia é sentimento profundo

Que nascem das raízes dos nossos corações.

(Autor: Luís Carlos Rosas Santos)