

DROGAS & DIREITOS HUMANOS:

Protagonismo, Educação entre pares e Redução de Danos

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Julia Landgraf Pupo
André Vinicius Pires Guerrero
June Corrêa Borges Scafuto (Orgs.)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Título:

DROGAS E DIREITOS HUMANOS:
Protagonismo, Educação entre Pares e Redução de Danos

Organizadores:

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Julia Landgraf Pupo
André Vinicius Pires Guerrero
June Corrêa Borges Scafuto (Orgs.)

Revisão:

Regiane Aparecida de Castro Alves

Diagramação e Capa:

Natália Blanco

DROGAS E DIREITOS HUMANOS: Protagonismo, Educação entre Pares e Redução de Danos/ Luciana Togni de Lima e Silva Surjus; Julia Landgraf Pupo; André Vinicius Pires Guerrero; June Corrêa Borges Scafuto (Orgs.)/ 2018

ISBN: 978-85-62377-14-3

Palavras Chave:

1. Drogas 2. Direitos Humanos 3. Redução de Danos 4. Educação entre Pares

ÍNDICE

Prefácio.....	04
Editorial.....	08
PARTE 1 - Subsídios para o debate.....	13
1. <i>Reforma psiquiátrica e política sobre drogas: diálogos necessários.....</i>	<i>14</i>
2. <i>Escuta, Respeito e Cumplicidade na busca pelo cuidado.....</i>	<i>25</i>
3. <i>Desenvolvimento de insumos para o trabalho de campo.....</i>	<i>32</i>
4. <i>Racismo e Redução de Danos: Uma breve leitura biopolítica.....</i>	<i>41</i>
5. <i>Prevenção Combinada ao HIV/AIDS e Redução de Danos.....</i>	<i>46</i>
PARTE 2 - O desenvolvimento de uma experiência.....	55
1. <i>Considerações críticas sobre a política proibicionista de drogas.....</i>	<i>56</i>
2. <i>Planejando e realizando um curso sobre drogas e direitos humanos.....</i>	<i>65</i>
3. <i>Da reflexão à ação: desafios e potenciais da elaboração conjunta de intervenções pautadas pela perspectiva da redução de danos + projetos construídos.....</i>	<i>74</i>
Posfácio.....	89
Memórias.....	92

PREFÁCIO

Redução de Danos em tempos de anti Democracia

Domiciano José Ribeiro Siqueira

“Olhando as árvores... a árvore que eu queria ter , que eu sempre quis ter, num pedaço de chão de terra batida. Eu as vi crescer no parque e me alegrava quando chovia e a terra se empapava de água, as folhas lavadas de chuva, o vento balançando os galhos, enquanto os carros dos canalhas passavam velozmente sem que eles olhassem para os lados. Já não perco meu tempo com sonhos.” (Linguagens da Violência - pág. 255 e 256).

Na “construção” de um livro – para além da importância que isso tem no plano pessoal, das realizações da vida - na busca de uma política pública de cidadania e dignidade ; na “construção” de uma estratégia de saúde voltada ao respeito às liberdades individuais, os Direitos Humanos e tudo o que se investe nisso, desde os sentimentos mais nobres até os mais “assustados e amedrontados” passa irremediavelmente por decepções e impotências tão presentes no dia a dia das instituições , públicas ou privadas, considerando que estas estão de forma “também adoentadas”, construídas sob o olhar atuante dos poderes que se constituíram a partir da luta feroz pela sobrevivência, pela ganância sem medida , pela força dos dominadores e pela insensibilidade dessa “desorganização social” à qual estamos submetidos.

Embora esse quadro seja real e as possibilidades de alteração remotas, dada à consistência de sua estruturação, de tempo em tempo, surgem formas de “desconstrução”, geralmente calcadas em sentimentos de solidariedade, justiça social e... poesia!

Na história recente do Brasil (década de 60 no século XX e 2016 no século XXI), principalmente, viveu-se grande turbulência por conta dessa busca incômoda por novos valores e novas condutas. Desconstruiu-se! Infelizmente e à custa de tortura , prisão, exílio, força bruta, violência, teve-se uma sensação quase real de que teriam sido as últimas tentativas. Ainda hoje, pouco se sabe dos acontecimentos reais desses períodos, mas o que ficou “subjetivamente” guardado foi a lição de que fizeram um “mau-feito tão bem-feito” que parece impossível uma retomada; temos a impressão de que jamais distinguiremos o “sonho do pesadelo”.

É nesse ambiente, de uma sociedade que foi reorganizada a um custo tão alto e tão silencioso, onde a repetição dos atos passa a ocupar um status de “aprendizado”, e que encontra campo fértil para os sub-produtos de um consumo desenfreado, que rapidamente vai ocupando o lugar dos nossos desejos e, porque não, dos nossos antigos sonhos.

Não basta compreendermos o uso de drogas como algo que “ocupa” esse lugar, ou qualquer outra possibilidade de interpretação , mas, trata-se, acima de tudo, de

suportarmos e bancarmos o preço e o custo de uma reconstrução.

A “Redução de Danos é um caminho sem volta”, já dizia um colega nosso! Vivi um paradoxo. A teoria acadêmica experimentada acertadamente por pessoas que nem sabiam que a transversalidade de saberes existia e que ela funcionava assim. Um modelo inovador de funcionamento! A produção de saber e de conhecimento se dava a toda hora e não se tinha noção de que produzia um saber novo acerca do seu próprio funcionamento. E, ao mesmo tempo, tornavam-se cada vez mais “experts”, conhecedores da estrutura e do processo do segmento da sociedade com o qual vinham trabalhando, ou seja, os usuários de drogas.

Percebi que a Redução de Danos estava formando seus próprios peritos, os Redutores de Danos que, utilizando a via contrária à formação de “experts” acadêmicas, primeiro enviavam a equipe para as ruas para trabalhar, agir, interagir e então, a partir de seus relatos do trabalho de campo, construíam sua teoria, e voltavam a campo, novamente, para aprimorar o trabalho. Ora, o que é isso senão a própria práxis em execução?

Não foi difícil para eu perceber que, para trabalhar com Redução de Danos é preciso despir-se do “jaleco branco” e ir para trabalho de campo, cara a cara, frente a frente com os usuários de drogas em seus bretes*, disposto a ouvir e aprender com eles. Sem devaneios românticos e com uma alta dose de respeito às pessoas com as quais estabelecemos vínculo, é preciso depois produzir saber. De nada vale o meu saber sem o saber do outro com o qual estabeleço interação. O saber dos usuários de drogas, em especial, as injetáveis e o Crack, tem ficado perdido, escondido sob o véu da marginalidade e da criminalidade com que a nossa sociedade lhe cobre. Como pretender trabalhar com essa população sem compreender e vivenciar essa realidade de mão dupla?

As estratégias de Redução de Danos possibilitam que os usuários de drogas sejam os protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas e que os Redutores de Danos compreendam o vocabulário e o saber acerca de sua própria vida. Não é mais aceito que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, quais suas necessidades e o que devem pedir ou não. A Redução de Danos é, antes de mais nada, um estímulo a auto-análise e, conseqüentemente, uma possibilidade de auto-organização.

O trabalho de campo dos Redutores de Danos nos remete a um aprendizado único e nos permite rever os nossos métodos mais antigos de crescimento e amadurecimento. Torna-se necessário aprender a compreender as pessoas que estão no sub mundo, na periferia da vida, fora do alcance das instituições e no limiar dos nossos preconceitos. É necessário compreender que teremos que “aprender com eles” em uma troca constante de respeito e dignidade, e, isso só se tornará possível à medida que essa mudança ocorra de “dentro para fora”, “com o outro” e não “para o outro”.

Cada passo marcado por reflexões, incertezas, decisões, acertos, consertos. Histórias de vidas que foram modificadas pela possibilidade de resgate humano e cada uma dessas pessoas que se reencontrou, redimensionou sua trajetória. Foi inevitável a coleção de fracassos, fraturas, tropeços. Um trabalho visceral, envolvendo o que o humano tem de mais próprio: a sensibilidade. A chance de alguém, que estava banido do cenário social, retomar sua condição de cidadania. O orgulho em aprender a superar os desafios da escolarização, da cultura, da falta

de possibilidades, da história da vida. É disso que vamos tratar: histórias da vida!

O que chamamos de Redução de Danos é, não apenas um conjunto de estratégias de saúde voltadas aos usuários de drogas, mas, uma retomada dos valores contidos nessa prática. Tem a ousadia de querer modificar essas práticas e também de redimensionar e qualificar o que entendemos por cuidado e acima de tudo o que denominamos políticas sobre drogas. Uma mistura saudável de missão e desafio, em busca de um estado de maior bem-estar social para todos.

***Brete:** local de consumo de drogas ou cena de uso.

Referências

- Linguagens da Violência* - Editora UERJ -Rio de Janeiro - 2002.
Mal (dito) Cidadão - Domiciano J.R. Siqueira -Editora King Gráfica-2006
Clínica Peripatética - Antonio Lancetti - Editora Hucitec-2012.
Troca de Seringas: Drogas e Aids - Ministério da Saúde - 1998.



EDITORIAL

*Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Julia Landgraf Pupo
André Vinicius Pires Guerrero
June Corrêa Borges Scafuto*

As recentes transformações no panorama internacional das Políticas sobre Drogas apontam para o reconhecimento da ineficaz guerra às drogas, mobilizadora de estratégias que não cumpriram as promessas de controle do tráfico, e que afastaram as oportunidades de implementação de ofertas de tratamento e inclusão social, baseados em princípios democráticos e de direitos.

A política brasileira sobre drogas se pretende de caráter intersetorial, porém, a circunscrição ao campo das políticas criminais repercutiu no atraso das políticas de saúde, assistência social, educação e trabalho, consolidando a drogadição como um "bode expiatório da criminalidade", sob o paradigma proibicionista, estabelecendo dois modelos principais de cuidado: o moral/criminal e o da doença.

Paradoxalmente, é também neste cenário que se reconhece a complexidade da temática e as marcas histórico-políticas, considerando questões que perpassam a economia das drogas, conflitos de diversidade de gênero, classe e etnia, além do debate sobre a criminalização das necessidades sociais. Destacam-se, neste contexto, grupos populacionais com maior exposição a situações de violência e menor acesso a oportunidades educacionais, sociais e produtivas: pessoas em situação de rua; negras e pardas; mulheres e pessoas transgênero.

Outro ponto de destaque refere-se à vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids (IST/Aids), o que denota a importância da construção de um trabalho dialógico que contemple ações de cuidado integral que, de fato, constituam propostas que façam sentido, considerando peculiaridades dos distintos grupos populacionais, suas disponibilidades e possibilidades reais.

O curso "Drogas e Direitos Humanos: protagonismo, educação entre pares e inclusão produtiva" teve a pretensão de articular estratégias que pudessem incidir sobre os principais desafios referentes ao uso problemático de drogas, a partir da responsabilidade social da Universidade com a comunidade na qual se insere. A formação foi forjada com o contorno do Programa de Extensão Universitária de Apoio à Rede de Atenção Psicossocial de Santos, realizado a partir do estabelecimento de parcerias interinstitucionais envolvendo o Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras drogas da Fiocruz Brasília, o Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão DiV3rso: Saúde Mental, Redução de Danos e Direitos Humanos da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, e o Centro de convivência É de Lei, de São Paulo, e foi desenvolvida sob a perspectiva da Educação Popular e Educação entre pares.

O Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Fiocruz Brasília ofereceu apoio logístico para a realização do curso, buscando impulsionar e mobilizar os debates relacionados ao cuidado das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e seus direitos. O referido Núcleo desenvolve ações de pesquisa e formação, metodologias de governança digital e sistematiza estratégias técnicas para gestão, prática e inovação no campo da atenção psicossocial, e se propõe trabalhar de forma aberta, em parcerias, visando promover o cuidado em liberdade,

o exercício da cidadania e a garantia dos Direitos Humanos das pessoas em situação de vulnerabilidade. Parcerias como esta, fomentam o desenvolvimento institucional dialógico e estratégico da Fiocruz no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, colocam a instituição mais próxima do cotidiano e das necessidades das pessoas, além de contribuírem para sua missão de fortalecer o Sistema Único de Saúde.

O Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão Diverso: Saúde Mental, Redução de Danos e Direitos Humanos, da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, foi responsável pela coordenação geral do curso e supervisão técnica, participando da idealização e operacionalização do curso, atuando na seleção da equipe e dos participantes, ministrando parte das aulas e agenciamento com (sugestão de correção: oferecendo aos/intermediando com) trabalhadores dos serviços públicos todo o apoio necessário à viabilização da participação plena da população, em especial, em situação de rua. Cabe aqui destacar a parceria preciosa que se estabeleceu com a equipe do Consultório da Rua de Santos e do Guarujá, o Centro de Atenção Psicossocial, referência para questões envolvendo uso de álcool e outras drogas, (CAPS AD Zóia de Lula), o Centro Pop e o Seacolhe, da Assistência Social de Santos.

O Centro de Convivência É de Lei participou da elaboração do curso e foi responsável pela coordenação pedagógica. Disponibilizou, tanto o material de conteúdo das aulas (apresentações de slides, vídeos, vivências e dinâmicas), quanto o material impresso, que serviu de ferramenta de apoio para cursistas (folders com informações sobre cada uma das substâncias psicoativas, a Cartilha de Drogas e Direitos Humanos e o Caderno do Redutor), e que, posteriormente, foi usado nas ações dos projetos de intervenção. A equipe de docentes do Centro de Convivência foi responsável por parte das aulas e supervisionou os projetos.

Os grupos de interesse prioritários foram formados por pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, inseridos nos serviços de saúde e assistência social do Município de Santos e região, profissionais com formação em nível médio atuantes nestes serviços e graduandos da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, beneficiários das políticas das ações afirmativas.

O curso foi realizado na Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, na cidade de Santos, que é a maior cidade da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), uma região instituída pela Lei Complementar Estadual 815/1996, totalizando mais de 1,5 milhão de habitantes.

A cidade de Santos tem a singularidade de contar com o Complexo Portuário de Santos, que desempenha funções de destaque no estado e, além disso, tem atividades industriais e de turismo, entre outras de abrangência regional, como as relativas aos comércios atacadista e varejista, ao atendimento à saúde, educação, transporte e sistema financeiro. Ademais, a região possui uma grande variedade de atividades de suporte ao comércio de exportação, originadas pelas operações no Complexo Portuário.

O forte potencial turístico também coloca a cidade de Santos, enquanto principal polo da região, como referência, despertando o interesse de pessoas que buscam nessa localidade oportunidades de trabalho que inúmeras vezes não se efetivam, desencadeando novas situações de vulnerabilidade, como, condições indignas de moradia, possibilidades precárias de inserção laboral, a população em situação de rua é crescente, formada em parte por migrantes e egressos do sistema prisional; além de grande atividade de exploração sexual, com aumento expressivo de incidência de tuberculose, sífilis, hepatites virais, HIV, e situações de violência, e também de preocupantes taxas de mortalidade materno-infantil.

Além de ser uma cidade portuária, Santos se caracteriza por possuir várias universidades, públicas e privadas, o que também promove uma grande circulação de jovens de diferentes localidades e culturas que, frente aos desafios da vida universitária, podem ficar mais expostos ao consumo de drogas e as IST/Aids.

A relevância do curso se justificou pela magnitude da problemática do uso de drogas na região, em especial junto a populações em situação de alta vulnerabilidade, bem como, no meio universitário, pela necessidade de articulação territorial da rede de serviços; pela importância de qualificar as intervenções profissionais, a serem realizadas mais adequadamente se apropriadas das diferentes dimensões e tecnologias de ação disponíveis, pela importância de construir acesso a populações em situação de vulnerabilidade, viabilizando outros lugares sociais àquelas cujos problemas se acumulam aos aspectos relacionados ao uso de drogas, valorizando o saber da experiência como ferramenta para a ação.

Foi importante resgatar e inspirar essa experiência no histórico da região, que tem no Município de Santos, o pioneirismo na implantação do SUS, de uma política de cuidado territorial em saúde mental, substituindo o modelo asilar de tratamento, e o primeiro programa público de redução de danos do país, contribuindo para as perspectivas que, efetivamente, obtiveram êxito na epidemiologia do HIV/Aids no país.

Contou-se também com a legitimidade da Universidade Federal de São Paulo, em sua função pública de produzir conhecimento e disseminá-lo para a qualificação das diferentes políticas públicas, ressaltando que é recente para universidade pública se deparar internamente com as situações de sofrimento dos estudantes, em especial, aqueles beneficiados pelas políticas de ações afirmativas, evidenciando a necessidade de debates e desenvolvimento de ações que incidam sobre a violência, sofrimento psíquico, e uso de drogas, anteriormente mais visíveis como uma problemática extra campus.

O êxito do projeto se expressou através da aproximação entre a comunidade local e a universidade, contribuindo com a política de permanência estudantil, e constituindo um campo frutífero para o desenvolvimento de ações afirmativas, além de efetivar a ampliação do acesso da população à Políticas de Educação, em especial para aqueles que, por outros caminhos, apresentam grande dificuldade em dar continuidade a processos formativos e/ou profissionalizantes por conta de desigualdades construídas histórica e socialmente. A metodologia empregada de Educação entre pares possibilitou, inclusive, aprimorar o desenvolvimento de processos pedagógicos autônomos dentro e através da comunidade, visto que objetivava o empoderamento e a formação de agentes multiplicadores e facilitadores. Nessa visada, a equipe responsável pelo desenvolvimento do curso, era composta por coordenadores, docentes, supervisores, tutores e facilitadores, dentre os quais, pessoas com o mesmo perfil dos grupos de interesse prioritário, pessoas com vivências problemáticas relacionadas ao uso de drogas, atendidas nos diferentes serviços, trabalhadores de nível médio e estudantes da Unifesp, vinculados às políticas afirmativas.

Uma formação prévia dos tutores e facilitadores propiciou a adequação do curso a uma linguagem adequada ao público que chegaria, posteriormente, a evidência da diversidade de vivências possíveis em relação ao consumo de drogas em diferentes contextos e oportunidades, e a necessidade de uma revisão da concepção da direção do curso, respeitando profundamente as experiências que legitimamente se expressavam de forma aguda em nossos encontros, proporcionando a todos uma experiência profunda de transformação a partir da diferença.

Mais comumente, nas poucas oportunidades de investimento em educação permanente para

trabalhadores dos serviços de saúde, assistência social, educação, entre outros, mesmo que possa se pautar na ótica dos direitos humanos e da cidadania, ainda se faz uma tradicional separação entre as pessoas que cuidam, acolhem e ensinam, daqueles que são cuidados, acolhidos e ensinados, não obstante o norte ético de algumas formações apontarem para a necessidade de construção conjunta de respostas frente a complexidade das questões que a vida e seus contextos demandam.

Compreendemos como uma das mais valiosas contribuições desse processo, a transgressão desse modo de fazer educação libertária, essa conexão entre os diferentes no mesmo espaço, partindo do reconhecimento dessa diferença como potência transformadora de concepções e práticas.

Tal perspectiva potencialmente proporcionou a abertura de novas parcerias por meio da realização de projetos de intervenção nos contextos de rua, universidade e serviços, fazendo multiplicar o conhecimento ali produzido, com vistas à qualificação da atuação profissional engajada, e aberta ao real protagonismo dos usuários. Lado a lado, docentes, estudantes, pessoas com vivências problemáticas do uso de drogas e trabalhadores, configuram ainda o quadro de autores dos capítulos que seguem e pretendem adentrar o cotidiano dessa experiência que queremos contar!

Desejamos a todos, uma boa viagem!



PARTE 1

Subsídios para o debate

- 1** Reforma psiquiátrica e política sobre drogas: Diálogos necessários
- 2** Escuta, Respeito e Cumplicidade na busca pelo cuidado
- 3** Desenvolvimento de insumos para o trabalho de campo
- 4** Racismo e Redução de Danos: Uma breve leitura biopolítica.
- 5** Prevenção Combinada ao HIV/AIDS e Redução de Danos

REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA SOBRE DROGAS: DIÁLOGOS NECESSÁRIOS

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

(...) não cessei de alardear meu desinteresse pelas drogas e meu extremo interesse pelos humanos – homens, mulheres, adolescentes e crianças de rua – usuários de psicoativos legais e ilegais, em geral como solução para suas vidas miseráveis e, só muito raramente, como causa, em que pese a luta constante para conseguir uma droga ou outra, a violência, as doenças físicas e da alma, a violência do tráfico, a falta de sensibilidade ou o interesse disfarçado do poder público, mediado pela mão pesada da polícia. (Antonio Nery, 2015)

INTRODUÇÃO

A Utopia de uma Reforma

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano

No campo da saúde mental são recorrentemente problematizadas as políticas de segregação e extermínio que foram impostas à parte da população, sob diferentes justificativas, em instituições semijurídicas, e que ciclicamente retornam às pautas como novas respostas a velhos problemas que se atualizam, e seguem disputando a compreensão do complexo fenômeno do sofrimento psíquico como questão de ordem moral, religiosa, orgânica, sanitária ou policial.

Sabe-se que, para consolidar-se como disciplina médica no Século XVIII, a psiquiatria forjou um paradigma sustentado na epistemologia da loucura enquanto doença, distinguindo locais de aprisionamento de instituições especializadas para internação das pessoas acometidas (das prisões aos hospitais psiquiátricos), deslocando o objetivo da segregação social de uma medida punitiva para uma medida de tratamento, mantendo porém, a periculosidade do louco como justificativa para internação, procedimento que, paradoxalmente, partia do princípio do isolamento, para garantir o desenvolvimento de conhecimentos e produzir a suposta cura.

Os avanços da medicina moderna, desde a segunda metade do século XIX, tomaram o desafio de controlar as doenças contagiosas, e revelaram uma nova vocação organizativa com a criação de modelos de intervenção higienistas, que transformaram o soma no lugar onde transitam germes, reduzindo pessoas a partir de seu corpo, de seu patrimônio genético. Por outro lado, vincularam cura a necessárias modificações no ambiente, evidenciando que a luta contra a morte não poderia sustentar somente por intervenções orgânicas, mas também por uma transformação social, o que ampliaria definitivamente o alcance e o poder da medicina nas sociedades industriais modernas (BASAGLIA E GALLIO, 1991).

Quando, contudo, a psiquiatria organicista havia construído arsenal para se aproximar da medicina, descobre-se que seus conhecimentos e práticas são inúteis diante dos novos problemas identificados. Suas terapias não promoviam cura e provocavam verdadeiras atrocidades com o corpo doente. O que exigia a revisão de suas definições patológicas e declinar do limite do soma, recorrendo a outros saberes – psicologia, psicanálise, sociologia – dos quais derivam novas teorias da aprendizagem, uma nova concepção da patologia social geral e uma rica elaboração de modelos de organização. (BASAGLIA E GALLIO, 1991).

As tentativas de constituição de novos paradigmas, partem dos movimentos reformistas pós-guerra, mas, acabaram se limitando à defesa do corpo médico, com reajustes normativos, e tutelas profissionais. O fenômeno da psicanálise, colocando em xeque os limites do normal e patológico, e o pragmatismo behaviorista, deduzido da organização taylorista do trabalho industrial, junto da criação de novos serviços em torno do hospital psiquiátrico, foram insuficientes para preservar uma psiquiatria pública dos processos que se seguiram de crescente desqualificação, da invasão do mercado privado, com incipientes críticas às práticas de internação que, por sua imprecisão acerca de duração e resultados não correspondia à necessidade de reformulação. (BASAGLIA E GALLIO, 1991).

Na prática, as instituições criadas para atender os loucos, além de reproduzirem as relações sociais dominantes, exerciam funções de punição e controle social, reforçando processos de exclusão e alienação, com restrição de trocas sociais e divisão clara de poder, características sobrepostas à sua função terapêutica. O conceito de estigma, cunhado por Erving Goffmann, nos ajuda a verificar como tal mecanismo acaba por invalidar pessoas com a experiência de sofrimento psíquico grave, incluindo aquelas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, impactando expectativas de contratualidade junto a profissionais, famílias e comunidades, invisibilizando as fragilidades do próprio modelo de cuidado.

Rotelli (2001) nos indica que, diante da restrição das reformulações, muitas experiências de desinstitucionalização foram reduzidas à desospitalização, gerando transinstitucionalização e/ou abandono de parcelas relevantes da população. Da mesma forma, novas estruturas assistenciais e/ou jurídicas foram sendo criadas para justificar novas modalidades de internação e asilamento – jovens, com problemas diversos (sociais, econômicos, de saúde), que perturbam a ordem pública e não redutíveis a categorias diagnósticas definidas, que circulam entre os serviços sem construir relações estáveis (BASAGLIA E GALLIO, 1991).

As internações em hospitais psiquiátricos continuaram então a ocorrer, com peso não secundário esperado, produzindo a lógica revolving door – uma resposta que dribla o controle burocrático, mas, produz um círculo vicioso dentro de um sistema, que passa a funcionar como circuito, num jogo de alimentação recíproca, os tornando crônicos. Novas formas de dominação, a partir da produção de necessidades artificiais (ROTELLI, 2001).

Para Basaglia e Gallio (1991), a psiquiatria, dividida entre velhas práticas de sequestro das pessoas – internação – e as novas formas de manutenção do doente em um circuito de dependências institucionais, organizada em múltiplos e diversos critérios disciplinares e jurídicos, não alcançou os objetivos a que se propunha no momento de sua conversão ao social e ao saber da relação. Permaneceu subalterna à medicina, não se deslocando muito do estabelecimento dos critérios de periculosidade social, continuando seu papel de emissora de sanções de comportamentos desviantes. Se, quando lhe foi tirado o papel

de legitimação passiva dos procedimentos de exclusão, acabou por se expor a outros níveis de cooptação e chantagem nas regras de integração e defesa social, converteu seu laboratório dos pobres no simples registro das pobreza, onde todos aqueles que eram objeto do olhar médico e do experimentalismo químico, elétrico e físico, passaram a ser classificados e administrados.

Para os autores, a grande difusão da psiquiatria como especialidade médica levou a um processo de psiquiatrização dos problemas sociais, ampliação os mecanismos de controle social na comunidade, por meio de uma terapia para “normais”. Esses efeitos de seleção, sob a lógica empresarial, cooptou os serviços para práticas de seleção de usuários, com base na própria competência. Tendo na falta de resposta aos problemas e sofrimento das pessoas a perpetuação do abandono que, embora cotidianamente encoberta pela entrada no circuito, possa se dar de forma inaparente (BASAGLIA; BALLIO, 1991).

Nos anos 50, a Itália, profundamente marcada pelo fascismo e com a inércia da guerra, de modo tardio a outros países da Europa, como a França e a Inglaterra, mantinha os manicômios como instituições sem contradições, não os associando ao desafio de um projeto de reconstrução nacional. Essa articulação passa a ser instaurada a partir de um grupo de técnicos críticos a sua prática, que percebiam a necessidade de agregar em suas reformulações reflexões mais amplas, oriundas do mundo social, político e cultural, o que uniu psiquiatras, representantes de forças sindicais, políticas e culturais, num movimento denominado Psiquiatria Democrática (ROTELLI, 2001).

Tal movimento expressava uma crítica radical a todas as instituições totais, em particular o hospital psiquiátrico, propondo problematização acerca das relações entre técnica e política, reconhecendo que o trabalho neste campo não poderia prescindir da matriz de exclusão social sobre a qual os manicômios foram constituídos, sobre a qual a psiquiatria se funda, através da delegação ao controle dos grupos sociais. Reconhecendo dessa forma nexos entre saber e poder, criticando a promessa de neutralidade da ciência. Uma sociedade que se baseia em uma lógica de desequilíbrio social, de estigmatização da diversidade, da debilidade, do distúrbio social, tem intrinsecamente necessidade de excluir, e exige o manicômio – um lugar para conter, isolar e separar. (ROTELLI, 2001).

A Psiquiatria Democrática propunha como princípios teóricos: o privilégio das práticas, com a transformação concreta das instituições; viver dialeticamente as contradições do real como aspecto terapêutico do trabalho; colocar a doença entre parênteses, numa ruptura que identifica o “duplo” do sofrimento mental – o que é próprio da condição de estar doente, e o que deriva de estar institucionalizado; e superação da relação de tutela por uma relação de contrato (ROTELLI, 2001).

Manuel Desviat (1999) reconhece na Reforma Psiquiátrica Italiana a desconstrução do paradigma racionalista problema/solução, que explicita à psiquiatria e demais saberes que se agregam a ela, seu alcance enquanto ação política, para somente assim recusar ao mandato social de isolar e anular os sujeitos à margem da normalidade social. Essa perspectiva convoca trabalhadores à luta contra a exclusão e a violência institucional, a demolição dos manicômios e à transposição da crise da pessoa para o âmbito social, onde funcionam os mecanismos originários de marginalização.

Para Basaglia e Ballio (1991) essa crítica da autoridade médica, somada a uma atribuição de contratualidade à pessoa que sofre, desloca os esforços para provocar este último à interação e participação na organização coletiva, e os trabalhadores a constantemente se sujeitar a uma pedagogia do risco; uma realocação dos fluxos de poder; a novas

vocações terapêuticas. Alertam, contudo, que qualquer vocação terapêutica, a partir da instituição ou do investimento no social e no território, condena o saber técnico a lidar constantemente com a miséria e pobreza, que lhes são constantemente destinadas, como sua própria contradição, seu objeto social. O que força a prática terapêutica a se reorganizar a partir da afirmação dos direitos da pessoa doente, se valendo de novas alianças, recusando tutelas abstratas, em uma constante provisoriamente.

Uma legitimação que deve vir apenas com a real destruição do manicômio, apostando na contratualidade social, nos espaços físicos da cidade, abandonando a busca ilusória pela cura e transformando o objetivo do cuidado na busca pela emancipação, a terapia deve ser reconfigurada como um conjunto de estratégias cotidianas de transformação dos modos como as pessoas são tratadas ou não tratadas, para transformar por consequência o próprio sofrimento (ROTELLI, 2001).

Propõe-se então o processo de desinstitucionalização como uma prática de transformação social, que é sobretudo um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos, caracterizado por três aspectos: a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes – dos lugares de zero intercâmbio social, à multiplicidade das relações sociais; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas da internação, e da transformação dos recursos que estavam lá.

Para a substituição do asilamento, foram criadas na experiência italiana os primeiros centros de saúde mental com funcionamento 24 horas, plantões psiquiátricos em hospitais gerais, cooperativas sociais de trabalho, serviços para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, espaços para atividades culturais e recreativas, e uma aproximação da relação com sistema prisional (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Tais serviços tinham o desafio de se responsabilizar por um território delimitado, recusando práticas de encaminhamento, com regras institucionais organizativas para funcionamento ininterrupto e aceitação de todas as demandas: urgência, crise, reabilitação. Considerando sempre como inimigos o abandono das pessoas dentro de instituições totais, e o abandono das pessoas pela rua, o que só pode ser combatido por instrumentos concretos de funcionamento: manter portas abertas – como fato físico, organizativo e atitudinal (disponibilidade); não transformar diagnósticos em julgamentos (se valer da técnica para invalidar, excluir e negar a autenticidade das experiências e violar direitos); efetivar uma inversão dialética – as instituições passarem a se organizar para responder às necessidades das pessoas e não de seus trabalhadores – uma prática libertária para ambos. (ROTELLI, 2001).

Uma nova ordem que revela a precariedade a que estamos todos submetidos – o velho e o novo doente mental, o desviante, o que usa droga transformado em marginal – e nos invoca a sustentar a força contrária à criminalização do Estado, exigindo dele intervenções que revertam os problemas de sofrimento social (BASAGLIA E GALLIO, 1991).

A produção de uma diversa e complexa prática terapêutica pautada na compreensão da pessoa, na transformação de suas possibilidades concretas de vida, a partir da construção cotidiana do encontro e da intransigente afirmação da liberdade”.

Nicacio; Campos (2007, p. 146)

A Reforma Psiquiátrica Coletiva Brasileira

A Constituição Federal Brasileira 1988, em seu artigo 5º, garante que “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”. Garante ainda que a restrição ou privação de liberdade devem ser concebidos somente como pena para ato infracional e que ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal (BRASIL, 1988). Será que todos temos vivido, ao longo da história, esses direitos da mesma forma?

A partir do contexto de redemocratização do país, após um violento período de ditadura militar, no qual proliferaram instituições psiquiátricas privadas, totalizando cerca de 100 mil vagas (não necessariamente leitos), financiadas por recursos públicos, foram evidenciadas necessárias diretivas acerca da garantia dos recentes direitos constitucionais, a uma parcela da população sobre a qual circundam dúvidas acerca do exercício pleno da cidadania. Tais pessoas foram submetidas a práticas de restrição de liberdade sob justificativa de tratamento, que se mostraram ineficazes, violadoras e comparáveis a práticas de tortura. Nos hospitais brasileiros, milhares de pessoas tornaram-se moradores e compuseram um grupo heterogêneo com características de todas as ordens: pessoas com deficiência, loucos, usuários de drogas, mulheres que engravidaram dos patrões.

A Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001) constituiu o marco político de um novo paradigma que coloca os direitos humanos no centro dos cuidados em saúde mental, a Atenção Psicossocial. Inspirado no Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, propõe-se a desconstrução do hospital psiquiátrico e de todo o aparato conceitual, técnico, político e econômico que o sustenta (AMARANTE, 1998). Tal paradigma parte então da epistemologia da saúde mental como um campo teórico-prático interdisciplinar, que recoloca a psiquiatria como uns dos saberes, não o único, junto com a sociologia, psicanálise, a antropologia e outros tantos, desafiados a construir efetivamente uma prática terapêutica – qual seja, a construída a partir do princípio da liberdade (NICÁCIO, 2003)

Essa nova perspectiva, valoriza a dimensão relacional e psicossocial e os múltiplos determinantes do processo saúde/doença, reconhece a multidimensionalidade do sofrimento, afirmando o território e os contextos reais de vida como locus do tratamento, validando a pessoa que sofre, a priori, como sujeito de direito. Esse modo de conceber e cuidar, invoca a organização de saberes multiprofissionais de forma interdisciplinar, tendo como objetivo final a ampliação da autonomia e emancipação das pessoas (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Sustento aqui, como Delgado (2007), que a Reforma Psiquiátrica nos exige a articulação de uma nova prática clínica que é também política, que ultrapassa qualquer expectativa de sacralização, com inequívoca direcionalidade ética, reconhecendo a condição de sujeitos em relação – sujeitos contingentes e históricos, aqueles que têm o ofício do cuidado quanto os que pedem, beneficiam-se ou não desse cuidado; uma clínica que deve buscar, exercer e suportar diversos espaços de cuidado, para ajudar as pessoas a conviver com a profunda dor do sofrimento psíquico, além de construir lugar social para a loucura, e que, para tanto, deve necessariamente acontecer nos territórios, sempre contingentes.

Os avanços e desafios em substituir o modelo asilar, sobremaneira, são atravessados por diferentes contextos de violenta desigualdade e potências, além de interesses políticos, corporativos e econômicos, que incluem o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, as disputas por modelos de cuidado.

Drogas: de uma questão de segurança pública para uma política de cuidados às pessoas

Muitas das dificuldades do estabelecimento de uma política de cuidados às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas localizam-se na restrição da questão das drogas ao escopo da segurança pública e da justiça, desde ao início do século XIX quando, por influência dos Estados Unidos da América (EUA) se constitui o paradigma proibicionista, estabelecendo as ações de repressão e intervenção, com o foco na redução da oferta de drogas (BOARINI; MACHADO, 2013).

Tais concepções instituem modelos assentados nas ideias morais, criminais ou de doença que, a partir de ações de persuasão, intolerância, produção do medo, não só não cumpriram as promessas de redução da oferta, ainda que gerando uma explosão nos sistemas penitenciários e penais, como também não reduziram o consumo e os problemas com as drogas. Na saúde, esse paradigma desenhava práticas de alta exigência e da imposição da abstinência, reduzindo o processo de adoecimento à sua dimensão biológica, reproduzindo estigmas e afastando os mais graves de oportunidades de cuidado (BOARINI; MACHADO, 2013).

No Brasil, a primeira legislação que trata da questão das drogas, data de 1920, restringindo o uso de substâncias “venenosas” - ópio e cocaína - à recomendações médicas, indicando como medidas para o descumprimento dessa indicação a internação e o isolamento social. Em 1938, um decreto-lei regulamenta a fiscalização acerca de “entorpecentes”, ao que inclui a maconha e a heroína, e o uso de bebidas alcoólicas, instituindo o conceito de toxicomania, uma doença a ser notificada compulsoriamente (BOARINI; MACHADO, 2013).

A relação indissociável entre medicina e segurança pública é explicitada, por meio da regulamentação da internação e da interdição civil, a internação obrigatória no mesmo marco legal é indicada por autoridade sanitária ou judicialmente, quando da comprovação da necessidade de tratamento ou quando fosse conveniente à ordem pública, tornando proibido o tratamento domiciliar e seria passível de alta médica, quando da confirmação de cura, comprovada por testes e exames. Ainda, em seu artigo 34 “Sugerir ou procurar satisfação de prazeres sexuais, nos crimes de que trata esta lei, constituirá circunstância agravante” (BRASIL, 1938).

Em 1976, a Lei 6.368 de 1976 (BRASIL, 1976) mantém em seu texto, de forma indiscriminada a criminalização de usuários e traficantes de substâncias consideradas ilícitas, configurando o tratamento como uma medida a ser tomada, frente a situações de dependência, e com penas previstas de 3 a 15 anos de reclusão. Nesta lei é que surge o termo “prevenção” que, em 2002, na Lei 10.409 (BRASIL, 2002), divide uma subseção com a ideia de “erradicação”, e também a primeira menção a uma série de instituições de interface com a questão das drogas, especificamente no Artigo 10:

Os dirigentes de estabelecimentos ou entidades das áreas de ensino, saúde, justiça, militar e policial, ou de entidade social, religiosa, cultural, recreativa, desportiva, beneficente e representativas da mídia, das comunidades terapêuticas, dos serviços nacionais profissionalizantes, das associações assistenciais, das instituições financeiras, dos clubes de serviço e dos movimentos comunitários organizados adotarão, no âmbito de suas responsabilidades, todas as medidas necessárias à prevenção ao tráfico, e ao uso de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica.

Ambas as leis, foram substituídas em 2006, Lei 11.343 (BRASIL, 2006), na qual aparece o princípio de respeito aos direitos fundamentais da pessoa, especialmente a autonomia e a liberdade, e a supressão da pena de privação de liberdade a quem “adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo próprio” substâncias consideradas ilícitas.

Da mesma forma, podemos perceber a tendência internacional, mais explícita a partir dos anos 2010, de ponderação frente a repercussão que teve a política de guerra às drogas, na reprodução de violação de direitos para parte da população.

Em março de 2012, ONU, OMS, Unicef emitem uma declaração¹ conjunta onde pedem o fechamento de centros para tratamento obrigatório de problemas com drogas, considerando a “privação da liberdade de forma arbitrária é uma violação inaceitável das normas internacionalmente reconhecidas de direitos humanos”. Nos anos subsequentes, tais organismos seguiram se manifestando, indicando que “priorizar internação compulsória para tratamento de drogas é “inadequado e ineficaz”, exacerbando condições de vulnerabilidade e exclusão social², e que contraria o documento elaborado pela OMS em 2008, que descreve dez princípios gerais que devem orientar o tratamento da dependência de drogas, dentre os quais, um especificamente que explicita o direitos a autonomia e a autodeterminação³.

Em 2013⁴, relator especial da ONU, afirmou que:

“...Cuidados médicos que causam grande sofrimento sem nenhuma razão justificável podem ser considerados um tratamento cruel, desumano ou degradante, e se há envolvimento do Estado e intenção específica, é tortura...”

Alertou ainda sobre reeducação através do trabalho, em instituições geralmente controladas por forças militares ou paramilitares, forças policiais ou de segurança, ou empresas privadas, com relato em alguns países, de “detenção” de outros grupos marginalizados, incluindo crianças de rua, pessoas com deficiência psicossocial, profissionais do sexo, pessoas desabrigadas e pacientes com tuberculose, nesses centros.

Esses movimentos acontecem, porém, num contexto de transição, onde velhos sistemas ainda não foram desarticulados, e que novas regulamentações ainda não foram efetivamente firmadas, mantendo o caráter proibicionista, que consiste na adoção de medidas de interdição e repressão ao consumo de certas substâncias psicoativas, proposto ao final do século XIX no ocidente, ganhando status de Política Mundial a partir dos EUA.

A representação social das pessoas que usam drogas

Chamamos de representação social a imagem compartilhada que uma comunidade constrói em relação a algo, com o objetivo de tornar familiar o que lhe parece insólito, vinculando então, em nossa memória individual e coletiva, imagens às quais ancorar o que nos parece incomum. As representações sociais, no entanto, mudam com a transformação da cultura, dos valores, dos conhecimentos, das condições econômicas, da mentalidade. (LEPRI, 2012)

A redução da complexidade da questão das drogas à ilegalidade e ao crime, negando os demais tipos de circulação, ainda que de consumo também problemático – como as drogas prescritas e lícitas –, repercutindo na consolidação de uma imagem de sujeitos marginalizados, criminosos, desumanizados (CORDEIRO, 2014). Tal construção reflete ainda atualmente da dificuldade do desenvolvimento de estratégias mais efetivas de cuidados, invertendo a condição

¹ Disponível em: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/03/COMPLETA_DECLARACAO_CONJUNTA_MARCO_2012-Traducao.pdf

² Disponível em: <https://nacoesunidas.org/priorizar-internacao-compulsoria-para-tratamento-de-drogas-e-inadequado-e-ineficaz-diz-oms/>

³ Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf?

⁴ <https://nacoesunidas.org/internacao-compulsoria-e-discriminacao-na-saude-podem-ser-formas-de-tortura-diz-especialista-da-onu/>

de sujeito (pessoa acaba sendo considerada um objeto) e de objeto (droga acaba sendo considerada um sujeito que destrói, mata, entorpece...).

Podemos perceber que socialmente o marcador mais valorizado acaba sendo menos os riscos da própria substância e seus padrões de consumo, e mais seu tipo de circulação e de acesso (CARNEIRO, 2014, p. 27): o consumidor de maconha é criminoso mesmo que seja usuário ocasional; o consumidor de tabaco é alguém que precisa da sua droga mas, incomoda em ambientes fechados; o consumidor de álcool – pode ser um doente, ou tê-lo como uma profissão; o consumidor de medicamentos não é visto como doente mesmo que consuma em excesso. Portanto, o status de legalidade tem definido sobremaneira os marcadores válidos para se avaliar os problemas com drogas.

Alguns outros marcadores também são imprescindíveis para a compreensão das representações sociais vigentes. Para Siqueira (2006), as pessoas que fazem uso de drogas e, configuram entre as camadas mais pobres, são extremamente estigmatizadas e têm seus direitos sociais negados, sendo transformadas em sujeitos criminosos, doentes ou pecadores. Considerando a questão de raça/etnia e gênero, as estatísticas não deixam negar a produção de marcas importantes na estruturação (ou ausência) de políticas públicas voltadas a esta população.

Caindo na Rede – um desafio em construção

Mais recentemente, vimos fortalecer um discurso que tenta marcar a responsabilidade do campo da saúde acerca da questão do uso de drogas, num esvaziamento da histórica delegação aos equipamentos de segurança para garantir “cuidado”. Antonio Lancetti (2015) nos alerta, no entanto, que foi a autoridade médica moral um forte componente das raízes do proibicionismo, e que a substituição de uma redução por outra (considerar a dependência estritamente uma doença crônica e recidivante), pode também ocupar um lugar perigoso e demagógico, alimentando o que chamou de contrafissura, que insere-se da mesma forma nos processos de subjetivação.

Reconhecemos esse efeito quando nos deparamos com a excesso de expectativa de respostas rápidas e simplificadas que acabam por negar as conquistas históricas da democracia e da Reforma Psiquiátrica, em nome novamente do cuidado, restringindo acessos, reavivando o ultrapassado princípio do isolamento, negando direitos, criando novas interpretações legais, burlando a laicidade do Estado, distorcendo e reduzindo possibilidades e objetivos mais concretos e honestos de tratamento.

Ora, se nos deparando com situações de extrema complexidade, envolvendo diferentes drogas, motivos para uso, padrões de consumo e contextos sociais, o que nos autorizaria a uniformizar o cuidado? A complexidade nos exige uma compreensão mais ampla que a abordagem biológica ou moral, de natureza interdisciplinar e intersetorial, para abordagens também multifatoriais. Nem sempre o ideal será possível. Frente a tal cenário, as saídas não podem ser ainda mais violadoras. O reconhecimento universal da condição de cidadania nos impõe que direitos são incondicionais.

Se nos deparamos então, com o vislumbre de que uma Política sobre drogas deve ser uma Política sobre pessoas, as modificações na representação social da pessoa que usa drogas deve ser objeto de nosso trabalho intersetorial, capaz de incidir também na produção intersubjetiva, num encontro transformador que nos reabilita tanto quanto a nossa capacidade e expectativa em reabilitar. Dessa forma, cabe marcar aqui um lugar de constante e atualíssima disputa – a luta por subjetivações forjadas na liberdade e na cidadania, reconhecendo na redução dos

danos de natureza biológica, psicossocial e econômica de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, um convite para consolidá-la como nosso norte ético, em aliança inequívoca com as conquistas e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Assegurados pela radicalidade proposta de desinstitucionalizar a loucura, fechando manicômios, enquanto se abrem novas produções subjetivas, capazes de propiciar a reconstituição das pessoas, enquanto sujeitos que sofrem, concebendo ainda a potência clínica da RD ao aportar dispositivos clínicos que, para reduzir riscos e danos, amplia necessariamente relações, territórios, experiências e paixões (TEDESCO; SOUZA, 2009).

Referências

AMARANTE, P. coord. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

BASAGLIA, F.; GALLIO, G. *Vocação Terapêutica e Luta de Classes*. In: Delgado, J. A Loucura na Sala de Jantar. São Paulo: Resenha, 1991, pp. 27-51

BOARINI, M. L.; MACHADO, L. V. *Políticas sobre drogas no Brasil*. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, Distrito Federal, v.3, n.3, p. 580-595, 2013.

BRASIL. *Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 22/10/1976.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil* de 05 de outubro de 1988.

_____. *Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002*. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12/01/2002.

_____. *Lei nº 10.2016 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 de abr. 2001.

_____. *Lei nº 11.343 de 23 de Agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de ago. 2006.

_____. *Decreto-Lei nº 891 de 25 de novembro de 1938*. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Diário Oficial da União - Seção 1 de 28/11/1938

CARNEIRO, H. *O uso de drogas na sociedade*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Álcool e outras drogas: da coerção a coesão. Módulo 1. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Ministério da Saúde, 2016, p.9-54.

CORDEIRO, F. *Representação social do uso de drogas, do usuário e do cuidado*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Álcool e outras drogas: da coerção a coesão. Módulo 1. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Ministério da Saúde, 2016, p.9-54.

DELGADO, P. G. G. *Por uma clínica da Reforma: concepção e exercício*. In: LOBOSQUE, A. M. Cadernos de Saúde Mental. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte: ESP-MG, 2007, v. 1.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 167 p. (Coleção Loucura & Civilização).

LEPRI, C. *Viajantes inesperados. Notas sobre a inclusão social das pessoas com deficiência*. Campinas: Saberes Editora, 2012.

MÂNGIA, E. F.; NICACIO, M. F. S *Terapia Ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios*

contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C.. (Org.). *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas.* 1ed.São Paulo: Plexus, 2001, v. , p. 63-80.

NICÁCIO, F. ***Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.*** Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

NICÁCIO, M. F. S.; CAMPOS. G. W. S. ***Afirmção e Produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial.*** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. V. 18, nº 3, 2007.

SIQUEIRA, D. J. R. Capítulo 1. In ***(Mal)dito cidadão numa sociedade com drogas.*** 1a edição. São Paulo: King Graf Gráfica e Editora Ltda, 2006. p. 13-24.

ROTELLI, F. ***A instituição inventada.*** In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. ***Desinstitucionalização, uma outra via.*** In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

TEDESCO, S.; SOUZA, T. P. ***Territórios da clínica: Redução de danos e o novos percursos éticos para a clínica das drogas.*** In: CARVALHO, Sergio Resende;

FERIGATO, Sabrina Helena. ***Conexões: Políticas da Subjetividade e Saúde Coletiva.*** São Paulo: Hucitec; 2009. p. 141-56.



ESCU TA, RESPEITO E CUMPLICIDADE NA BUSCA PELO CUIDADO



Fig. 1 - Cachimbo de madeira.
Foto: Thiago Calil

Thiago Godoi Calil¹

Este texto conta uma história. A partir do vínculo construído ao longo dos anos com pessoas que fazem uso de crack na região da Luz, centro de São Paulo, foi possível desenvolver estratégias de cuidado e insumos de prevenção para minimizar riscos, danos, e estimular o autocuidado. Esta história sobre cachimbos ilustra uma prática na perspectiva da Redução de Danos, na busca pelo cuidado de pessoas que fazem uso de drogas.

No início do trabalho do Centro de Convivência É de Lei na região da Luz em 2002, a prática se constituiu de conversas individuais em campo com troca de conhecimentos para fazer o processo de apropriação dos códigos e valores dessa cultura de uso. Em seguida, em 2003/2004, o 'É de Lei' foi convidado pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde para executar um projeto piloto que apresentava um insumo de prevenção às ISTs, para pessoas que fazem uso do crack. O uso abusivo pode provocar queimaduras nos lábios, e o compartilhamento dos cachimbos - prática comum nesta cultura de uso - aumenta o risco de possíveis contaminações. A proposta deste projeto piloto foi distribuir cachimbos de madeira (figura 1) para estimular o uso individual e prevenir a transmissão de doenças (Tuberculose, Hepatites).

No início, mesmo as pessoas que usam crack estranharam a proposta e reproduziram afirmações do senso comum, relacionando a distribuição dos insumos de prevenção com uma possível apologia ou incentivo ao uso de drogas. Para desconstruir esta relação, o uso do cachimbo foi associado ao uso de preservativos: ambos oferecem a possibilidade de proteção, caso as pessoas venham a se expor em uma situação de risco.

Este é um exemplo de ação concreta que estimula a reflexão em relação ao próprio cuidado e, aos poucos, as pessoas perceberam que se tratava de uma abordagem que não se pautava em julgamentos morais sobre as escolhas ou momento de vida. A equipe do É de Lei passou a ser reconhecida como parceira na construção do cuidado e, durante um dos trabalhos de campo, um ator social local nos apresentou a outro como "o pessoal que pensa que nem usuário".

¹ Redutor de Danos pelo Centro de Convivência É de Lei. Psicólogo e Doutorando em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP.

Durante a polêmica distribuição de cachimbos, logo percebeu-se que a cultura de uso de crack em São Paulo tinha suas especificidades. Neste processo, a aproximação e a troca com as pessoas que vivenciam a experiência de uso, revelaram que, apesar da potente intenção, o cachimbo de madeira era inadequado para a cultura de uso de crack local. Entre as críticas, ouvimos que: o bocal era largo demais, demandando muita cinza e pedra (nome comumente usado para denominar o crack) para viabilizar seu uso - o consumo de crack se faz pela queima da pedra junto com cinzas de cigarro- além disso, por ser de madeira, impossibilitava a raspagem da 'borra' (resíduos do crack que se depositam dentro do cachimbo após alguns episódios de uso) e a fabricação com madeira também impossibilita a prática de "tochar" - aquecer com fogo o cano do cachimbo para ferver e liberar a 'borra' que fica no interior do cano - pois o cachimbo de madeira pegaria fogo. Apesar de algumas práticas apresentam maior risco (o consumo da borra é o mais tóxico), estes são elementos importantes que devem ser considerados ao se pensar estratégias de cuidado para esta população.

Assim, o cachimbo de madeira não foi incorporado como uma alternativa de uso mais seguro na 'cracolândia', mas foi ferramenta potente na abertura de um diálogo que expandiu as possibilidades de intervenção. Com o término do projeto piloto e as informações sobre o desempenho do cachimbo de madeira, uma pergunta se tornou frequente entre nós e entre as pessoas que fazem uso de crack na 'cracolândia': conhecendo os riscos relacionados ao uso de crack, o que podemos fazer para minimizá-los?

A partir da compreensão de alguns elementos das práticas de uso, iniciamos conversas para pensar em alternativas que nos aproximassem de uma resposta, e, em conjunto com os verdadeiros 'especialistas' as pessoas que vivenciam este uso, desenvolvemos novos insumos de prevenção.

Como produto deste diálogo, em 2006 iniciamos a distribuição de piteiras de silicone que podem ser acopladas nos cachimbos padrão. Esta estratégia mantém o objetivo de evitar compartilhamento e queimaduras nos lábios. Passamos a distribuir também protetores labiais pequenos (1g), com calêndula e própolis que favorecem a cicatrização, minimizando a possibilidade de transmissão de doenças. Além dos ganhos concretos como a prevenção de doenças e queimaduras, a distribuição de insumos abre janelas, possibilita diálogos, garante cidadania e aproxima as pessoas da noção de autocuidado. Uma atenção mais cuidadosa e segura em relação ao uso de drogas pode ampliar-se para outras esferas da vida como alimentação, higiene, descanso e etc. A distribuição de insumos de prevenção, portanto, é muito potente no sentido de incentivar uma reflexão sobre o autocuidado, seja no momento do uso ou não.

Apesar da boa aceitação dos insumos distribuídos, eu pensava: que outras alternativas de uso mais seguras poderiam ainda ser desenvolvidas? Qual estratégia poderia estimular a reflexão sobre estas possibilidades? O recurso de grupos focais me veio à mente. Os grupos focais seriam boas oportunidades para promover auto-reflexão e uma possível transformação das práticas sociais (Gondim, 2003). Porém, a dinâmica local da 'política do nomadismo'², instituída pela Secretaria de Segurança Pública entre 2009 e 2013, impossibilitou o avanço desta proposta. A saída naquele momento foi manter conversas individuais em campo.

Com o passar dos anos tive contato com um cachimbo de vidro distribuído por uma Instituição de Redução de Danos em Paris, França³. Um engenhoso cachimbo de vidro com um filtro de alumínio que pautava algumas estratégias para um uso mais higiênico e seguro. Interessante! Em 2010 levei este cachimbo para a 'cracolândia'. A observação deste cachimbo de vidro, que é bastante distante da realidade brasileira, colaborou no processo de estimular cada

2 A polícia forçava os usuários a ficarem em movimento, não podiam ficar estabelecidos em um local. Prática comum entre 2009 e 2012.

3 *Espoir Goutte D'or - Ego - Aurore*. https://gouttedor-et-vous.org/_Espoir-Goutte-d-Or-Aurore_

pessoa a refletir e criar suas próprias alternativas de uso mais seguras, adequando-as às suas particularidades individuais no ato de fumar.

Nos próximos parágrafos relato algumas informações sobre as práticas de uso de crack na região da Luz em São Paulo entre 2007 e 2015, assim como parte das estratégias de cuidado desenvolvidas pelos próprios atores sociais.

'Cachimbo cheio': alternativas de uso e estratégias de cuidado

Nos últimos anos, o uso de crack ganhou destaque nos debates públicos e políticos da sociedade brasileira. Em torno dele, criou-se um discurso que reproduz noções do senso comum sobre o seu uso, disseminando espanto e perplexidade frente a um fenômeno que sempre acompanhou a humanidade: o uso de drogas (Escohotado, 2004).

Neste debate são abordadas as consequências do uso e as possíveis soluções de tratamento ou extinção desta prática social, mas pouco se discute sobre a prática de uso e suas ligações com alternativas de cuidado, tecnologias e sociabilidade. Ainda que se encontre outras formas de uso do crack, como o pitilho (crack com tabaco) ou mesclado (maconha com crack), na cracolândia prevalece o uso de cachimbos. A ferramenta onde a mistura de pasta base de cocaína, água e bicarbonato de sódio, enfim, torna-se fumaça.

Por este motivo, trago reflexões sobre o uso de cocaína fumada a partir da utilização dos cachimbos visando trazer elementos sobre a cultura em torno deste uso. Reinerman, Waldorf, Murphy e Levine (Reinerman e Levine, 1997), em estudo sobre cocaína fumada, destacam uma variedade de técnicas e de estratégias para melhor aproveitamento, consumo, e obtenção do efeito desejado. Relatos desta pesquisa apontam que o efeito desejado está diretamente relacionado com a técnica utilizada para fumar. Segundo Taniele Rui (2012) – estudos mais dedicados ao uso deste objeto (cachimbo) podem oferecer interessantes contrapontos à potência normalmente atribuída à substância crack, assim como à falta de agência, normalmente atribuída ao usuário. O cachimbo é o símbolo do mais recente problema social, ou pânico moral, relacionado ao uso de drogas e pobreza. Afinal, o crack antes de queimar é só uma 'pedra'. Desta forma, busco uma reflexão sobre o ato de fumar e sobre processos dialógicos e participativos na produção do cuidado de si.

Com poucos materiais e criatividade artesanal faz-se um cachimbo, o acessório que viabiliza o uso de crack. A diversidade de personalidades e trajetórias de vida das pessoas na 'cracolândia' reflete-se também nos modelos de cachimbos. Grandes, pequenos, brilhantes, miúdos, pomposos e longos são algumas características da ampla variedade deste utensílio.

O consumo de crack frequentemente é associado ao uso de latas de refrigerante. Porém, isso pouco se vê na cracolândia. Ali o uso se faz prioritariamente com cachimbos e estes podem adquirir diferentes valores em situações distintas. Pessoas constantemente pedem cachimbos emprestados, ao mesmo tempo em que outras os mantêm apenas uso particular: "meu cachimbo não empresto para ninguém!". Há também os que escondem seus cachimbos ao nos aproximarmos. De fato, é um objeto que denuncia o uso.

Em uma das saídas a campo, um homem que vendia sanduíches em uma barraca improvisada no meio da rua me disse: "Eles vêm comprar lanche e eu tomo o cachimbo deles! Eu brigo com eles. Não sei o que estou fazendo aqui, mas Deus planejou isso para mim". Curioso, como em um ato de salvação, ele deposita nos cachimbos a responsabilidade pelos problemas sociais enfrentados pelos frequentadores da 'cracolândia'. Ali é comum observar pessoas com cachimbo nas mãos e mãos confeccionando cachimbos.

Em junho de 2015 estive na rua com um grupo de quatro rapazes que juntos estavam produzindo muitos cachimbos. Materiais separados e cada um assumia uma função, como uma linha de produção. Os preços variavam de R\$ 1,00 a R\$ 15,00. Conversamos sobre cuidado, políticas e uso de drogas e percebi que refletíamos sobre a política proibicionista. Um dos rapazes neste momento me disse:

Estou aqui fumando e trabalhando. Dá um trabalho fazer tudo isso! Fui até lá no Bom Retiro e consegui parte dos materiais, outra parte ali na Santa Efigênia. Você já viu uma pessoa que bebe conseguir executar tarefas assim? Aqui tem muita gente que não é vagabundo não! (Diário de campo - 09/06/2018/5).



Fig. 2 - Cachimbo padrão.
Foto: Keren chernizon

Realmente, são empreendedores e em poucos minutos acompanhei a venda de mais de 5 unidades. Entre os diferentes tipos está o modelo padrão: um cano de alumínio, provavelmente de antena, e um capacitor eletrônico, que seria a 'casinha' (fornilho) para colocar a pedra. (Figura 2). O cano se encaixa na lateral da 'casinha' ou é enrolando um pedaço de plástico que é aquecido para fixar.

Sabe-se que cada local e contexto apresenta sua particularidade nas formas de uso, variando significativamente entre bairros, cidades e regiões. Este é o modelo usado na 'cracolândia' do centro de São Paulo. Um cachimbo simples, barato e engenhoso, basicamente feito de alumínio.

A forma de administração clássica é inalar a fumaça produzida pela queima da pedra de crack no cachimbo. A raspagem da 'borra' e a 'tochada' já descritas, são técnicas que ampliam as possibilidades de uso do crack e dos cachimbos. Após ferver o cachimbo para 'tochar', uma estratégia local é jogar cachaça no interior do cano para limpar. A 'tochada' parece ser uma forma de uso própria da cracolândia, pois relaciona-se diretamente com o modelo padrão de cachimbo preferido por ali.

Para fumar no cachimbo é preciso a utilização de cinzas de cigarro. Segundo o relato de pessoas que fazem uso de crack, a cinza se faz necessária para que a pedra não escorra quando aquecida. Além disso, por ser um pó alcalino, especula-se que possa aumentar a absorção da cocaína no plasma sanguíneo (Escohotado, 1998, 119). Dessa forma, o uso de tabaco também é intenso e acontece em paralelo, devido à constante necessidade de cinzas.

Nem todas as pessoas gostam de fumar tabaco e a disponibilidade de cigarro pode ficar escassa em determinados momentos. Assim, a seguinte situação me chamou a atenção: um rapaz jovem tem nas mãos uma caixinha de plástico. Diz que não fuma cigarro, mas como precisa da cinza para fumar o crack ele guarda cinza neste potinho de plástico de bala (tic-tac). A alternativa é pedir ou comprar, "...e ir guardando para quando precisar" (relatos de campo 10/06/2011).

Além do modelo padrão, encontramos uma grande variedade de cachimbos, e muitos resultaram do diálogo sobre novas possibilidades e estratégias de uso menos prejudiciais. Este diálogo proporcionou a reflexão sobre a possibilidade de se utilizar de diferentes materiais

além do alumínio na confecção de cachimbos. A proposta foi experimentar materiais e modelos capazes de minimizar possíveis danos relacionados ao ato de fumar crack. Como permanecemos divulgando a informação francesa sobre a utilização do cobre ao invés do alumínio, acredito que o cobre e o vidro surgiram como alternativas de materiais e o cachimbo chamado de torneirinha, com cano de cobre, foi desenvolvido. Este é bem valorizado chegando a custar aproximadamente 15 reais⁴ (figura 3).



**Fig. 3 - Torneirinha'.
Foto: Olivia Nachle**

Os modelos de vidro apresentaram compartimentos onde é possível visualizar a fumaça. Este espaço (interior de potes de vidro ou lâmpadas) também é uma estratégia de cuidado interessante, pois permite que a fumaça esfrie antes da inalação para o sistema respiratório, sendo menos prejudicial à garganta e cordas vocais. Dependendo do modelo, torna-se possível acrescentar água em seu interior, o que retém as partículas sólidas da fumaça. A fumaça, por sua vez, me fascinava quando dança no interior do vidro.

Chico⁵, um dos 'artesãos de cachimbos', optou pelo vidro e explica o método de confecção utilizando uma lâmpada: "Tem que cortar o soquete da lâmpada um pouquinho onde daria o contato da energia. Mas dá também para raspar ele no asfalto até que fique um buraco. Depois fecha a casinha (soquete) com papel alumínio. O cano fica preso ao lado do soquete com o vidro da lâmpada virado para baixo". Em outro momento, Chico:

"...me entrega um cachimbo feito com uma lâmpada pequena, no caso verde. O método é o mesmo relatado por André⁶". "Um cachimbo muito interessante e bem feito, com um sistema de entrada e saída de ar para resfriar a fumaça. O funcionamento se assemelha ao processo que ocorre nos bong's, para uso de maconha." (Relato de campo 29 setembro 2011).

Sempre que me mostram um cachimbo de vidro, explico que, para extração da borra, basta utilizar álcool que ela se solta e escorre. Com a evaporação do álcool tem-se a borra sem os demais materiais oriundos da raspagem. Ouvi após alguns meses algumas pessoas reproduzindo esta informação de volta para nós. Chico informou que "no cachimbo de vidro que fez com lâmpada a borra esfria mais rápido, enquanto no alumínio ela fica um tempo como uma pasta antes de esfriar e poder ser raspada". Esta informação é interessante e aponta a necessidade de se explorar a condutividade térmica de diferentes materiais

Além de lâmpadas comuns, os modelos de vidro são diversos, como os vidros de azeite, de esmalte, perfume e lâmpadas de sódio (figura 4).



Fig. 4 - Cachimbo de vidro, feito em lâmpada de sódio. Foto: Olivia Nachle

4 Em 2015.

5 Nome fictício.

6 Nome fictício.

Outro modelo encontrado é conhecido como “Ele&Ela”. Apesar de ser inspirado para o uso de um casal, permite que duas pessoas fumem simultaneamente por canos diferentes evitando o compartilhamento.

Este é similar ao modelo padrão de alumínio, mas possui dois canos acoplados à ‘casinha’ (fornilho). O proprietário logo me informou que só fuma em um dos lados para evitar o compartilhamento quando alguém lhe pede o cachimbo emprestado. O curto e intenso efeito do crack pode proporcionar um padrão de uso compulsivo, onde o alumínio, principalmente na ‘tochada’, pode esquentar consideravelmente. Desta forma, estratégias para minimizar os riscos e danos relacionados à possíveis queimaduras também foram apresentadas. A utilização de canos longos na confecção de cachimbos nomeou o modelo “busca-longe”, pois o calor não chega até os lábios evitando ferimentos.

O estreitamento da ‘casinha’ (fornilho) para utilização de menor quantidade de cinzas também foi relatado, assim como a possibilidade da utilização de cinzas de ervas medicinais, que poderiam ter um efeito tranquilizador. Não sei se os reais efeitos de ‘cinzas medicinais’ seriam ou não menos danosas, mas possivelmente sua reflexão sobre alternativas de um uso mais seguro aproximou aquele usuário do cuidado de si. Quando o momento foi de estabelecer uma relação diferente com o crack e diminuir o uso, a estratégia foi “deixar o cachimbo”, e passar a fumar pitilho ou mesclado.

Apesar dos diferentes modelos de cachimbos e formas de uso, o preferido pelas pessoas que fumam crack é fumar no cachimbo padrão de alumínio. O ato de ‘tochar’ é bastante valorizado na prática local e está intimamente relacionada a este modelo. Fica a questão: Como pensar uma aproximação com a noção de autocuidado considerando a prática de ‘tochar’?

Produção do cuidado: a Redução de Danos como perspectiva

A prática em Redução de Danos não possui uma receita prescritiva. É singular e só pode ser pensada a partir da criação de vínculos e compreensão do contexto de vida do interlocutor, com os modos de compreender a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir (Ayres, 2004). A permeabilidade entre o conhecimento técnico e o saber local torna possível o diálogo entre a normatividade funcional médico/sanitária com uma normatividade de outra ordem, oriunda do mundo da vida (Habermas, 1988 in Ayres, 2004 p.22). É preciso resgatar o sentido existencial das práticas terapêuticas de cuidado, entendendo o cuidado como “atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (Ayres, 2004 p. 22).

Torna-se necessário conciliar o conhecimento científico com o saber cotidiano dos “autores-sujeitos” de seus próprios processos de sobrevivência (Jacobi et al, 2006), e uma condução de processos interdependentes e recíprocos entre diferentes atores na construção do cuidado junto às populações marginalizadas. Porém, assim como a distribuição dos cachimbos de madeira hierarquicamente deliberada pelo Governo Federal, é comum nos depararmos com propostas na perspectiva da:

Transmissão de um conhecimento especializado, que “a gente detém e ensina, para uma “população leiga”, cujo saber-viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão. Assume-se que, para “aprender o que nós sabemos”, deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida (Meyer et al, 2006 p. 1336).

Os processos de educação em saúde não podem ser pautados simplesmente na mudança de comportamentos como uma “aprendizagem sanitária” satisfatória, mas sim como um “um eixo orientador de escolhas político-pedagógicas significativas para um dado grupo ou contexto”. (Meyer et al, 2006 p. 1341). Em uma cultura que considera modos de vida inadequados tanto

do ponto de vista técnico-sanitário quanto do ponto de vista moral, ignora-se toda a inserção sócio histórica e cultural dos sujeitos e grupos sociais. Não podemos nos cegar diante de uma “positividade condicional inerente a um discurso que abstrai a variabilidade, a complexidade e a dinâmica dos significados e das práticas sociais em que tais possibilidades de adoecimentos são vividas e experienciadas” (Meyer et al, 2006 p. 1339).

A diversidade de cursos de vida e modos de sobrevivência das pessoas, assim como as tecnologias de uso apresentada pelos cachimbos apresentam agência e cuidado das próprias pessoas que fazem uso de crack em relação às suas práticas cotidianas.

É preciso localizar a área da saúde para além de externalidades físicas e integrá-la a questões subjetivas e individuais. Para isso, mostra-se evidente a necessidade de se respeitar, escutar e valorizar a história e experiência cotidiana destas pessoas que buscamos cuidar, afinal elas precisam se reconhecer nesta prática. É deste ponto que precisamos partir. Uma produção do cuidado que entenda e aceite as pessoas como são, sem julgamentos e expectativas. A antropóloga argentina Maria Epele enfatiza a construção histórica e social do cuidado e aponta a necessidade de um deslocamento em direção “à produção de novos e múltiplos canais, práticas e saberes institucionais e informais, fazendo com que o ‘bom trato’ gere novos laços sociais e subjetividades” (Epele, 2012 p. 264).

O legítimo ‘cuidar’ acontece não da forma que queremos ou impomos, mas sim da forma em que nós ou o outro nos sentimos cuidado, e revela-se mais potente quando reconhecemos e sentimos o que é melhor para nós. Boas intenções e possibilidades de oferecer algo sem saber o que o outro necessita podem ser arriscadamente inócuas. A relação dialógica cria oportunidades de reflexão e de construir e fortalecer “cumplicidades na busca de proteção” (Meyer et al, 2006 p. 1341).

Referências

- AYRES, J. R. C. M.; **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** *Saúde e Sociedade*. Vol. 13, n.3, p. 16 - 29, set-dez 2004.
- EPELE, M; **Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização.** *Mana*, 18(2)p. 247-268, 2012.
- ESCOHOTADO, A; **História elementar das drogas.** Antígona, 2004.
- GONDIM, S. M. G; **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos.** *Paidéia*, 12(24), 149-161, 2003.
- 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.
- REINARMAN, C.; Levine, H. G.; **Crack in America: demon drugs and social justice.** University of California Press, 1997.
- _____ REINARMAN, C.; Waldorf, D.; Murphy, S. B.; Levine, H. G.; **The contingent call of the pipe: bingeing and addiction among heavy cocaine smokers.** p. 77 - 97.
- RUI, Taniele. **Corpos Abjetos: Etnografia em cenários de uso e comércio de crack** / Taniele Cristina Rui. - Campinas, SP : [s.n.]. 2012.

DESENVOLVIMENTO DE INSUMOS PARA O TRABALHO DE CAMPO

Mariana Takahashi Maciel
Karin Di Monteiro Moreira



Durante o ano de 2017, o Centro de Convivência É de Lei executou o projeto “Cuidado na Rua: ações de promoção e prevenção de vigilância em saúde.”, que tinha 3 eixos centrais como objetivo, todos estes relacionados ao território central da cidade de São Paulo, com ênfase no bairro da Luz, também conhecido como “Cracolândia”, Praça da República e Largo do Arouche. Territórios frequentados por pessoas trabalhadoras do sexo e público LGBTI. Cabe ressaltar também que a instituição tem todo o seu trabalho pautado pela perspectiva da Redução de Danos, o que inclui este projeto. A primeira meta se referia a capacitação e supervisão técnica de trabalhadores da rede de serviços que atua com pessoas que fazem uso de drogas, a segunda visava a articulação e o fortalecimento do Fórum Intersetorial de Drogas e Direitos Humanos e a terceira, o trabalho de prevenção e promoção de saúde em contextos de uso de drogas, o saber, o trabalho de campo e abordagem de rua propriamente ditos.

Exemplar de folder do ResPire

ATENÇÃO! Não existe dose segura. Cada pessoa reage de uma forma sob efeito de substâncias. Observe seu estado de humor, o ambiente e se está com pessoas em que confie antes de usar qualquer substância psicoativa.

Perceba-se! A ingestão de pequenas doses da substância é suficiente para conhecer os efeitos dela no seu corpo.


Respire! Uma pausa entre um uso e outro é sempre bom!

Alimente-se
Hidrate-se!

CUIDADOS E CONTRAINDICAÇÕES

Plantas de poder são milenares na humanidade, mas nem por isso estão isentas de riscos. Seu uso é contraindicado a pessoas com transtornos psiquiátricos com sintomas psicóticos (como a esquizofrenia e alguns tipos de transtorno bipolar). Histórico destes transtornos na família e/ou episódios psicóticos isolados também indicam cuidado especial com o uso de psicodélicos.

REALIZAÇÃO:



EVITE DIRIGIR
O uso de substâncias psicoativas altera sua percepção e pode te colocar em risco.

Atenção! O uso ritual da ayahuasca é formalmente reconhecido no Brasil, sendo permitido apenas em contexto religioso. As demais plantas mencionadas são proibidas pela lei vigente (11.343/2006). Saiba, esta lei é imprecisa e não estabelece uma quantidade que diferencie uso de tráfico!

CUIDE DE VOCÊ E DE QUEM FAZ SEXO COM VOCÊ!
O uso de camisinha previne gravidez e a transmissão de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. Existem testes rápidos disponíveis na rede pública. Fazer o teste também é uma forma de prevenção!

PLANTAS DE PODER
AYAHUASCA, COGUMELOS, SALVIA, CHANGA, ARGENTINA, PEYOTE

São substâncias psicodélicas, cuja intensidade de efeitos e características mudam de uma para outra. As formas de uso são variadas: por ingestão direta de partes da planta frescas ou desidratadas, como bolões do cacto peyote, cogumelos *Psilocybe* e sementes de *Argyreia nervosa*; em forma de chá ou cozimento, como cogumelos, "sala-branca" e ayahuasca; ou fumados, como *Salvia divinorum* e changa. A duração dos efeitos agudos destas substâncias varia de acordo com a forma de uso, com uma média de 4 a 8 horas para a ingestão oral e de 15 a 30 minutos para o uso fumado.

ATENÇÃO! ANTES DE DECIDIR USAR QUALQUER TIPO DE AGENTES QUÍMICOS, FARMACOS E/OU APLICAR CULTURAS QUE INVOLVAM O USO DASSEAS SUBSTÂNCIAS, O RESPEITO AO SUO PRÓPRIO PSÍQUICO É MUITO IMPORTANTE. NÃO É FÓRMULA E "NATURAL" QUE NÃO APRESENTA RISCO!

EFEITOS


- Alterações na percepção, consciência, pensamentos, noção de tempo/espaço e efeitos visuais com olhos abertos e fechados.
- Entre os efeitos positivos são comuns as sensações de conexão com o universo e outras formas de experiências místicas, elevação do humor, maior empatia, insights, excitação de si e sensação de pertencimento.
- Entre os efeitos negativos estão náuseas, vômitos, ansiedade, confusão mental, desconforto emocional, medo, paranoia, delírios e pânico.

VIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

- Se decidir usar, procure por locais onde possa sentir-se seguro e confortável, com pessoas que te inspirem confiança; observe e respeite seu estado de espírito.
- Heja com cautela! Até os usuários mais experientes surpreendem-se com os efeitos de plantas como a *Salvia divinorum*, por exemplo.
- Vai de leve! As concentrações de compostos ativos em vegetais ou cogumelos podem variar, dificultando o controle da dosagem antes do consumo. Experimente uma quantidade menor para conhecer a potência e sentir os efeitos antes de decidir se vai ingerir outra dose.

CUIDADO COM A HISTÓRIA

Evite misturar com álcool e outras substâncias, os efeitos são imprevisíveis. Alguns medicamentos psiquiátricos, em especial os antidepressivos e ansiolíticos, interagem com as substâncias psicodélicas, podendo causar reações adversas sérias, incluindo tremores, tonturas, diarreia e, em casos graves, convulsões.



Sendo o público-alvo desta terceira meta pessoas que estão em situação de extrema vulnerabilidade social, e em sua enorme maioria vivendo (ou sobrevivendo) nas ruas, cabe explicitar algumas de suas características: histórico de vivências de múltiplas rupturas de laços sociais, violências e violações de seus direitos; dificuldade em garantir suas necessidades básicas (alimentar-se, hidratar-se, dormir, utilizar o banheiro, manter hábitos de higiene, cuidar da saúde física e mental); sujeição às variações climáticas e às demais condições das ruas; dificuldade ou resistência (também como consequência do estigma e preconceito que recaem sobre esta população) em acessar serviços públicos e Direitos Humanos (Saúde, Assistência Social, Educação, Trabalho, Moradia, Justiça); entre outras. Neste cenário, ressalta-se que a população acompanhada neste projeto configura-se como um grupo de risco ainda maior, no que tange às suas possibilidades de cuidado e prevenção.

Tradicionalmente, os insumos são materiais pensados e desenvolvidos para prevenção e promoção de saúde, que oferecem ganhos concretos frente aos riscos epidemiológicos associados às práticas sexuais e ao uso de substâncias. Ou seja, tem como objetivo prevenir a transmissão de doenças, principalmente Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose, e estimular a produção do cuidado de si, reduzindo riscos e danos.

Neste sentido, a figura do agente de redução de danos, assim como o agente comunitário de saúde e outros profissionais que realizam trabalho de busca ativa nos territórios, revela-se fundamental para o alcance desta população e na construção artesanal da oferta de cuidado. Para além dos benefícios objetivos desta estratégia, a Redução de Danos também atribui ao insumo a característica de propiciar o vínculo entre a pessoa que faz uso de drogas e quem o oferta (o agente de redução de danos). A partir da distribuição deste material, se dá o encontro e a possibilidade de diálogo entre o profissional de saúde e, no caso deste trabalho, a pessoa em situação de vulnerabilidade social.

Observamos, através desta e de outras experiências no trabalho com Redução de Danos, que o insumo é ferramenta potente para iniciar conversas sobre autocuidado. Ao serem entregues, cada insumo demanda também a oferta de orientações acerca de seu uso e de seus benefícios para a saúde e a qualidade de vida.

Para o desenvolvimento dos folders informativos sobre álcool, cocaína, crack e maconha, previstos para este projeto, desenvolvemos múltiplas ações, tendo como objetivo primordial que este material fosse acessível para a população com a qual trabalhamos, e efetivo, no sentido de multiplicar informação e produzir reflexão e autocuidado. Neste sentido, reunimos informações de nossos arquivos, de conteúdos científicos sobre cada substância, em um movimento de revisão e atualização da equipe a esse respeito. Em geral, artigos publicados dão bastante ênfase aos efeitos no corpo, aspecto que consideramos fundamental, no entanto, por compreender que a questão do uso de drogas não se encerra aí, utilizamos outras estratégias para garantir um olhar ampliado para o fenômeno e maior riqueza de orientações nos folders informativos.

Desta forma, compreendemos que existe um saber construído, não apenas por quem estuda, mas também por quem faz uso. Incluímos nos folhetos informativos, conteúdos que aprendemos a partir do diálogo com os usuários, tanto nas idas a campo, quanto nas interações em nossa sede, no Centro de Convivência. Neste processo, foi muito interessante observar o quanto eles se percebem com e sem a substância e como elaboram estratégias próprias na relação com a droga, por exemplo, usar em determinados lugares por entenderem que estariam mais protegidos; preferir uma droga à outra; notar diferenças na

Exemplar de folder do ResPire

INFORMATIVISMO

Este folheto foi feito em parceria com a ACuCa - Associação Cultural Cannábica. Conheça a Marcha da Maconha de sua cidade ou estado, os usos terapêuticos, as propostas de regulamentação e legalização do uso da maconha em seus diversos fins, medicinal, recreacional, industrial... Cultive seus direitos!

Observe seu estado de humor, o ambiente e se está com pessoas em que confia antes de usar qualquer substância psicoativa.

Respire! Uma pausa entre um uso e outro é sempre bom!

Alimente-se!
Hidrate-se!

CUIDADOS E CONTRAINDICAÇÕES

O uso de cannabis é contraindicado principalmente a pessoas com transtornos psiquiátricos com sintomas psicóticos (como a esquizofrenia e alguns tipos de transtorno bipolar). Histórico destes transtornos na família e/ou episódios psicóticos isolados também indicam cuidado especial. O uso na adolescência pode afetar o desenvolvimento cerebral e psíquico.

REALIZAÇÃO

Atenção! A cannabis (maconha) ainda é uma substância psicotrópica (droga) ilícita no Brasil. Seu uso, porte ou comércio estão sujeitos às penas de acordo com a lei vigente. Informe-se sobre a lei 11.343 de 2006. Saiba, esta lei é imprecisa e não estabelece uma quantidade que diferencie uso de tráfico.

EVITE DIRIGIR
O uso de substâncias psicoativas altera sua percepção e pode te colocar em risco.

CUIDE DE VOCÊ E DE QUEM FAZ SEXO COM VOCÊ!
O uso de cannabis previne gravidez e a transmissão de IST/IVÍDAs e Hepatites Virais. Existem testes rápidos disponíveis na rede pública. Fazer o teste também é uma forma de prevenção!

CANNABIS - MACONHA

ARREBADO - VERDE - MAXXAZ - SKUNK

Plante psicoativa que as flores são usadas para fins medicinais, religiosos e recreativos. São encontradas nas formas prensada e solta, assim como na forma de extratos mais concentrados da planta, como hashish e óleo. Existem muitos subtipos de cannabis, entre eles, a sativa e a indica, cada uma com suas particularidades. Elas diferem na composição dos canabinóides; princípios ativos variados (THC, CBD, CBNe, outros) que possuem efeitos distintos.

ATENÇÃO! O CONSUMO DE CANNABIS PODE CAUSAR ANSIEDADE, PARANÓIA E, EM CASOS MAIS EXTREMOS, UNAS DE PÂNICO OU PSICOTICA. O USO FREQUENTE E INTENSO TAMBÉM PODE PRECIPITAR PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS, REDUZIR A CAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO E INTERFERIR NA APRENDIZAGEM.

EFEITOS

- Os efeitos podem durar de 1 a 4 horas, se fumada, ou de 4 a 12 horas, se ingerida.
- Relaxamento, modificação das percepções, riso, criatividade, introspecção, alívio de dores e náuseas, fome ("gata"), olhos vermelhos, boca seca.
- Aumento da frequência cardíaca, diminuição dos reflexos, confusão mental, dificuldades para pensar com clareza e continuar conversas.
- Casos de queda de pressão, tontura e vômitos podem ser ocasionados nas primeiras experiências de uso ou em caso de uso intenso, assim como no uso de substância de estômago vazio.

DICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

- Não segure a bala! Poucos segundos são necessários para absorção da maior parte dos canabinóides. Quanto maior o tempo, maior exposição dos pulmões a componentes cancerígenos, como o alcatrão.
- Cuidado com a fumaça quente! Faça uso de utensílios que resultem a fumaça, como cachimbos de água e pitelas, de preferência as mais longas.
- Vaporizar é mais seguro! Não produz fumaça e evita danos pulmonares.
- Para boiar, use papel fino, sem corantes, aromas ou químicos. Prefira pitelas longas, sem plástico ou tinta! Evite "maricaz" e cachimbos feitos com materiais que podem soltar toxinas quando aquecidos.
- Não fume o que sobra nas pontas, bongas e cachimbos, pois contém alta concentração de resíduos tóxicos.
- Se ingerida, fique atento à dose para evitar efeitos mais intensos do que o esperado. Ao comer, o corpo absorve mais canabinóides do que ao fumar.
- Fique atento a tosses ou dificuldade de respirar, que podem indicar danos causados pelo fumo, sendo recomendável a cessação ou redução no uso e/ou adoção de outras vias de consumo.
- No prensado, as flores são esmagadas com folhas, galhos e sementes juntamente com impurezas. Você pode levar o prensado, soltando em pequenas partes e deixando imerso em água durante algumas horas. Seque ao ar livre ou em forno brando.

CUIDADO COM A MISTURA

MACONHA + PSICODÉLICOS: pode potencializar os efeitos dos psicodélicos, torná-los mais imprevisíveis e, possivelmente, desagradáveis.

MACONHA + ALCÓOL: aumenta as chances de queda de pressão, tontura e vômitos.





Folder É de Lei

qualidade das substâncias; etc.

Cabe ressaltar que, após discussões em equipe, consideramos importante unir a cocaína e o crack em um só folheto. Esta estratégia visa diminuir o preconceito e os estigmas sociais que recaem sobre o crack e a pessoa que dele faz uso, e trazer o esclarecimento para as pessoas de que se trata da mesma substância, destacando também as diferenças nos modos de produzir, usar e de como se dão seus efeitos.

Além destes conteúdos e a partir do mapeamento da rede de serviços, também prevista neste projeto, incluímos informações relativas aos serviços da Saúde, Assistência Social e Justiça do território em questão, e seus fluxos de funcionamento. O objetivo da presença de tais informações tem relação com a importância das pessoas em situação de vulnerabilidade saberem sobre seus direitos e como acessá-los, podendo então, diminuir tais vulnerabilidades e estimular a autonomia e o autocuidado desta população.

Um outro grupo de trabalho do Centro de Convivência É de Lei, formado por membros do Projeto ResPire Diversidade, desenvolveu materiais informativos e folders focados em redução de danos para o uso de substâncias mais consumidas em contextos de entretenimento, festas e práticas sexuais, focados principalmente na população LGBTI+ e com participação de usuários dessa população. Além de substâncias consumidas em eventos festivos, como ecstasy/MDMA/bala, LSD, plantas de poder, inalantes (loló, lança-perfume), foram desenvolvidos folders sobre Ketamina/Key, GHB/Gisele e Poppers, que são drogas primariamente utilizadas para a prática de “Sexo Químico” (do inglês “Chemsex”), atualmente muito difundida em países do hemisfério norte, mas, ainda recebendo pouca atenção no Brasil.

Nas reuniões com o profissional contratado para a diagramação e a arte dos folders, buscamos apropriá-lo sobre a Redução de Danos e nossos objetivos, de modo que o material pudesse ter uma linguagem acessível e fácil, e com ilustrações, para que despertasse o interesse das pessoas. Pensamos num formato relativamente pequeno, que

Exemplar de folder do ResPire

RESPIRE MAIS, BAFURE MENOS!

As mortes associadas ao uso de "lança" têm como principal causa a parada cardíaca, mas também sufocamentos, quedas, atropelamentos e falência dos órgãos. Complicações ocorrem devido à falta de controle da composição dessas substâncias, da dosagem dos componentes, do modo intenso e da situação em que é feita o uso. **Cuidado!** Os riscos são maiores para quem sofre de asma e bronquite.

ATENÇÃO! Não existe dose segura. Cada pessoa reage de uma forma sob efeito de substâncias.

Observe seu estado de humor, o ambiente e se está com pessoas em que confia antes de usar qualquer substância psicoativa.

Perceba-se! A ingestão de pequenas doses de substância é suficiente para conhecer os efeitos dela no seu corpo.

Respire! Uma pausa entre um uso e outro é sempre bom!

Alimente-se
Hidrate-se!

LANÇA - LOLO

SUCESSO - TIXER - INALANTES - SOLVENTES - CABEÇA VERDE

Inalantes são todas as substâncias que podem ser inaladas, isto é, introduzidas no organismo através da aspiração pelo nariz ou boca. Os inalantes surgem nos contextos de festas no Brasil por volta de 1900, principalmente durante os carnavais, quando o lança-perfume se tornou mais popular. No entanto, teve seu uso proibido no início dos anos 60.

Inicialmente, o lança-perfume era um líquido feito de cloroeto de etila, sendo armazenado sob pressão em tubos de vidro. Atualmente, o nome "lança-perfume" está sendo utilizado também para designar outras misturas, como o lolô. Estes são feitos de forma caseira, possuem essências e substâncias variadas, entre elas: cloroformo, éter, benzina e outros solventes. No geral, evaporam muito facilmente, podendo assim ser inalados.

Um número enorme de produtos comerciais, como esmaltes, colas, tintas, liners, antirrespingo de solda, propelentes, gasolina, removedores etc. contêm estes solventes.

REALIZAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS

Atenção! O lança-perfume é proibido pela lei vigente. Seu uso, porte ou comércio estão sujeitos às penas de acordo com a lei vigente. Informe-se sobre a lei 11.343 de 2006. Saiba, esta lei é Imprecisa e não estabelece uma quantidade que diferencie uso de tráfico!

EVITE DIRIGIR

O uso de substâncias psicoativas altera sua percepção e pode te colocar em risco.

CUIDE DE VOCÊ E DE QUEM FAZ SEXO COM VOCÊ!

O uso de camisinha previne gravidez e a transmissão de ICT/HIV/Aids e Hepatites Virais. Existem testes rápidos disponíveis na rede pública. Fazer o teste também é uma forma de prevenção!

lança perfume - inalantes

EFEITOS

Possuem efeito rápido e bifásico, isto é, primeiro promovem uma estimulação, euforia e sensação de bem estar, depois uma depressão do Sistema Nervoso Central (SNC). Os efeitos iniciam em 5 a 10 segundos após a inalação e duram de 30 segundos a 10 minutos.

EFEITOS DE USO AGUDO

Euforia, excitação, zumbido nos ouvidos ("tuum"), tontura, fala pastosa, perturbações ou alucinações auditivas e visuais, confusão mental, perda dos reflexos, náusea, dor de cabeça, tosse, aumento da frequência cardíaca e fôrrugamento, perda da consciência, coma, convulsões e morte súbita por problemas cardíacos ou parada respiratória.

EFEITOS DE USO RECORRENTE

Rinite crônica, conjuntivite, bronquite, mau hálito, feridas na boca e nariz, sangramento nasal recorrente, anorexia, irritabilidade, depressão, agressividade, paranoia, neuropatia periférica.

DICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

- Evite usar sozinho! Procure estar com pessoas de sua confiança que possam te ajudar caso precise.
- O prejuízo na coordenação motora pode causar quedas! Evite fazer o uso em pé, principalmente se estiver próximo a locais perigosos como ruas movimentadas, escadas ou janelas.
- Evite esforço físico sob efeito de inalantes, pois pode aumentar as chances de parada cardíaca.
- Muitos dos casos de morte e internações registradas ocorrem quando há um modo de consumo intenso, com o usuário buscando o "quete desmaio". Ao sentir o "tuum", faça uma pausa, pois provavelmente está próximo de desmaiar. Curta sem que o vacilo corte seu barato!
- Se uma pessoa desmaiar e perder a consciência, proteja a sua cabeça, dê espaço para ela respirar e não induza a ela consumir outras substâncias para acordar. Acione socorro médico imediatamente!

CUIDADO COM A MISTURA

INALANTES + ÁLCOOL: A mistura com álcool aumenta o efeito depressor do Sistema Nervoso Central, podendo levar a uma parada cardiopulmonar e coma.

Exemplar de folder do ResPire

DIREITO DE SABER O QUE ESTÁ USANDO

Existem testes com reagentes químicos para detectar MDMA e diferenciar de análogos. Esses testes já estão disponíveis no Brasil e diversos coletivos realizam essa análise de substâncias. Se preferir, você pode adquirir seu próprio kit de reagentes. Mas atenção: esses testes não avaliam pureza ou dosagem da substância, mas conseguem afirmar, por exemplo, se a substância esperada não está presente. Se decidir usar, teste sua substância!

ATENÇÃO! Não existe dose segura. Cada pessoa reage de uma forma sob efeito de substâncias. **Observe** seu estado de humor, o ambiente e se está com pessoas que confira antes de usar qualquer substância psicoativa.

Perceba-se! A ingestão de pequenas doses da substância é suficiente para conhecer os efeitos dela no seu corpo.

Respire! Uma pausa entre um uso e outro é sempre bom!
Alimente-se!
Hidrate-se!

CUIDAVOS E CONTRAINDICAÇÕES

O uso de psicodélicos é contraindicado a pessoas com histórico pessoal e familiar de transtornos psiquiátricos com sintomas psicóticos. Medicamentos antidepressivos podem interferir com MDMA e levar a reações adversas graves, como síndrome serotoninérgica, sendo extremamente perigoso!

REALIZAÇÃO:



Atenção! O MDMA e a maioria de seus análogos são substâncias psicotrópicas (drogas) lícitas no Brasil. Seu uso, porte ou comércio estão sujeitos às penas de acordo com a lei vigente. Informe-se sobre a lei 11.343 de 2006. Saiba, esta lei é imprecisa e não estabelece uma quantidade que diferencie uso de tráfico!

EVITE DIRIGIR

O uso de substâncias psicoativas altera sua percepção e pode te colocar em risco.

CUIDE DE VOCÊ E DE QUEM FAZ SEXO COM VOCÊ!

O uso de camisinha previne gravidez e a transmissão de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais. Existem testes rápidos disponíveis na rede pública. Fazer o teste também é uma forma de prevenção!

ECSTASY - MDMA

BALA - MD - CRISTAL - PASTILHA - MULEY

Os produtos que contêm a substância MDMA, MDA ou MDE, uma família de anfetaminas psicodélicas, podem ser encontrados na forma de comprimido (bala) de diferentes formatos e cores; na forma de cristal (MD), pó ou cápsula. Geralmente, são ingeridos por via oral, mas também podem ser macerados e aspirados (via nasal).

ATENÇÃO!

É muito comum que alguns produtos sejam adulterados, misturando MDMA com outras substâncias como cafeína, metilfenidato, metanfetamina ou cocaína, por isso teste sempre sua substância antes de usar!

EFEITOS

- Começam entre 20 e 90 minutos após a ingestão e duram, em média, de 3 a 6 horas.
- Efeitos desejáveis: euforia, aumento de energia, elevação do humor e da autoestima, diminuição da ansiedade, intensa sensação de prazer, maior empatia, sociabilidade e confiança em relação aos outros, facilidade de comunicação, aguçamento sensorial.
- Efeitos indesejados: aumento da frequência cardíaca, elevação da temperatura corporal, tensão maxilar, dores musculares, diminuição do sono e do apetite, náusea e vômito.
- Atenção: o uso crônico causa tolerância e pode levar a prejuízos de memória, atenção e a desequilíbrios emocionais, podendo favorecer o desenvolvimento de transtornos depressivos.

DICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

- **Atente-se!** O principal risco do MDMA é a elevação da temperatura corporal. Cuidado com o calor e o excesso de exercício físico.
- Procure se alimentar antes do uso! MDMA e anfetaminas inibem o apetite.
- Beba água, mas aos poucos e sem excessos! Procure intercalar com sucos ou isotônicos para reposição dos sais minerais. 2 copos de água a cada hora já são suficientes para manter-se hidratado.
- Use óculos escuros! Com as pupilas dilatadas, os olhos podem ser lesionados por exposição à luz e aos raios solares.
- Sem pressa! Cerca de 90 min são necessários para sentir os efeitos. Algumas anfetaminas demoram mais do que o MDMA para começar a bater.
- **Mela também bate!** Ingerir metade da dose pode dar mais segurança para perceber quais os efeitos no seu corpo. O nome ou tamanho da bala não são garantias de que ela possui a composição esperada.
- O MD na forma de cristal fica mais difícil dosar. Fracione a substância em partes iguais antes do uso e facilite o controle da quantidade ingerida.
- **Menos é mais!** Doses moderadas e usos espaçados favorecem os efeitos positivos e reduzem o risco de prejuízos a longo prazo. O intervalo recomendado é de 3 semanas ou mais.

CUIDADO COM A MISTURA

ECSTASY + ALCOOL: o álcool aumenta a desidratação induzida pelo MDMA, além de ambas as substâncias sobrecarregarem o fígado, rins e aumentarem a temperatura corporal.

ECSTASY + ESTIMULANTES: aumento de pressão arterial, riscos cardíacos e de demarre. Se tem problemas cardíacos, não use!

LSD / NBOME + PSICODÉLICOS: intensifica os efeitos, podendo levar a estados de confusão mental, delírio e crises psicóticas em alguns casos.



coubesse no bolso, com o intuito de que não fosse descartado rapidamente.

Com o material virtual pronto, ainda que não impresso, desenvolvemos rodas de conversa no Centro de Convivência É de Lei para apresentá-lo previamente aos conviventes e obtermos um *feedback*. Recebemos avaliações positivas e tais rodas de conversa propiciaram discussões muito interessantes, nas quais, seus participantes falam de suas experiências pessoais e refletem sobre o uso, em um movimento entendido como muito potente para a produção de saúde. Em relação ao material voltado para o público LGBTI+ realizamos encontros à parte, com homens gays, transexuais e travestis, trabalhadoras do sexo, vivendo ou não com HIV/Aids, que também trouxeram suas vivências pessoais sobre os conteúdos abordados no material produzido. Interessante notar que, somando às vulnerabilidades compartilhadas por toda a população que vive e sobrevive nas ruas, essas pessoas estão sujeitas a violências decorrentes do uso de substâncias, muitas vezes oferecidas a elas para aplicação de golpes, como o “Boa noite Cinderela” e estupros.

Após a impressão, a distribuição dos materiais foi avaliada de forma bastante positiva pelas pessoas que fazem uso de drogas. É interessante notar como cada um se apropria do conteúdo dos folders de uma forma diferente, alguns se atêm as imagens, outros concordam veementemente com as dicas de Redução de Danos e/ou os efeitos de cada substância, e há os que ficam surpresos com algumas informações. É comum também que peçam mais folders para mostrarem e distribuírem para amigos. Desta forma, compreendemos que o processo de construção do conteúdo, textual e visual, teve fundamental relevância para o modo como as pessoas do fluxo receberam os materiais.

Também temos obtido *feedback* de profissionais de outros serviços, que entram em contato com os folders através de parcerias institucionais ou em eventos em que o É de Lei está presente. Muitos nos pedem em certa quantidade, para promoverem oficinas e grupos sobre reflexão do uso com os usuários, para capacitações dos próprios trabalhadores, e também temos escutado de equipes itinerantes que gostariam de poder trabalhar com tal insumo.

Além dos folders informativos, desenvolvemos outros insumos para o trabalho de campo nas cenas de uso.

As manteigas de cacau diminuem rachaduras nos lábios causadas pelo uso de substâncias fumadas, em especial o crack no cachimbo, pela desidratação e frio; além de possuírem fator de proteção solar. Foram pensadas e produzidas em tamanho pequeno, pois em experiência anterior, notamos que é um material fácil de se perder nas ruas. Sendo menores, cada pessoa recebe alguns e isto também propicia que o material não seja compartilhado, outra informação importante de fornecer.

As piteiras de silicone incentivam o uso individual de crack, diminuindo as chances de contaminação de Tuberculose e outras doenças. Ademais, como a maioria dos cachimbos utilizados, são feitos de metal, a piteira também auxilia na prevenção de queimaduras e feridas nos lábios. Possuímos 2 tipos de piteiras, com tamanhos diferentes, que visam adaptar-se aos diversos tamanhos de bocais dos cachimbos que, em geral, são produzidos pelas próprias pessoas. Para este insumo, a orientação é de que o próprio cachimbo não seja compartilhado. Observamos na prática que nem sempre ter seu próprio cachimbo é algo comum nas cenas de uso, já as piteiras, por serem pequenas têm mais chances de serem utilizadas de maneira individual, podendo ser colocadas antes e retiradas após o uso. Cabe ressaltar que trata-se de uma tecnologia extremamente barata e são distribuídas em pequenas quantidades para cada um, para que possam trocar com frequência, dar

Exemplar de folder do ResPire

DIREITO DE SABER O QUE ESTÁ USANDO

Existem testes com reagentes químicos para detectar LSD e diferenciar de análogos. Esses testes já estão disponíveis no Brasil e diversos coletivos realizam essa análise de substâncias. Se preferir, você pode adquirir seu próprio kit de reagentes. Mas atenção: esses testes não avaliam pureza ou dosagem da substância, mas conseguem afirmar, por exemplo, se a substância esperada não está presente. Se decidir usar, teste sua substância!

ATENÇÃO! Não existe dose segura. Cada pessoa reage de uma forma sob efeito de substâncias.

Observe seu estado de humor, o ambiente e se está com pessoas em que confia antes de usar qualquer substância psicoativa.

Perceba-se! A ingestão de pequenas doses da substância é suficiente para conhecer os efeitos dela no seu corpo.

Respire! Uma pausa entre um uso e outro é sempre bom!

Alimente-se!
Hidrate-se!

CUIDADOS E CONTRAINDICAÇÕES

O uso de psicodélicos é contraindicado a pessoas com histórico pessoal e familiar de transtornos psiquiátricos com sintomas psicóticos.

LSD - DOCE

ÁCIDO • PAPEL • GOTA • MICROPONTO

O LSD-25 é uma substância psicodélica da família das lisérgicas. Outras substâncias psicodélicas da família das feniletilaminas, como as DOx (DOB, DOI e DOC) e os NBOMe (25B, 25C e 25I-NBOMe), são consideradas análogos do LSD-25 e muitas vezes vendidas como se fossem LSD-25, pois os efeitos são semelhantes, embora as feniletilaminas possuem risco muito maior de intoxicação quando comparado ao LSD-25.

A intensidade e os efeitos mudam para cada substância. A duração pode ser de 6 a 11 horas no uso do LSD-25, com pouca variação para NBOMe's. No uso de DOx pode ser de 18 a 30 horas.

ATENÇÃO! TESTE SEM PRESSIONAR PARA PREVENIR LESÕES NA NARIZ E SUFOCAMENTO EMBORA O LSD-25 POSSUA MENOR TOXICIDADE E MENOR RISCO DE DANO FÍSICO, QUANDO COMPARADO À FUNGILITAMINAS, AMBOS POSSUEM SEQUELAS AS FENILAMINAS PSICODÉLICAS E CONSEQUENTES RISCOS ACUMULADOS.

EFEITOS

- Os efeitos dependem MUITO da dose consumida, do estado físico e psíquico no momento do uso (sono, alimentação, humor, expectativas, preocupações) e do contexto de uso (local, companhias, significados culturais), o chamado set e setting.
- Alterações na percepção do tempo e espaço, distorções visuais de cores e/ou formas, sinestesia (ou mistura dos sentidos, por exemplo: estímulos visuais evocando impressões sonoras), sentimentos de euforia, sentimentos de conexão com outras pessoas ou com o universo, pupilas dilatadas, alucinações, delírios.
- Efeitos negativos podem incluir sensações de náuseas, vômitos, tontura, taquicardia, confusão mental, pensamentos paranoicos, sentimentos intensos de medo e/ou ansiedade, entre outros.

DICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

- O LSD-25, assim como alguns análogos da família das lisérgicas (AL-LAD, ETH-LAD, IP-LSD), não tem gosto (embora possa haver algum gosto dependendo do material e tinta do blotter, mas este passa rapidamente). Já os análogos da família das feniletilaminas têm sabor amargo e metálico que perduram por um tempo e podem provocar dormência na região por até uma hora.
- Os NBOMe's só são absorvidos se ficam na boca de 10 a 20 minutos. Se for ingerido direto, não é absorvido. Já o LSD-25 pode ser absorvido tanto na boca quanto no estômago.
- A proibição é um problema, pois nunca se tem certeza do que se está ingerindo. Então, se for usar, tome uma dose menor/fracione. Se for gota dilua em água, se for papel divida em pedaços.
- Use óculos escuros! Com as pupilas dilatadas, os olhos ficam mais expostos a lesões provocadas por exposição à luz e aos raios solares.

CUIDADO COM A NATUREZA

LSD / NBOMe + **ÁLCOOL**: pode confundir os efeitos e tornar a experiência mais imprevisível.

LSD / NBOMe + **ESTIMULANTES**: pode potencializar os efeitos estimulantes do LSD e análogos, trazendo riscos de problemas cardíacos e aumento de pressão arterial.

LSD / NBOMe + **PSICODÉLICOS**: pode resultar em experiências muito fortes e intensas. Redobre os cuidados: contextos seguros e atenção às doses!

REALIZAÇÃO:




COORDENADORAS: [NOME] E [NOME]

Atenção! O LSD-25 e a maioria de seus análogos são substâncias psicotrópicas (drogas) ilícitas no Brasil. Seu uso, porte ou comércio estão sujeitos às penas de acordo com a lei vigente. Informe-se sobre a lei 11.343 de 2006. Saiba, esta lei é imprecisa e não estabelece uma quantidade que diferencie uso de tráfico.

EVITE DIRIGIR

O uso de substâncias psicoativas altera sua percepção e pode te colocar em risco.

CUIDE DE VOCÊ E DE QUEM FAZ SEXO COM VOCÊ!

O uso de camisinha previne gravidez e a transmissão de IST/IVT/Aids e Hepatites Virais. Existem testes rápidos disponíveis na rede pública. Fazer o teste também é uma forma de prevenção!





Folder É de Lei

para outras pessoas ou em caso de perda.

O *kit sniff* é composto por: carteira de uso pessoal, onde são guardados os demais itens; preservativos masculino e feminino, e gel lubrificante para práticas sexuais; folders informativos sobre substâncias e serviços, incluindo o folheto sobre cocaína e crack, desenvolvido a partir deste projeto, material rígido para superfície e cartão informativo que servem para estender a “carreira” da substância a ser inalada; canudos/piteiras e bloco de cartões menores e maleáveis que, enrolados se transformam em mais canudos descartáveis.

Além destes itens apresentarem concretamente a possibilidade de um uso que diminui riscos e danos às pessoas que fazem uso de substâncias aspiradas, por oferecer alternativas para materiais potencialmente contaminados, o *kit sniff* também apresenta a abertura para um diálogo aprofundado sobre reflexão em relação ao uso. Nas idas a campo, parte do trabalho da equipe de redutores de danos era pautar a questão do autocuidado com as pessoas que fazem uso de drogas e falar sobre a importância de não compartilhar materiais para o consumo de cocaína, bem como a importância de não utilizar canudos encontrados na rua, notas, etc. pelo risco de contaminação e/ou transmissão de doenças. As pessoas com quem temos conversado sobre o insumo demonstram muito interesse em entender como funciona a estratégia, bem como contar sobre as suas próprias. Um saber desenvolvido por quem de fato tem experiência e que tradicionalmente é reconhecido, valorizado e incorporado pela Redução de Danos.

Os preservativos, gel lubrificante e ducha higiênica descartável para práticas sexuais foram distribuídos, independentemente do *kit sniff*, tanto no trabalho de campo quanto no Centro de Convivência. A distribuição destes insumos possibilitou duas observações

Exemplar de folder do ResPire

UM POUCO DE HISTÓRIA

Há cerca de 10.000 anos as folhas de coca são utilizadas pelos povos andinos de modo ritual e para atenuar os efeitos da altitude, devido seus efeitos revigorantes. Em 1860, seu princípio ativo, a cocaína, foi isolado pela primeira vez e passou a ser vendida como xarope em farmácias. Por volta de 1950, a proibição das drogas fez com que o mercado ilegal dominasse a produção e a venda da coca. Hoje, a sua combinação com remédios e outras substâncias químicas deixam as pessoas ainda mais vulneráveis.


ATENÇÃO! Não existe dose segura. Cada pessoa reage de uma forma sob efeito de substâncias. **Observe** seu estado de humor, o ambiente e se está com pessoas em que confie antes de usar qualquer substância psicoativa.

Perceba-se! A ingestão de pequenas doses da substância é suficiente para conhecer os efeitos dela no seu corpo.

Respire! Uma pausa entre um uso e outro é sempre bom!

Alimente-se!
Hidrate-se!

REALIZAÇÃO:



Atenção! A cocaína é uma substância psicotrópica (droga) ilícita no Brasil. Seu uso, porte ou comércio estão sujeitos às penas de acordo com a lei vigente. Informe-se sobre a lei 11.343 de 2006. Saiba, esta lei é imprecisa e não estabelece uma quantidade que diferencie uso de tráfico.

EVITE DIRIGIR

O uso de substâncias psicoativas altera sua percepção e pode te colocar em risco

CUIDE DE VOCÊ E DE QUEM FAZ SEXO COM VOCÊ!

O uso de camisinha previne gravidez e a transmissão de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. Existem testes rápidos disponíveis na rede pública. Fazer a teste também é uma forma de prevenção!

COCAÍNA E ANFETAMINAS

PÓ - FARINHA - PADE - BRANCA - RAIO - PEDRA - CRACK

Estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC)

Bolinha, dualid®, anfetamina, anfepramona: as anfetaminas foram extraídas da efedrina, substância presente na planta chinesa Ma Huang. Elas eram utilizadas no tratamento da obesidade, depressão e transtornos de déficit de atenção. Seu uso abusivo pode levar à morte por infarto, derrame ou hipertermia.

A cocaína pode ser encontrada na forma de pó (branco ou amarelado, dependendo do que foi usado na preparação do produto) ou na forma de pedra (crack).

EFEITOS

- Aumento da frequência cardíaca e respiratória, excitação, estado de alerta e aumento da atividade locomotora, sensação de euforia, sinceridade e poder, alteração do sono, irritabilidade, paranoia. Podendo levar a usos problemáticos e à dependência química.
- Efeitos rápidos e intensos do fumo do crack podem aumentar a fissura e as chances de uso problemático ou abusivo.

DICAS DE REDUÇÃO DE DANOS


- As notas de dinheiro estão cheias de bactérias que fazem mal à saúde, por isso não use-as para cheirar!
- Utensílios como canudos, cachimbos, seringas e agulhas descartáveis, quando não compartilhados, diminuem os riscos de contaminação por tuberculose, hepatites virais e até mesmo pelo HIV/Aids.
- Use superfícies limpas para manusear a substância. Evite, por exemplo, tampas de vasos sanitários, piaas ou aparelho celular.
- Se for cheirar, amasse a substância para quebrar os pedaços maiores e intercale as narinas. Depois do uso, lave-as com água ou, de preferência, com soro fisiológico. Isso diminui os ferimentos e sua exposição a bactérias.
- SACO VAZIO NÃO PARA EM PÉ! Os estimulantes diminuem ou tiram o apetite. Usar substâncias de estômago vazio te deixa mais vulnerável a mal-estar e desmaios.
- Evite fazer exercícios físicos sob a influência da cocaína, pois aumenta as chances de derrame ou problemas cardíacos.

FORMA DE UTILIZAÇÃO	INÍCIO DOS EFEITOS	PEÇA DOS EFEITOS	TEMPO DE DURAÇÃO
INALAR	1 - 5 MINUTOS	30 - 60 MINUTOS	1 - 2 HORAS
FUMAR	1 - 5 SEGUNDOS	1 - 2 MINUTOS	30 - 60 MINUTOS
INJEÇÃO	10 - 30 - 1 MIN	1 - 2 MINUTOS	30 - 60 MINUTOS

CUIDADO COM A MISTURA

ESTIMULANTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL + SUBSTÂNCIAS DEPRESSORAS (alcool, tranquilizantes ou lança-perfume): Dá a falsa sensação de estar sóbrio, aumentando a sensação de poder, o risco de acidentes e chances de se envolver em brigas. Também aumenta o risco de morte por parada cardiorrespiratória. Cuidado para não perder a noção!

COCAÍNA + ALCÓOL: Faz com que o fígado produza cocaetileno, substância muito tóxica para o sistema cardiovascular, podendo ser associada a convulsões e danos para o fígado.



importantes. Muitas das pessoas abordadas, em especial aquelas que fazem uso de crack, referiam não ter vida sexual ativa, rejeitando os preservativos, o que, muitas vezes, possibilitou conversas sobre outros assuntos, como o próprio uso da substância, relações afetivas, etc. No território da Luz, a presença de equipamentos da saúde que também disponibilizam tal insumo diminuía a atratividade dos insumos, por exemplo, o Serviço de Assistência Especializada (SAE) em IST/HIV/Aids do bairro Campos Elíseos. Por outro lado, na região do Largo do Arouche e Praça da República, a distribuição de preservativos, gel lubrificante e ducha higiênica descartável (disponível na Unidade Móvel de Cidadania LGBTI) se mostrou muito atrativa e possibilitou uma abertura para diálogos sobre práticas sexuais e uso de substâncias, assim como, a apresentação do próprio *kit sniff* como insumo de redução de danos, muito pouco conhecido pelos usuários desse segmento.

Para o processo de desenvolvimento de todos estes insumos, avaliamos ter sido fundamental a interlocução com as pessoas que acompanhamos e que fazem uso de drogas, visto que, a partir de uma relação dialógica todos pudemos aprender e ensinar. Os momentos de troca permitiram o reconhecimento e a valorização dos saberes da população que acompanhamos, abrindo espaço para a atualização de processos de empoderamento e autonomia que são aspectos fundamentais na perspectiva da Redução de Danos. Além disso, possibilitou a reflexão sobre aprimoramentos concretos dos insumos, que necessitam ser avaliados e readaptados constantemente diante das mudanças de contexto e das culturas de uso.

A distribuição dos insumos em si revelou a potência de tal estratégia para o fortalecimento de vínculos que, por sua vez, ampliam a possibilidade de acompanhamentos longitudinais e integrais, bem como a construção de projetos de cuidado mais duradouros, menos pontuais e imediatistas. Muitas pessoas identificavam nossa equipe como “aquela que distribui as piteiras e manteigas de cacau”, indicando a eficácia da estratégia para aproximação e tornando-nos uma das referências dentre a diversidade de atores que compõem os territórios.



Folder É de Lei

Exemplar de folder do ResPire

SE LIGA NO GRAU!

Fique ligado no teor alcoólico e na qualidade do que for beber!

O consumo de bebidas alcoólicas só é permitido para maiores de 18 anos e é proibido para motoristas em trânsito. Essas substâncias lícitas estão comumente envolvidas em causas prováveis de acidentes, doenças crônicas, violências e aumento de riscos e vulnerabilidades por parte de quem usa.

ATENÇÃO! Não existe dose segura. Cada pessoa reage de uma forma sob efeito de substâncias.
Observe seu estado de humor, o ambiente e se está com pessoas em que confie antes de usar qualquer substância psicoativa.

Perceba-se! A ingestão de pequenas doses da substância é suficiente para conhecer os efeitos dela no seu corpo.

Respire! Uma pausa entre um uso e outro é sempre bom!
Alimente-se!
Hidrate-se!

REALIZAÇÃO:



Atenção! O fato de o álcool ser uma droga lícita no Brasil e na maioria dos países ocidentais não significa que seja mais inofensivo. O álcool prejudica o reflexo e afeta outras funções motoras podendo causar acidentes.

EVITE DIRIGIR

O uso de substâncias psicoativas afeta a sua percepção e pode te colocar em risco.

CUIDE DE VOCÊ E DE QUEM FAZ SEXO COM VOCÊ!

O uso de camisinha previne gravidez e a transmissão de IST/IV/AIDS e Hepatites Virais. Existem testes rápidos disponíveis na rede pública. Fazer o teste também é uma forma de prevenção!



ÁLCOOL - CORDÃO

CANA - DORSA - BARRA - BARRA

Substância psicoativa com efeito depressor do Sistema Nervoso Central.

ATENÇÃO! EM ALTAS DOSES, EM MISTURAS COM OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, PODE CAUSAR PARADA CARDÍACA, DESEHIDRATAÇÃO, PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, DIABETES, DEPENDÊNCIA, ALÉM DE DANOS PRINCIPALMENTE AO FÍGADO E AO FÍMULO.

EFEITOS

No início, o álcool possui um efeito estimulante, causando euforia, desinibição e comunicação mais fácil com as pessoas. Depois, age como um depressor, levando à desatenção, sonolência, prejuízos de consciência e coordenação motora.

DICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

- O álcool induz a perda de água do organismo, por isso vamos muitas vezes ao banheiro, levando à desidratação. Por isso, beba água durante o uso e evite a ressaca!
- Beber muito rápido e/ou de estômago vazio leva a uma rápida absorção do álcool, aumentando as chances de passar mal. Assim, procure beber devagar e se alimentar antes!
- Cuidado: nem sempre uma pessoa alcoolizada necessita de glicose! É importante estar alimentado, mas prefira alimentos leves e que contenham outros nutrientes que não só o açúcar. Podem haver complicações devido ao excesso de açúcar, principalmente em pessoas diabéticas.

CUIDADO COM A MISTURA

ÁLCOOL + GHB, KETAMINA e OUTROS DEPRESSORES: Pode trazer grandes riscos como parada respiratória, diminuição de batimentos cardíacos e coma.

ÁLCOOL + COCAINA, ÉXTASY, ENERGÉTICOS e OUTROS ESTIMULANTES: Pode causar falsa sensação de sobriedade. Assim, quem mistura pode acabar fazendo um uso mais acentuado de ambas, trazendo riscos de coma, arritmia e parada cardíaca.

A combinação de álcool e cocaína faz com que o fígado produza a cocaetileno, substância muito tóxica para o sistema cardiovascular, podendo ser associada a convulsões e danos para o fígado.

ÁLCOOL + MACONHA, LSD, MDMA e OUTROS PSICODÉLICOS: Pode levar a reações inoperadas, afetando seriamente o julgamento de riscos e podendo levar a situações indesejadas ao usuário.



RACISMO E REDUÇÃO DE DANOS: UMA BREVE LEITURA BIOPOLÍTICA

*Emiliano de Camargo David
Maria Cristina Gonçalves Vicentin*

Esse breve texto procura colaborar para a reflexão da temática étnico-racial no universo das políticas de drogas, na especificidade da Redução de Danos. Problematizar essa temática no campo da saúde mental é imprescindível, considerando que os estigmas e preconceitos em relação aos usuários de drogas, muitas vezes, se interseccionam ao racismo, gerando distintos modos de reconhecimento e tratamento em torno dos direitos civis e políticos, de acordo com a pertença racial dos indivíduos ou grupos.

Para isso, o presente texto define brevemente o conceito de raça, até atingir os conceitos de Racismo Institucional e Racismo de Estado, aspectos centrais deste escrito. Ambos são fundamentais nas pesquisas em saúde mental e políticas de drogas, pois, afetam as dimensões territoriais/coletivas; das singularidades, da relação profissional/usuário e da pesquisa. Este texto se ampara nos referenciais teóricos da Análise Institucional, somado às pesquisas que envolvem psicologia e questões raciais, os principais autores utilizados são Michel Foucault e Achille Mbembe.

A instituição da raça, como destaca Schuman (2010) é “o ato de atribuir, legitimar e perpetuar as desigualdades sociais, culturais, psíquicas e políticas à “raça” significa legitimar diferenças sociais a partir da naturalização e essencialização da ideia falaciosa de diferenças biológicas” (p.04)

Se o racismo deve ser analisado de forma sociológica e política (WIEVIORKA, 1946) “o Estado se encontra a esse título necessariamente envolvido (...) ele é responsável pelas respostas que proporcionam, por sua extensão ou por sua regressão” (WIEVIORKA, 2007, p.72). Para tanto, foi privilegiada uma perspectiva institucional de análise, a que pensa o racismo como instituição, como lógica de produção e reprodução das relações sociais (LOURAU, 1993). Entendendo que “o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem de acesso aos benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações” (DFID; CRI, 2007, p. 2), recorreremos às ideias Foucaultianas sobre o racismo, em especial o conceito de Racismo de Estado.

Para Foucault (1999, p. 309), “a especificidade do racismo moderno, o que faz sua especificidade, não está ligada a mentalidades, a ideologias, as mentiras do poder. Está ligada à técnica do poder, à tecnologia do poder”.

Foucault (1988) considera que, do século XVIII em diante, o poder tomará como objeto a vida de duas maneiras estratégicas: a primeira delas é a anátomo-política do corpo humano, que tem como funções a disciplinarização, o adestramento e a docilização dos corpos, fazendo-os diligentes e econômicos. A segunda seria o corpo-espécie, objeto de investimento da biopolítica, que se efetiva por meio da gestão de procedimentos

próprios da vida da população: a propagação, o ato de nascer, a morte, a saúde, o envelhecer. Em decorrência da ampliação do biopoder, será observado o alargamento de tecnologias políticas em torno da saúde, do corpo, da alimentação, do controle do comportamento, da normalização do prazer, entre outras exigências da existência do indivíduo.

Nessa nova lógica de poder que ata a política à vida, Foucault (1999, p. 307) se interroga: “Quando for preciso matar (...) como se poderá fazê-lo, se se funcionar no modo do biopoder? Através dos temas do evolucionismo, mediante um racismo”. O racismo exerceria uma dupla função: a de produzir uma separação, dentro do continuum biológico, entre quem pode viver e quem pode morrer, articulando as duas condições: a morte de uns favorece a sobrevivência dos outros. Mbembe (2016, p. 128) acrescenta: “Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado”.

Para Foucault (1999), esse poder soberano dos Estados modernos, de decidir sobre vida e morte, permite à sociedade tentativas de eliminação de seus indesejáveis “e o racismo seria, de acordo com Michel Foucault, um elemento essencial para fazer essa escolha. É essa política de extermínio que cada vez mais se instala no Brasil, pelo Estado, com a conivência de grande parte da sociedade” (CARNEIRO, 2011 p. 134).

Flauzina (2008, p. 115) auxilia na realização de leituras sobre a “segregação espacial”, enquanto um dos efeitos do racismo de Estado, considerando que os territórios onde a população negra foi direcionada desde o período pós-abolição, é a permeação de uma desestruturação da espacialidade urbana, o que colabora com a produção de mortes, simbólicas e físicas. Para a autora (p. 117), “as periferias das cidades brasileiras [assim como as nomeadas cracolândias] são o cenário interativo em que se somam práticas e omissões para a consecução do projeto genocida do estado”. É de relevância também, apontar uma das dinâmicas que Achille Mbembe chamou de necropoder (MBEMBE, 2016), a fragmentação dos territórios, que impossibilita o livre acesso, garantindo uma segregação ao modo do Estado de apartheid; além da gestão das populações baseada na morte, como estratégia de controle de territórios - a necropolítica (MBEMBE, 2011).

Essas políticas de morte que visam (em especial) o genocídio da população pobre, preta e periférica, utilizam de diversas tecnologias, dentre elas, a ruinosa “Guerra às Drogas”, particularmente ao crack. A Guerra às Drogas se trata de novo approach manicomial, que visa o controle social pautado em raça, classe e gênero, sob a chancela da regulação de substâncias psicoativas.

Os efeitos dessa maléfica política, para a população negra, pode ser vista nos gráficos abaixo, que apontam comparações de internação, mortalidade e uso de drogas.

Quando são comparadas as taxas de mortalidade e de internação, percebe-se a iniquidade racial no acesso ao atendimento hospitalar, “na medida em que a mortalidade de pretos e pardos é bem maior que entre brancos, além de haver uma proporção muito maior da mortalidade em relação à internação entre pretos, pardos e indígenas” (BRASIL, 2016).

O Gráfico 1, a seguir, apresenta uma comparação entre as taxas de internação (por 10.000 habitantes) e de mortalidade (por 100.000 habitantes) por transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de álcool segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.

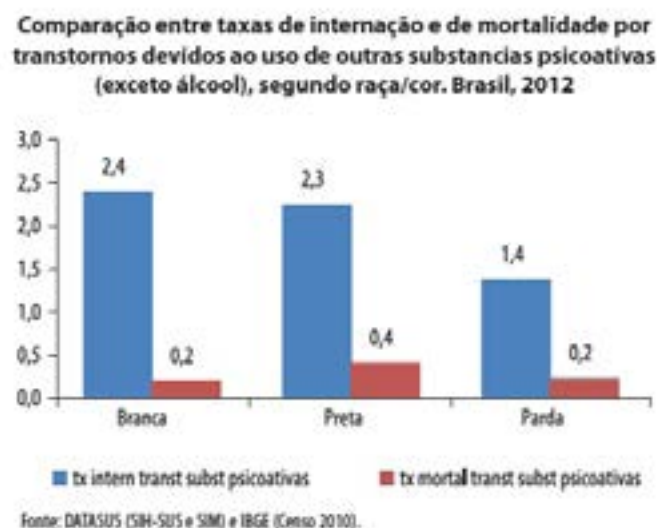
Gráfico 1 – Comparação entre as taxas de internação (por 10.000 habitantes) e de mortalidade (por 100.000 habitantes) por transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de álcool segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.



As taxas de internação e de mortalidade por transtornos em razão do uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool), segundo raça/cor destacam o predomínio de negros (pretos somados a pardos) internados. O percentual de brancos é de 2,4 e o de negros é de 3,7. Quando o tema é a taxa de mortalidade pelo uso de drogas, a situação se agrava, sendo “duas vezes maior entre pretos (0,4) do que brancos (0,2) e pardos (0,2)” (BRASIL, 2016), totalizando 0,6 para negros (somatória de pretos e pardos).

O Gráfico 2 apresenta uma comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por transtornos em razão do uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool), segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.

Gráfico 2 – Comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por transtornos em razão do uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool), segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.



Tomando os aportes de Foucault e Achille Mbembe, essa retomada das relações entre políticas de morte e população negra permite construir um outro elemento de visibilidade, como foco no campo da saúde mental, sobre como o atributo raça no Brasil impõe possibilidades diferentes para brancos e negros no processo saúde/doença/morte (LOPES, 2005). O reconhecimento dessas iniquidades se fará no campo das políticas públicas no século XXI, com a proposição da Política de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017) e da proposta de consideração de estratégias e práticas de cuidado em saúde mais apropriadas e eficazes para a população negra.

A política de Redução de Danos presume a garantia dos direitos humanos, o combate aos estigmas e preconceitos, o direito à vida e à saúde aos usuários de drogas. A racialização desta política pode ser um dos grandes trunfos das práticas de cuidado antirracista, que designa equidade racial e étnica no campo da saúde pública, mais especificamente das políticas de drogas.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS**, v. 7, n. 10. Temático Saúde da População Negra/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Uma política do SUS**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DFID (DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL E REDUÇÃO DA POBREZA); CRI (COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL). **Combate ao racismo institucional**. Brasília, 2007.

FLAUZINA, A. L. P. **Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo – SP: Martins Fontes, 1999. p.307-309

_____. **Genealogia del racismo**. Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1992.

_____. **História da sexualidade I – A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Orgs.). **Seminário Saúde da População Negra, Estado de São Paulo, 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

LOURAU, René. **Análise institucional e prática de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993.

MBEMBE, A. **Necropolítica seguido de sobre el governo privado indirecto**. Santa Cruz de Tenerife: Melusina, 2011.

_____. **Necropolítica – biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. *Arte & Ensaios* – Revista do ppgav/eba/ufrrj, n.32,dez. 2016.

SCHUCMAN, L. **Racismo e Anti Racismo: a categoria raça em questão**. Revista de Psicologia Política. Número 19 do vol. 10. B.H. Brasil. 2010, p. 04.

WIEVIORKA, M. **O racismo, uma introdução**. São Paulo: Perspectiva, 2007, p. 72.



PREVENÇÃO COMBINADA AO HIV / AIDS E REDUÇÃO DE DANOS: POLÍTICAS PÚBLICAS QUE SUSTENTAM A OFERTA DE UM CUIDADO MAIS EFETIVO E SENSÍVEL ÀS POSSIBILIDADES E NECESSIDADES DAS PESSOAS ATENDIDAS

*Neide Gravato da Silva
Karina Zihlmann
Graziella B. Barreiros*

A aids é uma doença tratável porém ainda incurável, apesar dos esforços governamentais e da sociedade organizada, ainda continua sendo um grave problema de saúde coletiva.

Desde a década de oitenta a prevenção ao HIV tem sido centrada em barreiras físicas como uso de preservativos masculinos e femininos, no gel lubrificante, na orientação a redução de parceiros sexuais e incentivo a testagem e educação de pares. Todas essas medidas não foram suficientes para reduzir a disseminação do vírus.

A Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP)2013, realizada pelo Ministério da Saúde, revelou 94% dos brasileiros sabe que o preservativo é melhor forma de prevenção às Infecções sexualmente transmissíveis e AIDS, porém 45% da população sexualmente ativa do país não usou preservativo nas relações sexuais casuais nos últimos 12 meses. Isto demonstra que para reduzir a transmissão do vírus é necessário ampliar a oferta de métodos de prevenção ao vírus.

Para prevenir a disseminação do vírus HIV o Ministério da Saúde propõe três tipos de intervenções:

Intervenções comportamentais

- São ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco de exposição ao HIV e para sua consequente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento da pessoa e da comunidade ou grupo social em que ela está inserida.

Intervenções estruturais

- São ações voltadas aos fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV, envolvendo preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana.

Intervenções biomédicas

São ações voltadas à redução do risco de exposição, mediante intervenção na interação

entre o HIV e a pessoa passível de infecção. Essas estratégias podem ser divididas em dois grupos: intervenções biomédicas clássicas, que empregam métodos de barreira física ao vírus, já largamente utilizados no Brasil; e intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais (ARV).

O uso do ARV aparece em três diferentes momentos:

1 - Na ampliação de diagnóstico e início imediato do tratamento para indivíduos infectados pelo HIV (Testou, tratou, independentemente do nível de resposta imunológica do indivíduo (níveis de CD4).

2 - No oferecimento de ARV para indivíduos que entraram em contato com o vírus mas que ainda estão iniciando o processo de infecção (até 72 horas após a exposição) denominada Profilaxia pós exposição- PEP

3 - A vinculação e profilaxia preventiva a indivíduos de alta vulnerabilidade a exposição ao vírus, que demonstrem dificuldade de utilizar os métodos de prevenção disponíveis, a profilaxia Pré Exposição -PREP

Estudos demonstraram que o uso de antirretrovirais possibilita uma redução na quantidade de vírus circulante no organismo e conseqüentemente uma significativa redução na transmissão do mesmo.

A OMS estabeleceu a meta 90/90/90, até 2020 onde o serviço de saúde deve buscar diagnosticar 90% dos casos previstos de HIV, reter 90% destes e manter 90% em supressão viral (Carga Viral < 50 cópias).

Utilizar barreiras físicas associadas a barreiras químicas reduzem significativamente a transmissão do vírus, esta estratégia foi denominada de Tratamento como prevenção (TcP)

Tanser et al., (2013), acompanhou durante sete anos uma coorte de 17 mil pessoas não infectadas na África do Sul, e observou que para cada 1% de aumento das taxas de cobertura de TARV houve um declínio de 1,4% no risco de infecção na população.

Eaton, et al, (2012) estimaram utilizando estudos de modelagem que, em 8 anos, um programa de TARV com 80% de cobertura e retenção de 85% destes no seguimento clínico reduziria entre 35 e 54% as taxas de incidência do HIV.

Nesse contexto propõe-se o estímulo a testagem para diagnóstico precoce e acesso ao tratamento que reduzam rapidamente os níveis de carga viral, reduzindo a transmissão associado ao uso de ARV, além do oferecimento de métodos tradicionais de prevenção, tais como preservativos femininos e masculinos, gel lubrificante. Essa combinação de estratégias foi denominada como Prevenção Combinada

Segundo o Ministério da Saúde, a prevenção combinada faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e socioestrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV, conforme observa-se na mandala abaixo:



Para entender melhor este conceito vamos detalhar como se dão essas intervenções:

PEP (Profilaxia Pós-Exposição de Risco)

É uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como:

- Violência sexual;
- Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha);
- Acidente ocupacional (com instrumentos perfuro cortantes ou contato direto com material biológico).

Como funciona a PEP para o HIV?

- Consiste no uso de medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco de infecção em situações de exposição ao vírus.
- Trata-se de uma urgência médica, que deve ser iniciada o mais rápido possível - preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo em até 72 horas.
- A duração da PEP é de 28 dias e a pessoa deve ser acompanhada pela equipe de saúde.
- Recomenda-se avaliar todo paciente com exposição sexual de risco ao HIV para um eventual episódio de infecção aguda pelos vírus das hepatites A, B e C.

O que é a PREP para o HIV

- A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV é um novo método de prevenção à infecção pelo HIV, que consiste na tomada diária de um comprimido composto por dois ARV que impede que o vírus causador da aids infecte o organismo.

O estudo PROUD apresentado na Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI) demonstrou uma redução 86% de chances de se infectarem pelo HIV em comparação ao outro grupo que não havia iniciado a PrEP.

Granjeiro et al, (2015) analisaram diversos estudos que mostraram evidências que a PrEP reduz mais de 90% a transmissão e sem nenhuma evidência de compensação de risco, não aumentaram número de parceiros, nem a incidência de outras infecções sexualmente transmissíveis e maiores taxas de uso consistente de preservativo.

No Brasil, a PrEP começou a ser disponibilizada pelo SUS em dezembro de 2017 e tem sido ampliada para diversos serviços do Brasil conforme site do Departamento de DST/AIDS do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br)

A PrEP é a combinação de dois medicamentos (tenofovir + entricitabina) que bloqueiam alguns “caminhos” que o HIV usa para infectar seu organismo. Se você tomar PrEP diariamente, a medicação pode impedir que o HIV se estabeleça e se espalhe em seu corpo.

A PrEP só tem efeito se tomar os comprimidos todos os dias. Caso contrário, pode não haver concentração suficiente do medicamento em sua corrente sanguínea para bloquear o vírus.

Após 7 dias de uso para relação anal e 20 dias de uso para relação vaginal a PrEP começa a fazer efeito.

É importante lembrar que a PrEP não protege de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (tais como sífilis, clamídia e gonorréia) e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a caminha, no entanto a vinculação dos indivíduos nos serviços de PREP tem demonstrado que o aconselhamento e a sensibilização para a prevenção têm aumentado o uso de preservativos e reduzido as exposições ao risco.

A PrEP não é para todos. Ela é indicada para pessoas que tenham maior chance de entrar em contato com o HIV.



Outras situações recomendadas para PREP

- Usuários que frequentemente deixa de usar camisinha em suas relações sexuais (anais ou vaginais);
- Tem relações sexuais, sem camisinha, com alguém que seja HIV positivo e que não esteja em tratamento;
- Faz uso repetido de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV);
- Apresenta episódios frequentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A prevenção combinada, como vimos, foi também fruto da reflexão sobre a real efetividade do cuidado ofertado, considerando o sentido que as informações e as propostas terapêuticas efetivamente faziam para a população referenciada, especialmente as aqui denominadas “populações-chave”. Nos voltamos a uma “velha conhecida” preocupação dos profissionais de saúde, sanitaristas de modo geral e governos: Como o cuidado pode se moldar às necessidades e possibilidades reais das pessoas atendidas, com vistas a superarmos uma clínica protocolar, pouco flexível, de alta exigência e baixa efetividade? Afinal, como sabemos (embora muitos ignorem isso) o cuidado deve se adequar às pessoas atendidas e, não, o contrário.

Sem dúvida, a oferta do que chamamos do “cuidado possível para a pessoa em cuidado” é premissa de fundamento de outra “conhecida” nossa: a Redução de Danos. Esse modo respeitoso de ver o sujeito em cuidado e responsável de entender o papel do cuidador. Mais uma vez, essa tecnologia de saúde que, desde sempre, traz a defesa da vida e a garantia do direito ao cuidado em saúde, corrobora o que profissionais e pesquisadores veem demonstrando: É imperativo adequar a oferta, compreender a população atendida, sua objetividade e subjetividade.

Dentro do grande campo da saúde pública, sob a égide de diretrizes e princípios fundamentais do SUS e dos Direitos Humanos (tais como liberdade, acesso universal, equidade, trabalho em rede e integralidade do cuidado e dos sujeitos) as áreas de Saúde Mental, HIV/Aids, Hepatites virais e demais IST's se encontram para garantir direitos e acesso às populações mais vulneradas. Não raro, essas áreas partilham a responsabilidade de cuidar de pessoas que, por suas escolhas de vida, condições e possibilidades, têm seus direitos frequentemente violados, sofrem preconceitos, estão vulneradas, estigmatizadas, humilhadas e abandonadas. São realidades que, mais que excluem cidadãos. Na verdade, “incluem” pessoas numa dimensão esquecida da sociedade, de onde parecem não poder mais sair. São vistas, mas ignoradas. Como se não importassem mais a ninguém. Muitas vezes, nem mesmo ao poder público. Afinal, se fossem mesmo invisíveis, porque a maioria atravessaria a rua, ao cruzar com eles (as)?

No que diz respeito ao cuidado ofertado às pessoas com demandas e/ou necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, a interface entre as áreas se faz especialmente percebida. Também as pessoas que consomem substâncias psicoativas, em patamar de abuso ou dependência, muitas vezes tem sua capacidade de fazer as melhores escolhas para sua saúde comprometidas. Mas, certamente, não é somente o consumo de substâncias psicoativa que as vulnerabiliza. Infelizmente, é comum se encontrarem em situação de violências de todos os tipos (especialmente a institucional, de gênero e urbana), descaso, abandono, miséria (lato sensu) e violação de direitos civis. Existir em condições tão duras, certamente altera nossa relação com a vida, com nosso corpo e com as pessoas de modo geral. Em nossa experiência, percebemos que, quase sempre, a desigualdade social inicia a destruição muito antes das drogas. Nesse caso, contrariando a obviedade matemática, ordem dos fatores, de fato, altera o produto. Assim, é imperioso

atuar de modo equânime, com base na realidade social, se quisermos desenvolver políticas públicas adequadas e consequentes.

“Nesse contexto, o processo em que o sujeito torna-se consumidor é entendido como sujeição e submissão, ao mesmo tempo, sendo o corpo o nexus de atuação e redirecionamento de poderes, estabelecendo dialogicamente um elo entre tornar-se sujeito e submeter-se em processos de lutas diárias sobre uma identidade cambaleante, indignificada e marginalizada”
Jesse de Souza, 2016

Para nós, um bom exemplo é a PrEP. Essa (como a Redução de Danos) é uma oferta de cuidado que vem como uma grande lição: não podemos pensar as tecnologias de saúde para pessoas que gostaríamos que nossa população atendida fosse, somente para pessoas que escolhessem viver como gostaríamos que vivessem. Vamos cuidar das pessoas como elas são e nos seus contextos concretos de vida. Indo onde a população está, fazendo o cuidado que faz sentido para ela, validando seus diferentes modos de viver.

É condição, é imprescindível nos aproximarmos, ouvirmos, conhecermos. Como a redução de danos propõe, há décadas, a Prevenção Combinada traz o desafio de ampliarmos e diversificarmos a oferta de cuidado, com vistas a alcançarmos aqueles mais vulnerados, mais distantes e ampliarmos o impacto da nossa ação. Como faremos (no campo da prevenção ou qualquer outro) intervenções comportamentais, socioestruturais e/ou biomédicas se não conhecermos as pessoas das quais cuidamos? Está implícito na proposta que é necessário apreender quem é nossa população, conhece-la. Validar seu modo de ser. Onde vivem? Como se relacionam? Como vivem? No que acredita? Como se comportam? É preciso reconhecer. Numa aproximação respeitosa que resulta em autoridade afetiva e nos reconhece como cuidadores, autorizando nossa “entrada” na vida do outro. Assim, poderemos alcançar possibilidades e efetividade sanitária.

Conclusão

A prevenção combinada é uma estratégia de ampliar o leque de possibilidades para o controle da epidemia do HIV, uma vez que métodos apenas de dependem de mudanças de comportamento podem ser demorados ou mesmo limitantes para alguns segmentos da sociedade.

Também, como dissemos, a prevenção combinada (em suas dimensões biomédica, comportamental e socioestrutural e aplicadas em múltiplos níveis: individual, nas parcerias/ relacionamentos, comunitário, social) busca responder a necessidades específicas de determinados públicos. Com base nisso, gostaríamos de ressaltar a dimensão pedagógico/política dessa proposta, dessa tecnologia. A Prevenção Combinada reconhece e ensina. Reconhece e nos ensina a assumirmos nossas fragilidades para cuidar das fragilidades de outras pessoas. Assumirmos nossa necessidade de rever, flexibilizar e ganhar efetividade. A um só tempo, significa desenvolver uma possibilidade melhor e mais efetiva de cuidar e, por outro lado, assumir nossa perigosa potência para descuidar (condição primeira para evitar esse risco e minimizar seus danos). Nesse caso, como diziam nossas sábias avós, o que não ajuda, certamente atrapalha. Se não revermos nossos protocolos, à luz do sentido que a clínica está fazendo para as pessoas atendidas (sentido esse que, certamente se traduz nos resultados), não alcançaremos nossas ambições epidemiológicas, não produziremos políticas públicas efetivas.

A Prevenção Combinada, como a Redução de Danos, convida à peripatética clínica da contratualidade. Quando assumimos o desafio de migrar da condição de prescritores “sabidos” à negociadores efetivos. Ganhar valor de uso pelo desenvolvimento da

capacidade de trocar, de contratualizar. Assumindo que a população atendida precisa construir a resposta junto. Eles (as) contam. Se não for assim, fracassamos. Precisa ser legitimamente uma população diversa, acontecendo em contextos diversos, flexível, plástica e com amplitude na oferta de cuidado.

Considerar essa diversidade, prover uma aproximação com esses segmentos entendendo seus comportamentos e criando alternativas tecnológicas para redução da transmissão precisa ser uma política efetiva de governo para controlar a epidemia do HIV.

Quanto mais possibilidades forem oferecidas mais factível será para os indivíduos escolherem métodos que reduzam sua vulnerabilidade a infecção.

O tratamento como prevenção tem mostrado a importância dos serviços de saúde vincularem os portadores de HIV num projeto de adesão que garanta a supressão viral e reduza a transmissão do vírus na população. Ampliar o diagnóstico das IST, oferecendo testagem em meio aberto e oportunidades além dos horários oficiais dos serviços de saúde, se constitui numa importante ferramenta para o diagnóstico precoce, aconselhamento e avaliação de risco e acesso rápido ao tratamento e a supressão viral.

Conhecer e prover uma aproximação com populações chaves para infecção do HIV (profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e populações confinadas) possibilitam um maior conhecimento das práticas que aumentam a vulnerabilidade e propor junto com esses segmentos ações de prevenção permanente.

Enfim a prevenção combinada, o tratamento como prevenção associados aos insumos de prevenção e vinculação dos portadores do vírus, garantindo a supressão de viral do HIV, associados aos métodos de barreira amplamente divulgados e disponíveis nos serviços de saúde, sem dúvida podem num futuro próximo reduzir os índices da doença no país.

Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico - AIDS e DST.** Volume 49

Nº 53. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>

Joint **United Nations Programme on HIV/AIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.** Geneve: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014. p. 33.

Chang LW, Serwadda D, Quinn TC, Wawer MJ, Gray RH, Reynolds SJ. **Combination implementation for HIV prevention: moving from clinical trial evidence to population-level effects.** *Lancet Infect Dis* 2013; 13(1): 65-76.

Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Bermúdez XPD. **O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura.** *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2015; 18 SUPPL 1: 43-62. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/80747416.pdf>

Tanser F, Bärnighausen T, Grapsa E, Zaidi J, Newell M-L. **High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural kwazulu-natal, South Africa.** *Science* 2013; 339(6122): 966-71.

Eaton JW, Johnson LF, Salomon JA, Bärnighausen T, Bendavid E, Bershteyn A, et al. **HIV treatment as prevention: systematic comparison of mathematical models of the potential impact of antiretroviral therapy on HIV incidence in South Africa.** *PLoS Med* 2012; 9(7): e1001245.

Cremin I, Alsallaq R, Dybul M, Piot P, Garnett G, Hallett TB. **The new role of antiretrovirals in combination HIV prevention: a mathematical modelling analysis.** AIDS 2013; 27(3): 447-58.

ESPINHEIRA. C. G. D. Conferência: O homem e sua relação com as drogas: história, valores e políticas - A universalidade dos usos de drogas: o lugar das drogas na sociedade pós-moderna. Conferência de abertura do 1º Encontro Nacional de CAPS AD - Santo André - SP, 2004.

KINOSHITA, R. T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial.** In: PITTA, A. (Org.) Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec

LANCETTI, A.. Clínica Peripatética. **Coleção Políticas do Desejo.** São Paulo: Hucitec, 2007.

LANCETTI, A., **Contra Fissura e a Plasticidade Psíquica,** São Paulo: Hucitec, 2015.

MACRAE, E. J. B. N. (Org.); ALMEIDA, A. R. (Org.); NERY FILHO, A. (Org.); TAVARES, L. A. (Org.); FERREIRA, O. S. (Org.) . **Drogas, Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo.** 1. Ed. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia - EDUFBA, 2004.

MARLATT G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

SOUZA, J. (Org.) **Crack e Exclusão Social - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.** Ministério da Justiça e Cidadania do Brasil, 2016.



PARTE 2

○ Desenvolvimento de uma experiência

- 1** Considerações críticas sobre a política proibicionista de drogas
- 2** Planejando e realizando um curso sobre drogas e direitos humanos
- 3** Da reflexão à ação: desafios e potenciais da elaboração conjunta de intervenções pautadas pela perspectiva da redução de danos + projetos construídos

CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS SOBRE A POLÍTICA PROIBICIONISTA DE DROGAS

Camila Sthefanie de Matos Gomes

Daniela Fernandes Pires

Fernanda Soncini

Patrícia Carvalho Silva

Introdução

Esse capítulo propõe-se a pensar sobre a construção de políticas proibicionistas enquanto um paradigma que traz impactos nas práticas de cuidado ofertadas. Pensamos que o proibicionismo, com todo seu aparato institucional (políticas, convenções e tratados), insere uma lógica de que o uso de substância é a causa de males, tanto no âmbito individual quanto coletivo.

Para refletirmos sobre esta perspectiva é necessário compreender o processo histórico da proibição das drogas no Brasil e no mundo, como um processo que possibilitou ao Estado a manutenção do controle total sobre espaços e populações específicas, especialmente os negros, a quem associa-se historicamente o uso da maconha, e não pela constituição farmacológica de cada substância e os possíveis danos causados ao usuário e à sociedade por conta de seu uso problemático.

Outro fator que impulsiona a manutenção da chamada “Guerra às Drogas” é o apelo econômico e geopolítico do mercado das drogas. O mercado ilegal de drogas é hoje a 4^ª maior economia do mundo, logo atrás do mercado das armas. Orlando Zaccone¹ nos diz que a Guerra às Drogas pode parecer um fracasso, se vista do ponto de vista discursivo, daquilo que ela diz pretender, como a segurança e a proteção das pessoas. Porém, do ponto de vista do controle social e do aquecimento do mercado financeiro é um sucesso, pois, movimentou de uma vez os dois maiores mercados ilegais do mundo: o das armas (que fora desaquecido após as Grandes Guerras e a Guerra Fria) e o das drogas (que, na sociedade capitalista, torna-se um produto; todos os dias surgem novas drogas a serem fetichizadas e, em alguns casos, não há limites para a quantidade deste consumo). Especula-se até que, com a atual “Guerra ao Terrorismo”, o mercado bélico possa voltar-se a essa nova guerra e, com isso, os governos poderiam tornar-se mais abertos à pauta da legalização das drogas.

A grande questão é que não se faz guerra contra substâncias, mas contra pessoas. O Estado, apoiado pelo discurso midiático de combate às drogas, finda por perseguir, reprimir, excluir e exterminar populações tidas como indesejadas ou temidas pela sociedade (historicamente, a população negra e periférica). Quando no noticiário ouve-se: “Polícia invadiu o morro, baleou e matou 10 suspeitos de envolvimento com o tráfico”, rapidamente o ocorrido é interpretado através da ideia de que é papel da segurança pública proteger os cidadãos de bem, e que o traficante é parte de uma escória da sociedade, já que ele vende a “droga”, cujo uso é associado diretamente à causa das vulnerabilidades destas populações, sendo assim, tanto a vida do traficante quanto a do usuário, têm valor menor,

¹ *Websérie Crack Repensar, vídeos: “Geopolítica do Proibicionismo” e “O sistema financeiro e o lucro do tráfico”*

porr serem consideradas prejudiciais à sociedade. Muitas vezes essa desvalorização se dá com o aval e até o apoio de parte da sociedade. No documentário “Notícias de uma Guerra Particular”, de João Moreira Salles, um delegado da polícia civil do Rio de Janeiro ainda completa: “E se alguém perguntar se quem morreu era inocente alguém vai falar [Ah, mas estava lá...]”

Culpabilizando o uso da substância pela situação de abandono e negligência de determinados espaços e populações, o Estado exime-se da responsabilidade de construir políticas públicas que visem reparar desigualdades sociais históricas, diminuir as vulnerabilidades e aumentar a garantia de acesso a direitos, desconsiderando o fato de que tais locais dominados pelo tráfico e pelo uso abusivo de drogas são também historicamente renegados a direitos básicos e constitucionais.

Outro ponto nevrálgico para pensar os efeitos do proibicionismo é a estigmatização do usuário de drogas, apoiado nas premissas de periculosidade, criminalidade, erro moral e individual. Assim, dificulta-se a procura por serviços de cuidado, educação e assistência, agravando o quadro geral de saúde e repertório de vida do indivíduo que está em uso problemático, tornando-se este conhecido como “dependente químico”, incapaz de tomar suas próprias decisões, inválido, indesejado, criminoso, passível de morte.

Dessa forma, este capítulo apresenta uma visão anti-hegemônica sobre a questão das drogas no Brasil.

Panorama da Política Proibicionista

O proibicionismo, conforme se concebeu no fim do século XIX, é resultado de vários fatores socioculturais que contribuíram para a legitimidade da intervenção estatal sob a utilização de substâncias psicoativas para alteração da consciência. O aspecto econômico teve grande contribuição para sua validação, primeiro porque interessava à indústria farmacêutica² o monopólio da manipulação, refinamento e comércio do ópio e da cocaína, e por outro, a ascensão da classe médica, cujas ideias assumiram status de verdade “absoluta” sobre as questões do corpo, desqualificando tudo que pudesse ser caracterizado como xamanismo, curandeirismo ou de qualquer outra área de conhecimento. Visualiza-se ainda, a intensa participação de setores mais conservadores da sociedade cristã (metodista), que apoiavam as políticas proibicionistas e pregavam a abstinência total como forma de manter sua ideologia de pureza moral.

Apesar de a tecnologia atualmente possibilitar a criação de uma infinidade de novas drogas a cada dia, a guerra ainda se concentra em torno de apenas três substâncias, produzidas a partir de plantas psicotrópicas oriundas de territórios marcados por forte disputa geopolítica, étnica e econômica: a *Papaver somniferum*, ou papoula (ópio/heroína/opioides) no Oriente Médio e na Ásia, a *Erythrochilum coca*, ou coca (cocaína/crack) na América do Sul e a *Cannabis sp.*, ou maconha (de origem oriental, de abrangência global, historicamente associada a populações tidas como marginais). As drogas sintéticas produzidas na Europa e distribuídas mundialmente, embora girem boa parte da economia das drogas, não sofrem o mesmo tipo de repressão bélica que os países onde existem as disputas por recursos naturais e o controle social da população.

² Dentre os mercados legais, a indústria farmacêutica só perde para a indústria do petróleo, em faturamento, no mundo.

Persiste-se na utilização de termos bélicos, como “guerra às drogas”, “combate” aos traficantes, repressão e “eliminação” nas leis penais, o que para Salo de Carvalho determina o modelo repressivo e se incorpora ao imaginário político-criminal. A associação explícita entre o tráfico ilícito de drogas e as “organizações criminosas” também reforça esse modelo, pois se considera teriam estas como objetivo “minar as economias lícitas e ameaçar a segurança e a soberania dos Estados”, além de “invadir, contaminar e corromper as estruturas da Administração Pública...”. O apelo à guerra era emocional e mesmo irracional (CARVALHO apud RODRIGUES, 2006, p.42)

Dessa forma, o proibicionismo é definido por Carneiro (2017, p.28) como uma “normatização política, médica, jurídica, policial e moral com raízes complexas” ligadas a diversos fatores, dentre eles o racismo xenofóbico e a corporação policial e judicial, fortalecendo tal postura de intervenção. Torcato (2016, p.22) também versou a respeito do controle sobre as drogas que “faría parte do autoritário processo que é denominado de medicalização da sociedade”, acompanhado por um enquadramento das pessoas na “normalidade”, quando se projeta os papéis sociais esperados de cada um para sustentar o funcionamento padrão de uma forma de organização e postura social pré estabelecidas.

Frente ao discurso moralista, cristão e médico, a partir do século XX, o sanitarismo e o assistencialismo passam a normatizar e regular sobre o assunto³. No embalo das políticas proibicionistas estadunidenses, ocorrem marcos importantes para a consolidação destas políticas no mundo⁴.

Nesse contexto, o mundo conheceu a chamada “Guerra às Drogas” que institucionalizou uma política de repressão, baseada em um discurso de restaurar a “lei e a ordem” defendidas pelo combate ao crime, aceito amplamente pela sociedade (BAUM apud FEITOSA e PINHEIRO, 2012, p.68).

A influência internacional na construção de políticas proibicionistas no Brasil é facilmente visualizada quando observamos a organização e o surgimento de movimentos ainda no final do século XIX, como foi o caso da “Liga Anti Alcool” e do movimento “Pró-Temperança.”

Apesar disso, ressaltamos que o Brasil foi o primeiro país a ter uma lei que proibia o uso de maconha, antes até dos EUA, em 1830, quando a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, por meio do Código de Posturas Municipais, criou restrições ao comércio e ao consumo do “pito de pango” (expressão usada para definir a cannabis à época) (ROWAN, 1999). Isso aponta de como o processo de criminalização de determinadas substâncias, está amparada por uma lógica de criminalização de determinadas populações, no caso aqui negros, desvalidos, vagabundos, miseráveis.

A partir do século XX, o Brasil intensifica as políticas de controle da produção, venda e consumo de determinadas substâncias, acompanhando as tendências internacionais. Um marco importante no âmbito da construção destas leis brasileiras é o Decreto-Lei de 1938⁵. Pela primeira vez há uma lei em território nacional que proíbe o plantio, tráfico e consumo das substâncias relacionadas e estabelece-se legalmente o direito a internação compulsória por parte do Estado. A lei 6368/76, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao

3 Exemplos disso é a provação da Pure Food and Drug Act (1906) e do Harrison Narcotics Act (1914) que determinou o detalhamento sobre a composição de medicamentos, bem como a necessidade de prescrição médica para uso de cocaína e opióides, marcando assim a ilegalidade do uso recreativo e enfatizando o poder do médico sobre o consumo. O auge do movimento proibicionista foi com a 18ª Emenda à Constituição dos Estados Unidos ou Volstead Act (1920), onde o consumo de álcool foi proibido, trazendo consequências graves a população norte americana e mundial.

4 Dois Encontros em Xangai (1906 e 1911); duas Conferências em Haia (1912 e 1914), a Liga das Nações (1920), em Genebra, na Suíça, criação da Comissão de Narcóticos (1946), Convenção Única de Estupefacientes (1961), Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971)..

5 Decreto nº 2.994 de 17 de agosto de 1938.

tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e intensifica as forças repressivas, instituindo a ação conjunta das polícias municipais, estaduais e federal no combate ao tráfico.

No final da década de 90⁶, o Brasil dá início a uma nova discussão política, que visa articular os temas da redução da demanda e da oferta, da repressão e do controle de substâncias precursoras da fabricação de drogas ilícitas e lícitas. A partir de então, grandes esforços são feitos até a criação da Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), em 2002, e com ela, a formulação da atual lei nacional sobre drogas, a Lei 11.343 de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). A principal marca desta lei é não estabelecer a quantidade de droga que distingue o consumidor e o vendedor de drogas, não só dando espaço para uma larga margem de subjetividade na interpretação da lei, como também deixando esse julgamento, principalmente a cargo das forças policiais, que em geral são as únicas testemunhas no processo e no Ministério Público.

“Um garoto hoje, que tem um emprego onde ele recebe um salário mínimo, 740 reais. Ele recebeu o salário na sexta-feira, resolveu passar na boca de fumo na localidade onde ele mora e comprar 5, 10 trouxinhas de maconha para uso próprio no fim de semana. Uma operação policial feita naquele momento identifica ele na boca de fumo, com 700 reais no bolso - ele já gastou 40 - e cinco, dez trouxinhas de maconha no outro bolso. Ele é traficante ou usuário? Eu tenho certeza que ele vai ser autuado como traficante. Mas uma pessoa que está com 200 gramas de maconha no carro, evidente que conseguindo provar que é estudante, que trabalha, que tem aquilo pra botar na sua casa para uso próprio, vários já foram autuados como usuários. A construção que se faz do ambiente social que é cruel. Porque o usuário é sempre aquele que tem condições de provar que tem recursos para obter a droga. E aquele que não tem como provar que tem recursos para obter a droga acaba sendo identificado como traficante”

(Orlando Zaccone, em “Crack Repensar”, 2015)

A Política Proibicionista Como “Promotora” De Danos

A constituição das políticas públicas sobre drogas foi historicamente pautada no ideal de uma “sociedade sem drogas”, projeto este endossado pelos discursos médico e jurídicos, reconhecidos como verdades absolutas e que geraram um conjunto de leis, normas, diretrizes e portarias (MACHADO, 2006).

Em mais de cem anos de normatização, percebemos no âmbito jurídico uma racionalidade baseada na proteção da sociedade dos “perigosos” e na segurança aos “cidadãos de bem”. No campo da saúde, afirmaram-se que determinadas substâncias são nocivas à vida e por isso todo esforço é válido para manter o indivíduo longe destas. Cria-se uma lógica onde, para evitar que a droga prejudique a vida, a segurança e a liberdade da população, encarcera-se, pela via da justiça ou da saúde, segrega-se ou extermina-se parte da população (CARVALHO, 2011).

Embora desde os anos 70 os movimentos sociais junto aos trabalhadores e pessoas em sofrimento psíquico venham se posicionando fortemente em defesa de um atendimento ofertado na comunidade, a partir das necessidades de cada sujeito, os próprios Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em alguns contextos, bem como as clínicas e comunidades terapêuticas, se deparam com a oferta de cuidados baseados na lógica produzida pelas políticas proibicionistas. Permanecemos estigmatizando as pessoas entre criminosas ou doentes, esquecendo-nos do viés do cidadão do uso de drogas, ou seja, do direito à liberdade e à autonomia que os seres

⁶ Ações referentes à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação, à redução de danos e à reinserção social de usuários e dependentes.

humanos devem possuir, sobretudo em relação ao uso de algo que atinge de sua pele para dentro. Emplaca-se assim, o afastamento das pessoas que necessitam de acompanhamento em serviços de saúde, a autoestigmatização como pessoa fracassada, moralmente incapaz e não possuidora de direitos.

Antonio Lancetti (2015), em seu livro *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*, debate um fenômeno que intitula como “contrafissura”, caracterizado pela influência das mídias e por toda a construção social secular em torno da questão das drogas, imbuindo de crenças e valores morais a sociedade em geral e os trabalhadores, que, deste modo, acabam, muitas vezes, por buscar soluções rápidas para problemas complexos e voltadas basicamente para o consumo das drogas.

Esse fenômeno de desespero, de fissura por resolver imediatamente, se manifesta na prática de interações forçadas, muitas vezes de adolescentes que tiveram seu primeiro contato com alguma droga ilegal. A esse afã por resolver imediatamente e de modo simplificado problemas de tamanha complexidade, chamamos de contrafissura. Assim como diz o samba “nós é que bebemos e eles que ficam tontos (Turma do Funil, Marcha de Carnaval de 1956), noias queimam pedra, autoridades, políticos e editores de jornais escritos e televisionados que ficam alterados. (LANCETTI, 2015)

Possibilidade Antiproibicionista - A Perspectiva Da Redução De Danos

Redução de Danos “é uma forma de olhar e lidar com os problemas ligados ao uso de drogas e deve constituir-se em razão da promoção à saúde e atenção integral, proporcionando a reflexão dos usuários de drogas, relacionados às formas, padrões, locais e sentidos para o uso, sempre com relevância também aos seus contextos sociais de consumo” (DROGAS E DIREITOS HUMANOS É DE LEI, s/d, p. 46).

Domiciano Siqueira (ABORDA, s/d, p.9) descreve a Redução de Danos como “fruto do desejo de inclusão, respeito e dignidade com relação a grupos e minorias historicamente abandonados”. Além disso, afirma que a sociedade precisava se organizar para formar uma rede para os usuários de drogas com atenção à implantação da Redução de Danos, já que o Estado não apresentava essa iniciativa. Articulada à sua origem, a troca de seringas para a tentativa da diminuição da disseminação de doenças como o HIV/AIDS foi a ação pioneira da redução de danos no Brasil, na cidade de Santos, tendo como efeito a formação de uma rede de usuários de drogas.

Ações sem julgamento moral e de caráter informativo mostraram maior validade num diálogo sobre drogas, respeitando a escolha do usuário, mas, também os alertando sobre os possíveis riscos dessas escolhas. Uma consequência desses fatores foi o início de uma reflexão sobre as estratégias de redução de danos que, ao contrário do que a sociedade entendia, não buscam incentivar o consumo de drogas, mas sim uma aproximação do usuário de drogas com o âmbito da saúde (SIQUEIRA, s/d).

Isso valida que as políticas sobre drogas precisam estar alinhadas com as políticas públicas, compondo o reconhecimento e a consolidação da cidadania dos usuários de substâncias psicoativas, sob o manto dos direitos humanos. Essa construção conjunta de cuidado deve ser cautelosa, assim como seus princípios, que apresentam uma visão ampliada da saúde, respeitando as vontades e condições de usuários quando não pretendem ou não conseguem parar o consumo, valorizando suas experiências de uso para elaborar em pares os melhores caminhos para a promoção de saúde (RODRIGUES, 2017).

É importante frisar a autonomia tão discutida até aqui, pois, reconhecê-la, por si só, já pode

ser considerada uma estratégia de Redução de Danos (SILVA e ADORNO, 2017). Ao incentivar, desenvolver e valorizar a autonomia, contribui-se para o reconhecimento da pessoa em relação a si e em relação ao meio social em que vive, debatendo com uma lógica muito presente em diversos serviços de cuidado às pessoas que fazem o uso abusivo ou tem problemas relacionados ao uso de drogas: a abstinência. Para elucidar, a Redução de Danos não é uma prática contrária à abstinência, inclusive pode ser um caminho até ela. A provocação apontada é em relação à forma de tratamento que é oferecida, ignorando quem são essas pessoas, quais suas histórias de vida, quais seus motivos para querer/ não querer mais usar substâncias.

Sousa (ABORDA, s/d), traz a necessidade da Redução de Danos estar à frente das políticas públicas sobre drogas e das práticas de intervenção, que historicamente foram baseadas na abstinência e exclusão social como forma de recuperação de pessoas, e que ainda mostram-se presentes nas Comunidades Terapêuticas e nos diferentes serviços de saúde e de assistência que atendem a população que apresenta problemáticas relacionadas ao uso de substâncias psicotrópicas. Contraditoriamente, essas diferentes lógicas coabitam, respectivamente o SISNAD e à Política de Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que definem consensualmente a descentralização das ações, a capacitação profissional, a abordagem multiprofissional e a socialização de conhecimento para proporcionar um melhor acolhimento e projeto terapêutico que de fato atenda às demandas e necessidades dessa população.

Quando discorreu sobre os processos de violência civis e institucionais direcionados às pessoas que fazem uso abusivo e problemático de drogas e das quais a maioria está em situação de maior vulnerabilidade social, Campos (ABORDA, s/d, p.11-12) apresentou a dificuldade encontrada em “institucionalizar” a Redução de Danos nesse âmbito, como forma de compor e fortalecer uma resiliência ao relacionar-se com as drogas, propondo atuações como “(...) mediar a escuta do que as pessoas mais vulneráveis não conseguiam dizer, não conseguiam que fosse levado em consideração ao definir políticas de saúde pública, legislações, respeito às diferenças, ruptura de estereótipos”.

Nesse sentido, esse processo é dificultado quando apresenta a complexa compreensão da associação pessoa/droga que, na verdade, deveria ser uma associação pessoa/relações/ condições de existência, tendo a droga como coadjuvante, no caso do encadeamento da manutenção de uma ideologia e de práticas repressivas contra as drogas que excluem a pessoa como centro de sua própria vida e ignoram sua subjetividade e seus direitos.

Dessa forma, em um estudo citado na revista “Drogas, saúde & contemporaneidade” (2017, p. 92-93), essa relação com a droga foi entendida da seguinte maneira: pessoas em uso controlado de drogas “têm papéis significativos na vida cotidiana convencional (...) e baixa vulnerabilidade social, além de conseguirem manter diversos interesses não centrados nos consumos de drogas”, o que evita a ocorrência de um uso abusivo e/ou sinal de dependência, além de dar-lhes uma identidade positiva. Ou seja, quando o repertório das atividades cotidianas é vasto e a qualidade das relações humanas proporciona recompensas afetivas, a busca descontrolada por drogas tem baixa referência. Isso só afirma, mais uma vez, que “o problema das drogas” não está nas substâncias em si, mas sim na forma de relacionar-se com elas e na estrutura do amparo social nos diversos contextos de usos.

Para transformar os cenários de segregação e violência, é importante estar próximo das populações que mais são atingidas por estes sistemas. Ingrid Farias (s/d, p.27) discorre sobre a importância da redução de danos como estratégia contra o proibicionismo que converge com as lutas antiproibicionistas, aliadas aos movimentos sociais da saúde mental, dos negros, das mulheres, da comunidade das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), entre outros movimentos de pessoas socialmente oprimidas e excluídas. Essas organizações

também defendem a importância de políticas que reconheçam suas diferenças e a importância de seus protagonismos na sociedade, centralizando sua luta pela liberdade individual e autonomia, oferecendo um contraponto às políticas repressivas vigentes.

Conclusão

Pensando sobre o direito da pessoa à liberdade individual de escolha (afinal, como diz Domiciano Siqueira, “da pele para dentro quem manda sou eu”), é preciso investir em campanhas permanentes de educação sobre drogas, e não de combate. Junto a isso, deve-se também investir em políticas democráticas de diminuição das desigualdades sociais e de acesso a direitos humanos básicos, a fim de diminuir a discrepante gama de efeitos que o uso abusivo de drogas pode ter sobre as vidas mais pobres. Vemos que o proibicionismo aquece o mercado ilegal, enriquecendo bancos e “autorizando” moralmente o extermínio de populações vulneráveis e indesejadas, colocando na droga a culpa por todas as vulnerabilidades causadas pelo desemprego, apela falta de acesso à educação, saneamento e direitos humanos, causados pela desigualdade social e pela negligência do Estado. Além disso, impõe um estigma social sobre o usuário de droga que atravessa ele próprio, a mídia, a população e os trabalhadores das redes de saúde, educação, assistência, trabalho, etc. Isso faz com que (1) o usuário de droga não procure o serviço por não sentir-se como cidadão de direitos, ou que (2) tenha péssimas experiências nestes serviços, por conta do estigma que sofrem por parte dos próprios trabalhadores, e até (3) pela falta de estrutura dos serviços em apoiar, de fato, estes usuários em seus processos de inserção na sociedade de direitos. Tais limitações se dão por conta da política proibicionista. O que propomos, porém, é o desenvolvimento de um olhar inclusivo, baseado na defesa dos direitos humanos e à vida. Um novo modelo de sociedade, onde o aparato gasto para a manutenção bélica e repressiva de combate às drogas seja substituído por políticas que visem as pessoas antes das substâncias e um investimento na educação para o uso de drogas e para o acesso a direitos, além da diminuição da desigualdade social.

Referências

- CARNEIRO, H. S. **A construção do Vício Como Doença: O consumo de Drogas e a Medicina**. ANPUHMG, Belo Horizonte: 2002.
- CARNEIRO, H. **O Uso das Drogas como Impulso Humano e a Crise do Proibicionismo**. In: FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R. *Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo*. 2017. p. 23- 32.
- CARVALHO, JC. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: A construção de uma política nacional**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Para www.neip.com.br. 2011.
- Drogas e Direitos Humanos** Centro de Convivência É de Lei, São Paulo. Disponível em: http://edelei.org/_img/_banco_imagens/cartilha%20dh_e%20de%20lei_final.pdf
- Drogas, saúde & contemporaneidade**. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, 2017. Disponível em: http://saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/bis_18_1_errata_pg_69.pdf
- FARIAS, I. **Antiproibicionismo e Redução de Danos** In: Revista Aborda, s/d, p.27.
- FEITOSA, G. R. P.; PINHEIRO, J. A. de O. **Lei do Abate, guerra às drogas e defesa nacional**. Rev. bras. polit. int., Brasília, v. 55, n. 1, p. 66-92, 2012.
- LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. 1ed. São Paulo. Hucitec, 2015.
- MACHADO, R. Foucault, **A ciência e o saber**. 3ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2006.
- Revista Aborda**. Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/f7mn7dsaidb4/Revista%20ABORDA.pdf?dl=0>
- RODRIGUES, L. B. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal**

e na sociedade. 2006. 273f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

RODRIGUES, T. **Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral.** In: FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R. *Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo.* 2017. p. 33-56.

ROWAN, R. **O grande guia da Cannabis: guia completo de seu uso industrial, medicinal e ambiental.** Trad. Maria Luiza X. de A. Borges; revisão técnica Rogério Rocco; com a colaboração de Denise Baptista Alves. Rio de Janeiro. Jorge Zatar. Ed. 1999.

SILVA, S. L. da S.; ADORNO, R. C. F. **Exposição e invisibilidade: as narrativas de usos e controles de drogas consideradas ilícitas.** In: *Drogas, saúde & contemporaneidade*, 2017 p. 83-100. P. 83-100.

SIQUEIRA, D. **Entrevista Ex-Presidentes** In: *Revista Aborda*, s/d, p. 8-9.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**, São Paulo, 2006.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República.** 2016. 371f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.



PLANEJANDO E REALIZANDO UM CURSO SOBRE DROGAS E DIREITOS HUMANOS

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus¹
Julia Landgraf Pupo²

Introdução

Um dos grandes marcos para a questão das drogas, tal qual é vivenciada atualmente no mundo, foi a emergência da chamada “Política de Guerra às Drogas”, que tem sua origem na década de 70 nos Estados Unidos, com efeitos, em maiores ou menores medidas, sobre todo o mundo, levando em consideração que este país é considerado uma potência mundial. Trata-se de uma política de pouca tolerância ao uso de determinadas substâncias e que se concretiza através da criminalização das pessoas que as usam ou as comercializam.

Neste cenário, os atores principais do governo são os agentes de Segurança Pública e o Judiciário e, partindo da concepção de que as pessoas que usam ou que comercializam essas drogas são infratores da lei, a consequência que lhes cabe é a punição, a privação de liberdade. O Brasil, muito influenciado pelos Estados Unidos, adotou políticas semelhantes e ao longo dos anos teve e ainda tem de lidar com as consequências desta guerra que, na prática, é uma guerra às pessoas. O resultado é um aumento significativo do encarceramento e da mortalidade de brasileiros jovens e negros, não havendo, contudo, uma correspondente diminuição da oferta ou demanda, pelo contrário, como uma crescente comercialização das drogas, bem como de seu consumo.

É verdade que o uso de diferentes drogas, lícitas ou ilícitas, pode acarretar ou agravar problemas de saúde, de ordem relacional e social, porém, também é verdade que, especificamente a criminalização das pessoas que fazem uso de drogas consideradas ilegais, forjou uma representação social destas, que as marginaliza de uma diversidade de oportunidades sociais. Também é verdade que muitos dos problemas relacionados ao uso de drogas podem ganhar proporções ainda maiores, caso as pessoas estejam apartadas de uma rede de apoio e cuidado ou passando a ser sistematicamente excluídas da comunidade (não frequentarem a escola, serem expulsas de casa e da comunidade, perderem o emprego, estarem em situação de rua, etc.), ou seja, passando a carregar um estigma que as limita quase que de modo definitivo, como se por usarem drogas automaticamente se tornassem perigosas e passíveis de supressão de seus direitos. É um processo que intensifica a vulnerabilidades em vez de promover processos de reinserção social, de acesso a direitos e, conseqüentemente, de diminuição destas fragilidades. É um processo que impede que usuários de drogas acessem serviços de saúde para pedir ajuda, seja porque os profissionais podem se mover por essas representações sociais, tendo posturas preconceituosas, seja porque o próprio usuário não se sentirá confortável.

¹ Docente do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista. Coordenadora Geral do Curso Drogas e Direitos Humanos: protagonismo, educação entre pares e inclusão produtiva.

² Coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Centro de Convivência É de Lei (2015 a 2018) e Coordenadora Pedagógica do Curso do Curso: Drogas e Direitos Humanos: protagonismo, educação entre pares e inclusão produtiva

É importante destacar também que no Brasil a guerra às drogas possui um recorte: é uma guerra a determinadas pessoas, de determinadas etnias, gêneros e classes sociais. Apesar de que já vimos construído socialmente a importância de olhar para a pessoa que tem problemas com drogas, sob o prisma da saúde, isto é constantemente atravessado pelas mensagens na grande mídia, como se tal população configurasse uma ameaça às pessoas de classes mais privilegiadas. Mais uma vez, as vulnerabilidades sociais parecem ter relação tanto com a causa quanto com o efeito de um uso problemático de drogas, e se expressam de modo descompassado dos interesses que sustentam um conjunto de políticas fundamentalmente geopolíticas e econômicas, pautadas no extermínio do mal. Porém, com a evidenciação do fracasso das promessas feitas sob tal concepção, cada vez mais tem sido possível e necessário olhar para o fenômeno das drogas a partir de outras perspectivas, dentre elas, destaca-se a da Redução de Danos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) orienta-se pelo princípio da universalidade, para garantir que toda e qualquer pessoa tenha direito a acessá-lo; da equidade, para que possa funcionar de modo a minimizar desigualdades e fazer justiça social; e da integralidade, para que possamos olhar para problemas de saúde como parte de um todo, de um ser humano íntegro, inteiro, inserido em um contexto social de relações. No que tange à Saúde Mental, há cerca de 30 anos vêm sendo propostos serviços de base territorial, inseridos na comunidade para acolher demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Para a atenção integral das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, a política de saúde preconiza que as ações sejam pautadas na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde, com ênfase para a promoção de informação, educação e aconselhamento; acesso à assistência social e à saúde; e a disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e hepatites. Ao redor do mundo, a redução de danos tem acumulado saberes e práticas e se constituindo cada vez mais como uma perspectiva ético-política que oferece resultados mais razoáveis sobre o uso problemático de drogas. Ainda assim, a implementação desta política enfrenta diversos desafios na realidade brasileira: precariedade das condições de trabalho; pouco ou nenhum investimento em ações de educação permanente para seus profissionais; quantidade insuficiente de serviços, profissionais e insumos para o trabalho; desarticulação entre a diversidade de serviços quando existentes; os preconceitos dos trabalhadores; o crescente ideário higienista no país, dentre outros.

No âmbito da construção das políticas de equidade, a intersetorialidade tem se constituído uma meta e um desafio, em exigir de diferentes atores o esforço da construção de uma linguagem comum, e na formulação de propostas de atuação colaborativa, envolvendo uma revisão das expectativas iniciais de uma área sobre outra. A centralidade da defesa e garantia dos direitos deve redirecionar da mesma forma os modos de conceber e cuidar das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, reduzindo as exigências ao acesso aos diferentes serviços, para assim prover apoio adequado àqueles com maiores necessidades.

Entendemos que a possibilidade da ocupação de lugares sociais de maior valor o que, no âmbito deste projeto, se efetivou pela inserção das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, profissionais com formação em nível médio e alunos universitários beneficiários das políticas afirmativas, como facilitadores e multiplicadores, numa ampliação do acesso e da qualidade da presença da universidade pública, bem como manter esse recorte enquanto público prioritário da formação de redutores de danos, fez incidir, ainda, sob a lacuna cultural presente entre trabalhadores das políticas públicas e usuários dos serviços, por vezes reduzindo a efetividade das propostas de cuidado.

O curso **“Drogas e Direitos Humanos: protagonismo, educação entre pares e inclusão produtiva”** se efetivou como uma ação extensionista, no âmbito da política sobre drogas e na perspectiva da Redução de Danos, cuja a metodologia se filiou aos preceitos da Educação Popular e Educação entre Pares, tendo como mote a defesa intransigente dos Direitos Humanos, visando ao aumento do protagonismo, favorecendo a valorização do saber da experiência, o engajamento em ações de transformação social, a multiculturalidade e a ampliação de oportunidades de inclusão produtiva.

A Educação Popular e a Educação entre Pares têm como premissa básica provocar transformações na realidade, o reconhecimento e a valorização de experiências e saberes de todo, garantindo a diversidade nos espaços de fala e a participação ativa de quem vive inserido em contexto de vulnerabilidade, que é por ele afetado e sobre o qual pode ser um agente de mudança, através do desenvolvimento de autonomia e protagonismo. Sendo assim, o curso visou incessantemente o exercício de cidadania e promoção de direitos.

Compreendemos que o projeto partiu da leitura da complexidade e interdisciplinaridade da problemática das drogas, e propôs estratégias que impactaram sobre as diferentes facetas e públicos envolvidos mais diretamente na questão. Quanto ao processo da produção de saúde de diferentes grupos populacionais, valorizamos as evidências de que o desenvolvimento de ações de educação permanente são necessárias para a transformação dos modelos de cuidado, em especial frente ao desafio da construção de equidade, favorecendo o acesso à informação qualificada e garantindo processos formativos participativos e colaborativos, com vistas à qualificação assistencial, pautada pela garantia e promoção dos direitos humanos.

As contribuições da Educação Popular e Educação entre Pares foram fundamentais por proporcionarem o espaço pedagógico legítimo para a construção compartilhada de conhecimentos a partir da realidade social onde está inserida a rede de serviços públicos e onde atuam os profissionais. Os temas inicialmente previstos, além de valorizar os saberes trazidos pelos participantes, foram reconhecidos e legitimados, se configurando como um processo pedagógico dialógico.

Tivemos a pretensão de articular estratégias que pudessem incidir sobre alguns dos principais desafios relacionados ao uso problemático de drogas, como a baixa capacitação dos profissionais para atuação neste campo; o reduzido protagonismo dos usuários em seus projetos de cuidado e às precárias oportunidades de trabalho, ligadas à exploração do turismo sexual e ao mercado das drogas. Agregou ainda, ações no âmbito do fortalecimento da permanência estudantil dos beneficiários de políticas afirmativas, que denunciam no interior da universidade os mesmos conflitos de classe, gênero e etnia, e uso abusivo de drogas, anteriormente invisibilizados pelo restrito acesso ao estudo universitário no país.

Os beneficiários diretos do curso foram:

1. Pessoas com histórico de uso de drogas, inseridos nos serviços públicos ou privados da rede intersetorial de Santos;
2. Graduandos da UNIFESP Baixada Santista, beneficiários das políticas afirmativas;
3. Profissionais com ensino médio completo que atuassem na rede de serviços públicos da saúde e assistência social de Santos e Região, preferencialmente em interface direta com a questão das drogas, considerando serem estes os trabalhadores com menos acesso à educação permanente, apesar do contato privilegiado com usuários

dos serviços.

Foram ainda consideradas prioritárias as situações de acúmulo de vulnerabilidades, como as questões de classe, gênero e etnia, garantir a participação equânime dos determinados grupos da sociedade inseridos no contexto do uso de drogas. Junto a esta população, foram desenvolvidas duas ações: a) um processo seletivo para identificação de perfis de liderança para atuação como facilitadores/multiplicadores (15 participantes); b) desenvolvimento de processo formativo tendo os mesmos critérios para o público-alvo (60 participantes). Esperou-se que tais ações pudessem ampliar as possibilidades de inclusão produtiva, aumento do protagonismo e fomento a processos coletivos colaborativos e solidários, valorizando o aspecto da diversidade e engajamento cultural.

Para maior sustentabilidade dos resultados do curso, foram incluídos em momentos formativos pontuais, gestores e profissionais com formação universitária, por meio da participação direta em dois Seminários, abertos a toda a comunidade. Dessa forma foi garantida a apropriação e o apoio da gestão, necessários aos projetos de intervenção que foram construídos pelos participantes ao longo do curso. Essa estratégia minimizou algumas barreiras hierárquicas e expectativas de contratualidade social e permitiu que o público que costuma ocupar o lugar de objeto das ações, pudesse elaborar e discutir coletivamente projetos de intervenção para as realidades locais, considerando-se as particularidades de atuação em três contextos específicos – a rua, o serviço, a universidade.

Para a efetiva realização do que propusemos, organizamos uma equipe robusta formada por 1 coordenadora geral, 1 coordenação pedagógica, 1 supervisora de prevenção IST/HIV, 1 supervisora de projetos, 3 docentes e 5 tutores, todos vinculados à Unifesp e ao Centro de Convivência É de Lei. Foram incluídos ainda 15 facilitadores, por meio de processo seletivo, todos remunerados.

O processo seletivo e a formação dos facilitadores/multiplicadores

Para amplo alcance da população almejada, foi divulgado um formulário para inscrição para tais funções, publicizando a distribuição das vagas abaixo:

1. 5 pessoas usuárias de drogas inseridos nos serviços da rede intersetorial municipal;
2. 5 alunos de graduação beneficiários das políticas afirmativas;
3. 5 profissionais com formação em nível médio atuantes na área da saúde, assistência social, educação e medidas socioeducativas que tenham como público usuários de drogas.

Para garantir grande circulação da informação, especialmente para atingir trabalhadores e usuários dos serviços, contamos com a parceria com o Centro de Atenção Psicossocial de referência para problemas associados ao uso de drogas (CAPSad) de Santos, com a equipe do Consultório da Rua (CnaR), e da Secretaria de Desenvolvimento Social.

Como já previsto, os estudantes tiveram maior acesso às informações e inscreveram-se em maior número no processo, havendo necessidade de uma etapa de eliminatória anterior as entrevistas, diferente dos demais grupos de interesse, em que os todos os inscritos foram imediatamente incluídos na mesma. Para a seleção inicial dos estudantes, foram aplicados os critérios de prioridade: ter cursado o nível médio em escolas públicas, ser negro, ser mulher, ter cursado escola privada com bolsa, com alguma experiência relacionada à temática. As entrevistas foram feitas em grupos mistos, de forma a evidenciar a interação

buscada, valorizando posturas mais ativas, com potencial de liderança.

A formação dos facilitadores/multiplicadores foi realizada em quatro encontros, três de oito horas e um de quatro horas, totalizando 28 horas, e teve como pressuposto a construção de um espaço de troca e escuta de experiências, bem como, de conformação de grupalidade, de uma linguagem comum e a construção coletiva da tarefa de facilitação a ser conduzida. Os encontros foram organizados de forma a envolver os participantes em um processo de crescente compartilhamento de seus pontos de vista, experiências, e também de escuta ao outro, e de valorização da diversidade presente.

O desafio em trabalhar com tamanha diversidade, estudantes, trabalhadores e pessoas sob cuidados nos serviços, de diferentes níveis de escolaridade, inserções na vida, e compreensão acerca do fenômeno do uso de drogas, e, ainda assim, operar na construção de consensos mínimos acerca de posturas e do norte ético do processo formativo, ajudavam a construir o papel de facilitador/multiplicador. Com este compromisso, os encontros eram planejados semanalmente, de forma a incluir atualização conceitual e teórica, em um ambiente de experimentação, interação e produção de sentidos.

O conteúdo discutido acompanharia, ainda que mais sucintamente, o escopo planejado para a formação dos demais participantes, de modo que pudéssemos antecipar questões emergentes para as populações envolvidas, e dimensionar a necessidade de adaptação da linguagem e do material didático a ser utilizado. Os estigmas e pré concepções foram encontrando espaço para se apresentar e sobre tais pudemos coletivamente refletir e ressignificar, ao mesmo tempo em que a Universidade se tornava um lugar menos estranho para os envolvidos, que também se tornavam menos estranhos à comunidade universitária. Ao final deste período pudemos avaliar todo o processo, os temas e metodologia utilizada e delinear minimamente o que viria pela frente, na segunda etapa prevista de realização do processo.

O processo seletivo e a formação em Redução de Danos

O segundo momento do projeto consistiu na formação de 60 participantes em Redução de Danos, na qual coordenadores, docentes, supervisores, tutores e facilitadores/multiplicadores atuaram. A partir de uma figura, desenvolvida pelo Fórum Estadual de Redução de Danos de São Paulo³, que enuncia rapidamente questões fundamentais à perspectiva da RD, foram feitas camisetas, que identificavam esse conjunto de atores, como uma equipe responsável pela condução e mediação do processo formativo. Os “amarelinhos” ficariam cada vez mais conhecidos, no âmbito da universidade e seu entorno, como uma identidade agregada do valor social de pertencer a processos de produção de conhecimentos. Muitos usuários nos contavam da repercussão em seus contextos, “de estar na universidade e não fazendo faxina; na sala de aula mesmo”.

O curso teve um total de 60 horas, divididas nas segundas-feiras à tarde e aos sábados, o dia todo. Ofertou 60 vagas, divididas da seguinte forma:

1. 20 pessoas com história de uso de drogas inseridos nos serviços da rede intersetorial;
2. 20 alunos de graduação, beneficiários das políticas afirmativas;
3. 20 profissionais com formação em nível médio atuantes na área da saúde, educação, assistência social da cidade de Santos.

³ O Fórum Estadual de Redução de Danos foi idealizado e realizado pelo Centro de Convivência É de Lei de 2012 a 2016.

Todos os critérios de priorização, estabelecidos para a seleção dos facilitadores/multiplicadores foram mantidos. Considerando a necessária articulação com a gestão, das ações desenvolvidas no processo formativo, o curso se realizou tendo um Seminário inicial e um final, ambos aberto a toda a comunidade e em parceria com os serviços do município. Nestes encontros foi possível mobilizar mais pessoas acerca das temáticas que seriam trabalhadas, abrir de maneira marcante os debates que seguiram, trazer convidados e marcar o lugar de protagonismo que usuários, estudantes e trabalhadores ocupariam no processo. Os seminários também foram espaços para ampliação de parcerias no interior da própria universidade, fazendo exercitar parcerias entre docentes de áreas convergentes, e com os serviços do território, validando práticas e vínculos com trabalhadores, corresponsáveis no processo formativo nas/para as políticas públicas.

Os temas propostos tratados ao longo da formação foram:

- Ética e Cidadania;
- Classe, gênero e etnia;
- Drogas e Negritude;
- História e contextos de usos de drogas;
- Epidemiologia, tipos de drogas e padrões de uso;
- Estigma, preconceitos e vulnerabilidades;
- História, definição e práticas de redução de danos;
- Sexualidade e prevenção de IST/aids.

Aspectos Metodológicos e aprendizados no processo

Como proposta metodológica a ancoragem do processo formativo e de supervisão da equipe ocorreu sob a perspectiva de Educação Popular (FREIRE; NOGUEIRA, 1989; MACIEL, 2011), e Educação entre Pares (BRASIL, 2010). Produzida a partir do encontro de profissionais, docentes, facilitadores, usuários e trabalhadores, foram forjadas oportunidades de construções multiprofissionais e interdisciplinares, no âmbito das políticas públicas de drogas vigentes, em diálogo direto com quem vivencia tal problemática e quem tenta desenvolver estratégias transformadoras das realidades que se apresentam em contextos de sofrimentos diversos.

Partimos, para tanto, da compreensão da Educação Popular como “o esforço de mobilização, organização e capacitação [científica e técnica] de classes populares” (FREIRE; NOGUEIRA, 1989, p. 19), a reconhecendo como prática política de contraponto a certa concepção liberal de educação das massas para integrar-se ao “progresso”. Um processo de valorização de saber-fazer, que parte da leitura da realidade vivida, visando a emancipação dos envolvidos (MACIEL, 2011).

A partir de uma agenda de articulações de práticas e momentos de estudo e supervisão, com os diferentes atores envolvidos, planejando as ações de forma colaborativa, assim como, acompanhando as necessidades de atualização e aprofundamento teórico para compreensão de uma concepção ampliada e multidimensional da questão das drogas, foram gerados subsídios para qualificação da atuação.

A estratégia de Educação entre Pares,

“...é utilizada quando uma pessoa fica responsável por desenvolver ações educativas voltadas para o grupo do qual faz parte. Quando se propõe um modelo de aprendizagem como esse, a ideia é que serão os (as) próprios(as) [participantes] responsáveis tanto pela troca de informações quanto pela coordenação de atividades de discussão e debate junto a seus pares. As razões para se optar pela educação entre pares são muitas. A primeira delas, e mais óbvia, é que (...)

conversam de “igual pra igual” com seus pares sobre diferentes assuntos, incluindo sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva, HIV e aids. Outro motivo importante é que eles e elas têm como base a própria comunidade em que vivem. Sendo assim, conhecem a realidade dos (as) outros(as) (...) e organizam atividades mais próximas da cultura local.

(BRASIL, 2010, p. 19)

Toda essa aposta teve de ser, portanto, concretizada no desenho da formação, que incluía diariamente docentes para a atualização teórica sobre as temáticas explicitadas e o desenvolvimento de dinâmicas grupais que pudessem convocar os participantes a colocar em circulação seus próprios acúmulos, para problematizá-los, repensá-los e ressignificá-los no encontro com outros atores. A atualização conceitual ocorreu no espaço coletivo, e as dinâmicas envolviam divisões em subgrupos, e, posteriormente, apresentações ao grande coletivo.

As dinâmicas propunham posicionamentos pessoais, acerca de quem eram os participantes, porque estavam ali e o que traziam para este novo coletivo em formação. As experiências eram apresentadas e acolhidas de forma respeitosa, sem julgamentos. Inicialmente, os subgrupos foram organizados entre pares, favorecendo a comunicação, considerando a linguagem comum, e possíveis compartilhamentos de experiências semelhantes. Outrossim, vinham para o coletivo e ficavam explicitadas as diferenças consideráveis de contextos, vivências e concepções envolvidas. Essas diferenças eram marcadas, com um contrato entre nós, de não haver necessidade de construção de consensos, nem de pensamento homogêneo; somente que ficássemos todos abertos a repensar, a partir das diferentes experiências e pontos de vista, sob o ótica dos direitos humanos.

Posteriormente os grupos eram mesclados e a construção de propostas comuns para intervenções foram construídas a partir de perspectivas complexas e plurais. Foram construídas propostas de intervenção nos contextos de rua, universidade e um serviço, que serão detalhadas neste livro em outro capítulo. A experiência nos mostrou a potência de processos formativos que envolvam diretamente os beneficiários de políticas públicas, reduzindo a distância cultural e vivencial de trabalhadores e estudantes universitários. A desigualdade evidente de oportunidades, por vezes, nos assustava pela sua dureza, explicitava nossas impotências, mas nos permitia a formulação de respostas mais honestas e engajadas.

Estudantes vinculados a políticas afirmativas puderam ouvir de pessoas em situação de rua que para esses, eram concebidos como “filhinhos de papai”, que não precisavam se preocupar se teriam o que comer ou escolher a marquise onde dormiriam, e que seu uso de drogas parecia “glamoroso”, “romantizado”. Trabalhadores puderam ouvir que, para além da violência policial, o fechamento de portas e a falta de empatia e compromisso na saúde e assistência social, se tornavam tão violentas quando as inicialmente entendidas como tal. Ficou evidente que trabalhadores de nível médio, estes que permanecem em maior contato direto com a realidade dos usuários, acabam por ficar de fora dos espaços formativos e das próprias decisões de reuniões de equipe, se esforçando a partir de valores próprios e do senso comum. Compartilharam a dificuldade de lidar com tantas necessidades apresentadas, sem soluções das políticas vigentes. Usuários dos serviços adentraram a universidade, o que lhes parecia algo impossível de acontecer. Puderam compartilhar a repercussão disso em sua vida: a oscilação entre a oportunidade e a sensação de não pertencimento. Pessoas do entorno reconhecerem o valor de estarem nos espaços formativos, garantirem apoio com roupas, alimentação, lugar para dormir. Da mesma forma, um grande apoio dos serviços locais de saúde e assistência social para que pudessem sustentar esse espaço, no que destacamos as equipes do Consultório na Rua, CAPSad e Seacolhe de Santos.

O pagamento de uma ajuda de custo para deslocamento para todos os participantes e a disponibilidade de um coffee contratado, servido por um serviço de saúde mental de reabilitação pelo trabalho, pode impulsionar mais inclusão, e garantir a presença de todos, que não precisavam estar “ganhando a vida” fora dali. Certamente perdemos algumas pessoas após o recebimento do recurso, mas, conseguimos manter 75% de aprovação da turma inscrita inicialmente, e somente perdemos um facilitador estudante e um usuário pelo caminho. O primeiro por divergências claras de perspectivas, e o segundo por abandono.

O papel de facilitador, vinculado ao projeto como extensionista bolsista, nos pareceu ainda carente de melhor construção, apesar de encontros regulares com tutores. Muitas vezes se confundiam com os cursistas, queixando-se de formas de fragilidades na organização que, pressupomos inicialmente, eles protagonizariam soluções, enquanto pares, por exemplo, um melhor planejamento para acolhida de crianças (algumas mães tinham necessidade de levar seus filhos para conseguir participar do curso), não monopolizar as falas e querer detalhar possíveis resoluções para processos pessoais, em vez de propiciar que os participantes fossem estimulados a se colocarem. Na avaliação final, identificamos a necessidade de maior espaço para os encontros da equipe e constituir assim um modo “facilitador” e não “dificultador” do processo formativo.

A questão do letramento também apareceu como um fator a ser cuidado, para que não se tornasse uma barreira de acesso explícita ou implícita. Dessa forma, tentamos nos organizar com grupos mistos da equipe, e favorecer a participação e compreensão de todos com os recursos que dispunham, sem sentir-se inferiorizados pelos demais. Conseguimos que os materiais escritos fossem então apropriados por todos e tivemos um bonito feedback de uma mãe que conseguiu falar com o filho sobre o uso de drogas, portando os folders, sabendo o que havia neles, sem saber ler.

Preocupados com todas essas aberturas a novas experiências, lugares e circulação, garantimos aos que quisessem dar continuidade às parcerias a possibilidade de inserção no Grupo DiV3rso de Estudos, Pesquisas e Extensão, e tivemos a continuidade de boa parte da equipe neste espaço, para o qual vamos redesenhando os caminhos para expandir as formações e consolidar um coletivo que possa estruturar ações contínuas nos territórios.

Referências

BRASIL. **Metodologia de Educação entre pares. Saúde e Prevenção nas escolas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FREIRE, P; NOGUEIRA, A. **Que Fazer. Teoria e Prática em Educação Popular.** 4a. Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1989.

MACIEL, K. F. **O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular.** *Educação em Perspectiva*, Viçosa, v. 2, n. 2, p. 326-344, jul./dez. 2011



DA REFLEXÃO À AÇÃO: DESAFIOS E POTENCIAIS DA ELABORAÇÃO CONJUNTA DE INTERVENÇÕES PAUTADAS PELA PERSPECTIVA DA REDUÇÃO DE DANOS

Isabela Umbuzeiro Valent
Julia Landgraf Pupo¹

Introdução

O curso Drogas e Direitos Humanos: protagonismo, educação entre pares e inclusão produtiva² reuniu diferentes participantes: estudantes universitários cotistas, profissionais de nível médio de serviços da cidade de Santos, que atendem pessoas que fazem uso de drogas, e os usuários desses serviços. O curso foi idealizado a partir de três pilares:

- **Atualização teórica:** aulas expositivas, leitura de textos, exibição de vídeos e apropriações sobre o conteúdo de materiais informativos sobre redução de danos e drogas, alguns adaptados exclusivamente para esse curso³;
- **Diálogos e participação:** espaço no qual os participantes compartilhavam suas experiências de vida e seus conhecimentos acerca das drogas e do cuidado, facilitados por dinâmicas coletivas ou em pequenos grupos;
- **Ações de intervenção no território:** momento de aplicação dos conteúdos trabalhados sobre o contexto concreto dos sujeitos envolvidos compreendendo a rua, a universidade e os serviços de atenção de Santos como territórios dessas intervenções.

Neste capítulo, descrevemos como foram elaboradas, desenvolvidas e executadas as ações de intervenção que se deram em cinco projetos realizados pelos participantes do curso, resultados dessa combinação de estratégias de formação, propiciando a aproximação dos conteúdos trabalhados com a experimentação do desenvolvimento de práticas na perspectiva da redução de riscos e danos sociais e à saúde, associados ao uso de drogas. A atividade teve também como objetivo reunir os participantes em grupos compostos pelos diferentes públicos do curso provocando-os a escutar e reconhecer diferentes perspectivas de saberes, necessidades e desejos envolvidos em uma ação comum.

As práticas de redução de riscos e danos sociais e à saúde, associadas ao uso de drogas nos distancia de ações previamente prescritas. Estratégias que funcionam em determinadas circunstâncias podem ter efeitos distintos dependendo do contexto, dos sujeitos envolvidos e das forças em jogo. Aí está um dos grandes desafios da formação em RD (Redução de Danos): construir condições para que os participantes desse processo pudessem conciliar a

¹ Este capítulo também contou com a contribuição dos participantes do curso que colaboraram com a descrição e reflexão dos projetos de intervenção realizados. Os autores serão apresentados ao longo do texto.

² A organização e planejamento do curso apresenta-se de forma mais detalhada no capítulo "Planejando e realizando um curso sobre drogas e direitos humanos" deste livro.

³ Os materiais usados no curso foram publicações do Centro de Convivência É de Lei, que é uma organização social que desenvolve insumos e materiais informativos sobre redução de riscos e danos associados ao uso de drogas há 20 anos.

capacidade de percepção das complexas condições de riscos e danos em cada contexto e a inventividade de ações concretas que pudessem produzir experimentações de intervenção nessa realidade. Intervenções essas que partem de uma ética que afirma a autonomia dos sujeitos sobre suas próprias escolhas, construindo estratégias de cuidado próprias e comprometidas com a responsabilidade sobre elas. Para tanto é preciso que ações de intervenção se pautem pelo pragmatismo e pela constante avaliação de seus efeitos e impactos tanto nos sujeitos quanto no contexto ao qual se inserem.

Dessa forma, foi necessário estimular a compreensão do contexto em questão, identificar necessidades, potenciais e limitações comuns entre as pessoas, territórios e instituições que participam dessa dinâmica. Entre os efeitos que deseja-se atingir e os meios concretos para se chegar lá é necessário encontrar necessidades compartilhadas entre pessoas que ocupam diferentes lugares sociais e possibilidades de ação, configurando experiências de mundo diversas. Nesse sentido, foi preciso criar espaços de reconhecimento mútuo e diálogo.

Cada um apresentava uma visão distinta acerca da cultura de assistência no município de Santos e por si só, este encontro enriqueceu as possibilidades de reconhecimento uns dos outros sobre a perspectiva de cada um neste jogo de forças. Diante desse contexto, um dos principais desafios para elaboração de ações conjuntas foi o de produzir uma intervenção que atendesse às necessidades comuns de todos os envolvidos. Para tanto, partimos de métodos colaborativos para a construção de ações, oferecendo espaços de escuta e mediação onde todos pudessem contribuir.

Durante o processo também foi importante a troca entre supervisores e docentes que fizeram parte do Centro de Convivência É de Lei, por se tratar de uma organização da sociedade civil de referência na elaboração e desenvolvimento de projetos de redução de danos há 20 anos. Em uma aula, convidamos uma representante do Centro de Convivência É de Lei para apresentar referências de projetos de RD no mundo e como elaboram projetos de intervenção no Brasil⁴.

Refletimos sobre a dimensão institucional da proposição de práticas e a importância da participação dos usuários organizados para elaboração de projetos autônomos junto à políticas públicas governamentais. Durante o debate, por meio do relato dos participantes, foi possível observar que quando as ações de RD ficam restritas à gestão governamental tendem a ser menos efetivas e continuadas, já que perdem um dos quesitos cruciais de sua prática: o diálogo com usuários de substâncias em seu próprio processo de cuidado e sua autonomia. Esse apontamento dialoga com a seguinte reflexão:

“...a premissa básica da redução de danos é trabalhar a partir da escuta do outro, e, dessa forma não se tem uma receita ou protocolo de atendimento e ações. A oferta de cuidado não pode ser imposta para o outro. É necessário construir conjuntamente respeitando o momento, o tempo e o limite do outro para que determinada estratégia ganhe sentido e seja incorporada em seu cotidiano [...] 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 do terceiro setor [...] em um contexto que promove violações de direitos básicos – saúde, justiça, segurança, educação, moradia, cultura e trabalho – 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 invés de focar em ações para a emancipação.” (CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI, 2014, p. 45-46)

A reflexão sobre a prática realizada pelo Centro de Convivência É de Lei mostra que a

4 O Centro de Convivência É de Lei disponibiliza os materiais desenvolvidos e publicações sobre esta trajetória pelo site www.edelei.org (CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI, 2015) e (GODOY et al, 2014).

relação entre usuários, comunidade e serviços revela-se um espaço de tensões e possibilidades. É aí que os conflitos se dão, mas, também onde encontram-se saídas e composições possíveis. E foi exatamente nesse cruzamento que a elaboração das ações de intervenção se deram durante o curso. Nesse processo de troca entre os diferentes atores envolvidos no curso, o principal desafio sentido pelos participantes foi identificar quais condições e estruturas necessitam ser reivindicadas e propostas para a proposição de ações em RD nessa rede “(des)articulada” de serviços sociais e de saúde no território da cidade. Nesse sentido, não só as intervenções em si puderam gerar ações em RD no território, mas a própria proposta de formulação do projeto realizada de forma colaborativa se mostrou uma potente prática, que pode ser adotada por políticas públicas para propiciar intervenções mais eficazes e efetivas em RD.

Após essas reflexões iniciais, construímos grupos com a participação combinada entre esses diferentes atores, que ocupavam dois papéis distintos: facilitadores/multiplicadores e os participantes do curso. Havia um tutor para cada um dos grupos, que tinham como tarefa facilitar a comunicação, participação e a produção das ações pelo grupo. Para cada grupo foi oferecido um encontro mediado por uma supervisora, que tinha como papel proporcionar espaços de fala e escuta para que todos os envolvidos pudessem tecer coletivamente a construção de um projeto de intervenção. Para tanto, foi proposta a elaboração de um diagnóstico situacional comum, no qual todos pudessem colaborar com ideias para a construção de uma intervenção pautada em: *objetivos, beneficiários da ação, efeitos desejados e recursos e materiais necessários para sua execução.*

É importante salientar que durante os encontros do curso estava previsto tempo de trabalho para que os participantes elaborassem seus projetos de forma autônoma, com acompanhamento da equipe de supervisores e por meio do diálogo constante com e entre os tutores. Criar condições para que os participantes pudessem dedicar tempo para a participação nesse processo foi crucial para equalizar o acesso a essa construção coletiva. De outro modo, aqueles que estão em condições mais vulneráveis, como muitos dos usuários desses serviços, podem ficar excluídos do processo por ter que destinar seu tempo a viabilizar sua sobrevivência. Da mesma maneira foi importante garantir que os serviços apoiassem a participação dos profissionais no curso, bem como, o apoio universitário para que os estudantes pudessem estar presentes.

Antes de serem realizados os participantes apresentaram cada projeto de intervenção no Seminário “*Desafios da redução de danos em tempos de antidemocracia*” para o público presente, que incluía gestores e trabalhadores de nível superior dos serviços, estudantes, profissionais do É de Lei e docentes da UNIFESP Santos, contando com o diálogo e a interlocução de professores convidados⁵, que comentaram e deram suas contribuições aos projetos.

A seguir, apresentamos como se deu cada proposta de intervenção.

5 Os projetos foram comentados pelos seguintes professores convidados: Adriana Tucci; Andrea Torres, Cristiane Gonçalves; Renata Gonçalves; Devison Nkosi e Luiz Henrique Passador.

APRESENTAÇÃO DOS PROJETOS DE INTERVENÇÃO

1. PROJETO: CONSTRUÇÃO DE CUIDADO E REDUÇÃO DE DANOS – PRODUZINDO UM MAPA QUE FALE DO TERRITÓRIO

Ficha técnica:

Tutor responsável:

Érika Marinheiro.

Facilitadores/multiplicadores:

Ketinho Oliveira, Lindalva Pereira dos Santos, Otaviano Lopes dos Santos e Danilo Afonso Abreu e Graciela Barreiros (docente do curso)

Participantes do curso: Luiza Ribeiro Xavier, Wilmara Pereira, Rafael Bruder, Sulamita Batista e Tainan Conrado de Sousa



Local: Campus da Unifesp Baixada Santista e imediações

Público-alvo: Pessoas em situação de rua que vivem no território da Sringueira.

Objetivo: Durante a Semana da Luta Antimanicomial foi proposta uma atividade que visava integrar a população em situação de rua à universidade, com a finalidade de produzir um mapa do território, onde fossem demarcados espaços de cuidado e pessoas de referência presentes na região.

Descrição da intervenção:

Foi realizada uma caminhada que partiu da universidade e percorreu suas imediações – local conhecido por ser um contexto de uso de drogas. Durante o percurso buscou-se dialogar com as pessoas em situação de rua, por meio da distribuição de panfletos e outros insumos, convidando a todos para participarem da atividade de construção de um mapa do território na UNIFESP. No retorno à universidade foi servido um lanche e houve uma breve conversa para explicar aos convidados o significado da Semana da Luta Antimanicomial. O grupo optou por se juntar a outra atividade, que acontecia no saguão da universidade com a participação de professores, estudantes, usuários e trabalhadores dos serviços de saúde mental. Portanto, a proposta inicial de construção do mapa do território não aconteceu.

Como foi recebida a intervenção:

O grupo de redutores de danos foi bem recebido e conversou com diversas pessoas que encontrou durante a caminhada. A distribuição de insumos e panfletos informativos facilitou a aproximação com as pessoas, que demonstraram interesse em receber o material. Chamou atenção a recusa da maioria abordada em aceitar os preservativos ofertados, justificando que já os retiravam no Posto de Saúde.

**Desafios:**

O desafio apresentado foi de como conseguir levar o público-alvo para realizar a atividade na universidade. Evidenciou-se a necessidade de um vínculo maior para que a população em situação de rua se sentisse à vontade e se deslocasse de onde estava para ir ao campus da UNIFESP. Como não houve anteriormente uma aproximação com a população alvo, das pessoas abordadas, apenas cinco se sentiram confortáveis para ir à universidade.

Potências:

A abertura da universidade para receber a população que não é formalmente ligada a ela, mas, que faz parte da comunidade onde a universidade está inserida possibilitou que pessoas que nunca se aproximaram desse espaço pudessem ser beneficiadas pelos acontecimentos que só um lugar de construção de conhecimento pode oferecer. Embora seja considerado pequeno, o número de pessoas em situação de rua que aceitaram participar da atividade na universidade surpreendeu pela maneira como circularam de forma autônoma pelo espaço. Isso nos mostrou que, se



aberta, a Universidade Pública pode ser um importante espaço de acolhimento para uma população que não é formalmente ligada a ela.

Cabe destacar o desempenho de um facilitador/multiplicador que já viveu em situação de rua e conhece bem o território, que intermediou a aproximação com o público-alvo e cuidou das abordagens feitas pelos redutores. Este ponto nos mostra que o conhecimento adquirido pela experiência de vida de cada redutor de danos é fundamental para sua atuação em campo.

2. PROJETO: REDUÇÃO DE DANOS NA ARTE DAS DROGAS



Ficha técnica:

Tutor responsável:

Camila Sthefanie Matos Gomes

Facilitadores participantes:

Bianca dos Santos Cunha; Ana Carolina Siqueira dos Anjos e SR. Jardim.

Participantes:

Marcio de Lima; Bruna Bucciarelli Mansano; Laisa França de Melo Rodrigues Procópio; Vitor Manoel da Silva; Alexandre Arruda Paula; Julia Ribeiro da Silva; Juliana Santana Rodrigues; Talita Duarte da Silva Moraes; Karina Mateus Nascimento e Fernanda Cristina Gomes

Local: Campus Unifesp Baixada Santista e um bar ao lado do campus.

Público-alvo: Estudantes da UNIFESP Baixada Santista e a comunidade local.

Objetivo: Estimular a reflexão dos estudantes universitários da UNIFESP Baixada Santista sobre o consumo de drogas; promover o entendimento de que todos são usuários de alguma droga e, minimizar a segregação social entre comunidade acadêmica e comunidade local.

Descrição da intervenção:

A intervenção ocorreu em três momentos. No primeiro, foram colocados três cartazes na fila do restaurante universitário da UNIFESP Baixada Santista com as seguintes perguntas: *O que é droga? Você é usuário de drogas? Deixe sua marca: Qual/Quais drogas você usa?*

No segundo momento da intervenção, partir das respostas, o grupo de redutores de danos conduziu uma roda de conversa sobre uso de drogas e redução de danos. Após essa roda de conversa foram confeccionados mais cartazes, de acordo com aquilo que havia sido conversado. Então, no terceiro momento foi realizada uma intervenção de conscientização sobre uso de drogas e redução de danos em um bar, localizado na esquina do campus.

Como foi recebida a intervenção:

A intervenção foi bem recebida tanto na universidade quanto no bar. Ficou claro o interesse demonstrado pelas pessoas que se juntaram ao grupo em adquirir novos conhecimentos e aprofundar o entendimento acerca das drogas e redução de danos.

**Desafios:**

A intervenção foi planejada para acontecer na semana da Luta Antimanicomial, que estava ocorrendo no campus da universidade, e coincidiu com o horário de outras atividades, o que dificultou a participação de muitas pessoas. Profissionais do Consultório na Rua tiveram que sair antes do final da ação para voltarem aos seus postos de trabalho, por exemplo. Na transição da universidade para o bar nem todos puderam estar presentes, o que diminuiu o número de participantes no terceiro momento da intervenção. O horário da ação no bar também não foi favorável para a participação dos estudantes, pois a maioria estava em horário de aula.

Potências:

A distribuição de insumos, materiais informativos e chás foi uma boa estratégia de chamamento para a roda de conversa. A produção de cartazes após a roda conversa foi um momento marcante porque as pessoas puderam expressar suas opiniões sobre o tema das drogas, partindo de experiências mais distanciadas das ideias presentes no senso comum que estigmatizam os usuários de substâncias psicoativas.



3. PROJETO: REDUÇÃO DE DANOS: ESTIGMA E PRECONCEITO NO CONTEXTO ESCOLAR

Ficha técnica:

Tutor responsável:

Michel de Castro Marques

Facilitadores:

Vanessa Albano Soto, Danielle Vieira e Karina Zilman (Docente UNIFESP Baixada Santista).

Participantes:

Felipe Leandro dos Santos, Driely Neves Fernanda Souza da Silva, Gaziela Ramos, Cristiano Santos Vogt, Danielle Vieira, Eduardo Cesar Cruz da Silva e Edmir Santos Nascimento.



Local: Unidade Municipal Escolar

Público-alvo: Trabalhadores dos diferentes setores da escola

Objetivo: Sensibilizar funcionários de uma escola municipal de Santos sobre estigma e preconceito no ambiente escolar em relação às pessoas que fazem uso de drogas.

Descrição da intervenção:

Foi realizada uma roda de conversa com os profissionais da escola, que seguiu as seguintes etapas: apresentação rápida do curso *Drogas e Direitos Humanos: protagonismo, educação entre pares e inclusão produtiva*; apresentação dos participantes da roda (participantes do curso e funcionários da escola); realização de uma dinâmica que trabalha questões relacionadas ao estigma dos diferentes lugares sociais; exibição do vídeo "Addiction"; e, por fim, uma discussão estimulada pelos conteúdos da dinâmica e do vídeo que abordou o estigma e o preconceito em relação aos usuários de drogas dentro do ambiente escolar.

Como foi recebida a intervenção:

O convite abrangeu todos os trabalhadores que atuam em diferentes setores da escola. No entanto, apenas alguns professores e a coordenadora pedagógica participaram da atividade. A realização da intervenção aconteceu de forma dispersa, talvez por não ter sido considerada pela escola como um espaço de formação continuada e sim como uma atividade regular de trabalho, o que ocasionou a saída antecipada de muitos profissionais durante a atividade. Contribuiu para isso as diferentes cargas horárias de trabalho.

**Desafios:**

Abordar o tema das drogas e da redução de danos no ambiente escolar apresentou-se como um desafio. A maioria dos trabalhadores não se sentiu à vontade para falar sobre o tema e dar opiniões sobre os assuntos abordados dentro do seu ambiente de trabalho. Mostrou-se necessário que, antes de uma intervenção como essa, sejam realizadas conversas para sensibilizar as diferentes esferas da escola a respeito da relevância da atividade, em especial a direção. É necessário assegurar que a maioria dos trabalhadores esteja presente no dia da atividade e que sejam construídas estratégias que garantam a todos a segurança para exporem suas opiniões e que a palavra possa circular entre todos.

O grupo que participou da intervenção apontou a escola, na maioria das vezes, como um fator de proteção para a população, porém, em outros momentos as relações e o ambiente escolar foram colocadas como fatores de risco. É importante que ações de prevenção ao uso problemático de drogas e estratégias de cuidado sejam realizadas no cotidiano escolar, entretanto, este mostrou-se um ambiente que necessita de bastante articulação para viabilizar práticas de RD.

Potências:

A discussão em relação à dinâmica foi importante. Ela evidenciou a presença de ações e falas que estigmatizam e perpetuam preconceito em relação aos usuários de drogas dentro do ambiente escolar. O grupo pôde construir uma reflexão sobre esse assunto. Destacaram-se alguns trabalhadores com disponibilidade e motivação para promover mudanças no ambiente escolar, repensando o que está sendo ensinado e a maneira de como abordar o tema das drogas.

4. PROJETO: CORRE PARA A INFORMAÇÃO



Ficha técnica:

Tutor responsável:

Izabel Cristina Oliveira Barbosa

Facilitadores/ multiplicadores:

Karolina Marques Araújo da Silva; Paulo Hermes Avelino de Oliveira; Danilo Afonso

Participantes:

Maria Luíza Guidale; Regina Lima dos Santos Rocha; Lenilra Valério da Costa; Daniela Fernandes Pires; Julia Clara de Pontes; Josefa E. Santos; Raimundo Nonato Oliveira dos Santos.

Local: Centro de acolhimento provisório para adultos
Público-alvo: Profissionais e o público atendido pelo serviço

Objetivo: Suscitar discussões e reflexões acerca da política de redução de danos.

Descrição da intervenção:

Foi proposta uma roda de conversa, em que todos se apresentaram para compartilhar experiências e saberes entre redutores de danos e participantes. Dois vídeos foram exibidos com a finalidade de abrir o diálogo sobre o que são drogas e a perspectiva da redução de danos. Foram distribuídos folders sobre as substâncias, camisinhas masculinas e femininas e também a publicação “Drogas e Direitos Humanos” (CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI, 2012).

Como foi recebida a intervenção:

A roda de conversa proposta aconteceu com a participação do público atendido pelo centro de acolhida e seus trabalhadores. No início as pessoas não se sentiram à vontade para colocar suas opiniões. O papel dos multiplicadores/facilitadores foi de extrema importância nesse momento, pois, um deles era trabalhador do local e alguns outros atendidos pelo serviço. Após contarem suas experiências em relação às drogas, o restante do grupo se sentiu motivado para falar, o que gerou um rico debate, e todos se colocaram, opiniões contrárias apareceram e foram acolhidas de forma respeitosa.

Desafios:

O desafio foi proporcionar um ambiente no qual os participantes se sentissem confortáveis e seguros para dialogar, expor vivências e pontos de vista. A estratégia de usar os vídeos disparadores para a discussão não funcionou. Houve necessidade de mudar a proposta e então foram utilizados os panfletos informativos sobre cada substância para facilitar a discussão. Após a leitura coletiva desse material e as falas dos multiplicadores/facilitadores a maior parte dos participantes teve seu momento de exposição, questionamentos e trocas de experiências, principalmente sobre a substância álcool, que foi a droga citada como a mais usada pelos participantes do grupo.

Potências:

Após a leitura coletiva do folder sobre o álcool, o grupo de participantes se sentiu confortável para contribuir com a discussão e discordar da perspectiva da redução de danos, o que possibilitou um debate enriquecedor, proporcionando um contraponto com a política de abstinência. Essas colocações deram vida ao espaço, geraram um embate, positivo e comemorado pelo grupo, entre os que eram a favor da redução de danos e os que eram contra, que tinham visões opostas sobre redução de danos. Nessa ação se acreditou na informação como veículo para o autocuidado e para reflexão de construção de práticas.

5. PROJETO: "E SE FOSSE VOCÊ?" EMPATIA E DIREITOS HUMANOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL



Ficha técnica:

Tutor responsável:

Fernanda Soncini

Facilitadores/ multiplicadores:

Ana Flávia Soziro, Hudson Eugenio Rocha dos Santos e Marcelo Marcela.

Participantes do curso:

Brenda Isabelly, Celidema Barros da Silva, Danielle Vieira, Elisa Santos Alexandre, Mateus do Amaral Batista, Mayara Dandara Barbero, Michelle Sousa, Regina e Edenilson.

Local: Saguão principal da Unifesp Baixada Santista.

Público-alvo: Profissionais das áreas da saúde e da assistência social do município de Santos.

Objetivo: Sensibilizar trabalhadores de diferentes serviços da rede pública de saúde e assistência social para a importância de um cuidado pautado na defesa dos direitos humanos e na desconstrução do estigma social sobre a pessoa que usa drogas, como fator facilitador na garantia de acesso dessas pessoas à rede de cuidado e assistência.

Descrição da intervenção:

Os trabalhadores foram recebidos no saguão principal da Universidade. Sentados em círculo o grupo se apresentou (nome, função e serviço). Foram formadas duplas com pessoas de serviços diferentes, com a tarefa de compartilharem suas experiências profissionais e a peculiaridade do seu serviço. Em seguida, cada pessoa da dupla apresentou a descrição do trabalho do parceiro e comentou, de forma geral, as impressões que teve do cotidiano do respectivo serviço. No segundo momento foram apresentados dois casos fictícios, criados pelos redutores de danos para estimular a discussão em grupo: "uma adolescente que vai a uma festa no final de semana e acorda ainda no local da festa, sem lembrar do que aconteceu" e "uma mulher transexual em situação de rua, que quebra o pé e chega na UPA intoxicada de álcool e cocaína". As histórias não tinham um final e foram lidas uma de cada vez para o grupo, com a finalidade de gerar argumentos e baseadas em três perguntas disparadoras, que foram apresentadas quando necessário, para direcionar o debate: (1) Como esse caso se desenrolaria HOJE no seu serviço e na rede?

(2) Como VOCÊ acha que esse caso deveria se desenrolar no seu serviço e na rede?

(3) O que impede que o caso não se desenvolva de maneira ideal?

No terceiro momento da intervenção o grupo assistiu ao filme: *Hotel Laide*, exibido durante o lanche oferecido ao público. Ao final foi realizada uma discussão sobre as perspectivas de cuidado em liberdade, baseadas na garantia dos direitos humanos.

Como foi recebida a intervenção:

Inicialmente, os trabalhadores reproduziram em suas falas as diretrizes apontadas nas leis que regulamentam os serviços, mas, não o que acontecia na realidade. O posicionamento de alguns trabalhadores que compunham o grupo de multiplicadores/facilitadores foi fundamental para que os demais se sentissem confortáveis para colocar suas opiniões e as situações reais vivenciadas no espaço de trabalho. A exibição do filme com o lanche foi percebida como uma ação de cuidado e isso criou conexão com o tema do evento. Os participantes destacaram esse momento como sendo o momento de aproximação do grupo como um todo.

Dificuldades:

Unir trabalhadores de diferentes serviços da rede se apresentou como o principal desafio para a realização da intervenção. Isso em virtude do escasso número de recursos humanos, pois, alguns serviços não enviaram nenhum participante e outros apenas um. Outra dificuldade foi que, no planejamento da ação não houve direcionamento claro sobre o público dos serviços que deveriam ser convidados. Portanto, alguns serviços foram representados pelos gestores e outros por técnicos,



o que exigiu do grupo de redutores estratégias específicas para garantir que todos se sentissem confortáveis para falar. Para essa intervenção foi feito um convite aberto a todos os funcionários dos serviços. No entanto, intervenções focadas na gestão ou para os profissionais da ponta podem ser mais efetivas.

Potências:

A mudança na postura de alguns trabalhadores que foram se desarmando ao longo da atividade e passaram a participar e contribuir mais com o debate foi algo muito potente. Isso aconteceu graças à estratégia montada pelo grupo de redutores de danos para facilitar a intervenção: leitura dos casos e oferta do lanche junto com a exibição do filme. A primeira permitiu que os participantes do grupo manifestassem suas opiniões sobre um caso que não era o da sua rede, podendo se posicionar de forma distanciada, mesmo que os casos citados remetessem a muitos casos acompanhados nos serviços. A segunda estratégia possibilitou que o grupo se sentisse acolhido e cuidado, o que fortaleceu o vínculo entre os participantes do grupo.

Sensibilizar o trabalhador para a importância de desconstruir visões que estigmatizam os usuários de droga é fundamental para garantir o acesso das pessoas aos serviços de saúde e assistência.

Discussão sobre os resultados

Tanto no processo de elaboração quanto na execução das intervenções foi possível perceber que a dificuldade de acesso a direitos por estigmas e preconceitos relacionados ao uso e ao usuário de drogas foi um dos principais pontos trazidos pelos participantes. A desarticulação entre os atuais serviços municipais e a necessidade de sensibilização e apoio a essa rede foi um outro ponto recorrente nos momentos de elaboração dos projetos. Chamou atenção a grande quantidade de falas sobre sensações de impotência e de restrição dos participantes diante da precariedade de condições para um trabalho efetivo no território. Violações de direitos sociais da população beneficiária desses serviços também apareceram de forma significativa, sob a configuração de situações onde todos se sentiam constrangidos a dar conta individualmente de situações que exigem políticas universais de acesso a direitos como moradia, alimentação, saúde e condições mínimas de vida.

Dessa forma, pode-se concluir que a discussão sobre riscos e danos associados ao uso de drogas mobiliza questões que extrapolam a dinâmica específica do uso de substâncias, evidenciando situações sociais de grande complexidade. Diante desse contexto, como pensar um projeto de intervenção pontual, tão limitado diante da necessidade de um trabalho gradual e continuado para a criação de condições sociais mais dignas? Como trabalhar as expectativas de cada participante do curso para a construção de um projeto de intervenção pontual, considerando que se trata de um contexto que apresenta problemáticas complexas, que necessitam de ações continuadas para que possam produzir efeitos a longo prazo? Esse aspecto dificultou a criação de estratégias específicas, pois, as propostas pautadas na perspectiva da RD mobilizam gestos que não estão sob o domínio de autonomia das posições sociais e institucionais ocupadas pelos participantes do curso. Essa observação nos ajuda a compreender o motivo pelo qual muitas das intervenções acabaram tendo um caráter de sensibilização e o intuito de promover reflexões e trocas entre o público destinatário.

O exercício de elaborar e realizar uma ação coletiva foi muito rico na medida em que colocou os participantes em movimento, deslocando-os de seus lugares mais cristalizados. Aqueles cujo vínculo se pautava principalmente numa relação de prestação de serviço, como o usuário e profissional de um serviço de assistência, passam a desenvolver atividades em conjunto, agregando outras possibilidades de reconhecimento mútuo e de humanização das questões relacionadas ao uso de drogas. Ampliou-se a percepção dos participantes sobre a importância da corresponsabilização nos processos de assistência e intervenção. Nesta edição do curso não foi possível acompanhar com mais profundidade as intervenções e praticar métodos de avaliação sobre seus efeitos e resultados, aspectos importantes para a consolidação dos saberes adquiridos pela participação no curso e para fortalecer o desenvolvimento de ações pautadas pela perspectiva da RD nesse território.

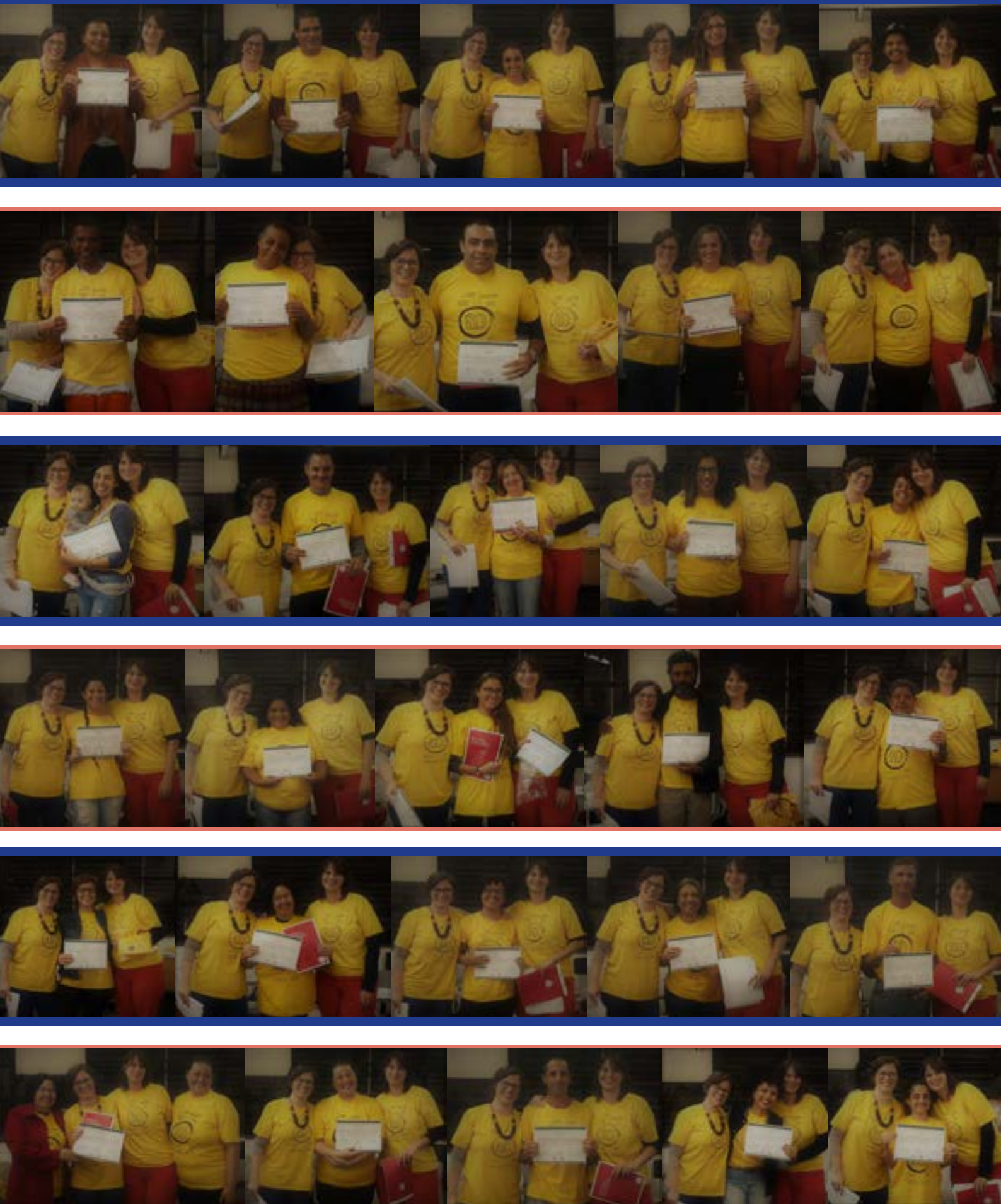
A experiência colocou os atores em jogo em movimento demonstrando a potência da educação entre pares para a criação de soluções compartilhadas na implementação de ações para a efetivação de políticas públicas. O diálogo entre a produção de conhecimento, práticas profissionais de assistência e participação dos usuários beneficiários de políticas sociais, além de contribuir para a formação de todos os envolvidos, pode ser uma estratégia continuada de aprimoramento e efetivação dos objetivos definidos pelas políticas públicas.

Referências

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI. **Cultura, Juventudes e Redução de Danos**. São Paulo: Córrego, 2015. Disponível em: http://edelei.org/_img/_banco_imagens/Livro-Viva-Jovem.pdf

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI. **Drogas e Direitos Humanos**. Publicação impressa e digital independente, 2012. Disponível em: http://edelei.org/_img/_banco_imagens/cartilha%20dh_e%20de%20lei_final.pdf

GODOY, A. et al. **I Fórum Estadual de Redução de Danos do Estado de São Paulo**. São Paulo: Córrego, 2014. Disponível em: http://edelei.org/_img/_banco_imagens/Livro%20FERD%20menor.pdf



POSFÁCIO

Izabel Cristina Oliveira Barbosa

A emoção transborda ao tentar descrever esse processo, que nunca poderá ser mensurado ou sentido apenas com a escrita desse e-book, apesar de todos os esforços e competência dos que aqui deixaram suas marcas e impressões. De início faz-se necessário apontar a mistura de sentimentos dessa escrita, a paixão nascida nesse caminho percorrido impede outra maneira de descrição dessa trajetória e impele todo esse jogar, esparramar de sentimentos.

A expressão cair de paraquedas nunca fez tanto sentido como naquela tarde em meados do mês de março. Na primeira reunião de extensão do Grupo Diversos na Unifesp, Campus Baixada Santista, a notícia do apoio da Fiocruz Brasília para realização do curso “Drogas e Direitos Humanos: protagonismo, educação entre pares e redução de danos”, em parceria com o Centro de convivência É de Lei. Correria para começo da organização, euforia, alegria e muito trabalho para pouco tempo. Posteriormente, a notícia de que participaria como tutora nesse processo.

O modelo desse curso certamente proporcionaria uma vivência com novos contornos e tons a uma trabalhadora do campo da saúde em busca de respostas e aprendizado no lidar com a população em situação de rua. Diferente das pessoas que já acompanhavam essa trajetória, sem a mínima noção do que aconteceria, de como seria, um “sim”, carregado de incertezas e inseguranças, foi emitido.

Primeiro modelo de curso de Redução de Danos, realizado com atores de contextos diversos, mas, imersos de alguma maneira e em algum momento, na temática do contexto de uso de drogas. Foram priorizadas as pessoas com situações de acúmulo de vulnerabilidades, como as questões de gênero, classe e etnia. Dentre essas, pessoas que fazem uso de drogas, inseridos nos serviços públicos ou privados da rede intersetorial de Santos; graduandos da UNIFESP Baixada Santista, beneficiários das políticas afirmativas; profissionais com ensino médio que atuam na rede de serviços públicos da saúde, educação assistência social e sistema socioeducativo da cidade de Santos.

Embora a metodologia, os referenciais teóricos e as estratégias das quais lançaríamos mão desde o início da construção do projeto estivessem claros, algo se mostrou essencial a todo o desenho final propiciado e à experiência exitosa desse curso: O entendimento de que não teríamos controle de todas as ações. Precisaríamos nos reinventar e rever metodologias, muitas dúvidas emergiriam, não teríamos respostas para tudo, mas, tudo bem. Todo esse arcabouço faz parte da trajetória e do “pisar” em caminhos ainda não percorridos. O compromisso era o de criar um consenso de sustentar pessoas, construir juntos, ter dúvidas juntos e achar soluções dos problemas suscitados no coletivo “*Não vamos perder ninguém!*”.

Mediante essa intencionalidade, buscou-se produzir e propiciar diálogos do modo mais horizontal possível, tendo a clareza dos sujeitos que ali se encontravam e o reconhecimento dos diferentes lugares de onde cada um partia. A depender da localização social, do lugar

ocupado pelos sujeitos, sua posição de vulnerabilidade poderá aumentar ou diminuir. As relações de poder se expressam nas diversas relações sociais, constroem lugares, tolhem, classificam, desqualificam falas e posicionamentos. Negar essa estrutura é desconhecer as diferenças que nos circundam. “O não reconhecimento que partimos de lugares diferentes nos leva a legitimação de um discurso excludente” (RIBEIRO, 2017). O grande problema se dá a partir do momento em que nossas diferenças significam desigualdades. Lidar com o mundo real e toda sua complexidade não é uma tarefa fácil.

No caminhar do curso de RD (Redução de Danos) ousou-se dizer: “Não... não somos iguais. Não, não somos. Contudo, estamos aqui para construção no coletivo, para nosso fortalecimento, para a identificação de parceiros e para descobrir que existe um outro olhar em relação a temática de drogas, para além da perspectiva da abstinência”. O esforço se deu no despir-se constantemente de preconceitos, no pensar e repensar, (re)construir-se a cada aula, a cada fala, a cada vivência coletiva como pessoa, como profissional. Pactuações coletivas foram construídas, como a exemplo da intervenção em sala de aula no momento em que alguma palavra dita não fosse do conhecimento de alguém ou o termo falado fosse de difícil compreensão para aqueles não estão acostumados ao ambiente acadêmico, bem como leituras conjuntas e ajuda àqueles com dificuldade em leitura ou que não sabiam ler. Dessa forma todos puderam construir o espaço e se sentir-se pertencente àquele processo.

“Quem mora na rua precisa de afeto e não tem isso. Aqui [no grupo de formação] podemos acolher, dar afeto” (Danilo Abreu).

Esse movimento de escuta do posicionamento e perspectiva daqueles que sofrem as intervenções, imposições e sanções por meio das políticas públicas nos serviços do município, muitas vezes, se não em sua maioria, trazia um peso. O simples girar de chaves na fechadura de portas já se mostrava um movimento estranho, um movimento de dor, de reflexão, de alegria e revolta por ter abrigo. Aquelas pessoas, na maior parte dos locais que acessaram, eram tidas como desapropriadas de uma história, pessoas sem rosto. Pessoas que se travestem no olhar do outro e das instituições, de uma só característica - a rua.

“Não ia pro postinho. Eles não querem tocar, chegar perto, abraçar, quer pôr luva. As pessoas ficam ressabiadas de chegar. Elas nunca tiveram essa diferença.

É a sobrevivência do mundo, pra sobreviver no mundo violento eu era violenta. Com a violência da rua a gente aprende, se revolta”. (Ana Maria Cristina Soares - ao citar o atendimento diferenciado do consultório na rua).

Muitas vezes, as instituições públicas utilizam-se das identidades forjadas no seio da sociedade para oprimir ou privilegiar pessoas que vivenciam, cotidianamente, um conjunto de violações dos direitos, que nós, profissionais, afirmamos garantir por meio das políticas públicas. Quem opera a política pública dentro dessas instituições é o ser humano. Somos nós, com nossos costumes, nossa cultura, nossa crença, nossa história. Reconhecer-se dentro dessa estrutura é essencial para a busca de novas possibilidades e reconhecimento das potencialidades.

“Quando você chega e fala que usa droga, que está tendo crise renal porque usou droga a noite toda. Sua injeção vai ser a última, o seu atendimento vai ser o último” (Bianca dos Santos Cunha - relatando seu atendimento na unidade de urgência e emergência)

Esses sujeitos tiveram suas identidades forjadas dentro de contextos semelhantes, partilham processos de resistência e linguagem que correspondem a um modo de viver. Contudo, os elementos comuns não escamoteiam a individualidade e trajetória de vida. A beleza e a dureza desse processo deram-se no reconhecimento, não só dos aspectos generalizantes, mas, principalmente no reconhecimento das potencialidades, habilidades, diferenças, e apropriação

que esses sujeitos têm ou tiveram de suas histórias e trajetórias. Efetuou-se a apologia ao cuidado – toda vida tem valor.

Assim, não podia ser diferente o transbordamento de relatos experienciados ao longo da vida de privações, de desabrigo, de descuidado, de vulnerabilidade durante o curso. Em sua maioria, os usuários do serviço estavam ou estiveram em situação de rua ou em situação de alta vulnerabilidade.

A valorização das pessoas gera conexões. Se vêem sentido naquilo que é debatido, estarão implicadas. Teoria não muda a vida de ninguém, ela não é empírica, mas, é um meio para a transformação social de vida e na vida. É preciso entender que não há obrigação de “plantar sozinho”, que o encontro é crucial na vida de todo ser humano, que através do outro nos vemos. Construir iniciativas pensando nos cenários reais da vida é importante para construir transformações.

Olhar o outro não só pelo que lhe falta, mas, olhar primordialmente o que ele tem e visualizar além do estigma demanda tempo, empatia, despir-se de egos profissionais e pessoais, de saberes. No momento em que atravessamos essa fronteira afetamo-nos e nos percebemo-nos.

“Quando venho aqui eu fico 3 dias sem beber, eu fico alegre porque vim falar, vim ficar aqui com essa grande família. É uma redução de danos por isso que venho aqui. Prefiro ficar livre aqui que nem um jardim florido”. (Edilson Martins de Souza, conhecido como Seu Jardim).

Nossos afetos nos moveram, as experiências produziram laços, o compartilhamento das mesmas experiências uniu pessoas. Essas foram as bases de unidade do curso “Drogas e Direitos Humanos: protagonismo, educação entre pares e redução de danos”, sem nenhum falso contorno.

Gratidão é a única palavra possível, nesse momento, para descrever esse encontro, proporcionado por meio da professora Luciana Toguini Surjus, por quem sobra admiração e paixão pela profissional que é, mesmo que a conheça há pouco tempo. Produção, invenção, reinvenção, desafio, problemas constituídos no cotidiano, a emergência de solucioná-los, a busca no coletivo por respostas. Nem os 155 milhões de livros do acervo da maior biblioteca do mundo poderiam transpor toda contradição e limitação, desafio e beleza, constituintes da vida dura, complexa e real vivenciada nesse processo.

Referência

Ribeiro, D. **O que é lugar de fala?** Belo horizonte (MG). Letramento, 2017.

MEMÓRIAS























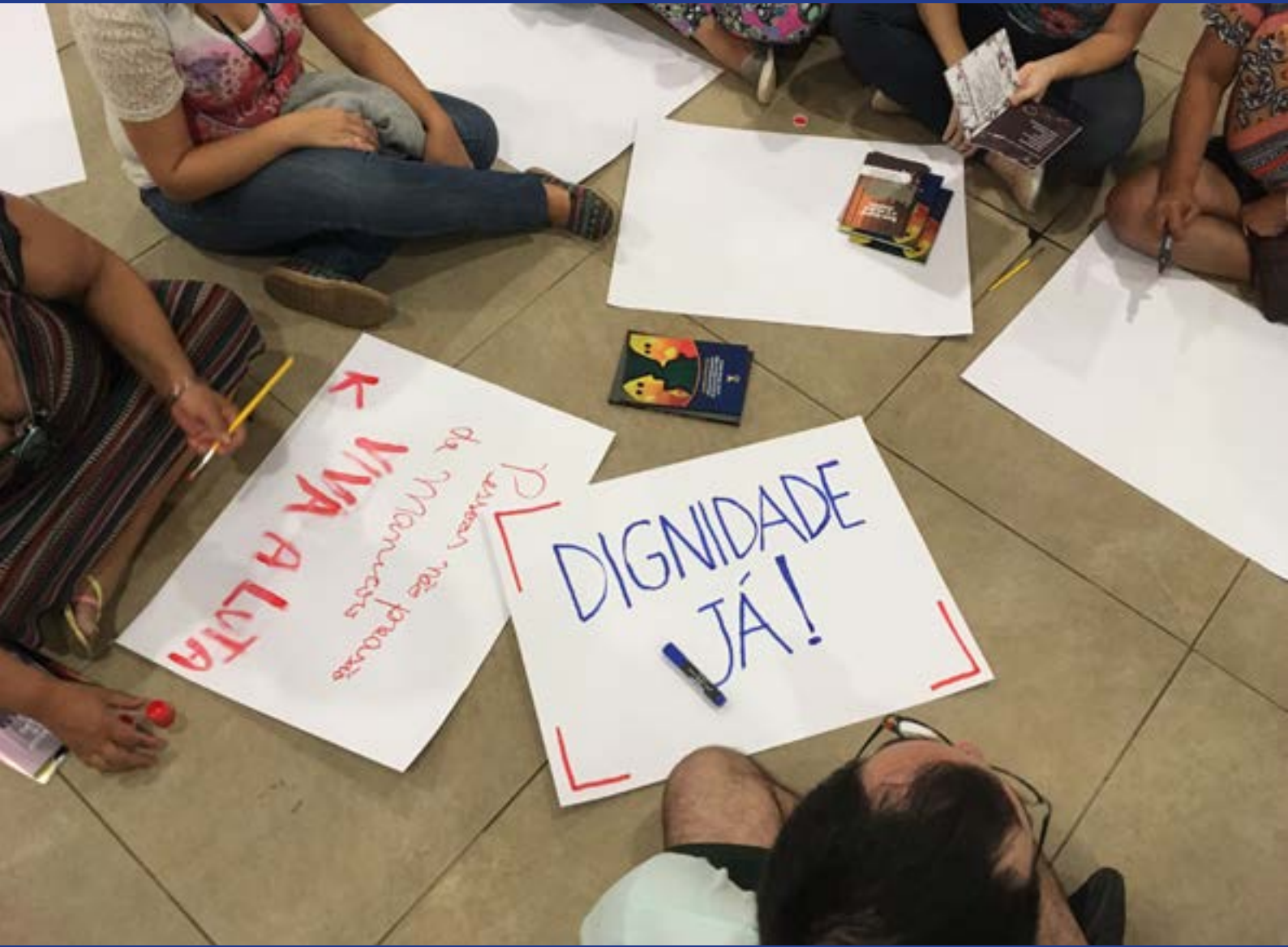












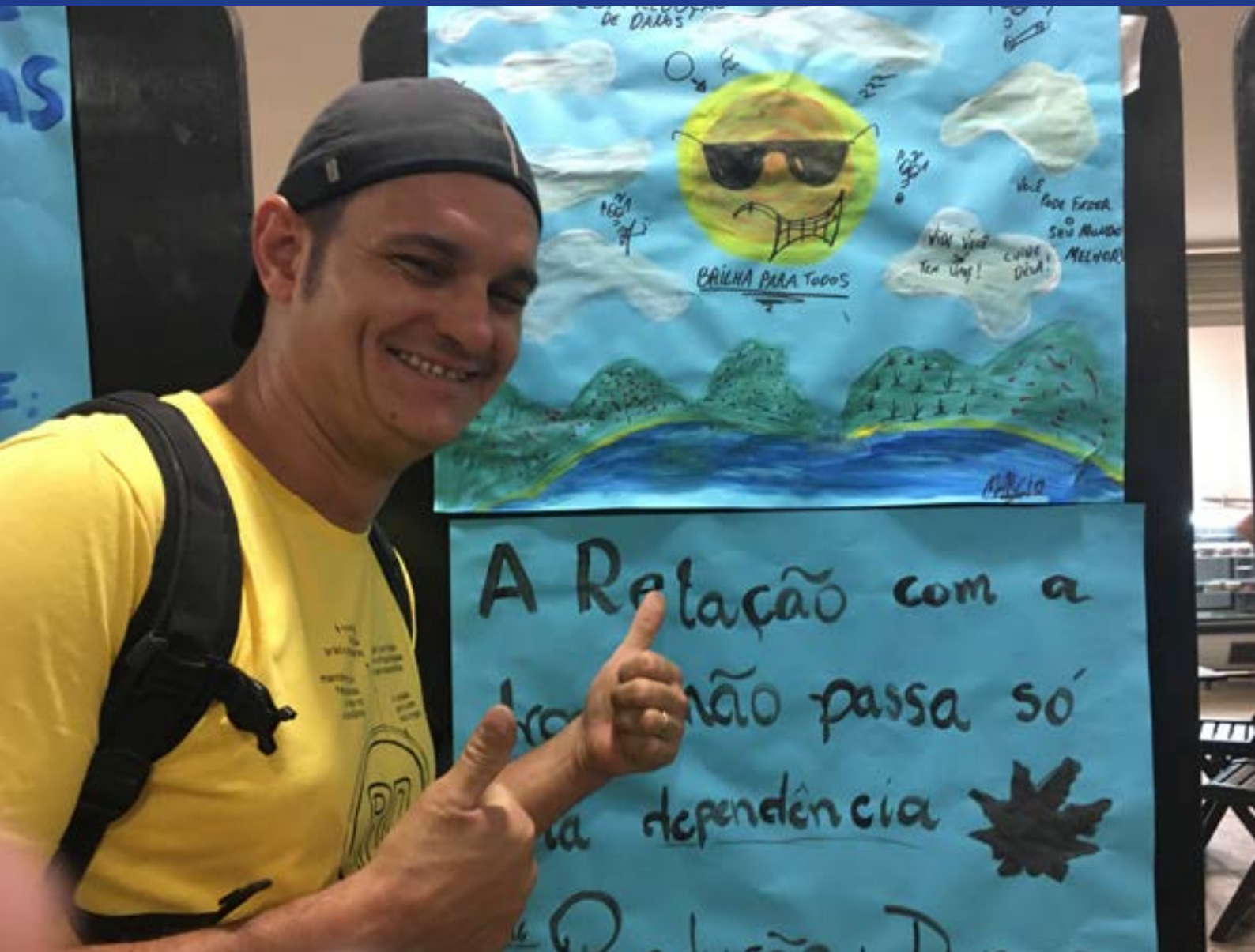




AUTO CUIDADO AUTONOMIA CO-RESPONSABILIZAÇÃO
ABORDAGEM FORMATIVA

CONTEXTO	RISCOS/DANOS	OBJETIVOS/AÇÕES
Pais/famílias Profissionais Diretos (educadores)	Vulnerabilidades sociais, raciais, culturais Biopsíquicas/preconceitos (gênero) Violência/Bullying (Drogas) / IST/HIV	
→	DROGAS e D. Humanos (?)	







DROGAS & DIREITOS HUMANOS:

Protagonismo, Educação entre pares e Redução de Danos

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Julia Landgraf Pupo
André Vinicius Pires Guerrero
June Corrêa Borges Scafuto



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília