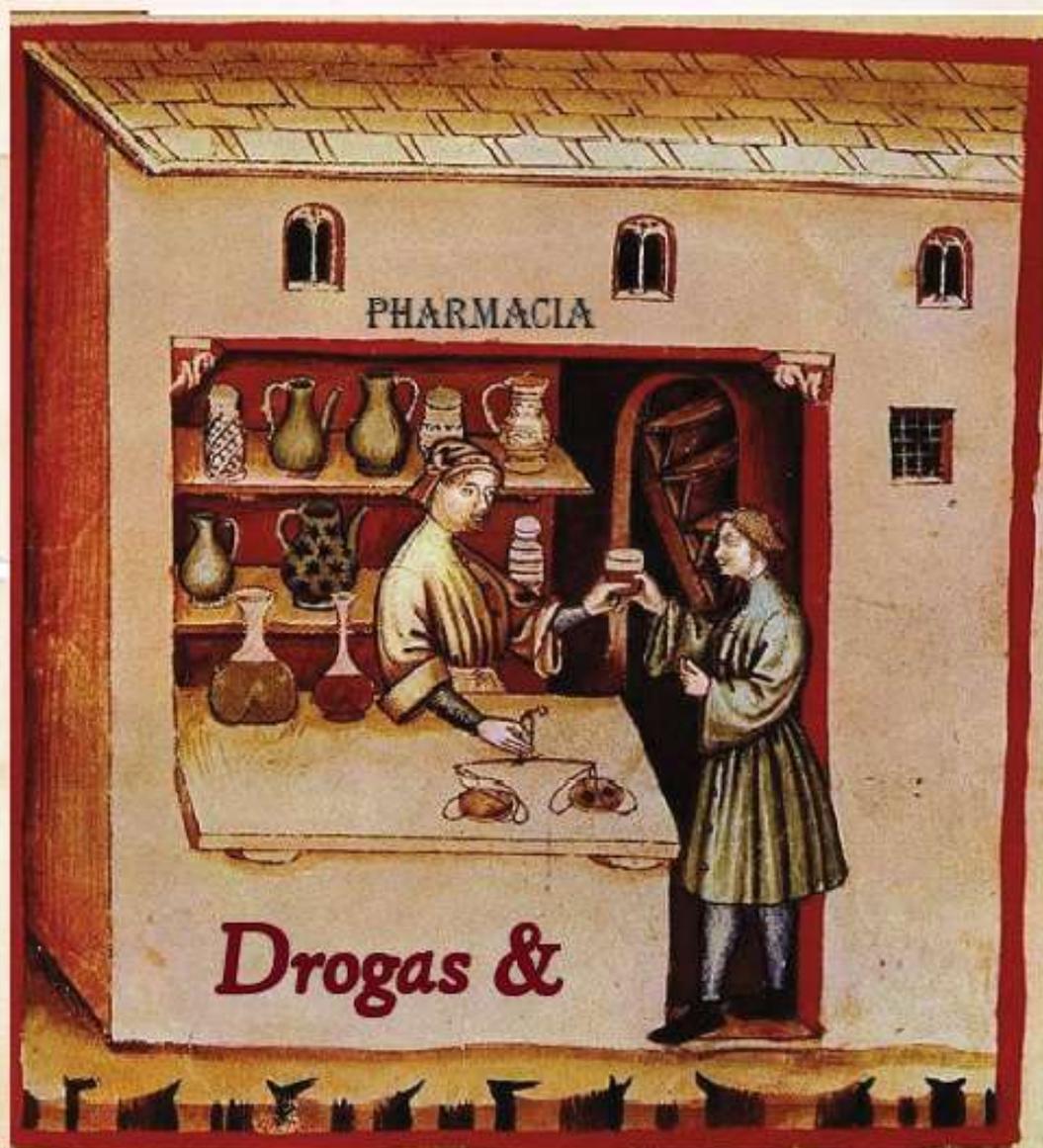


# BIS

Boletim do Instituto de Saúde  
Volume 21 – nº 2 – Dezembro 2020  
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



## 30 Anos de Redução de Danos

**Instituto de Saúde**

Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP 01314-000  
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
www.isaude.sp.gov.br boletim@isaude.sp.gov.br

**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo  
Dr. José Henrique Germann Ferreira

**Instituto de Saúde**

Diretora do Instituto de Saúde  
Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde  
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP  
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP  
Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-científico  
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo  
Bianca de Mattos Santos

**Boletim do Instituto de Saúde – BIS**

Volume 21 – Nº 2 – Dezembro 2020  
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529  
Publicação semestral do Instituto de Saúde  
Tiragem: 2000 exemplares  
Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP 01314-000  
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
boletim@isaude.sp.gov.br

**Instituto de Saúde** – www.isaude.sp.gov.br  
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor  
Márcio Derbli

Editores científicos  
Regina Figueiredo (Instituto de Saúde)  
Celi Cavallari REDUC (Rede Brasileira de Redução de Danos)

Colaboração  
REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos  
Fabio Mesquita (Membro do Corpo Técnico da OMS - Organização Mundial de Saúde)  
Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA)  
Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD)  
Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID/UNIFESP)  
Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (PROAD/EPM/UNIFESP)  
Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)  
Centro de Convivência “É de Lei”  
Barato no Divã  
Coletivo Intercambiantes Brasil  
Coletivo Intercambiantes São Paulo  
Laboratório de Estudos de Política e Criminologia (PolCrim) do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (IFCH-UNICAMP)  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRZ)  
Laboratório de Análise Espacial de Dados Epidemiológicos da Universidade Estadual de Campinas (epiGeo/UNICAMP)  
Núcleo de Psicologia e Vulnerabilidade do Departamento de Métodos e Técnicas do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Diagramação  
Regina Figueiredo

Ilustração de Capa:  
Detalhe medieval, sem fonte.

---

**Conselho Editorial**

**Alberto Pellegrini Filho** – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Alexandre Kalache** – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

**Carlos Tato Cortizo** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Ernesto Báscolo** – Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario – Rosario – Argentina

**Fernando Szklo** – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Francisco de Assis Accurcio** – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

**Ingo Sarlet** – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

**José da Rocha Carneiro** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Luiza S. Heimann** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Márcio Derbli** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Marcio Sussumu Hirayama** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Marco Meneguzzo** – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

**Maria Lúcia Magalhães Bosi** – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

**Maria Thereza Bonilha Dubugras** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP - Brasil

**Nelson Rodrigues dos Santos** – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil

**Raul Borges Guimarães** – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

**Samuel Antenor** – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil

**Sônia I. Venâncio** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

**Tereza Setsuko Toma** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

# Sumário

<b>Editorial</b> .....	03
<b>Homenagem a Elisaldo Carlini</b> .....	05
<b>Instituições participantes desta luta</b> .....	06
<b>Redução de Danos</b>	
Fabio Mesquita .....	10
<b>Ativismo de Redução de Danos em Políticas Internacionais</b>	
Vera Da Ros.....	18
<b>Conceito de Redução de Danos em Políticas Públicas Relacionadas a Drogas</b>	
Maurides de Melo Ribeiro, Antonio Carlos Bellini Júnior.....	32
<b>A Utopia da Percepção: cultura e danos como o projeto de redução no mundo contemporâneo</b>	
Rubens de Camargo Ferreira Adorno.....	40
<b>Trajetórias e Movimentos do Coletivo Intercambiantes Brasil no Campo da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas</b>	
Antonio Nery Filho, Eroy Aparecida da Silva, Patrícia Maia von Flach.....	50
<b>Redução de Danos no PROAD: trinta anos de experiência institucional</b>	
Maria Alice Pollo-Araujo, Dartiu Xavier da Silveira .....	67
<b>Psicanálise e Redução de Danos: autonomia e mútua potencialização</b>	
Celi Cavallari, Diva Reale .....	73
<b>Centro de Convivência “É de Lei” e a Redução de Danos: 22 anos do “baque ao crack”</b>	
Andrea Domanico, Cristina Maria Brites, Maria Angélica de Castro Comis .....	82
<b>As Três Ondas da Redução de Danos no Brasil</b>	
Dênis Petuco .....	94
<b>Redução de Danos e o Trabalho de Campo - o encontro necessário</b>	
Domiciano Siqueira, Álvaro Mendes .....	104
<b>Aproximações entre a Terapia Comunitária Integrativa com a Redução de Danos</b>	
Eroy Aparecida da Silva, Regina Tuon .....	110

<b>As Diferenças entre Queixa e demanda no Trabalho de Redução de Danos: possibilidades para uma escuta clínica em espaços heterogêneos</b>	
Rodrigo Alencar .....	124
<b>Rodas de Redução de Danos “RD: Cadê você?”</b>	
Luciane Raupp, Marta Conte .....	131
<b>Cânabis como Terapia</b>	
Renato Filev.....	142
<b>Possibilidades na Atenção em Álcool e Drogas: levantamento e proposta da Linha de Cuidado para</b>	
Regina Figueiredo, Sandra Mara Garcia, Wilson Souza, Jan Billand, Maria Altenfelder Santos, Mariana Arantes Nasser .....	159
<b>Redução de Danos e Educação</b>	
Marcelo Sodelli .....	175
<b>Educação para a Moderação: Redução de Danos na abordagem educacional de crianças sobre produtos químicos e drogas</b>	
Regina Figueiredo, Maria Luísa Eluf .....	182
<b>Traficando informação: o caso “Baladaboa” e os processos de criminalização da Redução de Danos</b>	
Cristiano Avila Maronna .....	192

## Editorial

**N**este momento inacreditável pelo qual passa a Saúde em nosso país, frente ao desmonte das conquistas sociais e da promoção de um Estado de Bem-Estar Social advindas da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), não poderíamos deixar de comemorar os **30 anos da Redução de Danos no Brasil**.

A Redução de Danos como estratégia de abordagem sobre a prevenção e o uso de drogas provocou uma “revolução” na compreensão, na interlocução e no tratamento de usuários de substâncias psicoativas, ao trazer não apenas um olhar científico para a questão, mas também singular, humanista e de consideração com os Direitos Humanos dessas pessoas.

Como estratégia de Saúde, trouxe a compreensão de que o usuário é uma pessoa que tem direitos, que precisa ser respeitada, ouvida e que pode receber tratamento independentemente da forma que faz ou não uso de álcool e outras drogas, pois a relação com as substâncias psicoativas requer elaboração do vínculo estabelecido entre a pessoa, a substância e a cultura onde o uso ocorre. Como estratégia de educação, trouxe a reflexão à ideia irreal de abstinência de drogas, considerando não só o uso de drogas legais e ilegais, mas também de drogas “invisíveis” que fazem parte do cotidiano da sociedade ocidental, como o consumo de açúcar e de café, entre outras. Como estratégia discursiva, abriu o caminho para a revisão de valores culturais, éticos e morais,

bem como para o combate ao preconceito e aos discursos sem fundamentação científica.

Como estratégia de políticas públicas, a Redução de Danos promoveu alternativas à “guerra contra as drogas”, diante da ineficácia, inviabilidade prática e de suas consequências nefastas e segregativas sobre a população de usuários de álcool e drogas. Como estratégia internacional, abriu caminhos para a crítica aos antigos pactos e para a proposição de novas possibilidades para intervir tanto na Saúde, como nas legislações sobre essas substâncias, revendo regulamentações tanto sobre o uso, como, em alguns casos, sobre a própria venda ou classificação de drogas consideradas ilegais.

Por isso o Instituto de Saúde, juntamente com a Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC) prepararam esta publicação, procurando dar a visibilidade a uma parte da história da Redução de Danos, ao relatar como se deu a sua adoção e utilização internacional e no Brasil, as conquistas fruto da luta de muitos profissionais e organizações que a propuseram e defenderam, além de trazer exemplos sobre as experiências de implementação nas áreas de Direito, Saúde, Educação e na abordagem social sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas. Desse modo, faz-se porta voz das várias personalidades que assinam os artigos, traz modelos implementados internacional, nacional e localmente, relata a luta pela implementação e pela manutenção da Redução de Danos no Brasil, demonstra sua eficácia, importância e alcance na promoção da saúde e

cidadania do usuário e da sociedade.

Fabio Mesquita, como precursor da iniciativa brasileira, relata a sua experiência com a Redução de Danos, como gestor e profissional de saúde, desde a experiência da cidade de Santos; Vera Da Ros faz referência nacional e internacional dessa política; Maurides de Melo Ribeiro e Antonio Carlos Bellini Júnior fazem uma análise dos impactos das legislações proibicionistas e da guerra às drogas; Rubens Adorno destaca a participação da cultura e da Redução de Danos como projeto para o mundo contemporâneo; Antonio Nery Filho, Eroy Aparecida da Silva e Patrícia Maia von Flach abordam os percursos do Coletivo Intercambiantes Brasil no campo da Saúde Mental, de álcool e outras drogas, encontro de profissionais, que desde o início, construíram a Redução de Danos.

Um pouco da história da Redução de Danos em São Paulo, inicia-se com a experiência do PROAD, relatada por Maria Alice Pollo-Araujo e Dartiu Xavier da Silveira; Celi Cavallari e Diva Reale apresentam um encontro potente entre Psicanálise e Redução de Danos desde os anos 1990. Nesse texto, também é feita a referência à APTA- Associação de Prevenção e Tratamento da Aids, que foi a primeira organização da sociedade civil a aceitar realizar um projeto de Redução de Danos com usuários de drogas injetáveis na cidade de São Paulo e que incluiu Redução de Danos na maior parte de seus projetos: “Caminhoneiros”, “Barong”, “Rua Paim” (com profissionais do sexo), “Educação Preventiva”, incluindo cursos de formação e a criação do EDUCAIDS - Encontro Nacional de Educadores para a Prevenção de DST/Aids e Drogas, que marcou história com várias edições; Andrea Donanico, Cristina Maria Brites e Maria Angélica Comis relatam a implementação e as experiências do Centro de Convivência É de Lei”, primeiro Centro de Convivência para usuários de drogas do Brasil a atuar com

usuários de drogas no município de São Paulo.

Na sequência, Dênis Petuco configura as três ondas da Redução de Danos no Brasil; Eroy Aparecida da Silva e Regina Tuon trazem aproximações entre a Terapia Comunitária Integrativa e a Redução de Danos; Rodrigo Alencar a Redução de Danos para a escuta clínica; Luciane Raupp e Marta Conte relatam a experiência das Rodas de Conversa “RD cadê você?”, implementadas em Porto Alegre; Renato Filev apresenta o uso da cânabis como alternativa terapêutica para vários males; Marina Nasser, Sandra Mara Garcia, Wilson Souza e Regina Figueiredo expõem os resultados do levantamento sobre serviços de saúde que atuam com drogas no estado de São Paulo, realizado para a construção da Linha de Cuidado da Saúde Integral dos Adolescentes e Jovens para o SUS do Estado de São Paulo, indicando as orientações da linha construída junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo relativas ao tema álcool e drogas; Marcelo Sodelli discute a implementação do modelo de Redução de Danos na área de Educação; e Regina Figueiredo e Luísa Eluf propõem a estratégia de educação para a moderação, enquanto Redução de Danos para a abordagem de drogas, incluindo substâncias químicas, alimentos e drogas legais com crianças e pré-adolescente na construção de um material educativo para o Ensino Fundamental.

Assim, de uma forma abrangente e com a colaboração desses vários especialistas, trazemos ao público a base para toda essa reflexão, a proposta de resistência contra iniciativas que tentem retroceder as nossas conquistas na área e o convite de comemorar conosco **os 30 anos da Redução de Danos no Brasil!**

*Celi Cavallari*

*Regina Figueiredo*

# Homenagem a Elisaldo Carlini

## Tribute to Elisaldo Carlini

Com toda honra, homenageamos o grande mestre Prof. Dr Elisaldo Carlini, um dos precursores da abordagem científica da Redução de Danos em pesquisas, discussões acadêmicas e políticas de drogas e de saúde.

Carlini, com sua atuação como professor emérito da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP), fundou o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), formou diversos alunos com a especialidade de estudo e tratamento dessas substâncias, tanto quanto ao uso de álcool e outras drogas pela população brasileira, quanto na abordagem dos usos abusivos.

Além de ser o pioneiro no estudo da cannabis e outros psicotrópicos no Brasil e professor por mais de 70 anos, também foi o precursor em Psicofarmacologia do uso terapêutico da maconha, auxiliando no tratamento de milhares de pessoas em todo o mundo. Combatendo o preconceito e introduzindo várias formas de estudos das drogas, foi um grande defensor da Redução de Danos no país e internacionalmente, sendo membro do *Expert Advisory Panel on Drug Dependence and Alcohol Problems* da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Conselho Econômico Social das Nações Unidas (ECOSOC/ONU).

O professor Carlini sempre foi vanguarda: foi fundador da Associação Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD), publicou boletins sobre atualizações na área para difundir o conhecimento para além da universidade, realizou vários seminários sobre *cannabis* medicinal e lutou por anos para a retirada da *Cannabis* da Lista IV de drogas pesadas, da Organização das Nações Unidas (ONU).

Muitas de suas lutas foram bem sucedidas, conseguiu que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os conselhos profissionais ouvissem as mães que precisavam de *cannabis* para tratar convulsões persistentes de seus filhos e presenciou a vitória da legalização terapêutica desta. Porém, quando em 12 de dezembro de 2020, a ONU aprovou a retirada da *cannabis* da Lista IV, Carlini já havia nos deixado, em setembro de 2020. Contudo, a luta continua, assim como seu legado por uma política de drogas multidisciplinar, mais inclusiva, antimanicomial e antiproibicionista.

Gratidão por tudo, professor!

*Instituto de Saúde (IS/SES-SP)*

*Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC)*

## Instituições participantes desta luta

### *Institutions participating in this struggle*

#### **- Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC)**

Fundada em 1998, é uma rede de pessoas e organizações que visa discutir, planejar, elaborar, articular e apoiar ações científicas e sociais, assim como fortalecer as políticas públicas que favoreçam assuntos relacionados à Redução de Danos.

<https://idpc.net/pt/profile/reduc>



#### **- Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA)**

Fundada em 1997, é uma associação que busca destacar a importância de redutoras e redutores de danos, defendendo a melhoria de suas condições de vida e trabalho, e contribuindo para sua organização e capacitação técnica.

<http://abordabrasil.blogspot.com/>



#### **- Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD)**

Fundada em 2005, é uma associação nacional multidisciplinar de estudos na área de drogas, promovendo um fórum coletivo e científico de debates e reflexão sobre drogas.

<https://www.abramd.org/>



#### **- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID/UNIFESP)**

Fundado como centro universitário em 1978, atualmente funciona como uma entidade sem fins lucrativos ligada à universidade que organiza pesquisas e reuniões científicas sobre drogas, reúne uma bibliografia científica e publica livros e levantamentos sobre o consumo dessas substâncias em diversas populações, como estudantes, meninos de rua, etc.

<https://www.cebrid.com.br/>



**- Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (PROAD/EPM/UNIFESP)**

Fundado em 1987, é um serviço universitário destinado a dependentes de substâncias ilícitas e lícitas e de dependências não químicas, como compulsão por jogos, sexo, compras, internet e esportes, que atua não apenas com o objetivo de eliminação dos sintomas, mas se preocupa com a totalidade e a singularidade desses indivíduos. <http://www.proad.unifesp.br/apresenta.htm>



**- Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)**

Fundada em 2015, é uma rede nacional que busca debater e promover políticas de drogas fundamentadas na garantia dos Direitos Humanos e em evidências científicas, na Redução dos Danos produzidos pelo uso problemático de drogas e pela violência associada à ilegalidade de sua circulação, bem como na promoção da educação e da Saúde Pública.

<https://pbpd.org.br/>



**- Centro de Convivência “É de Lei”**

Fundada em 1998 a partir de ações de Redução de Danos nas ruas do município de São Paulo, é uma organização que atua na promoção da redução de riscos e danos sociais e à saúde, associados ao uso de drogas, ampliando a possibilidade de escolha das pessoas e desconstruindo preconceitos, incentivando uma cultura garantidora de direitos e diferenças e disseminando referências e práticas de cuidados e estratégias a partir da atuação junto às pessoas que usam drogas, às que trabalham na rede intersectorial, à academia e à gestão pública, visando incidência política que transforme a lógica da guerra às pessoas.

<https://edelei.org/>



### - Barato no Divã

É um grupo de especialistas que desde 2010 oferece formações para profissionais de saúde em Clínica Psiquiátrica e Psicanalítica voltadas para pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, visando motivar práticas que promovam os Direitos Humanos, a autonomia dos pacientes tratados e que estimulem seus potenciais e que considerem o contexto micro e macrosocial na construção do projeto terapêutico. Inclui conhecimentos socioeducativos, de educação inclusiva, justiça restaurativa, práticas grupais e associativas de caráter afirmativo, grupos de autoajuda, movimentos sociais de defesa dos direitos dos usuários de drogas e de Redução de Danos e questionamento sobre os modelos legislativos que discriminam e punem os usuários.

<https://www.obaratonodiva.com.br/>

**Barato**  
no Divã

### - Coletivo Intercambiantes Brasil

É coletivo que articula sujeitos com a determinação de fomentar e defender políticas, intervenções e cuidados, no campo de álcool e outras drogas, apoiados nos princípios gerais da Ética, da Bioética e dos Direitos Humanos, orientando ações nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; da Redução de Danos, do antiproibicionismo e fim da “guerra às drogas”; da defesa da diversidade da vida e modos de existir; e da defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

<https://www.facebook.com/intercambiantes/>



### - Coletivo Intercambiantes São Paulo

É o núcleo do Coletivo Intercambiantes que se articula na região do estado de São Paulo, atuando no campo de questões associadas ao álcool e outras drogas, apoiados nos princípios gerais da Ética, da Bioética e dos Direitos Humanos, orientando suas ações nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; da Redução de Danos, do antiproibicionismo e fim da “guerra às drogas”;

<https://www.facebook.com/Intercambiantessp/>



**- Laboratório de Estudos de Política e Criminologia (PolCrim)  
do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
da Universidade Estadual de Campinas (IFCH-UNICAMP)**

Fundado em 2018, é um laboratório de estudos que tem por objetivo ser um espaço de produção de conhecimento na interface entre a Ciência Política, a Sociologia do Direito e as Ciências, buscando estimular debates e o desenvolvimento de projetos de pesquisa sobre políticas criminais, processos de criminalização, criminologias, sociologia da justiça criminal, sociologia da punição, acesso a direitos e à justiça, administração de conflitos e reformas judiciais.

<https://polcrim.wordpress.com/>



**- Núcleo de Psicologia e Vulnerabilidade do Departamento  
de Métodos e Técnicas do Curso de Psicologia da Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo**



PUC-SP

É um núcleo universitário que focaliza as questões relativas à dependência de substâncias psicoativas no cenário atual, em que as drogas lícitas e ilícitas ocupam espaço nas ações de saúde pública e na comunidade em geral, bastante veiculadas pela mídia, atingindo esferas governamentais e não governamentais e a sociedade civil. Os programas pretendem refletir sobre o cenário contemporâneo, os problemas atuais relativos às dependências no geral e a situação de uso abusivo de drogas.

<https://www.pucsp.br/graduacao/psicologia>

**- Laboratório de Análise Espacial de Dados Epidemiológicos  
da Universidade Estadual de Campinas (epiGeo/UNICAMP)**

É uma estrutura universitária que, desde 2004, congrega alunos de graduação, pós-graduação, pós-doutorado, docentes e pesquisadores no ensino, aplicação e estudo de métodos de análise espacial de dados em epidemiologia, por meio da oferta de cursos de geoprocessamento e análise de dados espaciais, bem como pelo desenvolvimento de projetos de pesquisa onde a espacialização do risco é a questão principal da investigação. Desde 2015, coleta e analisa dados sobre violência e morte na cidade de Campinas.

<https://brasilcampinas.com.br/tag/>

[laboratorio-de-analise-espacial-de-dados-epidemiologicos-da-unicamp](https://brasilcampinas.com.br/tag/laboratorio-de-analise-espacial-de-dados-epidemiologicos-da-unicamp)



# Redução de Danos

## Harm Reduction

Fábio Mesquita<sup>1</sup>

### Resumo

A política de guerra contra as drogas tem se mostrado completamente incapaz de conter o consumo e as consequências sociais e de saúde do consumo de drogas. Dentre as opções que vem tomando corpo e ganhando cada vez mais espaço, está a Política Pública de Redução de Danos. Este artigo mostra a história de sucesso desta política de Redução de Danos no Brasil e no mundo, não apenas sob a perspectiva do controle do HIV/aids, mas também como uma política pública humanitária e tolerante, que aceita a diversidade da humanidade.

**Palavras-chave:** Redução de danos no mundo; Guerra às drogas; Saúde; Aplicação da lei.

### Abstract

The war on drugs has been shown to be completely unable to contain the consumption and the social and health consequences of the use of drugs. Among the options that has taken shape and gaining more and more space, is the Public Health driven Harm Reduction. This paper shows the success story of the Harm Reduction Policy in Brazil and in the world, not only from the perspective of the HIV/AIDS control, but mainly as a humanitarian and tolerant public policy that accepts the diversity of the humanity.

**Keywords:** Harm Reduction in the world; War on drugs; Health; Law enforcement.

## Introdução

No dia 26 de novembro de 2019, a Câmara Municipal de Santos, por iniciativa da então Vereadora Telma de Souza, conduziu uma sessão de celebração dos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. A celebração rememorava o lançamento público da proposta de troca de seringas para pessoas que injetavam drogas na cidade, feito durante o I Seminário Santista sobre Aids, em dezembro de 1989<sup>1</sup>.

No mesmo ano de 1989, Telma de Souza estava em seu primeiro ano de mandato como prefeita do “Governo Democrático e Popular”<sup>11</sup> da Cidade de Santos e tinha um sanitarista bastante conhecido na história da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o médico David Capistrano da Costa Filho, como Secretário Municipal de Saúde; e como coordenador do Programa Municipal da Luta Contra a Aids desta cidade, o autor deste artigo.

Naquele ano, Santos foi um dos municípios pioneiros no Brasil em estabelecer

<sup>1</sup> Fábio Mesquita (mesquitaberkeley@hotmail.com) é médico pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Membro do Corpo Técnico da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Myanmar, como Líder do Time de HIV e Hepatites Virais e é Membro Honorário Permanente e Fundador da International Harm Reduction Association (em português, Associação Internacional de Redução de Danos).

<sup>11</sup> Representado pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

programas municipais de aids e se destacou por medidas ousadas que incluíam: a distribuição de preservativos em toda a rede municipal do SUS, em ser a primeira cidade a adquirir, com recursos próprios, medicamentos antirretrovirais e, também, a primeira cidade a propor uma estratégia de Redução de Danos para conter o avanço da epidemia de HIV entre usuários de cocaína injetável, que eram, à ocasião, associados a 50% dos casos de aids da cidade<sup>2</sup>.

Fomos na época, duramente atacados pelo Ministério Público de São Paulo, que utilizou a Lei no 6.388 de 1976 (vigente à época) para julgar a iniciativa, pressupondo que, ao distribuímos seringas para conter a epidemia de aids, estaríamos auxiliando e incentivando as pessoas a utilizar drogas ilegais (o texto da Lei dizia: “induz, instiga ou auxilia alguém a usar entorpecentes”) e, portanto, nos enquadrado no crime de tráfico de drogas, com possíveis penas de 3 a 15 anos de prisão<sup>3</sup>.

Nossa defesa, foi feita formal e voluntariamente por um advogado criminal especializado no tema<sup>III</sup> e contou com outros apoios importantes no Parlamento, na mídia e também no Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP).

O CRM-SP, por exemplo, entendeu que, em nosso juramento de médicos<sup>IV</sup>, confirmava o dever de fazermos tudo o que a evidência científica demonstrasse importante para prevenir epidemias e disseminações de doenças, e isto nitidamente incluía distribuir seringas para pessoas que injetavam drogas para evitar o seu compartilhamento, causa da transmissão do HIV e de várias outras doenças transmitidas pelo sangue.

Este episódio, teve uma série de consequências, algumas negativas e outras positivas:

- a pior das consequências, foi a postergação da implementação da estratégia na Cidade de Santos por alguns anos – posteriormente implementada pela organização não governamental (ONG) Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos (IEPAS);

- como consequência positiva, o episódio “abriu a porta” para um amplo debate nacional sobre do tema, que gerou, dentre outras consequências, a discussão e aprovação da Lei nº 9.758, do então deputado estadual por São Paulo, Paulo Teixeira (do Partido dos Trabalhadores), e a sua promulgação, pelo então governador Mario Covas (do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), no dia da abertura da Conferência Internacional de Redução de Danos em São Paulo<sup>V,4</sup>.

- também facilitou para que a Bahia, governada, então, por Antônio Carlos Magalhães, em 1994, sob o comando do médico e grande ativista de Redução de Danos, Tarcísio Andrade, implementasse de fato o primeiro programa de troca de seringas no Brasil no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA)<sup>5</sup>. Embora não formalmente legal, o Programa foi tolerado e seguiu com extremo sucesso.

- mas, certamente, a mais importante de todas as consequências, foi que a iniciativa abriu o debate sobre as estratégias de como melhor lidar com o problema da dependência de drogas de outra forma que não fosse a repressão e/ou a abstinência, como únicas opções<sup>6</sup>. Reduzir os danos era uma proposta mais objetiva e pragmática, visto que considerando ser o comércio ilícito de drogas o terceiro maior produtor de riquezas no planeta, não havia como se iludir de que ele acabaria com políticas públicas toscas e

<sup>III</sup> Alberto Toron, ex-presidente do então Conselho Estadual de Entorpecentes do Estado de São Paulo.

<sup>IV</sup> No caso, meu juramento e do David Capistrano.

<sup>V</sup> Única da história, realizada no Brasil, e que tive a honra de presidir,

fracassadas, como a “guerra contra as drogas”.

A política proibicionista começou no início século passado e foi ganhando grande dimensão com o passar dos anos. Mas, sem dúvida, o marco histórico mais importante foi quando os Estados Unidos da América (até hoje o maior consumidor de drogas ilícitas do mundo) decretou a “guerra contra as drogas”, no governo do então Presidente Richard Nixon, em 1971<sup>7</sup>.

Associada a ela, estratégias fracassadas foram sendo implementadas, como a “Diga Não às Drogas”. Avaliadas por diversos estudos científicos<sup>8-10</sup> a estratégia de repressão e de proibição se mostrou bastante improdutora e incapaz de impactar o uso recreativo de drogas, o uso indevido e as consequências socioeconômicas e para a saúde do uso, tais como: marginalização, exclusão social, preconceito, overdoses, dependência, HIV, hepatite C, dentre outras.

As políticas públicas sobre drogas, desde o decreto da “guerra contra as drogas”, estão sendo conduzidas com estratégias ineficientes, com omissão do Estado, ou, ainda, sob controle do crime organizado.

Muitos países no mundo, observando e analisando estas consequências ao uso de drogas e principalmente as consequências das equivocadas políticas públicas sobre drogas, resolveram adotar estratégias alternativas, sendo a mais amplamente aceita a estratégia de Redução de Danos.

Este artigo descreve um pouco da minha observação de como se desenvolveu a política de Redução de Danos no Brasil e no mundo<sup>VI</sup>.

### Redução de Danos no Brasil

Depois do “pontapé inicial” do lançamento da Redução de Danos no campo de controle do HIV e hepatite C como política pública da Cidade de Santos, em 1989, e do sucesso das estratégias adotadas pelo CETAD/UFBA e da lei do Deputado Paulo Teixeira, aprovada em São Paulo, em 1997, o Governo do Brasil desenhou, através do Programa Nacional de Aids, um primeiro financiamento nacional para ampliar as estratégias de limpeza e troca de seringas, *outreach work*, e promoção de Redução de Danos para controlar o crescimento do HIV entre pessoas que usavam drogas injetáveis.

Na época, como consultor do Ministério da Saúde, fui encarregado de escrever o capítulo do projeto do Banco Mundial dedicado à Redução de Danos, e estabelecemos uma parceria com *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), que, pela primeira vez globalmente, mergulhou e apoiou um projeto desta natureza. Até então, esta Organização da ONU era tida como uma importante aliada da estratégia de “guerra contra as drogas”, apesar de hoje ser uma das agências mais ativas globalmente na promoção de Redução de Danos. Este financiamento foi feito para um amplo projeto de controle da epidemia de HIV/aids, financiado por um empréstimo do Banco Mundial<sup>11</sup>.

O Ministro da Saúde, na época, Adib Jatene, e a Coordenadora do Programa Nacional de Aids, a biomédica Lair Guerra de Macedo Rodrigues, foram duas pessoas-chave na conquista dos recursos e na aprovação de medidas extremamente arrojadas para a implementação de todo o projeto. Hoje, olhando para a história de sucesso da resposta brasileira na luta contra a epidemia de HIV, verifica-se que este foi um momento histórico-chave que desenhou a base do controle da epidemia, com um ótimo custo-benefício

<sup>VI</sup> As opiniões expressadas neste texto são parte da experiência do autor como profissional de saúde e não representam as opiniões da OMS.

do uso dos recursos do empréstimo do Banco Mundial.

No campo específico de Redução de Danos, a partir daí, vários projetos, no país, começaram a ser implementados e a distribuição de seringas passou a ser um procedimento padrão na prevenção do HIV, mais tarde incorporado também na prevenção de hepatite C.

Duas entidades muito importantes surgiram desta estratégia e foram fundamentais para manter o tema na pauta: a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), fundada em 1997, e a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), fundada em 1998.

No meio acadêmico o tema também progrediu com o apoio de centros de excelência em políticas públicas sobre drogas, como o já mencionado CETAD/UFBA, o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em São Paulo, além da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), dentre outros, jogaram um grande papel no suporte ao desenvolvimento da estratégia no país.

A Redução de Danos demorou um pouco para ir se firmando como uma alternativa de política pública no Brasil para além do campo do HIV e das doenças de transmissão sanguínea, mas neste campo avançou bastante, com dimensão nacional e de grande impacto no tratamento de dependência de drogas baseado em evidências científicas. Com base nisso, houve a criação e incrível expansão dos Centros de Apoio Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad)<sup>12</sup>.

Os CAPS haviam sido inaugurados na gestão municipal de Santos, quando Telma de Souza era Prefeita e David Capistrano o Secretário Municipal de Saúde. O médico Roberto Tikanoiri, como Coordenador de Saúde Mental à época,

coordenou a sua criação.

Essa implementação sucedeu a regulamentação dos CAPS em nível nacional, em 1992, pela gestão do Presidente Itamar Franco; após isso, as gestões de Fernando Henrique Cardoso e de Luís Inácio Lula da Silva fizeram uma tremenda expansão de sua rede em todo Brasil. Muitos dos CAPSad se engajaram na lógica de Redução de Danos, por oferecem tratamento nesses centros sem a opressão aos pacientes outrora obrigados à abstinência, possibilitando a oferta de alternativas muito mais interessantes, como os consultórios de rua. Posteriormente as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) foram implantadas e ajudaram a expandir e organizar melhor Saúde Mental no Brasil. Porém, desde o final do Governo da Presidenta Dilma Russef, quando foi nomeado o coordenador de Saúde Mental Valencius Wurch Duarte Filho, a área vem sendo atacada por setores que se opõem aos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos em Saúde, incluindo aí a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com sua atual diretoria conservadora, e também pelas Comunidades Terapêuticas de origem religiosa, principalmente as cristãs fundamentalistas<sup>13</sup>.

Várias outras ações isoladas poderiam ser apresentadas como exemplos positivos de Redução de Danos que ocorreram no Brasil, para além do controle da epidemia de aids. O projeto Baladaboa, por exemplo, se mostrou um bom modelo de como reduzir os danos à saúde das drogas utilizadas em baladas eletrônicas, particularmente o ecstasy ou outras metanfetaminas. Esta iniciativa foi lançada em São Paulo no ano de 2004<sup>VII</sup>, baseada na experiência de sucesso obtida na Holanda e, na Cidade de São Paulo, o projeto contou com o financiamento da Fundação

<sup>VII</sup> Pela estudante Stella Pereira de Almeida, da pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Como um projeto bastante pragmático<sup>14</sup>, capaz de salvar vidas, era feita a orientação às pessoas que usavam drogas nas baladas eletrônicas, incentivando-as a tomar grande quantidade de água a fim de prevenir a overdose que, embora quase ninguém saiba, acontece sempre associada à desidratação.

Na sequência, o deputado do Estado de São Paulo Simão Pedro e a vereadora da Cidade de São Paulo, Soninha Francine, transformaram em lei<sup>viii</sup> a obrigatoriedade de colocação de bebedouros com água em todas as casas noturnas da cidade, para que as pessoas que usem drogas possam ter acesso à água gratuitamente. Na época em que as leis foram aprovadas e implementadas, um copo de água mineral nas casas noturnas custava o mesmo que uma garrafa de cerveja, o que levava as pessoas a beberem cerveja ao invés de água, o que aumentava a desidratação, já que cerveja é um produto diurético, o que conseqüentemente potencializava o risco de overdose.

Projetos como os da ONG É de Lei, de São Paulo, foram também muito importantes e bastante efetivos. A ONG distribuía com sucesso cachimbos para usuários de crack a fim de evitar a contaminação pela hepatite C e outras doenças, além de prevenir queimaduras graves nos lábios.

Mais tarde, algumas prefeituras progressistas retomaram as lideranças do Poder Municipal na solução dos problemas relacionados ao uso indevido de drogas. Tivemos excelentes exemplos em São Bernardo do Campo, Recife e São Paulo. Mas, vou me ater no Projeto da Prefeitura de São Paulo, o Projeto “De Braços Abertos” que acompanhei mais de perto enquanto estive no Ministério da Saúde como Diretor do

Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, entre 2013 e 2016.

O Projeto “De Braços Abertos”<sup>15</sup> tomou dimensão internacional pelo seu modo de lidar com o problema do uso de drogas e devido ao seu grande sucesso. Seu foco principal eram os usuários de crack, a maioria deles frequentadores da chamada “Crackolândia”, localizada no centro da cidade de São Paulo. O projeto tinha um componente de saúde bastante importante, mas também previa garantia de moradia (em hotéis do centro da Cidade de São Paulo) e emprego aos usuários frequentadores do projeto, tendo, portanto, uma abrangência psicossocial muito relevante e que mudou a forma de pensar sobre como os danos deveriam ser de fato, reduzidos.

Na época a Secretaria Nacional de Políticas de Drogas (SENAD), propôs uma extensão deste projeto para vários municípios brasileiros, o que se concretizou parcialmente e lamentavelmente se encerrou com o fim do Governo de Dilma Roussef, depois do impeachment de seu mandato<sup>16</sup>.

Depois do Governo Temer e, mais recentemente no Governo atual<sup>x</sup>, a prática da Redução de Danos vem sendo atacada e chegou a ser excluída como parte da Política Pública de Drogas do país, pelo então Ministro da Cidadania Osmar Terra<sup>17</sup>. No entanto, esse boicote subestimou o alcance da expansão de Redução de Danos em diversos rincões do Brasil em todos estes anos, desde 1989, tornando tal decisão inútil do ponto de vista concreto.

### **Redução de Danos pelo Mundo**

A Redução de Danos, no mundo, teve sua história e perspectiva bem mais ampla do que o controle do HIV, embora tenha também contribuído muito para isto.

<sup>viii</sup> Lei nº 12.637, de 06/07/2007 e Lei nº 14.724, de 15/05/2008, respectivamente.

Em 1996, eu já fazia parte de um grupo de ativistas internacionais reconhecidos em nível mundial, que tomou a dianteira desse trabalho em escala mundial. Juntos, fundamos a *International Harm Reduction Association* (IHRA), em português Associação Internacional de Redução de Danos, que até hoje cumpre um dos papéis mais relevantes em ajudar a implantar, implementar e promover as ações de Redução de Danos no mundo<sup>x,18</sup>.

Essa Organização foi formalmente lançada em 1996 durante a 7ª Conferência Internacional de Redução de Danos, realizada em Hobart, na Tasmânia, Austrália. Seu maior objetivo era o de formar uma rede global de ativistas que, em diversas partes do mundo, defendessem estratégias de Redução de Danos e participassem de decisões governamentais (ou de pessoas da Sociedade Civil Organizada, incluindo ONGs) de como implementá-las. Esta troca de experiências entre pares foi fundamental para o desenvolvimento da Política Global de Redução de Danos, desde então.

Nesta época, já tínhamos experiências bem sucedidas em distribuir seringas para reduzir a infecção de doenças das pessoas pelo compartilhamento de seringas usadas coletivamente. Essa iniciativa teve início na Holanda, em 1982, para controlar a disseminação de hepatites virais entre pessoas que usavam drogas injetáveis (geralmente heroína) e depois se tornaram uma estratégia global, que futuramente seria adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a forma mais efetiva de se controlar a disseminação de HIV e Hepatites Virais entre pessoas que injetam drogas<sup>19</sup>.

Ainda neste campo, surgiram propostas importantes de *outreach work*, de suporte entre

pares que injetavam drogas, e de prevenção de overdoses entre outras medidas-chaves. Mais amplamente a Redução de Danos foi desenvolvendo outras dimensões, como as salas de uso seguro de drogas (em países como Canadá, Austrália, Suíça e outros); o plantio nacional de macocha por alguns países (como Canadá e Uruguai); a autorização para a produção caseira de macocha por outros (como Espanha e Holanda); os *coffee-shops* holandeses; a política para “drogas da noite” – quase sempre LSD ou metanfetaminas – do governo holandês, que oferece carona para casa numa *van* pública, de forma a garantir o “usou, não dirija” de maneira concreta; os *drop-in centers*; e as clínicas de terapia de substituição que existem em vários países do mundo.

Para detalhar como funcionam algumas destas alternativas, falarei mais sobre elas. As salas de uso seguro são um ótimo exemplo; nelas o Estado compra e distribui a droga da qual a pessoa é dependente e o consumo é feito em um lugar seguro e com todo o aparato de saúde à disposição do usuário; ao mesmo tempo, a qualidade da droga é controlada, evitando graves intoxicações por drogas “batizadas”, e conta-se ainda com todo o aparato necessário para conter overdose e prevenir a transmissão de doenças por via sanguínea; a pessoa não se submete a traficantes, não tem de enfrentar a polícia, a corrupção, o crime organizado e todas as outras mazelas do uso ilegal e sua dependência é administrada pelo setor Saúde. Essas salas funcionam de maneira extraordinária com o uso de heroína e poderiam certamente ser implementadas para drogas como a cocaína em todas as suas formas de administração.

Outra alternativa mencionada e muito usada pelo mundo todo, são os *drop in centers* (podendo ser traduzido como “locais de acolhimento”). Neles, os usuários podem passar o dia

<sup>x</sup> Sou muito grato pelo privilégio de estar no grupo de fundadores e ser o primeiro vice-presidente dessa valiosa entidade.

e lá tomar banho, comer, assistir televisão, ler, passar o tempo com jogos de tabuleiro e acessar a Internet. É um local acolhedor, que funciona das sete horas da manhã às dez da noite, com portas sempre abertas à população atendida. Aonde estes locais de acolhimento funcionam, a polícia não chega perto, a fim de não inibir a procura pelos usuários. São como espaços de proteção para as pessoas que usam drogas e tornam-se portos-seguros para aqueles que foram socialmente excluídos, seja das escolas, das famílias, dos empregos ou de outras formas de convivência social. É um local em que podem passar o dia e recuperar uma importante parte da dignidade perdida.

A metadona, um medicamento sintético foi inicialmente desenvolvida como analgésico a base de ópio, durante a II Guerra Mundial na Alemanha nazista e registrada neste país, como um medicamento sintético, em 1941. Utilizada como medicamento de substituição da heroína, teve clínicas de terapia utilizando esta técnica criadas em meados do século XX e, com a evolução tecnológica, passou a ser produzida pela indústria farmacêutica<sup>20</sup>. Há, ainda, serviços que tratam os pacientes também com buprenorfina ou até com a própria heroína, este último procedimento é menos comum. As clínicas de metadona atendem milhares de pacientes e têm 70% de sucesso no tratamento de dependência de heroína, uma taxa de sucesso que não foi possível atingir em nenhum outro tratamento de dependência de drogas lícitas ou ilícitas (incluindo o álcool e o tabaco). Comum na América do Norte, na Europa e na região onde eu atualmente atuo, a Ásia, o tratamento de dependência de heroína utilizando metadona tem um tremendo sucesso em lugares como Hong Kong (onde foram estabelecidos os primeiros serviços na região), Vietnam, China, Indonésia, Malásia e aqui em Myanmar.

Poderíamos citar inúmeras alternativas protetoras, mais racionais e mais eficientes que se desenvolveram pelo mundo adentro para resolver essa questão, situações em que o Estado, e não o crime organizado e/ou a religião, cuidam das pessoas que usam drogas.

Sem dúvida, uma das políticas públicas mais bem sucedidas e que passou por inúmeras avaliações externas é a de Portugal<sup>21</sup>. Com uma legislação pragmática e eficiente, em 2001 Portugal foi o primeiro país no mundo a descriminalizar a posse e o consumo de todas as substâncias e a tratar a dependência de drogas como um problema de saúde e não como um crime. O porte de drogas em uma quantia que seja razoável para consumo próprio – quantia claramente estabelecida na legislação – é considerado apenas como uma infração administrativa e punido desta forma. A pessoa sofre uma advertência, uma multa ou é obrigada a comparecer a uma comissão local composta por médico, advogado ou assistente social e assim receber orientação sobre tratamento, Redução de Danos e serviços de apoio disponíveis para o dependente.

### **Consideração final**

Enfim, não é preciso reinventar a roda para se ter políticas públicas sobre drogas mais próximas da necessidade do cidadão. Uma adaptação em algumas das políticas públicas de Redução de Danos que estão tendo resultados positivos em todo o mundo, já seria um grande passo a frente, no caso do Brasil.

### **Referências**

1. Carvalho HB, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, Burattini MN. HIV and Infections of Similar Transmission Patterns in a Drug Injectors Community of Santos, Brazil. *Journ. Acquir. Imm. Defic. Syndr. Human*

- Retrov. 1996; 12(1): 84-92.
2. Mesquita F. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In: Mesquita F, Bastos FI. (orgs.). *Drogas e aids: estratégias de Redução de Danos*. São Paulo: Hucitec; 1994. pp.169-180.
  3. Ribeiro MM. *Drogas e redução de danos: análise crítica no âmbito das ciências criminais*. [Tese]. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2012.
  4. Laurindo-Teodorescu L, Teixeira PR. *Histórias da aids no Brasil, 1983-2003: as respostas governamentais à epidemia de aids*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. v.1.
  5. Andrade TM. *Redução de danos: um novo paradigma?* In: Almeida AR, Nery Filho A, Macrae E, Tavares LA, Ferreira OS. (orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo*. Salvador: EDU/UFBA; 2004.
  6. Passos EH, Souza TP. *Redução de danos e saúde pública: construções alternativas a política global de "guerra às drogas"*. *Psic.& Soc.* 2011; 23(1):154-162.
  7. Mesquita F. *Aids entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na região metropolitana de Santos, Estado de São Paulo - Brasil*. [Tese]. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2001. (on line). [acesso em: 30 set 2020]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31032020-110246/pt-br.php>
  8. Ennet ST, Tobler NS, Ringwalt CL, Flewelling R. *How effective is drug abuse resistance education? a meta-analysis of project dare outcome evaluations*. *Amer Journ Public Health.* 1994; 84:1394-1401.
  9. Wysong E, Aniskiewicz R, Writh D. *Truth and DARE: tracking drug education to graduation and as a symbolic politics*. *Social Problems.* 1994. 41:3-34.
  10. Drucker E. *Drug prohibition and Public Health: 25 years of evidence*. *The Drug Policy Letter.* 1999; 1-18.
  11. World Bank. *Stemming the HIV/aids epidemic in Brazil*. Whashington; 2002.
  12. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. *Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil*. *Ciênc. Saud. Col.* 2019; 24(5):1935-1944.
  13. Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Manifestantes da luta antimanicomial ocupam Ministério de Saúde*. (on line). 15 dez 2015, 10:05hs. [acesso em: 30 set 2020]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/manifestantes-da-luta-anti-manicomial-ocupam-ministerio-de-saude>
  14. Mesquita F, *A perspectiva de Redução de Danos*. São Paulo: Instituto Brasileiro de Ciencias Criminais (IBCC); 2012.
  15. The Transnational Institute (TNI). *Crack cocaine is king in Brazil. what Sao Paulo is doing about it*. The Netherlands; abr 2014.
  16. Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Crack e exclusão social*. Brasília; 2016.
  17. Folha de Sao Paulo. *Nova politica de drogas exclui redução de danos*. São Paulo; 12 abr 2019.
  18. International Harm Reduction Association (IHRA). *Historico de Fundação da International Harm Reduction Association*. (on line). [acesso em: 30 set. 2020]. Disponível em: <https://www.hri.global/about>
  19. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Genebra; 2016.
  20. Organização Mundial de Saúde Europa (OMS – Euro). *How to improve opioid substitution therapy implementation*. Copenhagen; 2014.
  21. Cabral TS. *The 15th anniversary of the portuguese drug policy: its history, its success and its future*. *Drug Scienc. Pol. Law.* jan 2017. (on line). [acesso em: 30 set 2020]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050324516683640>

# Ativismo de Redução de Danos em Políticas Internacionais

## Harm Reduction Activism in International Policies

Vera da Ros<sup>1</sup>

### Resumo

Advocacy e ativismo não são palavras intercambiáveis, mas no Brasil estão sendo usadas como sinônimos. Com foco na Redução de Danos, a fim de mostrar sua trajetória no Brasil e no mundo, o artigo abrange a história, o conceito e as políticas públicas sobre drogas. Falar sobre Redução de Danos refere-se a um Brasil que há mais de trinta anos aprendeu com a epidemia de aids trabalhar com o diverso, construir parcerias e, assim, criar um tripé: sociedade civil, governo e instituições internacionais. Evidenciam-se também contribuições e obstáculos impostos pela ONU, além dos esforços da sociedade civil para ensinar o que é cuidar e oferecer educação em drogas. As convenções da ONU sobre drogas e outras possibilidades de entender seus significados encobertos. O papel da sociedade civil é destacado através de um exemplo de como ser um ativista internacional.

*Palavras-chave:* Ativismo; Redução de danos, ONU.

### Abstract

Advocacy and activism are not interchangeable words but in Brazil they are being used as synonymous. Focusing on Harm Reduction in order to show its trajectory in Brazil and in the world, based on the history, concept and public policy on drugs. Talking about Harm Reduction referring to a country, Brazil that more than thirty years ago learned from the AIDS epidemic to work with the diverse, build partnerships and thus create a tripod: civil society, government and international institutions. UN contributions and obstacles besides the civil society efforts to teach what is to take care of the education in drugs. The UN Conventions on drugs and other possibilities of understand their undercover meanings. Highlight the role of civil society through an example how to be an international activist.

*Keywords:* Activism; Harm reduction; UN.

### Introdução - o ativismo

**D**efinir ativismo em Redução de Danos é mostrar que intrinsecamente caminharam juntos e sua trajetória no Brasil e no mundo foi desenhada por várias mãos como é possível entender ao se apropriarem das informações dos textos de outros autores que precedem este, tais como: o histórico e o conceito de Redução de Danos e políticas públicas sobre drogas.

Falar de Redução de Danos remete a um Brasil que há mais de trinta anos aprendeu com a epidemia de aids a trabalhar com o diverso,

construir parcerias e, assim, criar um tripé: sociedade civil, governo e instituições internacionais. Mas não foi nada fácil a introdução da Redução de Danos na cultura brasileira que já havia introduzido o conceito de proibicionismo com todos os seus matizes ideológicos, tendências políticas e rejeição de cunho pseudo-religioso. Um trabalho de base para promover mudanças se fez necessário. O modelo brasileiro de ativismo replica, portanto, alguns movimentos internacionais. A história e exemplo das sufragistas pelo mundo, das organizações afroamericanas, da luta pelos direitos humanos em países pós-guerras, da comunidade LGBT incentivaram o ativismo brasileiro em Redução de Danos.

<sup>1</sup> Vera Da Ros (veradaros@gmail.com) é psicóloga e mestre em Linguística pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e presidente da Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC).

Por algum tempo usamos a palavra inglesa *advocacy*<sup>4</sup> como sinônimo intercambiável entre os termos que definiam ações de mudança. Atualmente, não temos usado o termo em inglês, mas é necessário que saibamos que os seus significados são diversos. Em princípio, o ativista “fala” em nome da causa, tem voz. Quando se faz *advocacy*, principalmente se escuta. Mas, tanto o *advocacy*, quanto o ativismo são ferramentas usadas para criar mudanças sociais e políticas.

*Advocacy* é frequentemente visto como “um ato de representar publicamente um indivíduo, organização ou idéia” e uma palavra usada como um termo genérico para muitas ferramentas de intervenção. Pode incluir *lobby* ativo, incluindo métodos como: redação de cartas, reunião de políticos, administração de fóruns públicos, perguntas no parlamento, participação em vários processos consultivos.

O ativismo é descrito como uma ação direta para alcançar uma meta política ou social. O termo implica uma ação ou intervenção direta, como um protesto a favor da mudança. Alguns estudiosos sugerem que o ativismo pode ser visto como parte do processo de *advocacy* ou das ações, como organizar um protesto deliberado e direto para aumentar a conscientização e tentar influenciar o processo político. *Advocacy* é frequentemente visto como um trabalho “dentro do sistema”, enquanto o ativismo é visto como “fora do sistema”, para gerar mudanças.

*Advocacy* baseia-se em<sup>2</sup>:

- argumentar em favor de uma causa, idéia ou política - diretamente com os tomadores de decisão;
- ter três componentes principais: relacionamentos, política sólida e respeito;
- influência preventiva, podendo ser próativa ou reativa;

• eficácia se tem uma abordagem não contraditória ou mais suave.

Ativismo caracteriza-se por:

- política ou ação de usar campanhas vigorosas para promover mudanças políticas ou sociais;
- às vezes, usar táticas como desobediência civil e ação direta não violenta como estratégias deliberadas;
- tender a ser reativo a um problema;
- falta de comunicação direta e relacionamento com os principais tomadores de decisão e portanto, depender fortemente da mídia;
- ter objetivo de conscientizar o público sobre o problema para exercer pressão política.

No Brasil, não há tão clara dicotomia entre essas duas ferramentas e tem se observado que o termo *advocacy*, por cair em desuso, teve seu significado anexado ao termo ativismo. Tanto o jovem que defende causas e sai em passeatas quanto a cantora famosa que representa uma causa são chamados de ativistas.

A sociedade civil e os governos locais, nos anos 1990, percebem a importância da descentralização das ações em prevenção ao HIV/aids para contemplar a diversidade de um país como o Brasil. Mas também, valorizam as trocas de saber com outros países.

A sociedade civil já organizada em alguns temas e lutas formaliza o surgimento da Organização da Sociedade Civil (OSC) ou Organização Não Governamental (ONG), que é um grupo de cidadãos voluntários, sem fins lucrativos, organizado em nível local, nacional ou internacional<sup>3</sup>. Orientadas para tarefas e dirigidas por pessoas com interesse comum, as organizações da sociedade civil desempenham uma variedade de serviços e funções humanitárias, trazem preocupações dos cidadãos aos governos, monitoram políticas e incentivam a participação política no

nível da comunidade.

As organizações da sociedade civil têm, como suas principais ferramentas de intervenção na busca de atingir suas metas, os já citados *advocacy* e ativismo. O controle social e a participação estão intimamente relacionadas: por meio da participação na gestão pública, os cidadãos podem intervir na tomada da decisão administrativa, orientando para que esta adote medidas que realmente atendam ao interesse público e, ao mesmo tempo, tem poder de exercer controle sobre a ação do Estado, exigindo que o gestor público preste contas de sua atuação, o que é um direito assegurado pela Constituição Federal, permitindo, assim, que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas também, fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos públicos.

### **(Des)encontros com os organismos internacionais**

Para contornar as dificuldades da estratégia de influenciar para modificar políticas públicas, surgiram muitas parcerias da sociedade civil com a academia e o governo, em vários níveis. As instituições que normalmente vêm incluindo em sua parceria a sociedade civil são os organismos internacionais. Mas, trabalhar com agências internacionais nem sempre é possível e com certeza não é nada fácil. A tendência das agências ainda é de um trabalho centralizado e vertical. Em nosso país, dentro da temática de Redução de Danos e das políticas sobre drogas, para contrapor essa barreira, tivemos o *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS -), que trabalhou a Redução de Danos junto à sociedade civil<sup>4</sup>. O coordenador do UNAIDS<sup>11</sup> na época era um

entusiasta da estratégia e além de usar explicitamente em seus discursos oficiais o termo Redução de Danos, publicava documentos oficiais sobre, ou incluindo o tema, o que facilitava extremamente o ativismo ainda recente nessa área<sup>5</sup>.

Embora o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) - Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime -, já desse apoio às atividades de Redução de Danos no Brasil<sup>4</sup> e em outros países, não criou, nos anos 1990, uma parceria e apoio internacional. Na verdade, em reuniões internacionais, o UNODC seguia o protocolo da ONU de omitir ou usar sinônimos para as intervenções de Redução de Danos. Mesmo não sendo a posição da área técnica do UNODC, que conhecia e valorizava as intervenções que adotavam este modelo, como esta autora pôde testemunhar enquanto prestadora de serviço nesta agência, no final dos anos 1990, durante as oficinas realizadas com sua equipe, tanto no Brasil, como em Viena.

O engessamento dos organismos das Nações Unidas (ONU) pelos protocolos internacionais, que posteriormente discutiremos, e que são assinados e implementados pelos países membros não permitia que a Redução de Danos se fortalecesse. As ONGs e ativistas brasileiros, que nos anos 1990 e na primeira década de 2000 tinham suporte do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Aids, haviam construído uma rede de programas Redução de Danos (PRDs), com um grande número de pessoas especializadas neste modelo, os redutores de danos. Havia, então, a necessidade de partilhar essas boas práticas e de trocar saberes com ONGs e outros programas do mundo. Estávamos prontos para isso. O marco inicial de trabalho internacional foi a

<sup>11</sup> O coordenador geral do UNAIDS entre 1995 e 2008 foi Peter Piot, seus discursos e documentos estão disponíveis on line, como o "AIDS epidemic update - december 2001"<sup>5</sup>.

Conferencia Internacional de Redução de Danos realizada em 1998, em São Paulo<sup>6</sup>.

Outro caminho que já percorríamos nacionalmente era o de influenciar as políticas públicas para a inclusão de leis específicas locais e nacionais de Redução de Danos. Tínhamos vivido, no início das ações de Redução de Danos, as consequências de não termos leis apoiando tais intervenções. Este histórico, no Brasil, evidencia essa lacuna ao relatar prisões de agentes redutores de danos realizando seu trabalho: tais ações punitivas baseavam-se na lei que criminalizava aqueles que incentivassem ou facilitassem o uso de substâncias proibidas pela lei e pelas convenções internacionais que serão detalhadas em tópico próximo.

A falta de leis que nos amparassem e as convenções extremamente restritas da ONU eram dois lados de uma moeda: para que funcionassem as mudanças nas leis nacionais teríamos de influenciar as regras internacionais que atingiam o Brasil e a todos os países. As conferências e organizações internacionais, grupos da sociedade civil regionais e ativistas de Redução de Danos se uniram em torno da necessidade de influenciar os nossos países e, assim, provocar algum eco na própria ONU e em outros financiadores, como o Fundo Global, o Banco Mundial e outras ONGs e fundações internacionais<sup>7</sup>.

### **Metas desfocadas**

Os governos, até então, concentravam grande parte de seus esforços na redução da escalada dos mercados de drogas acreditando que isso eventualmente reduziria os danos relacionados a essas substâncias. A linguagem em que foram elaboradas as convenções da ONU sobre drogas insinua que somente alcançaremos os objetivos sociais e de saúde, através da interrupção do fornecimento ilícito de drogas e do

encarceramento das pessoas que usam, produzem ou fornecem drogas. Sabe-se que essas tentativas foram malsucedidas: apesar de todo o investimento político e financeiro em políticas repressivas adotadas nos últimos 50 anos, as substâncias controladas internacionalmente estão mais disponíveis e mais amplamente utilizadas do que nunca. Segundo o “*Drug Police Guide*”<sup>8</sup>:

*“...teoricamente, reduções na escala dos mercados de drogas poderiam levar a redução de danos, mas na prática o contrário geralmente ocorreu. Por exemplo, operações contra uma rede de negociação podem aumentar a violência com gangues concorrentes em luta e uma ação contra uma substância específica pode levar as pessoas a mudarem para substâncias que podem ser mais prejudiciais”* (p.8).

A Redução de Danos, inicialmente, era uma intervenção para minimizar os riscos de crescimento da epidemia da aids. Mas questões amplas de saúde, para além da infecção pelo HIV e também questões de direitos humanos, como o direito à saúde, à moradia, à educação e ao trabalho tornaram-se um bloco consistente, o que amplificou e deu maior corpo ao conceito de reduzir danos<sup>8</sup>. Tal conjunto de preceitos tinha em seu arcabouço a diversidade de experiências e conhecimentos que une países e pessoas, funcionando como um desafio que aproxima a todos, uma vez que desvela as dificuldades e soluções a dilemas que unem e separam a humanidade.

O único objetivo que se apresentava anterior à proposta de Redução de Danos era o de uma sociedade livre de drogas, mas percebeu-se que isso:

*“..não é uma política sustentável e levou*

a orientação incorreta da atenção e dos recursos para programas ineficazes, enquanto os serviços sociais e de saúde com programas que comprovadamente reduzem danos relacionados a drogas estão famintos de recursos e apoio político”<sup>8</sup> (p.8).

### Parcerias e metas

Outra busca, que foi (e ainda é) desgastante para o ativismo em Redução de Danos, é a de projetos, trabalhos e financiamentos. Como a história da Redução de Danos no Brasil aponta, no início de sua implementação em programas e políticas públicas havia o financiamento federal para a realização de suas atividades. Uma segunda fase, de descentralização, ocorreu e as verbas tornaram-se controladas em nível estadual, o que mudou totalmente o panorama das ações, que passaram a depender das autoridades locais para a manutenção do trabalho proposto<sup>7</sup>. Pouco a pouco, tais verbas se diluíram em outras ações e poucos estados e municípios seguiram implementando atividades. De duas centenas ou mais de projetos, hoje, talvez tenhamos duas dezenas ou menos.

A ampliação das parcerias com instituições internacionais permitiu que alguns trabalhos importantes de Redução de Danos acontecessem. A ida a conferências e visitas de campo em outras realidades, que muitos redutores de danos e especialistas em políticas de drogas puderam realizar, acrescentaram experiência às brasileiras e permitiram que levássemos nossas vivências, no mais amplo sentido, a outros colegas do mundo.

Dentro dessa perspectiva de unir nacionalmente os envolvidos para poder melhor atingir as políticas públicas, trocar experiências e

fazer um ativismo mais consistente, foram formadas ONGs e redes no Brasil. A Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), a Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC) e a Rede Latino Americana de Redução de Danos (RELARD) foram criadas no final dos anos 1990<sup>9</sup>, sendo as duas primeiras ativas até hoje. O ativismo em rede se iniciava no Brasil e na América Latina, envolvendo especialistas de vários campos e fortalecendo temas caros à nossa realidade.

Um dos primeiros temas que divergíamos das propostas internacionais e que, até hoje, retomamos e esclarecemos a necessidade de intervenções de Redução de Danos para usuários de drogas estimulantes, com o uso também não injetado, ao contrário de todas as intervenções, que primariamente são desenvolvidas para drogas injetáveis, problema este que aflige principalmente o hemisfério norte.

Em 2010, a revista Lancet<sup>10</sup> publica os 12 mitos que estudiosos e público em geral tinham sobre uso de drogas e à medida que<sup>11</sup>:

*“...o debate internacional avança em relação à temática do HIV entre pessoas que usam drogas, fortemente vinculada à via injetável de transmissão do vírus, outros elementos vão surgindo, relacionados a questões estruturais de contextos de grande vulnerabilidade social nos quais vivem estas pessoas e que precisam ser considerados em relação à exposição ao vírus e fortemente ligadas ao estigma e ao preconceito como barreiras de acesso aos serviços” (p.20).*

O ativismo principalmente da América Latina e muitas vezes encabeçado pelo Brasil, trouxe para as mesas de discussão e, principalmente para pesquisadores, o desafio de ampliar ainda mais o conceito e mostrar a efetividade dessas

intervenções para abarcar outros usos de drogas.

O enfoque ganhou força quando se percebeu que o principal problema nem sempre era o uso de drogas, mas sim os ligados ao contexto socioeconômico desses usuários, quase sempre marginalizados e com uma vasta gama de limitações sociais e de saúde. A Redução de Danos, assim, passa a incorporar além de facilidades de higiene e repouso, o tema da moradia como principal fator de proteção de redução dos riscos a que esses usuários estão expostos.

Um excelente documento da Mainline<sup>12</sup>, sobre uso de drogas estimulantes, alerta que:

*“... o uso problemático de estimulantes é, em muitos casos, um problema social que necessita de soluções estruturais. Isso requer centralização do foco não na substância per se. Pois, aquelas intervenções que não se concentram na substância, como o alojamento e centro de convivência, por exemplo, são capazes de diminuir o uso de estimulantes e promovem consumo mais controlado. Além do tratamento do abuso de drogas e serviços de redução de danos, as pessoas precisam de programas que promovam segurança, acolhida e estabilidade” (p.126).*

### **Internacionalização ou (des)nacionalização**

Como já comentado, conferências internacionais sempre permitiram trocas de saberes e foram a primeira vertente de ativismo internacional. Principalmente, porque o Programa de Aids do Brasil tinha seu financiamento internacional intermediado pelo UNODC, naquela ocasião coordenado, no país, por uma pessoa que incentivou ações e intervenções de Redução de Danos dentro de nosso território<sup>11</sup>.

Tanto os especialistas das universidades

envolvidas nos projetos, como os profissionais da área de saúde e social puderam ter contato com as realizações de Redução de Danos fora do país, principalmente ativistas e redutores de danos, que nos anos 1990 eram, muitas vezes eles mesmos, os próprios usuários dos projetos com capacidade de liderança<sup>13</sup>. Em 1990, foi realizada em Liverpool a primeira conferência da *Harm Reduction International* (HRI); depois, anualmente, essas conferências aconteceram em diversos países<sup>14</sup>, como a já citada conferência realizada no Brasil, em 1998. Em 1996, foi lançada a *International Harm Reduction Association* (IHRA), de forma a criar, internacionalmente, uma rede de comunicação e conhecimento na área.

Resumindo, no Brasil democratizado dos anos 1990 e estimulado pelos exemplos de ativismo internacional, criaram-se as redes citadas. Os organismos multilaterais unem-se em uma rede de informações. O Programa de Aids do Ministério da Saúde em parceria com o *United Nations Drug Control Programme* (UNDCP), hoje UNODC, lançou um projeto incluindo a Redução de Danos para prevenção de HIV entre usuários de drogas injetáveis<sup>15</sup>.

Tal conjunto de trocas e conhecimentos fez com que o Brasil se tornasse modelo e passasse a difundir formas de trabalhar, como o *outrreach*, ou seja, a estratégia de ir ao encontro dos usuários em seus locais de uso, como busca ativa. Essa estratégia foi, durante muito tempo, uma vitrine da Redução de Danos no Brasil, pois abordava toda a nossa diversidade de cenários de usos de drogas e territórios<sup>14</sup> desde as palafitas, na Bahia, aos canos de esgoto, em Porto Alegre. Visitantes de diversos países vieram conhecer nosso programa e admiravam-se com a grandiosidade do número de seringas recolhidas

<sup>11</sup> O Representante Regional do UNODC na época era o sr. Giovanni Quaglia, italiano que trabalhou para a ONU de 1974 a 2009.

e a variada gama de intervenções de saúde e sociais.

As intervenções *in loco* e abrangentes logo trouxeram à tona uma verdade escondida: a discriminação racial, social, de gênero, LGBT e muitas outras. O que fazia lembrar as primeiras leis antiópio da década de 1870 adotadas nos Estados Unidos, dirigidas a imigrantes chineses. Também nos Estados Unidos, as primeiras leis anticocaína, do início dos anos 1900, foram dirigidas a homens negros do sul do país, da mesma forma que, as primeiras leis anti-maconha das décadas de 1910 e 1920, no centro-oeste e no sudoeste, foram direcionadas a migrantes mexicanos e mexicanos-americanos<sup>16</sup>.

Hoje, as comunidades latinas e especialmente as negras ainda estão sujeitas a práticas desproporcionais de aplicação de sentenças judiciais nos casos de autuação por drogas. O Brasil teve uma história semelhante, ao discriminar minorias, e o uso de drogas aqui também funcionou como metonímia para diferenças que não eram aceitas pelas classes sociais mais poderosas.

Tal constatação mostrou aos grupos que seriamente faziam trabalho focado nas políticas de drogas, que fazer ativismo em Redução de Danos era muito mais do que imaginavam: atingia a seara dos direitos humanos<sup>14</sup>. A discriminação “olha” o pobre com desprezo e, se esse pobre for usuário de drogas, não têm direitos, pois é desumanizado. O branco usuário de drogas precisa de tratamento, o negro usuário de drogas é visto como alguém que merece cadeia. O homossexual usuário de drogas é moderno, o LGBT usuário de drogas é depravado.

Por isso, projetos ou propostas precisavam ser adequadas a cada comunidade a que se propunham, focando o conjunto de práticas, comportamentos, ações e instituições pelas quais as pessoas se interrelacionam. O homem é o único

ser possuidor de cultura e isso o distingue dos outros animais - comunicação oral, fabricação de instrumentos, modificação da natureza para adequar as suas necessidades e transmissão dos conhecimentos. A vida social é uma troca constante, um contínuo dar e receber. Didaticamente, podemos decompor a cultura em dois segmentos básicos: os elementos ambientais e objetivos da cultura e os elementos psicológicos ou subjetivos. Quando pensamos nos elementos objetivos da cultura, podemos pensar em arquitetura, arte e normas da comunidade para comportamentos adequados e aceitos. Já os elementos subjetivos dizem respeito a crenças, expectativas, valores e normas familiares. Tais elementos, subjetivos e objetivos formam um conjunto integrado que possibilita a solução de problemas por caminhos culturalmente aceitos e prescritos. E, qualquer proposta de trabalho no campo das drogas, precisava e precisa conhecer e respeitar tais caminhos.

### *Nada sem mim*

Na comunidade na qual estamos inseridos, há jogos de influência que frequentemente percebemos, mas que, às vezes, nem em nossa cultura percebemos claramente as forças que estão em ação quando surge uma tensão, uma dificuldade. Como exemplo, primeiro pensemos em como as regras (elementos subjetivos) de uma família tradicional afetam a pessoa; segundo, como atua o machismo; terceiro, como é encarado o uso de álcool de um adolescente. Assim, temos um quadro de uma comunidade em que a correlação entre essas variáveis torna os jovens mais suscetíveis e vulneráveis ao uso de álcool e outras drogas. A Redução de Danos, justamente, leva em consideração esse conjunto de fatores para pensar suas estratégias e ao mesmo tempo inclui todos os elementos da cultura e seus protagonistas. Temos aí a realização da forma mais

exitosa de intervenção: “o que é para mim, me inclui”, em consonância com o pedido das comunidades: “nada que é para mim, sem minha presença”; pedido este que, quando negado, pode se constituir no criador de preconceito causado pelo desconhecimento e pela estigmatização da população<sup>7</sup>.

Para pessoas que usam drogas ou estão se recuperando de uso problemático de drogas, o estigma pode ser uma barreira para uma ampla gama de oportunidades e direitos. Pessoas que são estigmatizadas por seu envolvimento com drogas sofrem rejeição social, rotulagem, estereótipos e discriminação, mesmo na ausência de quaisquer consequências associadas ao uso de drogas. Esta rejeição manifesta-se de várias maneiras, incluindo a negação de emprego ou moradia. Os encarcerados por crimes relacionados a drogas muitas vezes são vistos como seres sem direitos. As pessoas com problemas de uso indevido de drogas são, da mesma forma, menos propensas a receber ajuda do que as pessoas com uma doença mental ou deficiência física<sup>7</sup>.

A participação dos usuários na proposta de projetos, programas e políticas de drogas e de cidadania desvela os jogos de influência que os estudiosos, técnicos ou políticos muitas vezes nem percebem. Ao mesmo tempo, protegem essa população das tensões que a falta de percepção ou de conhecimento das idiossincrasias do grupo poderia acarretar.

Conhecer as culturas de uso de drogas e as necessidades das pessoas que a usam foi um aprendizado que o ativismo internacional trouxe para o trabalho em Redução de Danos no Brasil e também a diversidade geográfica e o arcabouço de saberes variados contribuíram para a troca de experiências. Nos últimos anos, o atualmente extinto projeto “De Braços Abertos” da Prefeitura do Município de São Paulo e desenhado a partir

de aprendizado internacional de ativistas com o *Housing First*, tornou-se um programa exitoso e um saber especializado que incentivou a criação de novos programas no Brasil e no mundo. Infelizmente, este programa não se tornou política pública do novo governo e foi paulatinamente desmontado a partir de 2016<sup>17</sup>.

Um programa que vise atender às necessidades de mulheres usuárias de drogas, se for desenhado e proposto por mulheres, poderá ter margem maior de acerto. Mas é importante entender que, se desde a confecção do projeto até a sua realização for integrado por usuárias de drogas, haverá maior garantia de sucesso. O movimento feminista internacional fortaleceu as ações no mundo e mostrou às ativistas brasileiras que as lutas são variadas e que precisamos ocupar todos os espaços, principalmente os espaços políticos, para que todas as mulheres sejam contempladas, fazendo com que se torne uma ação de Redução de Danos muito mais abrangente. Aponta que, ao protegermos mulheres, com certeza, reduziremos riscos e danos que nossas crianças correm.

As vulnerabilidades são assim minimizadas e um ambiente mais protegido e estável pode ser construído. No campo da drogas, um grande risco que também precisa ser minimizado e que o ativismo global tem trazido à tona é o aprisionamento de mulheres por pequeno tráfico de subsistência e as consequências adversas que esse aprisionamento provoca ao deixar crianças sem cuidados ou em situação de atenção precária.

### **Saúde Mental**

Uma modalidade de ativismo internacional em Saúde Mental, que influenciou e trouxe excelentes resultados ao sistema brasileiro, foi a luta antimanicomial. O sistema asilar para doentes

psiquiátricos inclui e interna também os usuários de drogas como forma de tratamento. A luta anti-manicomial é, portanto, uma medida de Redução de Danos ao impedir a internação compulsória de usuários de drogas. Esta propiciou também que o cuidado e atenção em saúde passasse a ser de base comunitária, e em rede, envolvendo atores e instituições especificamente criadas como os Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-ad)<sup>9</sup>.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicose, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida. As estratégias de Redução de Danos no Brasil e as políticas públicas de drogas promovem interfaces com as práticas de Saúde Mental dos CAPS-ad.

A psiquiatria brasileira e a ligação com as tecnologias políticas que se desenvolveram na modernidade permitiram a Reforma Sanitária e os movimentos de Saúde Mental, entre os quais se inserem a Reforma Psiquiátrica<sup>11</sup>. Esse conjunto ampliou os espaços de participação e criou políticas públicas, culminando com as lutas sociais que constituíram o Sistema Único de Saúde (SUS) e os novos dispositivos de Saúde Mental.

A “Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas”<sup>13</sup>, de 2003, e as determinações da Política Nacional de Saúde Mental<sup>15</sup>, implementadas no início do século XXI no Brasil, abrem espaço e mostram a tensão entre as práticas de saúde articuladas com as ações de Redução de Danos e a política dominante de guerra às drogas e abstinência.

### **ONU e sua rede**

As regras internacionais de controle de drogas são atualmente coordenadas pelas Nações Unidas e Estados membros da ONU. Mas, para que se entenda melhor como se construiu tal estrutura de normas, precisamos conhecer os alicerces que a sustentam. Os Estados Unidos propuseram, no início do século XX, que se criasse um quadro jurídico internacional para reger as substâncias psicoativas o qual passou por várias etapas desde então. A primeira convenção proposta foi a Convenção Internacional do Ópio de Haia, em 1912, após a reunião inicial, realizada em fevereiro de 1909, em meio à crescente preocupação com o uso de ópio na China<sup>16</sup>.

Nessa ocasião, doze países se reuniram em Xangai e criaram a Comissão Internacional do Ópio para discutir as possibilidades de impor controles internacionais sobre o comércio de ópio. Os delegados desta conferência resolveram (embora sem se comprometer) pôr fim à prática de fumar ópio, restringir seu uso a fins médicos e controlar seus subprodutos. Este e outros tratados posteriores negociados pela Liga das Nações (antecessora das Nações Unidas, que funcionou de 1919-1946) eram de natureza mais normativa do que proibitiva e seu objetivo era coibir os excessos de um sistema não regulamentado de livre comércio. Isso significava que impunham restrições às exportações, mas não obrigavam declarar ilegal o uso ou cultivo de drogas e muito menos criminalizar essas atividades. Portanto, até esse momento, as drogas psicotrópicas que tiveram seu uso e cultivo normatizados pelo países dessa coligação, como os opiáceos, a cocaína e a cannabis, não envolveram a criminalização das substâncias ou de seus usuários ou produtores de suas matérias-primas<sup>16</sup>.

Não criminalizar desagradou os dois países que queriam rigor e punições a quem não seguisse as normas. Assim, Estados Unidos e China, se retiraram das negociações que levaram à Convenção Internacional do Ópio de 1925, pois consideravam suas medidas insuficientemente restritivas. Além das drogas citadas, os Estados Unidos pretendiam garantir a proibição da produção e uso não médico de álcool, tentando reproduzir em escala internacional seu regime de proibição de álcool, conhecido como Lei Seca, que permaneceu em vigor entre 1920 e 1933<sup>16</sup>.

Os países proibicionistas sofreram revezes por não conseguirem o apoio das potências europeias França, Grã-Bretanha, Portugal e Holanda, pois estas através de suas colônias, mantinham o monopólio lucrativo de drogas (ópio, morfina, heroína e cocaína) destinadas ao mercado farmacêutico na Europa e nos Estados Unidos<sup>16</sup>.

Com o sucesso e conquista de poder político, militar e econômico pós segunda guerra, os Estados Unidos impuseram um novo regime de controle de drogas e puderam aplicar a pressão necessária para impor a outros países o cenário das Nações Unidas. O clima político permitiu a globalização dos ideais proibicionistas antidrogas para realizar seu intento de impor uma linha dura às drogas no resto do mundo<sup>12</sup>.

A idéia de ter uma convenção única sobre drogas foi mais uma vez uma iniciativa dos Estados Unidos, país determinado a impor um regime restritivo a outras nações. Essa proposta fez surgir a Convenção Única das Nações Unidas sobre Estupefacientes, de 1961<sup>16</sup>, visando substituir os acordos internacionais anteriores que haviam sido implementados desde a Convenção Internacional do Ópio. Esse novo tratado sistematiza e inclui novas disposições que não apareceram nos tratados anteriores e cria um sistema

universal e unificado de controle de drogas. Sua diretriz é claramente intolerante e proibicionista em relação à produção e fornecimento de estupefacientes, exceto pela produção e fornecimento para fins médicos e científicos.

Mas, a expansão das medidas de controle impactou diretamente os produtores tradicionais da Ásia, América Latina e África, onde o cultivo e o uso tradicional generalizado de papoula, folha de coca e maconha estavam concentrados na época.

A Convenção Única estabeleceu a meta de abolir os usos tradicionais de ópio em 15 anos e os usos tradicionais de coca e *cannabis* em 25 anos. Ou seja, de 1964 quando começa a vigorar cria-se a expectativa de que, em 1979, o ópio estaria eliminado do mundo e, até 1989, também a cocaína e a maconha. Ao mesmo tempo foram propostas tabelas de outras substâncias que também deveriam ser classificadas e submetidas a controle em graus diferentes<sup>12</sup>.

Nesse encontro, percebeu-se a necessidade de um novo tratado para fazer a distinção (cientificamente questionável) entre os “narcóticos” controlados pela Convenção de 1961 e as chamadas “substâncias psicotrópicas”, conceitos recém criados sem uma definição clara. Comparado aos rígidos controles que as normas da Convenção Única impuseram aos medicamentos derivados de plantas, o tratado de 1971 estabeleceu uma estrutura de controle menos rígida, exceto o grupo 1, que inclui substâncias que representam um sério risco à saúde pública e que não seriam reconhecidas pela Comissão de Estupefacientes (CND) como tendo qualquer valor terapêutico. Isso inclui psicodélicos sintéticos como o LSD e MDMA, comumente conhecido como *ecstasy*; substâncias derivadas da *cannabis* foram inicialmente colocadas no grupo 1<sup>IV</sup>, o mais

<sup>IV</sup> Em 2020, seguindo uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Comissão de Estupefacientes (CND) reclassificou as substâncias derivadas da *cannabis* para o grupo 2, menos restritivo<sup>17</sup>.

restritivo. Ao se discutir o novo tratado, a Convenção de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas<sup>18</sup>, tornou-se evidente que a grande indústria farmacêutica da Europa e dos Estados Unidos exercia pressão sobre as decisões dessa classificação, pois temia que seus produtos fossem submetidos aos mesmos controles rigorosos que os estabelecidos pela Convenção.

Em pouco tempo, determinou-se que seria necessário um novo tratado. Surge, então, a Convenção de 1988<sup>19</sup>, refletindo o contexto político, histórico e sociológico das décadas de 1970 e 1980, levando à adoção de medidas mais repressivas. O aumento da demanda por *cannabis*, cocaína e heroína para fins não médicos, principalmente no mundo desenvolvido, deu origem a uma produção ilícita em larga escala nos países onde essas plantas eram tradicionalmente cultivadas, a fim de abastecer o mercado. O tráfico internacional de drogas rapidamente se tornou um negócio de bilhões de dólares controlado por grupos criminosos. Essa rápida expansão do comércio de drogas ilícitas tornou-se a justificativa para intensificar uma batalha que logo se tornou uma guerra total contra as drogas. Nos Estados Unidos, que é o mercado de substâncias controladas que mais cresce, a resposta política foi declarar guerra à oferta do exterior, em vez de analisar e abordar as causas da crescente demanda doméstica.

Não há obrigação específica nas convenções de tornar o uso de drogas *per se* um crime. Assim, o uso de drogas não é mencionado entre as disposições penais da Convenção Única, nem na Convenção de 1971, nem na Convenção de 1988. Isso está relacionado, em primeiro lugar, ao fato de que os tratados não exigem que os países proibam nenhuma das substâncias classificadas. Os tratados estabelecem apenas um sistema de rigoroso controle legal da produção e

fornecimento de todos os medicamentos controlados para fins médicos e científicos, bem como a introdução de sanções destinadas a combater a produção e distribuição ilícitas dessas mesmas substâncias para outros fins.

A sociedade civil organizada sempre atua de forma contundente quando os governos e mesmo os organismos internacionais aproveitam as lacunas das convenções e tratados da ONU para se apoiar em posturas protecionistas avalizadas pela guerra às drogas dos Estados Unidos, a maior potência mundial. A criminalização do usuário, aprisionamento em massa por posse, mesmo de pequenas porções de drogas, a falta de investimento em cuidados de saúde e em ajuda social, trouxeram problemas graves que a Redução de Danos poderia ter evitado. Mas os proibicionistas não aceitavam essa proposta e nenhum documento podia ter esses princípios em seu corpo.

Por isso, a linguagem dos documentos da ONU produzidos nos últimos 30 anos ou não tinha nada referente a ações de Redução de Danos, ou, como já foi descrito, usa subterfúgios para incluir essas intervenções. Inicialmente, utilizavam frases explicativas como “prevenção abrangente” ou “leque de intervenções”. Posteriormente, foi cunhada a frase padrão “minimizar as consequências adversas sociais e na saúde das pessoas que usam drogas”, ainda hoje usada em documentos que abarcam intervenções de Redução de Danos. O ativismo destes últimos 30 anos aponta que o uso desses eufemismos não traz resultados positivos para a Redução de Danos e sim “consequências adversas”, parafraseando a linguagem da ONU<sup>11</sup>. Ao evitar nomear apropriadamente uma intervenção cria-se a possibilidade de que o arcabouço teórico e baseado em verdades científicas seja alterado conforme a ideologia

proibicionista ou a política local. Isto se viu numerosas vezes em documentos que passam pelo crivo de governos proibicionistas, que entendem “consequências adversas” a pessoa não ir para a prisão ou ter internação forçada quando usa drogas do grupo ilegal. Nesse raciocínio, será que a indústria do álcool considera o uso de bebida por jovens como minimização de riscos desses jovens usarem drogas ilegais?

### **Considerações finais - possíveis caminhos do ativismo internacional em Redução de Danos**

O trabalho em rede tem se mostrado um forte aliado do ativismo; desde a criação das redes já citadas (REDUC, ABORDA e RELARD), percebemos a sua força. Mais recentemente, criou-se a Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)<sup>20</sup> que não é específica em Redução de Danos, como as outras três, mas que possui em seu bojo várias ONGs de Redução de Danos ou que encampam tais ações em sua prática.

Um exemplo de ativismo em rede é o da REDUC, que além de ser parceira da ABORDA em algumas intervenções, integra a PBPD. A REDUC é também membro da ONG internacional *International Drug Policy Consortium* (IDPC), que amplia o ativismo e reforça ações conjuntas, principalmente na América Latina.

Outro forma de ativismo internacional possível para ONGs é ter status consultivo no *United Nations Economic and Social Council* (ECOSOC)<sup>21</sup>, ou seja ter acesso à ONU como observador e com voz em certas reuniões. O status consultivo fornece às ONGs acesso não apenas ao ECOSOC, mas também a seus muitos órgãos subsidiários, aos vários mecanismos de direitos humanos das Nações Unidas, bem como a eventos especiais organizados pelo presidente. Para isso, a REDUC como qualquer outra organização da sociedade civil, seguiu um detalhado e trabalhoso processo

de candidatura, que envolveu desde tradução para o inglês de todos os seus documentos e até relatórios detalhados.

Este trabalho compensa porque a REDUC, além de enviar representantes para reuniões como as assembleias gerais da ONU, conhecidas como *Special Session of the General Assembly UNGASS* (UNGASS), pode também transitar pelas reuniões anuais da *Commission on Narcotic Drugs* (CND)<sup>22</sup>, pode participar e também convidar estudiosos, acadêmicos, membros de ONGs do Brasil e do mundo para assistir reuniões que tenham como foco a Redução de Danos, a política de drogas, os direitos humanos, o meio ambiente, as políticas e discussões sobre mulheres ou qualquer outro tema de interesse. Obter passes para entrar em reuniões da ONU, seja em Viena, Nova Iorque ou Genebra, abrem portas, possibilitando o aumento do *networking*, atualização e apropriação de temas que ampliam a ação da REDUC e das ONGs parceiras.

Os cem anos de proibicionismo representaram um tempo perdido em educação sobre drogas, que precisa ser recuperado. A Redução de Danos poderá ser a forma de possibilitar o preenchimento da lacuna secular que fez com que a maioria das pessoas ficasse sem saber usar drogas de forma segura, mesmo com uso cada vez maior de drogas e cada vez mais potentes. Em termos de educação sobre drogas, um novo ativismo acontece através da difusão das mídias sociais e se espera poder recuperar parcialmente este hiato. A Internet, com sua linguagem objetiva e de agrado dos mais jovens tem se tornado uma grande difusora de educação em drogas através de aplicativos, vídeos e debates.

Pela falta da cultura de uso de drogas seguro, nem mesmo o álcool que é uma droga legal e não restrita pelos tratados da ONU, não vem recebendo, na maioria dos países, um cuidado

para que seus usuários saibam das consequências adversas e de como preveni-las e reduzir danos. Nem mesmo o uso de drogas psicotrópicas para tratamentos em Saúde Mental e, também, como auxiliares no cuidado com dependentes de outras drogas<sup>23</sup>, pode ser desenvolvido com estudos e pesquisas. O ativismo de acadêmicos da área da neurociência, em parceria com a sociedade civil engajada, tem trazido esses temas à tona, mas ainda estamos longe do desenvolvimento científico e aplicação terapêutica que poderíamos ter alcançado.

A *cannabis* medicinal é a substância ilegal, segundo critérios dos tratados da ONU, mais discutida, tanto pelo ativismo nacional quanto pelo internacional, essa aliança tem tornado o tema mais aceito pelos políticos e, principalmente, pela sociedade em geral. O uso comprovado para as epilepsias graves de crianças e doenças dos idosos ganhou a simpatia e o respeito da população em geral, o que vem pressionando a mudança de legislações e aceitação. É um primeiro passo, mas ainda lento, pois com medidas mais resolutivas poderíamos incluir outras substâncias no tratamento do sofrimento psíquico, como é o caso dos chamados psicodélicos, do daime (ayuasca), ou da ibogaína.

Portanto, muitos caminhos do ativismo foram abertos. Alguns ainda são pequenas trilhas pouco estruturadas e sem pavimentação. Mas a Redução de Danos já tem uma história longa<sup>24</sup> e pode permitir que o futuro das políticas de drogas seja mais humano e menos repressivo, pois, segundo Denis Petuco<sup>25</sup>, a Redução de Danos “não apenas se favorece da democracia, mas participa ativamente de sua construção e aperfeiçoamento” (p.273).

## Referências

1. What's the difference between an advocate and an activist? have you been mislabeling?. Theblog.adobe.com/whats-difference-advocate-activist-mislabeling. (on line). [acesso 30 mar 2020]. Disponível em: <https://theblog.adobe.com/whats-difference-advocate-activist-mislabeling/>.
2. Hall S. Advocacy versus activism: what is the difference? Ruminating.org; 2018. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: <https://ruminating.org/news/advocacy-versus-activism-what-is-the-difference/>.
3. Representação como processo: a relação Estado/sociedade na teoria política contemporânea. Rev. Sociol. Polit. 2014. 22(50):175-199. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44782014000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782014000200011&lng=en&nrm=iso).
4. Surjus LTLS, Silva PC. (Orgs.). Redução de danos: ampliação da vida e materialização de direitos. São Paulo: Diversa, UNIFESP, UNIVESP; 2019. (on line). [acesso em: 21 abr 2020]. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). World Health Organization (WHO). AIDS epidemic update – december 2001. Genebra, 2001. (on line). [acesso em: 21 abr 2020]. Disponível em: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/epiupdate01\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/epiupdate01_en.pdf).
6. Gomes T.B, Dalla Vecchia M. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(7):2327-2338. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>
7. Fonseca EM, Ribeir JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(4):761-770. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000400015&lng=en&nrm=iso).
8. International Drug Policy Consortium (IDPC). Drug Policy Guide. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [http://fileserv.idpc.net/library/IDPC-drug-policy-guide\\_3-edition\\_FINAL.pdf](http://fileserv.idpc.net/library/IDPC-drug-policy-guide_3-edition_FINAL.pdf).
9. Niel M, Silveira DX. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Programa

- de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Ministério da Saúde; 2008. 149f. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos\\_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf).
10. Coment. 12 myths about HIV/AIDS and people who use drugs. *The Lancet*. 2010; 376(9737):208-211. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61005-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61005-7/fulltext)
11. Araújo ND. Redução de Danos: história, práticas e desafios. In: Surjus LTL, Silva PC. (orgs). Redução de Danos: ampliação da vida e materialização de direitos. EPSJV/FIOCRUZ; 2019. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. 2019. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>
12. Rigoni R, Breeksema J, Woods S. Speed limits: Harm Reduction for people who use stimulants. *International Drug Policy Consortium*; 2019. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [http://fileserv.idpc.net/library/Mainline\\_REPORT\\_complete.pdf](http://fileserv.idpc.net/library/Mainline_REPORT_complete.pdf). Acesso tradução 30 mar 2020.
13. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)
14. International Guidelines on Human Rights and Drug Policy. *International Guidelines*; mar 2019. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [https://www.human-rights-drugpolicy.org/site/assets/files/1/hrdp\\_guidelines\\_2019\\_v19.pdf](https://www.human-rights-drugpolicy.org/site/assets/files/1/hrdp_guidelines_2019_v19.pdf).
15. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental - um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Brasília: Editora do MS; 2015.
16. Transnational Institute (TNI). The un drug control conventions. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: <https://www.tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions#box1>.
17. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD). Nota sobre o fim do Programa De Braços Abertos. 6 dez 2016. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: <http://pbpd.org.br/publicacao/nota-da-pbpd-sobre-o-fim-do-programa-de-bracos-abertos/>.
18. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Conventions 1971. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1971\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf).
19. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Conventions 1988. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1988\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf).
20. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD). (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: <http://pbpd.org.br/membros/>.
21. United Nations Economic and Social Council (UN/ECOSOC). (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: <https://www.un.org/ecosoc/en>.
22. Commission on Narcotic Drugs (CND). (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/index.html>.
23. Ferreira IFR. Paradigma da redução de danos na clínica com usuários de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico. *Boletim de Análise Político-Institucional/IPEA*. 2018; 18. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8882>.
24. Antunes A. Redução de Danos no fio da navalha. EP-SJV/FIOCRUZ; 2019. (on line). [acesso em: 30 mar 2020]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/reducao-de-danos-no-fio-da-navalha>.
25. Petuco DRS. O pomo da discordia ? Drogas, saúde, poder. Curitiba: CRV; 2019.

# Conceito de Redução de Danos em Políticas Públicas Relacionadas a Drogas

## Concept of Harm Reduction in Public Policies Related to Drugs

Maurides de Melo Ribeiro<sup>1</sup>, Antonio Carlos Bellini Júnior<sup>II</sup>

### Resumo

O consumo de substâncias psicoativas é hábito milenar, mas desde o século XIX, se observa um movimento proibicionista, que tem papel hegemônico na questão das drogas e dita um controle social usando ferramental penal. A questão das drogas, sob um viés bélico e criminalizante, não traz efeito positivo esperado: a erradicação ou diminuição do uso de drogas; e, ao contrário, traz malefícios como a marginalização do usuário, o cerceamento do seu direito à saúde e de poder escolher pela aquisição de drogas de melhor qualidade. A marginalização impacta, ainda, em seletividade penal, onde, na sua maioria, homens, jovens e negros, são parte de altos índices de encarceramento em razão de crimes relacionados a delitos de drogas. Ainda se verificam relações entre o fenômeno da violência e sua articulação com as drogas. Como política alternativa ao proibicionismo, a Redução de Danos leva em consideração a complexidade do fenômeno e a multiplicidade de variáveis, a individualização do risco na cena do uso de drogas. Tal política tem o direito humanitário como princípio basilar e considera a vulnerabilidade como critério de eleição para a adoção de ações de Redução de Danos.

**Palavras-chave:** Redução de danos; Proibicionismo; Drogas.

### Abstract

The consumption of psychoactive substances is an ancient habit, but since the 19th century, there has been a prohibitionist movement, which has a hegemonic role in the issue of drugs and dictates social control using criminal tools. The issue of drugs, under a warlike and criminalizing bias, does not have the expected positive effect: the eradication or reduction of drug use; and, on the contrary, it brings harm such as the marginalization of the user, the restriction of their right to health and of being able to choose by purchasing better quality drugs. Marginalization also has an impact on criminal selectivity, where, mostly, men, young people and blacks people are part of high incarceration rates due to crimes related to drug crimes. There are still relationships between the phenomenon of violence and its articulation with drugs. As an alternative policy to probationism, Harm Reduction takes into account the complexity of the phenomenon and the multiplicity of variables, the individualization of risk in the scene of drug use. Such a policy has humanitarian law as a basic principle and considers vulnerability as the criterion of choice for the adoption of Harm Eeducation actions.

**Keywords:** Harm reduction; Prohibitionism; Drugs.

### Introdução

O consumo de drogas e o conhecimento de seus efeitos decorrem de hábitos milenares, sendo que “o limite do consumo, do hábito, do apego, da paixão e do vício é sempre determinado pelo contexto particular de cada época e sociedade” (p.52)<sup>1</sup>.

Durante o período das grandes navegações, o que se inicia no século XVI, um grande

<sup>1</sup> Maurides de Melo Ribeiro (mauridesribeiro@uol.com.br) é advogado. Mestre e Doutor em Direito Penal e Criminologia pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FD-USP) e Pesquisador do Laboratório de Estudos de Política e Criminologia (PolCrim) do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (IFCH/UNICAMP).

<sup>II</sup> Antonio Carlos Bellini Júnior (bellini@bellinijunior.com.br) é advogado. Doutorando em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) e Pesquisador do Laboratório de Análise Espacial de Dados Epidemiológicos (epiGeo) do DSC/FCM/UNICAMP.

número de ervas transformaram-se em mercadorias, algumas inclusive com características psicoativas. Tais produtos foram introduzidos na sociedade europeia<sup>2</sup> e, já no curso do século XIX, a Europa e os Estados Unidos conviviam com muitas drogas, das quais pouco conheciam e com as quais não possuíam identidade cultural<sup>3</sup>. O marco do comércio de larga escala, bem como a consolidação do monopólio inglês desse mercado foram as chamadas “Guerras do Ópio”<sup>4</sup>.

Nas colônias das Américas, o uso de maconha pelos escravos, em cultos religiosos, tinha forte associação com a lascívia e o descontrole (p.2)<sup>5</sup>, o que, somado aos iderários cristãos de que o consumo de certos psicoativos estavam relacionados a rituais diabólicos (p.245)<sup>2</sup>, levaram partes da sociedade norte-americana a um movimento proibicionista, que culminou, em 1920, com a edição da 18ª Emenda à Constituição dos Estados Unidos ou *Volstead Act*<sup>3</sup>.

Ainda no âmbito das “questões das drogas”, em que pesem as amplas críticas feitas ao modelo proibicionista-punitivo, tal modelo tem tido “papel hegemônico na formulação de políticas públicas nessa matéria” (p.17)<sup>6</sup>, tendo, em 1971, o presidente norte-americano Richard Nixon chegado a declarar “guerra às drogas”, sendo este termo disseminado globalmente. Tal expressão bélica dá, ao tema proibicionista das drogas, “a tônica do controle social exercitado através do sistema penal nas sociedades contemporâneas”<sup>7</sup>.

### **Dos impactos do proibicionismo e da “guerra às drogas”**

A “questão das drogas”, quando analisada sob esse viés bélico e de criminalização, não tem se mostrado em nada eficiente; ao contrário, desnuda-se como uma condução política que traz mais efeitos nocivos que benéficos, seja à pessoa que é usuária de drogas, seja à sociedade

como um todo.

De um lado, essa política não vem mostrando respostas positivas no sentido de erradicar ou diminuir o uso de drogas:

*“A política criminal de combate às drogas não tem influído de forma importante na redução de sua circulação e consumo, ao contrário, o que se vê é o incremento da oferta e da demanda. Nesse cenário, tem aumentado o número de falas públicas alinhadas com a percepção do fracasso desse tipo de intervenção e já não soam convincentes as manifestações oficiais em defesa do controle penal das drogas, ‘pe-la’ e ‘para’ a sociedade” (p.4) <sup>8</sup>.*

E, por outro lado, ainda falando sobre os impactos dessa mesma política proibicionista, essa traz malefícios que, em muito, afetam a dignidade da pessoa que faz a escolha de utilizar drogas, bem como impactam negativamente em diferentes atividades e serviços públicos.

No que tange à dignidade da pessoa, há um verdadeiro processo de marginalização do usuário de drogas ilícitas, o qual é obrigado a sorrateiramente plantar ou adquirir o psicoativo e, posteriormente, novamente às sombras, utilizá-lo.

Esse processo ainda implicando em dificuldade, por parte do usuário de drogas que fica a parte dos cuidados da saúde a que teria direito. Ainda, no que tange à saúde do usuário, mas pensado sob a ótica do psicoativo do qual fará uso, em drogas de má qualidade, com diversas impurezas e sem a certeza de qual o produto que efetivamente está se comprando, chega-se, inclusive, ao absurdo de uma narrativa, como observado em um caso concreto, onde se constatou a venda de fermento em pó no lugar de cocaína<sup>9</sup>.

A marginalidade daqueles que se vêm as voltas do comércio ilegal de drogas também pode

ser observada com o claro processo de seletividade penal<sup>10</sup>.

O Levantamento Nacional de Informações de Penitenciárias, no período de julho a dezembro de 2019<sup>10</sup>, informa – referente aos presos daquele sistema - a quantidade de incidências por tipo penal; no total foram 989.263 incidências, sendo que desta totalidade, 200.853 incidências estão relacionadas a delitos de drogas (20,28%). E, destas incidências em tipos penais de drogas, os homens representavam 183.077 casos e as mulheres os outros 17.506 casos. As informações gerais acerca de toda a população prisional, por faixa etária, mostra que jovens de 18 a 24 anos são 23,29% de toda esta população e, de 25 a 29 anos, mais 21,5%; a somatória dessas duas faixas de idade atingem 44,44% de toda população carcerária no período averiguado. Quanto à composição dessa população prisional por raça-cor, pardos compõe 328.108 presos, ou seja, 49,88% da população, e pretos são 110.611 presos (16,81%), compondo ambos a população negra, segundo a classificação adotada pelo IBGE que soma pretos e pardos, ainda que o levantamento não se utilize desta terminologia, totalizam 66,69% do total de pessoas encarceradas.

Chama a atenção que, entre 2017 e 2018, no Brasil, foram analisadas 7.952 mortes por intervenção policial. Ao se analisar o perfil das vítimas nesses casos, verifica-se que a sobrerrepresentação de determinados grupos sociais é a mesma que aquela observada no aprisionamento: 99,26% das vítimas de letalidade policial são do sexo masculino (mas só cerca de 48% da população é deste sexo); o percentual de negros mortos pela polícia é de 75,4% (mas só aproximadamente 55% da população brasileira é negra); e, por fim, jovens de até 29 anos representam 78,5% das vítimas letais das intervenções policiais, sendo que jovens entre 20 e 24 anos são

“a maior parcela da vitimização por intervenções policiais, com 33,6% das vítimas neste extrato etário” (p.61)<sup>11</sup>.

Sobre essa relação da juventude e jovens pobres:

*“As favelas e periferias urbanas passam a ocupar um lugar estratégico para o forte mercado de drogas, recrutando jovens pobres para o tráfico. As disputas por pontos de venda de drogas entre facções inimigas e o enfrentamento direto com a polícia agregaram ao mercado de drogas o mercado de armas, dando início a uma verdadeira guerra civil que se encontra inserida num “ciclo global de guerras” (p.155)<sup>12</sup>.*

Ainda decorrente dessa guerra às drogas, observa-se o fenômeno da violência e sua articulação com as drogas. Esse fenômeno é muito complexo<sup>13</sup> e a “demonização do tráfico de drogas fortaleceu os sistemas de controle social, aprofundando seu caráter genocida” (p.135)<sup>14</sup>. E, essa violência, em suas diferentes vertentes, impacta substancialmente no sistema de saúde:

*“Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde: 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos” (p.45)<sup>15</sup>.*

### **Redução de Danos: uma política pública alternativa - definição, principiologia e critério de adoção**

Como verificado, os impactos da política proibicionista são extensos e complexos, e, justamente por isso exigem uma discussão que não pode, nem deve ser simplista ou rasa.

Um estudo, de 2009<sup>16</sup>, mostra diferentes tendências políticas e legislativas em países europeus com relação às drogas. Em todos os países analisados, salvo a Itália, dentre outros focos políticos, a Redução de Danos se fez presente. Na Alemanha, o “Plano de Ação sobre Drogas e Adição”, “alude à drogadição sob uma manifesta perspectiva política de saúde pública” (p.106)<sup>16</sup>, tendo como principais focos a prevenção do uso; aconselhamento; tratamento e reabilitação; auxílio à sobrevivência e Redução de Danos; e repressão e redução da oferta. Na Espanha,

*“a realização de políticas de redução de danos merecem especial atenção das autoridades e sociedade espanhola, havendo ali bem sucedidos programas de trocas de seringa – inclusive no interior de estabelecimentos penitenciários -, testes de qualidade de comprimidos em festas raves, terapias de substituição e disponibilização de narco-salas para consumo seguro” (p.111)<sup>16</sup>.*

Na Holanda, os princípios básicos da política de droga são “a distinção entre drogas leves e drogas pesadas e a abordagem integrada e equilibrada do tema”, estabelecidos em um documento denominado “Política de Drogas: Continuidade e Mudança”, de 1995, o qual, dentre seus “objetivos nucleares”, estabelece a “redução de

danos a usuários” (p.116)<sup>16</sup>. Em Portugal, o Plano Nacional Estratégico 2005-2012 se assenta em seis grandes eixos; o eixo que trata que cuida da redução da demanda dá ênfase a cinco sub-áreas, uma delas, a redução de riscos e danos (p.128)<sup>16</sup>.

O estudo aponta:

*“Terapias substitutivas e trocas de seringa – sendo que estas são realizadas não apenas em estabelecimentos oficiais, mas em farmácias privadas de todo o país-, também são consideravelmente aplicadas em Portugal” (p.132)<sup>16</sup>.*

Mostra também, que no Reino Unido, por sua vez,

*“...é comumente lembrado por haver sido pioneiro em políticas bem sucedidas de Redução de Danos, que ali se intensificaram desde a década de 1980 e vem sendo aplicadas sem interrupções” (p.134)<sup>16</sup>.*

A necessidade de se pensar em uma política de Redução de Danos decorre do fato que nem sempre é possível que as políticas públicas se pautem na abstinência, seja porque não é possível, seja porque não é desejada. Daí que:

*“Na ótica da Saúde Pública, pode-se conceituar a política de redução de danos como um conjunto de estratégias que visam minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente exigir a abstinência do seu uso.*

(...)

*A nova abordagem leva em consideração múltiplos aspectos, tais como: a*

complexidade do fenômeno, a diversidade das substâncias e seus usos e as particularidades sociais, culturais e psicológicas dos usuários, possibilitando, do cotejo de toda essa gama de variáveis, uma melhor ponderação e individualização dos riscos e das vulnerabilidades na cena de uso de drogas” (p.45)<sup>6</sup>.

A Redução de Danos, enquanto política que prestigia e considera aspectos diversos, pode-se mostrar um eficaz instrumento para amenizar o impacto da violência, um dos principais fenômenos do proibicionismo. Essa articulação entre violência e drogas, como já exposto, é um fenômeno complexo que exige ser “tratado com instrumentos, conhecimentos e ações que ultrapassem a mera representação ou o moralismo simplista” (p.40)<sup>13</sup>.

E essa visão simplista, com um obtuso olhar limitador, coloca a Redução de Danos em um panorama limitado de discussão e compreensão:

*“A RD [redução de danos], mesmo após mais de 30 anos de discussão, ainda é entendida como uma forma de apologia ao uso de substâncias psicoativas. No entanto, a RD [redução de danos] não exclui a abstinência, não é reducionista colocando apenas a droga em primeiro lugar, não negligencia o contexto psíquico e sociocultural, mas se apresenta como uma alternativa de apoio à saúde na ótica da ação biopsicossocial”<sup>17</sup>*

## A Redução de Danos

*“...contrapõe-se, desse modo, ao modelo tradicional, de cunho meramente proibicionista-punitivo, que desconsidera a complexidade do fenômeno, buscando uma meta única: a erradicação da produção e consumo das drogas etiquetadas de ilícitas” (p.46)<sup>6</sup>.*

Ela exige a elaboração de novas estratégias e ampliando seu campo de atuação. Tal política visa, ainda:

*“...além do estabelecimento de vínculos com os serviços de atenção, o cidadão usuário de psicotrópicos passa a se reconhecer não mais pela rotulagem sócio-cultural que assumiu como estigma, maconheiro, louco, delinquente, bandido, pária, marginal, para assumir-se como um cidadão sujeito de direitos, protagonista das reivindicações de seu contexto social e responsável pela implementação das modificações necessárias para a melhoria de sua vida pessoal e relacional” (p.47)<sup>6</sup>.*

O modelo de Redução de Danos, do ponto de vista principiológico, pauta-se no respeito à dignidade da pessoa humana, respeitando-se sua individualidade e sua autonomia e tem por meta a moderação do uso dessas substâncias. A pessoa do usuário como

*“um interlocutor qualificado, um sujeito de direitos que deve, como tal, participar assumindo um papel de protagonista das reivindicações de seu contexto social e responsável pela implementação das modificações necessárias” (p.58)<sup>6</sup>.*

A diferença entre o modelo proibicionista e de Redução de Danos pode ser mais facilmente

Quadro 1 - Características de Modelos de Abordagem de Drogas

MODELOS	PROIBICIONISTA	REDUÇÃO DE DANOS
Problema enfocado	danos e usos de drogas	danos/ usos de drogas
Política de drogas:	"guerra às drogas"	Tolerante/pragmática
Prioridade:	Repressão ao uso de drogas ilícitas e tráfico	Redução de danos à saúde individual e coletiva
Postura em relação droga:	Moralismo; estigmatização UD	Realística/ pragmática
Papel/ posição do Estado	Controle abusivo do cidadão	Provê serviços para UDs, Apoia organizações UDs, Prega direitos dos UDs
Prevenção de drogas:	"sociedade livre das drogas"	Dano/risco assoc. abuso
Sistema de atenção à saúde/ Serviços	Atendimento médico individual "alta exigência"*: abstinência	Vários tipos de serviços, "baixa exigência**": busca ativa***
Prevenção a aids:	dificultada por restrições legais	articulada como prioridade
Abordagem de UDs/UDIs	dificultada por restrições legais	de Saúde Pública

\*,\*\* "Alta ou Baixa exigência": refere-se a critérios mais ou menos restritos de inclusão de pacientes UDs no tratamento da dependência ou de outros cuidados de saúde. \*\*\*"Busca ativa" de usuários de drogas em seu meio [agentes saúde, "redutores de danos".

visualizado no **Quadro 1**<sup>18</sup>.

Há ainda que se considerar a vulnerabilidade como critério de eleição a ser adotado nas ações de Redução de Danos.

*"O conceito atual de vulnerabilidade também foi construído a partir do direito humanitário significando, inicialmente, uma característica de pessoas ou comunidades fragilizadas, do ponto de vista jurídico ou político, na efetivação ou garantia de seus direitos fundamentais"* (p.801)<sup>19</sup>.

Sendo que tal vulnerabilidade pode ser classificada partindo da idéia de seletividade penal:

*"Esta situação de vulnerabilidade é produzida pelos fatores de vulnerabilidade, que podem ser classificados em dois grandes grupos: posição ou estado de vulnerabilidade e o esforço pessoal para a vulnerabilidade.*

*A posição ou estado de vulnerabilidade é predominantemente social*

*(condicionada socialmente) e consiste no grau de risco ou perigo que a pessoa corre só por pertencer a uma classe, grupo, estrato social, minoria, etc., sempre mais ou menos amplo, como também por se encaixar em um estereótipo, devido às características que a pessoa recebeu.*

*O esforço pessoal para a vulnerabilidade é predominantemente individual, consistindo no grau de perigo ou risco em que a pessoa se coloca em razão de um comportamento particular. A realização do 'injusto' é parte do esforço para a vulnerabilidade, na medida em que o tenha decidido com autonomia"* (p.270)<sup>20</sup>.

E essa "vulnerabilidade foi novamente deslocada do restrito âmbito penal e reformulada em três dimensões, a saber, uma vulnerabilidade frente ao sistema penal, uma vulnerabilidade da comunidade e uma vulnerabilidade psicossocial" (p.63)<sup>6</sup>, sendo esses planos interdependentes.

Essa tridimensionalidade da vulnerabilidade pode ser adotada como critério formal e

objetivo na “a ponderação e determinação das ações redutoras de riscos e danos considerando as especificidades individuais e coletivas das pessoas, segmento ou comunidades, além do tipo de droga, sua apresentação e forma de administração” (p.65)<sup>6</sup>.

### Considerações finais

Na “questão das drogas”, o modelo de proibicionismo e sua política de “guerra às drogas” não vêm mostrando resultados eficientes para seu almejado fim, ou seja, uma “sociedade livre das drogas”. Ao contrário, esse modelo mostra-se pernicioso. O usuário de drogas, que não abraça a abstinência, vê sua dignidade humana atacada nos mais distintos cenários: é estigmatizado, criminalizado, muitas vezes tem cerceado o acesso aos serviços de saúde e, na maioria das vezes, se vê utilizando drogas de péssima qualidade. No cenário coletivo, a sociedade também perde. A criminalização e a condução bélica da questão levam a números alarmantes de mortos, bem como se mostra responsável por parte do problema do encarceramento em massa. É preciso uma alternativa a esse modelo, que se mostra esgotado.

É preciso que a política “de drogas” tenha olhos para dignidade da pessoa humana, reconhecendo o usuário de drogas como um sujeito de direitos, tais como a individualidade e a autonomia. A vulnerabilidade pode ser um instrumento para definição de ações que identifiquem “carências e necessidades da pessoa ou grupo social, dando maior objetividade e incrementando o pragmatismo das intervenções” (p.129)<sup>6</sup>. Essa é a política de Redução de Danos, que se mostra como alternativa viável na “questão das drogas”, já tendo sido adotada em diversos países, e que pode ser abordada com maior amplitude no Brasil.

### Referências

1. Carneiro H. Drogas: a história do proibicionismo. São Paulo: Editora Autônoma Literária; 2019.
2. Escohotado A. O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios. São Paulo: Dynamis Editorial; 1997.
3. Musto D. The american disease: origins of narcotic control. New York: Oxford University Press; 1987.
4. Passetti E. Das fumeries ao narcotráfico. São Paulo: EDUC; 1991.
5. Dória R. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In Brasil. Serviço Nacional de Educação Sanitária. Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1958.
6. Ribeiro MM. Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas. São Paulo: Editora Saraiva; 2013.
7. Karam ML. Proibição às drogas e violação a direitos fundamentais. Revista Brasileira de Estudos Constitucionais. 2013; 7(25). (on line). [acesso em: 27 ago 2013]. Disponível em: <http://dspace.xmlui/bitstream/item/6937/PDlexibepdf.pdf?sequence=1>
8. Rezende BVRG. A ilusão do proibicionismo: estudo sobre a criminalização secundária do tráfico de drogas no Distrito Federal. 2011. (Tese). Universidade de Brasília. Brasília; 2011. (on line). [acesso em 25 set 2020]. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/handle/10482/9856?locale=pt\\_BR](https://repositorio.unb.br/handle/10482/9856?locale=pt_BR)
9. Costa PA; Veríssimo MA. “Aqui, até o pó é fake!” - apontamentos sobre Lei de Drogas e ações policiais no Brasil a partir de um caso particular. Rev. Direito Mov.; 2020. 18(1):28-50. (on line). [acesso em 25 set 2020]. Disponível em: [https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento\\_online/edicoes/volume18\\_numero1/volume18\\_numero1.pdf#page=30](https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento_online/edicoes/volume18_numero1/volume18_numero1.pdf#page=30)
10. Brasil. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações de Penitenciárias: período de julho a dezembro de 2019. (on line). [acesso em: 25 set 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/sisdepen>
11. Bueno S, Forum Brasileiro de Segurança Pública. Análise da letalidade policial no Brasil. Anuário brasileiro de Segurança Pública 2019. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019. 13:61-63. (on line). [acesso em: 25 set 2020]. Disponível em: [https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FI-NAL\\_21.10.19.pdf](https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FI-NAL_21.10.19.pdf)

12. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol. Soc.* 2011; 23(1):154-162.

13. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad. Saúde.* 1998; 14(1):35-42. (on line). [acesso em: 25 set 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100011>

14. Batista VM. *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Revan; 2003.

15. Minayo MCS. *Violência e saúde.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132p. (on line). [acesso em: 25 set 2020]. Disponível em: <http://books.scielo.org>

16. Tafarello RF. *Drogas: falência do proibicionismo e alternativas de política criminal.* [Dissertação]. Faculdade de Direito. São Paulo; 2009. (on line). [acesso em: 25 set 2020]. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-17112011-091652/publico/DISSERTACAO\\_COMPLETA\\_ROGERIO.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-17112011-091652/publico/DISSERTACAO_COMPLETA_ROGERIO.pdf)

17. Cazenave SOS. *Toxicologia e redução de danos.* O Estado de São Paulo. Blog Fausto Macedo; 2020 setembro 14 set 2020. (on line). [acesso em: 25 set 2020]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/toxicologia-e-reducao-de-danos/>

18. Reale D. *Drogas, redução de danos e direitos humanos: transitando com Winnicott.* *Revista Urutágua – revista acadêmica multidisciplinar.* 2004. 6:2-3. (on line). [acesso em: 25 set 2020]. Disponível em: <http://www.urutagua.uem.br/006/06reale.htm>

19. Cavallari CD, Sodelli M. *Redução de danos e vulnerabilidades enquanto estratégia preventiva nas escolas.* In: Seibel SD (org.). *Dependência de drogas.* São Paulo: Atheneu; 2010. pp.795-809.

20. Zaffaroni ER. *En busca de las penas perdidas: a perda de legitimidade do sistema penal.* Rio de Janeiro: Revan; 1991.

# A Utopia da Percepção: cultura e danos como o projeto de redução no mundo contemporâneo

*Utopia as Perception: the reduction of culture in the contemporary world*

Rubens de Camargo Ferreira Adorno<sup>1</sup>

## Resumo

Tomando como ponto de partida a etimologia do termo cultura realiza-se uma rápida exposição da noção de cultura na antropologia, do etnocentrismo a diversidade, da cultura como signo humano, subjetividades e os usos de drogas como cultura constrangidos pela intensidade dos processos de mercado e pela ideologia neoliberal.

*Palavras-chave:* Cultura; Uso de drogas; Subjetividades.

## Abstract

Taking as a starting point the etymology of the term culture, and a quick exposure of the notion of culture in anthropology, from ethnocentrism to diversity, culture as a human sign, subjectivities and the use of drugs as culture constrained by the intensity of market processes and neoliberal ideology.

*Keywords:* Cultura; Use of drugs; Subjectivities.

## Introdução

A escrita deste texto trouxe uma série de dilemas por envolver uma relação tão ampla entre o termo “Redução de Danos” e todo o campo de significado que pode ser abrangido pela noção de “cultura”. O grande desafio que se colocava ao lado e ao largo é também uma certa insatisfação contemporânea em relação ao tratamento que vem sendo dado ao campo de reflexão da ciência, das instituições, da vida social e das palavras. Para além de uma generalidade e de um aviltamento da reflexão em torno de textos e palavras ditas, continuamos a acreditar que as palavras devem fazer sentido e que se tornam também um terreno de navegação difícil, pois estão cada vez mais atravessadas por um campo político,

dentro de um mundo que alarga e escancara cada vez mais as diferenças: a alta concentração de renda, com conseqüente aumento da pobreza, e a defesa cínica e aberta de tudo aquilo que se julgava indefensável.

Tempo de declínio das reflexões e da “cultura”, do predomínio das, assim chamadas redes “sociais” e que, ao se apropriarem do termo “social” se propiciam, por um lado de uma rápida e intensa conectividade positiva, inclusive para o debate, e por outro, reduzem o sentido da palavra “social” da reflexão sobre os modos de vida, os marcadores de diferença e o estado das pessoas em sociedade. Essa denominação redes sociais passou a designar o circuito das relações pessoais, supondo uma homogeneidade entre todos os seres, até que se tornem por algum motivo uma “celebridade”. Tempo de refletir até que ponto a cada vez maior aceleração desse mundo e da

<sup>1</sup> Rubens Adorno (rubens.adorno@gmail.com) é antropólogo com Especialização, Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Professor Aposentado da Universidade de São Paulo, atualmente participa dos Programas de Pós Graduação em Sustentabilidade e Saúde Global e Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da mesma universidade.

disputa nessas “redes” não traz um desbalanço para a própria rotação e devir do mundo.

Além dessas questões, me pus a pensar quem seria de fato o leitor /interlocutor de uma publicação sobre a Redução de Danos. Os próprios praticantes da redução, movimentos sociais, profissionais assalariados do setor Saúde? Isso fez com que fizesse e refizesse os temas e o encadeamento do texto. Também tomei a decisão de não me estender demais nas trilhas, indagações e possíveis desdobramentos do assunto, buscando uma abordagem se não genérica, pelo menos mais geral sobre esses temas amplos. Nesse sentido, também me justifico desde já pela ausência de muitas citações que poderiam ser referidas em um trabalho mais extenso e exaustivo.

Por fim, fiquei a pensar no sentido da Redução de Danos; trata-se de algo que vem sem dúvida com a intenção e o gesto de aproximar pessoas, possibilitar espaços de liberdade e autonomia para grupos colocados na invisibilidade, discriminados e, certamente, no patamar do que o filósofo Agamben retoma como o “*homo sacer*”<sup>1,11</sup>: a vida nua, aqueles que podem deixar de viver. Quem sabe nós todos, numa altura desse mundo, se não for detida toda essa onda que alia pensamentos de extrema direita e liberalização dos mercados e fluxos intensos de capitais, não nos tornaremos todos “*homo sacer*”. Mas, voltando ao fio do assunto, a Redução de Danos trata-se de uma “rede” que envolve militâncias, saberes, culturas, ações e luta por espaços das políticas amplas abrangidas pelo amplo campo contemporâneo, que envolve a Saúde e que aqui estou alargando seu significando como a defesa do direito das pessoas a decidir e ter apoios, quando necessários, sobre a gestão de seus corpos e de suas vidas. Um campo que envolve subjetividades e, portanto, culturas.

<sup>11</sup> *Homo sacer* era uma expressão jurídica usada na antiguidade clássica para se referir àqueles que poderiam morrer.

Pois, apenas para iniciar, provooco que uma das possibilidades de incorporar o termo das culturas talvez seja uma forma de encontrar linhas de fuga para manter a diversidade do mundo e, nesse sentido, aumentar as chances de voz e os espaços para as infinitas opressões presentes hoje, no mundo.

O termo “cultura”, talvez em um sentido diferente do que apontamos para o termo “social”, vem há longo tempo também sofrendo um intenso desgaste em seu significado, não só pela extensão e generalidade de seu uso, mas pelo esvaziamento do debate em torno dos seus significados que ficam reduzidos, a mais das vezes, a ícones preconizados, pré-definidos e pré-estabelecidos. Ícones que, por trazer já sua definição, correm o risco de estimular verdades essencialistas e crenças fundamentalistas como sinônimos de “cultura”. Esse desgaste promovido pela promoção de um novo conservadorismo aliado ao mercado e a “saúde” do capital financeiro, também opera em relação às chamadas “Ciências Humanas” ou humanidades. Entretanto, em determinados circuitos acadêmicos e em algumas áreas e movimentos sociais, assistimos a um intenso debate que sustenta a reserva crítica necessária à sobrevivência de ideais de autonomia e reflexão.

Discorrer um pouco mais sobre uma narrativa a respeito das culturas(s) e da compreensão do conceito de “homem”, como diversidade, torna-se nesse tempo uma Redução de Danos à falta completa da percepção. Seja pela generalidade e apropriação desses termos (cultura e sociedade) considerados não técnicos e, por isso, passíveis de serem interpretados sem restrições ao fazerem parte daquilo que todos sabem e todos podem opinar.

### **Cultura, do que queremos falar?**

Para começar a falar de cultura, talvez um bom argumento seja seguir a origem etimológica do termo. Nesse sentido, Terry Eagleton<sup>2</sup> inicia sua narrativa sobre a “ideia de cultura”, a partir da etimologia da própria palavra que é em si reveladora e própria a iniciar uma reflexão. Cita ele ser a palavra “cultura” um dos termos mais complexos da língua, termo que estaria ligado em sua origem ao cultivo e ao que se depreende um par de oposição: cultura se opõe a “natureza” e tem como sentido original a palavra “lavoura” ou “cultivo agrícola”. O autor na citação do rodapé, então especifica a palavra latina “*culter*” que designaria a relha do arado<sup>2</sup> (p.9), significado que a partida propicia em uma chave de interpretações bastante interessantes e, portanto, tão vinculada à própria ideia de uma história da espécie humana.

A seguir, o próprio autor completa:

*“Se cultura originalmente significa lavoura, cultivo agrícola, ela sugere tanto regulação como crescimento espontâneo. O cultural é o que podemos mudar, mas o material a ser alterado tem sua própria existência autônoma.... Regras, como culturas, não são nem puramente aleatórias nem rigidamente determinadas – o que quer dizer que ambas envolvem a ideia de liberdade .... A ideia de cultura, então, significa uma dupla recusa: do determinismo orgânico, por um lado e da autonomia do espírito, por outro ...”<sup>2</sup> (p.13-14).*

Esse bom começo da definição de cultura evoca a sua ligação de origem com um sentido de autonomia, mudança e liberdade; além disso também situa um movimento de síntese e não de oposição entre cultura e natureza, como muitas vezes foi entendido e interpretado.

A abordagem de Terry Eagleton<sup>2</sup> se relaciona com o campo dos chamados “Estudos

Culturais”, que se desenvolveram a partir da reflexão sobre as artes, a literatura e a cultura de massas do século XX.

Destacaria também Terry Eagleton<sup>2</sup> que, uma das transformações sofridas no uso do termo, aproximou o sentido de “cultivar” com o de “colonizar”, estabelecendo assim também um campo de assimetrias e diferenças, o que implica em pensar o desdobramento desse termo no campo das Ciências Humanas e Sociais, em que o lugar privilegiado e praticamente central a respeito da dimensão e significado da cultura esteve ligado à História e ao domínio da Antropologia enquanto disciplinas. Ao situar-se como uma disciplina disposta a refletir e compreender o limite e extensão da noção de homem ou de humanidade, se enredou nessa oposição/síntese/complementaridade da noção de natureza/cultura. Nesse lugar, o significado do termo “cultura”, se confundiu com o próprio campo de estudo do homem e sua posição na vida da terra.

### **Homem e cultura como diversidade**

Se a Antropologia, como disciplina, foi se constituindo como um projeto de conhecimento do “outro”, dos povos então não europeus, questão que nasceu dentro do colonialismo, que posicionava no centro da ordem das coisas o homem “branco e ocidental”, tendo como referência o homem burguês do continente europeu, e partiu de uma ideia de hierarquizar os outros, homens não brancos e não europeus que habitavam as regiões do mundo “conquistadas”; esses eram sempre classificados como desprovidos de humanidade/cultura, ou providos de uma cultura mais rudimentar do que a do conquistador, dando base a uma mentalidade histórica que vai apoiar o que chamamos de “etnocentrismo”. Essa noção se viu enredada em suas próprias tramas, quando na Geografia e História e fundamentalmente com a experiência dos

trabalhos etnográficos que foram problematizando o próprio conceito etnocêntrico de cultura. Desde então, um grande desafio da Antropologia tem sido o de identificar e estender os limites do humano, encontrando sua síntese em diferentes modos de vida e de cultura como parte de um mesmo mundo/natureza, construindo a evidência da ideia de homem, como uma espécie a ser caracterizada por sua diversidade, e a percepção que a história das sociedades e suas mudanças possibilitam ampliar o campo das diversidades entre os homens.

Necessário frisar que esse processo, que não foi um processo pacífico; se o confronto originou um entendimento da diversidade como inerente a cultura, o projeto expansionista europeu foi, talvez, um dos processos mais violentos da história. Michel Taussig<sup>3</sup> descreve e interpreta como a dramaticidade do confronto foi também produtora da violência e do extermínio, reproduzindo, a partir de narrativas e relatos de colonizadores e viajantes, a inscrição da dominação e da morte do “outro”, como parte desse empreendimento.

Por outro lado, será a partir das culturas “nativas” que a modernidade pode, no plano cultural, possibilitar a partir das “culturas” do “outro”, das sensações, cheiros, aromas, paladares, plantas exóticas, desde a comida, aos cheiros, ritmos e sons e o alargamento dos dispositivos sensoriais e estéticos; um processo de reencantamento do mundo e certamente do campo da cultura.

Se essa trama se desenvolveu a partir de um originário projeto colonial de expansão das economias de mercado desde o século XV, podemos arriscar dizer que as fronteiras desse projeto/ação colonial, tomado como um projeto etnocêntrico e evolucionista, se mantém através de uma razão de força e de impositividade de forma latente e manifesta na contemporaneidade. Para além das fronteiras geográficas, continentais e territoriais,

essa ação pós-colonial se intensifica, no sentido de deslegitimar as diferenças e a diversidade sobre os outros que vivem nas fronteiras nacionais ou não das sociedades.

Tornou-se então imperativo para o debate e o conhecimento produzido no campo da Antropologia a crescente percepção da diversidade dos homens e de suas especificidades culturais que incorporam seus modos de vida, bem como o desafio de compreender e reconstruir os critérios internos que cada cultura utiliza para a sua autorreflexão<sup>4</sup>.

A percepção da existência de uma diversidade cultural trouxe duas implicações de caráter, digamos, teórico-político; a primeira, de instaurar a reflexão relativista ou a noção de relativismo cultural, que por si só incorria e incorre em levar a um profundo círculo vicioso de algo como “cada um para cada um”; e daí a segunda implicação, que era e que tem sido a de confrontar as diferenças com a hegemonia da cultura dita ocidental; ou seja, a compreensão de que existem diversos e muitos modos de vida e que posicionam os homens na vida contradiz construções fundamentadas em ordens originárias da força e do poder e, também, confronta a ideia de que isso ou aquilo seria algo natural ou próprio do homem; quer isso dizer: a que homem está-se “naturalmente” referindo?

Conforme então citam Gilberto Velho e Viveiros de Castro<sup>4</sup>:

*“A Antropologia completou a “devoração” ocidental das diferenças, ao se propor como “tradutora” para o discurso científico da multiplicidade vivida de esquemas cognitivos e emocionais que os homens usaram para se pôr no mundo. Mas esse canibalismo evita um outro pior — a destruição cega, em nome dos benefícios da civilização ocidental, de tudo aquilo que é diferente. Assim, com a decadência do evolucionismo*

*ingênuo que a marcou em sua infância, a Antropologia inscreve-se definitivamente no movimento geral de autoquestionamento da civilização ocidental. O espelho do Outro assola a consciência do século XX. Os movimentos culturais fundamentais que iniciam esta época — o surrealismo, a lingüística, a psicanálise e o socialismo — estão marcados pela negação dos “centrismos” narcísicos que dominaram o Ocidente. E tais movimentos muito devem à Antropologia, como se pode observar” (p.6).*

Apesar de todo esse movimento que ao olhar para a multiplicidade de modos de vida dos humanos e, inclusive, para o desvelamento de lógicas que passaram também a deconstruir noções de moralidade e da alma, como citam ao final os autores em relação ao Surrealismo, a Psicanálise e ao Socialismo, persiste como a visão restrita, fundamentalista e simplista uma noção de humano pretensamente calcada na unidade biológica, que inclusive parte de uma noção descontextualizada e individualizada da vida. Dizemos isso porque, partindo dos pressupostos das diversidades e dos distintos modos de estar no mundo, o conceito de “vida” também se requalifica como algo que só pode existir a partir de conjuntos diversos e complexos que relacionam homens aos lugares e ao mundo.

O reconhecimento da diversidade cultural implica, inclusive, na desmontagem do Modelo Evolucionista de homem e de cultura, quando mostra que há diferentes formas, modos, maneiras de se fazerem os homens.

Importante, considero, sublinhar que a evidência da diversidade cultural de onde se depreende que a ideia de “homem”, enquanto espécie, só pode ser tomada e reconhecida a partir da diferença; ou seja, falar de natureza humana pode ser tomado como um mito, pois na verdade só se

pode pensar nos homens na vida, a partir de múltiplas naturezas ou condições.

A diferença cultural tornou-se, portanto, um dado irredutível. Entretanto, notamos que, por inércia ou por repetição, o uso da expressão “natureza humana” ou a referência abstrata “os homens sempre foram assim ou assado”, para além do denominado senso comum, segue a aparecer inclusive como um jargão repetitivo em alguns produtos acadêmicos, notadamente os da área da “Saúde Pública/Coletiva” *latu sensu*.

E, como veremos na chamada área das drogas ditas ilegais, essa noção genérica e abstrata de homem ou natureza humana é que tem fundamentado as bases dos pregões proibicionistas e repressivos.

Por fim, há que se destacar, no desenrolar da discussão de cultura no campo da Antropologia e perante uma visão mais recente da interpretação das relações dos diferentes “homens” com os seus mundos/cultura, de que essa se apresenta como uma linguagem, um conjunto de significados incorporado aos movimentos, às agências e as sensibilidades dos corpos. Uma linguagem serve para interligação e comunicação; linguagens são compostas de signos e significados; assim também, os códigos, símbolos, significados compõem linguagens próprias da cultura que passam a ser incorporadas a determinados contextos. De acordo com Clifford Geertz<sup>5</sup>, que por sua vez se baseia em uma frase clássica de Max Weber, o homem é um animal que vive em uma teia de significados que ele mesmo construiu. Este entendimento leva a uma ruptura não apenas interpretativa, mas fundante da própria espécie: dá conta de que, para sobreviver, os homens, além de se alimentarem para restituir digamos as energias, necessitam de estar imersos em universos simbólicos, sejam eles apoiados em crenças, tradições,

representações, relações de proximidade e parentesco que tenham significados, etc. Entender a cultura como linguagem que perpassa e dá vitalidade e sentido aos corpos humanos significa compreender que, nos mais variados grupos, contextos da sociedade e em grupos e sociedades específicas, essas linguagens significam um compartilhamento e, ao mesmo tempo, operam como um sistema de interpretação do mundo e dos outros externos a esses grupos/contextos.

Compreender a cultura como uma linguagem, que interliga e faz parte da vida e sentido ao movimento dos corpos humanos, também problematiza uma noção prevalente na Biomedicina contemporânea: a de que a vida está limitada ao funcionamento, movimento e “instintos” do corpo como um organismo físico, inerte e isolado, a um sistema de órgãos que demandam e que reagem a estímulos exteriores e obstruções e ao funcionamento interno desse sistema. Os corpos, seus desejos, movimentos, sensações, afetividades têm seus sentidos na vida perpassados pela cultura, esse complexo e diverso e, no caso da contemporaneidade, cada vez mais incessante e intensa produção de conjunto de símbolos, imagens, crenças, gostos, paladares, consumos etc.. que passam e interligam os corpos humanos, dando sentido a vida cotidiana e aos diferentes modos de vida.

### **Da cultura como campo de significados e o olhar sócio-cultural no campo das drogas**

Coube, no Brasil, a Edward MacRae<sup>6</sup> iniciar as narrativas sobre um olhar cultural sobre as drogas e seus modos de uso. Essa percepção é contemporânea às primeiras ações de Redução de Danos, que surgem no contexto da epidemia do HIV/aids. Este autor, que descreve como determinados textos das Ciências Sociais tornaram-se importantes para iniciar esse debate e puderam

contribuir inclusive para ajudar a demonstrar teoricamente novas maneiras de olhar para drogas, usuários e cuidados.

Cita MacRae<sup>6</sup>:

*“Howard Becker, um dos pioneiros do estudo das dimensões sociológicas da questão das drogas, chama atenção para a importância de um saber sobre as substâncias que se difunde entre seus usuários. Constatando que as idéias do usuário sobre a droga influenciam como ele as usa, interpreta e responde a seus efeitos, Becker argumenta que a natureza da experiência depende do grau de conhecimento que lhe é disponível. Já que a divulgação desse saber é função da organização social dos grupos onde as drogas são usadas, os efeitos do uso irão, portanto, se relacionar a mudanças na organização social e cultural” (p.2).*

Uma referência clássica de Howard Becker é o seu didático e famoso artigo sobre o uso da cannabis e os músicos de jazz<sup>7</sup>. Um dos pontos altos desse trabalho é demonstrar que o uso de uma substância envolve um processo complexo de educação estética e sensorial e o de como um uso de substância potencializa o domínio de aprimoramento de estética e da sensibilidade no campo da música, em particular da carreira do jazz que ele etnografa.

Ainda, é MacRae que registra os trabalhos pioneiros que no Brasil iniciaram uma abordagem das Ciências Sociais, contribuindo para deslocar a reflexão sobre o campo de consumos de drogas/psicoativos ao domínio das subjetividades produzidas no contexto ainda do período da Ditadura Militar brasileira: cita que foi Gilberto Velho que introduziu os trabalhos de Howard Becker no Brasil e que também apresentou talvez a primeira tese em que etnografa o uso de drogas consideradas

ilegais entre as classes médias no Rio de Janeiro<sup>8</sup>. Refere ainda MacRae, a pesquisa da antropóloga Janirza Cavalcante da Rocha Lima que, inspirada pela tese e pela metodologia de Gilberto Velho, realizou possivelmente a primeira etnografia brasileira sobre usuários de drogas injetáveis, ao tratar do uso de Algafan<sup>IV,9</sup>. Também o autor registra, como primeiros estudos nesse campo no Brasil, a pesquisa etnográfica de Fernandez, iniciada em 1988 e terminada em 1993, que constatou vários casos de uso de drogas injetáveis, a estigmatização que os cercava e a consequente dificuldade de acessá-los por parte dos serviços de saúde<sup>10</sup>.

Em relação à ação de Redução de Danos, no âmbito do uso de drogas injetáveis, podemos citar o trabalho de Cristiano Gregis, em Porto Alegre<sup>11</sup>. O autor também vai registrar como o trabalho de Redução de Danos pode se constituir numa “competência cultural”, na formação de Enfermagem. Citando seu trabalho de campo desenvolvido no âmbito do Programa de Redução de Danos de Porto Alegre, entre 1998 e 2000, o autor afirma que, para além da troca de seringas, pode-se apreender maiores complexidades ante a questão das drogas<sup>12</sup>.

As referências que citamos, reiteramos, dão conta, no caso do Brasil, do início da reflexão sobre o uso das chamadas drogas ilícitas a partir de uma abordagem sócio-cultural. A partir de então, desenvolve-se praticamente um campo de estudos e debates sobre o fenômeno das drogas, sociedade e cultura que não pretendemos aqui esgotar, mas que pode ser exemplificado, no Brasil, pelos diversos temas e níveis de abordagem presentes na coletânea: “Drogas e Cultura: Novas Perspectivas”<sup>13</sup>.

Um campo mais complexo, que envolve o tema dos usos e da Redução de Danos e o

surgimento de várias etnografias no Brasil e em outros contextos, surge a partir da visibilidade que o tema das drogas vai readquirir a partir da década de 90 do século XX, em vários países

### **Neoliberalismo, subjetividades e as cenas de uso público: cultura, mercado e territórios psicotrópicos**

A “questão das drogas” ganha intensa visibilidade a partir de contextos urbanos do final do século XX. Trata-se de uma questão complexa, que envolve processos de intensificação da sociedade capitalista de mercado, a intensificação das mobilidades, transações comerciais e financeiras e o desenvolvimento de mercados paralelos/ilegais que acentuam os processos de concentração de renda e o empobrecimento de grandes parcelas de populações, processos políticos e suas consequências internacionais, nacionais e locais. Esses processos aumentam grandemente as pressões sobre grande parte da população que, além de sua sobrevivência, afetam a possibilidade de sua autonomia. Esses processos de aprofundamento das diferenças contrastam com a intensificação da oferta de consumo. O consumo e a oferta, ampliação e velocidade dos consumos, que representam também a intensidade, livre fluxo e liberdade de circulação e acumulação do dinheiro nas mãos dos cada vez mais ricos, talvez se torne a expressão mais visível dessa intensificação da economia capitalista; processo que vem sendo conhecido como o de uma investida “neoliberal” ou da hegemonia de uma teoria “neoliberal sobre a vida e a sociedade” e que terá consequências bastante devastadoras na destituição de modos de vida, sobrevivência das populações mais empobrecidas e limitadas ao acesso à vida e ao consumo.

Como cita David Harvey<sup>14</sup>, a respeito dos pressupostos da teoria neoliberal:

*“ O neoliberalismo é , antes de tudo,*

<sup>IV</sup> Algafan é o nome comercial do medicamento analgésico do grupo de narcóticos.

*uma teoria sobre práticas político econômicas que afirma que a melhor maneira de promover o bem-estar do ser humano consiste em não restringir o livre desenvolvimento de suas capacidades e liberdades empresariais do indivíduo dentro de um marco institucional caracterizado pela defesa forte dos direitos da propriedade privada, mercados livres e liberdade de comércio “ e continuando : “o processo de neoliberalização trouxe um processo de “destruição criativa” (sic) não só nos marcos dos poderes institucionais existentes ( desafiando inclusive as formas tradicionais de soberania estatal) nas relações sociais, nas áreas de proteção social, nas combinações tecnológicas, nas formas de vida e pensamento, nas atividades de reprodução, nos vínculos com a terra e nos hábitos do coração...” (p. 6-7)<sup>v</sup>.*

Ou seja, a adoção e prática de uma doutrina/ideologia neoliberal veio significar uma nova investida colonial sobre a vida das pessoas e da sociedade e um efeito opressor e avassalador sobre a cultura como expressão da vida humana. Trata-se pois da imposição da ideia de instalação de um único modo de vida, que une a a ação empresarial de realizar negócios, acumular dinheiro e ter como garantia um Estado que deixa de prover proteção social e se torna um defensor forte das atividades privadas e, conseqüentemente, da repressão de outros modos de vida.

As conseqüências das transformações causadas pela intensificação do capitalismo contemporâneo, estimulado, justificado e orientado pela doutrina neoliberal vem sendo descrita, interpretada e denunciada através do que vem sendo chamado de “subjetividades”, que significa não apenas a interpretação da opressão desse movimento global sobre os sujeitos, localidades,

países, mas também as respostas constrangidas que os sujeitos procuram criar ante a essas situações. Através das subjetividades, se realiza o efeito das estruturas econômicossociais sobre as pessoas e também a expressão que elas possam ter como resistências e linhas de fuga às situações a que lhes são colocadas. Nesse sentido, as subjetividades devem ser entendidas muito mais como um conceito cultural/social do que como forma de expressão da vivência subjetiva como tradicionalmente conceituado<sup>15</sup>. A expressão de processos de constituição que envolvem a construção das subjetividades contemporâneas tem sido referidos também pelo conceito de “sofrimento social”.

Os chamados “territórios psicotrópicos” e a construção do uso de drogas como um “pânico moral” são epifenômenos desses processos de mudanças na economia capitalista e de seu projeto contemporâneo fortemente embasado e justificado pela ideologia neo-liberal<sup>vi</sup>.

Os usos públicos/visíveis de drogas consideradas ilegais em espaços urbanos contemporâneos são fenômenos complexos que envolvem, além da produção dessas “subjetividades”, a existência e expansão de mercados considerados ilegais, mas que se constituem como empreendimentos paralelos perfeitamente conectados com a expansão sem fronteiras dos livres mercados capitalistas fortemente protegidos pela propriedade privada e pelo Estado.

No Brasil, o aparecimento do que foi produzido midiaticamente e registrado de múltiplas formas, inclusive no terreno acadêmico, como “cracolândias”, representa um tipo de expressão que designou os “territórios psicotrópicos”, parte referida da produção de estudos de etnografias urbanas sobre drogas. Podemos citar as

<sup>v</sup> tradução e grifos nossos.

<sup>vi</sup> Usamos aqui propositalmente o termo ideologia, pois se trata deliberadamente de um pressuposto doutrinário imposto através de uma razão de mercado e de poder.

pesquisas mais conhecidas de Bourguois<sup>16</sup>, nos Estados Unidos; Fernandes<sup>17</sup> e Vasconcelos<sup>18</sup>, em Portugal e no Brasil, entre muitas publicações<sup>19-27</sup>.

Os “territórios psicotrópicos” são, portanto, efeitos e construções inseridas no panorama das investidas de mercado e produção das subjetividades; neles, registram-se ações de assistência e de defesa de direitos, realizadas por movimentos e atores sociais, e a atividade de repressão, extremamente intensa e constante no caso dos territórios brasileiros. São nesses territórios que atualmente podemos registrar conexões entre ações de Redução de Danos e a construção de novas formas de subjetividades entre intervenções, direitos e usos.

Algumas etnografias apresentam a própria presença das ações de Redução de Danos, como também os registros de ações de Redução de Danos presentes no cotidiano do uso das drogas e que são desenvolvidas pelos próprios usuários. A tese de Taniele Rui<sup>21</sup> tem grande parte de sua entrada em campo e registro a partir do acompanhamento de uma equipe de redutores na cidade de Campinas, estado de São Paulo; Selma Lima da Silva<sup>19</sup>, ao centrar sua etnografia nas mulheres que usavam *crack* e participavam do mercado sexual da região do bairro da Luz, em São Paulo, mostra como o controle do uso do *crack* era feito através de um regime de super alimentação – comer muito reduzia a intensidade do uso e era assimilado como um cuidado com o corpo; assim também como o distanciar-se dos territórios psicotrópicos. Essas ações de estratégia de redução de uso desenvolvidas pelos sujeitos também se constituíam em buscar momentos de afastamento dos locais de uso ou de perceber equipamentos dispostos no território da cidade que evocavam a vontade de usar mais as drogas<sup>18</sup>. Nesse sentido, também as políticas públicas, como as desenvolvidas na cidade de São Paulo, como o Programa de

Braços Abertos<sup>28</sup>. Além disso, a Redução de Danos passou a ser adotada em muitos municípios na atenção básica em saúde<sup>29</sup>.

Importante salientar que as questões contemporâneas nesse campo, que envolvem a presença de atores sociais em espaços quando não apenas discriminados, alvo de verdadeiras estratégias de guerra, demonstram cenas e embates que se inscrevem nas construções de subjetividades contemporâneas. Através de conflitos, resistências, linhas de fuga às mais variadas opressões que os sujeitos sofrem a partir de estruturas locais, nacionais e globais, resultado das forças de mercado e da disseminação e aplicação de princípios de uma ideologia neoliberal e de sua postura de medo e insegurança consignada em estratégias como a propagação de “pânico moral” consignados em políticas de governo e de Estado, empreende-se a cínica política de repressão e defesa de extermínio de determinados sujeitos da sociedade, estimulando por outro lado os empreendimentos de livre ação de mercados, inclusive os ilegais, chamados também de “paralelos” e que acabam por impor formas e produtos de consumo de psicoativos e incluir, no regime de mercado, as populações mais destituídas e marginalizadas. A presença de mercado também se coloca em relação ao considerado regime de tratamento dos diagnosticados como “dependentes químicos”, que por razões de mercado, também serão sujeitos tratados pelas drogas medicamente prescritas e também ligadas ao mercado. E, novamente, a história se desdobra na resistência e nas ações de poder em determinado momento reduzir/resistir/exterminar esse maior dano; por aqui, essas limitadas armas da utopia da cultura da reflexão.

## Referências

1. Agamben G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2002.
2. Eagleton T. A ideia de cultura. São Paulo: Editora da UNESP; 2011.
3. Taussig M. Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem: um estudo sobre o terror e a cura. São Paulo: Editora Paz e Terra, São Paulo; 1993.
4. Velho G, Viveiros de Castro E., O conceito de cultura e o estudo das sociedades complexas: uma perspectiva antropológica. *Artefatos Jorn. Cult.* 1978; 1(1):4-9. (on line). [acesso em 8 out 2020]. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/nsncec>
5. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
6. MacRae E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos; 2010. (on line). [acesso em: 23 set 2020]. Disponível em: [http://sites.unifoa.edu.br/portal/plano\\_aula/arquivos/04848/Aspectos%20s%C3%B3cio-culturais%20Drogas.pdf](http://sites.unifoa.edu.br/portal/plano_aula/arquivos/04848/Aspectos%20s%C3%B3cio-culturais%20Drogas.pdf)
7. Becker H. Outsiders: études de sociologie de la déviance. Paris: Éditions A.M. Métailié; 1985.
8. Velho G. Nobres e anjos. um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas Editora; 1998.
9. MacRae E, Fernandez ORL. Intervenções e pesquisas pioneiras em redução de danos. (Comunicação oral). Belo Horizonte: VI Congresso Internacional da ABRAMD; 2017.
10. Fernandez OFRL. A prática de injeções de drogas, o uso comunitário de seringas e a redução dos riscos ao HIV. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS. A aids no Brasil: 1982-1992. Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ; 1994. pp.54-72.
11. Gregis C. Fissura da rua: corpo e ritual do uso de droga injetável entre meninos de rua. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2002.
12. Gregis C, Martini JG. Processo de competência cultural nos cuidados de enfermagem a usuários de drogas injetáveis no projeto de redução de danos de Porto Alegre - Brasil. *SMAD.* 2006; 2(1):art.4. (on line). [acesso em: 8 out 2020]. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
13. Labate BC, Goulart SL, Fiore M., MacRae E, Carneiro H. (orgs.). Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008.
14. Harvey D. Breve historia del neoliberalismo. Madrid: Ediciones Akal; 2007. (on line). [acesso em: 8 out 2020]. Disponível em: <http://www.congressointernacional2017.abramd.org/programacao>
15. Biehl J, Good B, Kleinman A. (Ed.) Subjectivity: ethnographic investigations. Berkeley: University of California Press; 2007.
16. Bourgois P. In search of respect - selling crack in El Barrio. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
17. Fernandes L. Territórios psicotrópicos. In: Agra C. (ed.), Dizer a droga ouvir as drogas – estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento adictivo. Porto: Radicário; 1993, p.195-239.
18. Vasconcelos L. Heroína – Lisboa como território psicotrópico nos anos noventa. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2003.
19. Silva SL. Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2000.
20. Moreira EC. Uso do crack nas metrópoles modernas: observações preliminares sobre o fenômeno em Salvador, Bahia. In: Nery Filho A, Macrae E, Tavares LA, Rêgo M. (Orgs.), Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; 2009:113-121.
21. Rui T. Nas tramas do crack: etnografia da abjeção. São Paulo: Editora Terceiro Nome; 2014.
22. Adorno RCF, Rui T, Lima da Silva S, Malvasi PA, Gomes BR, Godoi TC. (2013). Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Saúde Transf. Social/Health. Soc. Change.* 2013; 4(2):04-13.
23. Raupp L, Adorno R. Uso de crack na cidade de São Paulo / Brasil. *Toxicodependências.* 2010; 16(2):29-37.
24. Raupp L, Adorno R. Territórios psicotrópicos na região central da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. *Saúd. Soc.* 2015; 24(3):803-815.
25. Malheiro LSB. Entre sacizeiro, usuário e patrão”: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador. In: Tavares LA. Crack: contextos, padrões e propósitos de uso. Salvador: Editora UFBA, Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas; 2013:223-314.
26. Alves Y. A Cracolândia como “communitas” e o frade craqueiro. In: Ramminger T, Silva M. (orgs). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
27. Medeiros R. Entre as andanças e as travessias nas ruas da cidade. *Civitas.* 2019; 19(1):142-158.
28. Teixeira MB, Lacerda A, Ribeiro JM. Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. *Physis Rev. Saúde Col.* 2018; 28(3):1-25. (on line). [acesso em: 8 out 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280306.pdf>
29. Martinez M. O consultório na rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: o caso de São Bernardo do Campo In Martinez M, Feltran G. Novas faces da vida nas ruas. São Carlos: Editora da UFSCAR; 2016. pp.89-114.

# Trajatórias e Movimentos do Coletivo Intercambiantes Brasil no Campo da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

**Trajectories and Movements of the Coletivo Intercambiantes Brasil in the Field of Mental Health, Alcohol and Other Drugs**

Antonio Nery Filho<sup>I</sup>, Eroy Aparecida da Silva<sup>II</sup>, Patrícia Maia von Flach<sup>III</sup>

## Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar a história, trajetórias e movimentos do Coletivo Intercambiantes Brasil nos campos da Saúde Mental, álcool e outras drogas, sob a perspectiva contra hegemônica e emancipatória com as pessoas que habitam as ruas, valorizando as possibilidades dos encontros potentes e transformadores.

**Palavras-chave:** Intercambiantes Brasil; Substâncias psicoativas; Gente de rua; Redução de danos.

## Abstract

This article aims to present the history, trajectories and movements of Coletivo Intercambiantes Brazil in the fields of Mental Health, alcohol and other drugs, from the perspective of hegemony and emancipation with the people who inhabit the streets, valuing the possibilities of powerful and transforming encounters.

**Keywords:** Intercambiantes Brasil; Psychoactive substances; Street people; Harm reduction.

*“Eu considero que [como] o exemplo de João Pequeno, e outros [...], a nossa missão, a minha missão não está terminada. Eu tenho que continuar a dar meus esforços para a coletividade. E nesse sentido, eu quero chamar então a atenção com uma frase popular também. Foi de uma senhora, analfabeta até 50-60 anos, prostituta no Nordeste [...] e [que] escreve uma poesia chamada ‘Eu Sou’. Começa com esta frase: ‘Sou um pra trás que não tem pra frente. E sou o veloz da carreira que não houve [...] mas eu sou a força maior do pensamento’ [...]. E eu queria dizer então o seguinte: eu me considero um pra trás, com 86 anos, mas que ainda quero ter um pra frente e o terei [...]. É o que todos nós somos, a força maior do pensamento que evidentemente haverá de continuar, por quanto tempo eu não sei, mas que haverá de ser o bastante para mim”<sup>IV</sup>.*

(Elisaldo Carlini; 2015)

<sup>I</sup> Antonio Nery Filho (antonioneryfilho@gmail.com) é médico psiquiatra, Doutor em Sociologia e Ciências Sociais pela Université Lumière Lyon 2 (França). Professor Aposentado da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FAMEB/UFBA), Fundador e Coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas desta universidade (CETAD/UFBA), Professor-Convitado da Escola Superior da Defensoria Pública da Bahia (ES-DEP), criador do Consultório de Rua e idealizador do Coletivo Intercambiantes Brasil.

<sup>II</sup> Eroy Aparecida da Silva (eroyntc@gmail.com) é psicóloga pela UniPaulistana; psicoterapeuta familiar e comunitária pela Pontifícia Universidade Católica-PUC-SP; Especialista em Psicologia Social e do Trabalho, Instituto Sedes Sapientiae, Doutora em Ciência pelo Departamento de Psicobiologia Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Psicóloga da Associação Fundo de Pesquisa (AFIP) e Ativista Social na área de direitos humanos, colaborando com vários coletivos que trabalham com pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo.

<sup>III</sup> Patrícia Maia von Flach (patriciavonflach@gmail.com) é psicóloga pela Faculdades Integradas Ruy Barbosa (FIRB) e assistente social pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Especialista em Saúde Mental pela UFBA, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva desta universidade (ISC/UFBA), implementadora e ex-coordenadora de CAPS ad em Salvador, do Ponto de Encontro e do Ponto de Cidadania e atua na Equipe de Saúde Mental e Direitos Humanos da Defensoria Pública da Bahia (DPE-BA).

<sup>IV</sup> Fragmento do discurso pronunciado na cerimônia de entrega do título de Professor Emérito da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em abril de 2015. Luiz Elisaldo Carlini nasceu em Pirajá, em 09 de junho de 1930 e faleceu em 16 de setembro de 2020, em São Paulo. Pioneiro no estudo da Cannabis sativa no campo medicinal (maconha medicinal), formou gerações de pesquisadores, fundou o Centro Brasileiro de Estudos Sobre Drogas (CEBRID) da Escola Paulista de Medicina da Universidade de São Paulo (EPM/UNIFESP). Representou o Brasil em Organizações Internacionais e foi homenageado com diversos títulos honoríficos. Intransigente na defesa dos mais vulnerados, não recuou diante das adversidades. Seus ensinamentos farão parte da história da Medicina e da Farmacologia brasileiras.

## Introdução

A orientação central deste trabalho consiste no relato histórico e crítico do Coletivo Intercambiantes Brasil, através de seus movimentos de resistência, das conquistas e desafios travados em diferentes tempos e espaços sócio-político-institucionais, considerando a atual conjuntura política do Brasil, e instigados pelas vozes da rua, dos hospícios, das prisões, dos guetos, das periferias, das fronteiras, cujos históricos muros coloniais de dominação – reais e simbólicos – apenas serão derrubados na articulação ética e bioética entre todas as gentes e todos os saberes, assim emancipatórios e geradores de justiça e liberdade.

Para tanto, nos apoiaremos, inicialmente, nos trabalhos contra-hegemônicos de diversos autores do campo das Ciências Sociais e Políticas, a exemplo de Boaventura de Sousa Santos, sociólogo ativista dos Direitos Humanos na luta contra a globalização neo-liberal e seus efeitos perversos.

A história dos Direitos Humanos deve ser refletida e tornada experiência compreendida, através dos seus momentos luminosos e, também, obscuros, marcados pela contradição de ser, por um lado, a linguagem e a referência de luta para todos os excluídos de oportunidades sociais na defesa de uma sociedade mais justa e mais pacífica; e, por outro, pelo instrumento de opressão capitalista e colonialista na manutenção de uma sociedade cada vez mais desigual. Ao longo da história das lutas humanas no campo dos direitos, desde o século XVI - que certamente refletem o jogo de correlação de forças pelo poder no mundo -, tratados e convenções internacionais foram sendo construídos, entre avanços e recuos no campo de alcance dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais para as minorias mais invisibilizadas – como os povos

indígenas, afrodescendentes, mulheres, LGBTQI+, dentre outros – tornando-se, após a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948 (que não é em verdade universal, mas eurocêntrica) – a referência na luta pelo direito à vida digna para todos os humanos<sup>1</sup>.

Apesar das vitórias e conquistas, no campo social, as derrotas também são grandes e geradoras de um contexto de medo do presente e da desesperança em relação ao futuro, principalmente com o fortalecimento incontestável do neoliberalismo, que ataca os direitos econômicos e sociais, bem como da emergência da extrema-direita em todo o mundo, pondo em risco os direitos civis e políticos. Imersos numa crise econômica sem fim e em meio a uma pandemia causada por um vírus desconhecido – o novo coronavírus e sua consequente doença, a COVID 19 – os trabalhadores são cada vez mais destituídos de direitos, os povos de diversas culturas são alvo de mais preconceitos e violências; as mulheres e as pessoas LGBTQI+ são vítimas constantes de agressões simbólicas e reais; os fundamentalismos religiosos nunca foram tão escancarados, a natureza tão ameaçada pela perturbação/destruição de ecossistemas, aquecendo o planeta e sufocando a vida e a democracia tão fortemente ameaçada por governos voltados à garantia do benefício de poucos, em detrimento da maioria, sob o olhar cúmplice da Justiça.

As questões a serem levantadas e refletidas pelas pessoas e coletivos em luta por uma sociedade para todos podem ser: são os Direitos Humanos, ainda, um instrumento capaz de transformar o medo e o desespero em esperança? V A

<sup>v</sup> Santos<sup>1</sup> considera, a partir do filósofo do sec. XVII, Baruch Espinoza, que medo sem esperança leva à desistência e esperança sem medo pode levar a uma autoconfiança destrutiva, referindo-se ao medo cada vez mais desesperançado, parte da vida cotidiana dos oprimidos, e a autoconfiança destrutiva dos opressores que transformando as fundações dos direitos humanos em ruínas mortas, caem no esquecimento; mas, se transformadas em ruínas vivas, podem alimentar um aprendizado para a ação/construção de direitos humanos contra-hegemônicos.

opressão e a violência em liberdade e solidariedade? A diferença e o preconceito em igualdade respeitosa? A desqualificação de outros saberes e culturas em reconhecimento e compartilhamento intercultural? Os invisíveis desumanizados em cidadãos de direitos? É possível proteger a vida em todas as suas formas, espécies e singularidades?

Boaventura Santos<sup>2</sup> aponta três características/caminhos na luta pelos Direitos Humanos contra-hegemônicos para o século XXI:

- a necessária luta pelos direitos fundamentais para uma vida digna – como o direito à terra, à natureza, à água, ao ar, ao alimento, à cultura em toda sua diversidade, à saúde coletiva, dentre outros. O grande desafio que se impõe é que, apesar destas serem lutas de longa duração, pois que civilizatórias, não temos todo esse tempo frente à destruição ocasionada pela voracidade do fascismo social e desenvolvimentista, entrelaçando tempo presente e futuro e exigindo insurgentes reinvenções;

- a uma necessária luta pela justiça histórica, frente à violência de outros tempos, que convoca diferentes conceitos de representatividade política, considerando que a representatividade quantitativa ou por maioria não contempla a defesa de povos que são minorias por terem sido dizimados (e continuam sendo) pelos colonizadores, e que lutam por um futuro que não é só deles, mas de todos, como por exemplo, a defesa por um planeta “vivo”;

- a necessária luta por uma globalização contra-hegemônica – e seu embate com a globalização neoliberal – com a articulação de todas as gentes e povos na/para a construção de outros caminhos emancipatórios:

*“...a desumanidade e a indignidade do humano não perdem tempo a escolher entre as lutas para destruir a aspiração humana*

*de humanidade e dignidade. O mesmo deve acontecer com todos os que lutam para que tal não aconteça”<sup>2</sup> (p.125).*

Cabe aqui, ainda, acompanhar Boaventura Santos, em suas reflexões sobre a importância do conhecimento, a partir das vivências e experiências com diversos povos e grupos oprimidos, para a construção de caminhos emancipatórios, dialogantes, políticos e contra-hegemônicos, tendo em vista que é, a partir e no campo dos conhecimentos, que se trava uma das mais importantes batalhas do século XXI, não cabendo, por isso, a omissão da ciência na defesa da justiça social.

Em seus escritos no fim dos anos 1990, Santos<sup>3</sup> propõe uma “Epistemologia do Sul”, no sentido de um paradigma capaz de apreender a experiência social no mundo, entendendo “Sul”, como uma metáfora do sofrimento social humano, produzido pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado e considerando que a “Reinvenção da Emancipação” é uma necessidade histórica e sua potencialidade está nos aprendizados advindos do/com o Sul. Configura-se, assim, outra racionalidade nos caminhos emancipatórios através de uma “Sociologia das Ausências”<sup>VI</sup>, que transforma invisibilidades em presenças, e de uma “Sociologia das Emergências”, que substitui o vazio do futuro por possibilidades diversas. Por outro lado, a identificação e revelação dessas experiências potentes exige um trabalho de “tradução”, processo fundamental para a construção de alianças e articulações entre movimentos e vivências emancipatórias, revelando sentidos e direções de transformação social e exigindo para tanto uma “Ecologia dos Saberes”, que faz entrelaçar vivências e conhecimentos distintos incorporados nas diversas realidades sociais. Na luta

<sup>VI</sup> “Sociologia das Ausências”, investigação que visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como não existente, isto é, como uma alternativa não credível ao que existe.

pelo futuro, Santos<sup>3</sup> propõe uma democracia radical de todos os espaços-tempos, transformando relações de poder desigual em relações de respeito recíproco e solidário, com a construção de novas formas de sociabilidade amparadas por novos valores, novas concepções de mundo, nova ética, reinventando(nos) na emancipação, numa utopia crítica possível e necessária para construção de outros mundos<sup>4-5</sup>.

No Brasil, os sociólogos/militantes do “Sul”, a exemplo de Jessé Souza, consideram que o conhecimento é uma estratégia política utilizada por diferentes grupos de interesse. Numa perspectiva emancipatória, faz-se necessário o desencobrimento dos “discursos de verdade” que sustentam os grupos dominantes no poder pelo monopólio das ideias, utilizadas como práticas nas lutas pela apropriação dos capitais econômicos e políticos. Nesta perspectiva, Souza<sup>6</sup> argumenta que “...a “crítica das ideias dominantes” é a primeira trincheira de luta contra os ‘interesses dominantes’ que se perpetuam por se travestirem de supostos interesses de todos” (p.13) e afirma que o seu esforço tem sido o de utilizar o conhecimento como “arma de combate”, possibilitando ao cidadão brasileiro destituído das disposições para compreender a “ordem das coisas”<sup>7,VII</sup>, tornar-se sujeito de seu destino. À Ciência Social crítica cabe, segundo Souza<sup>6</sup>:

*“...dar voz ao sofrimento, à humilhação e à dor silenciados pelas interpretações dominantes daqueles a quem faltam armas para expressar e fazer valer sua indignação e revolta justa [...] Seu dever é, em resumo, parafraseando Pierre Bourdieu, restituir, àqueles que foram transformados em marionetes de um drama que não compreendem e do qual não são os autores, o sentido e o comando de sua própria vida”* (p.251-252).

Foi este, exatamente, o trabalho crítico desenvolvido pelo professor-pesquisador baiano Gey Espinheira<sup>VIII</sup>. Ele defendia que as Ciências Sociais precisavam estar a serviço das transformações sociais e utilizava a “Sociologia de Intervenção”, de Rémi Hess, como prática nos trabalhos desenvolvidos em comunidades periféricas de Salvador<sup>8</sup> (p.16). Considerava esta sociologia uma metodologia emancipatória, cujo campo de atuação é a vida social em determinado espaço social, com as pessoas reais, em relação, na arte das convivências, cabendo ao sociólogo “...realizar o desencobrimento, o de revelar o oculto, o de esclarecer o enigma da vida social. Reler, também, o que já conhecido poderia aparecer de outro modo aos nossos olhos” (p.26).

Para além da aparência há sempre outros sentidos, ou existências possíveis a serem reveladas e, nesse processo, nos afetamos e geramos uma ação transformadora que constrói outras existências, numa interação implicada entre pensamento, emoção e ação. “...ação de saber e de fazer, portanto de conhecer, de desencobrir”<sup>8</sup> (p.79).

Gey Espinheira destacava a convivência como essencial nesse processo de construção do conhecimento-transformação, argumentando que “...o impacto da sociologia de intervenção está no fato de que o conhecimento produzido é transmitido aos atores envolvidos para o conhecimento de si mesmos e do mundo em que estão, a partir da experiência vivida, da intervenção”<sup>9</sup> (p.71).

<sup>VII</sup> A “ordem das coisas” se refere ao que faz acontecer o discurso dominante, neoliberal, contribuindo para a realização dos futuros esperados.

<sup>VIII</sup> Carlos Geraldo d’Andrea Espinheira, também conhecido como Gey Espinheira, foi Professor da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas -FFCH/ Centro de Recursos Humanos-CRH, da Universidade Federal da Bahia. Durante muitos anos, foi também Pesquisador Associado do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA), onde desenvolveu inúmeras pesquisas, inaugurando novas perspectivas no campo da sociologia, relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas. Faleceu pouco antes de completar 63 anos, em março de 2009. Seu nome foi atribuído a um dos CAPS-ad de Salvador.

Com estes autores, sociólogos militantes, aprendemos que toda resistência<sup>ix</sup> se revela no cotidiano, na relação, incontida, incontrolável, pulsante. Essa potência da vida e luta política, que só pode ser construída a partir de/no encontro e convivência entre os humanos, nas práticas cotidianas<sup>x</sup>, nos espaços possíveis – quer seja a rua, a casa, as instituições, as Universidades - tornados lugares praticados<sup>12</sup> erigidos entre as vicissitudes e as potências, entre/nos corpos que dos sofrimentos sociais fazem resistências e transformações<sup>13</sup>. O Coletivo Intercambiantes Brasil insere-se nesta dimensão, como veremos a seguir.

### **O Coletivo Intercambiantes: ativistas dos Direitos Humanos contra-hegemônicos, nos campos da Saúde Mental, álcool e outras drogas - trajetórias e movimentos**

O Coletivo Intercambiantes nasceu e se configura enquanto movimento social que articula sujeitos em luta por justiça social. Trataremos, aqui, de suas trajetórias e movimentos enquanto possibilidade de reflexão, trabalho e luta anti-hegemônica, revelados através da história e voz dos “oprimidos”<sup>xi</sup>, fundamental para a produção de outra “visão de mundo”, já que “o incons33ciente é a história – a história coletiva que produziu nossas categorias de pensamento, e a história individual por meio da qual elas nos foram inculcadas”<sup>13</sup> (p.19). Quem conta e como conta a história faz e fará toda a diferença para a construção da

<sup>ix</sup> Peter Pál Pelbart considera que existe uma potência da vida que ele chama de biopotência que compreende “as modalidades de resistência vital” que se concretizam na vida se fazendo, “...a vida em estado de variação. Esses modos menores de viver que nos habitam e que nos rodeiam e com os quais nós, na maioria, aqui, trabalhamos”<sup>10</sup> (p.19). ruínas mortas, caem no esquecimento; mas, se transformadas em ruínas vivas, podem alimentar um aprendizado para a ação/construção de direitos humanos contra-hegemônicos.

<sup>x</sup> Para Michel de Certeau<sup>11</sup>, “...o cotidiano se inventa com mil maneiras de caça não autorizada” (p.38), com suas múltiplas táticas de resistência, silenciosas ou não, inventivas sempre, pelas quais as pessoas se reapropriam do espaço (praticado) compondo uma rede de “antidisciplina” não reconhecida formalmente, mas legítima enquanto forma de enfrentamento a ordem das coisas.

história individual e coletiva, presente e futura, de toda gente. “Contar” é colocar-se como sujeito na história, é marcar posição política no espaço social e nas lutas por existências com dignidade.

### **- ... e como tudo começou?<sup>xii</sup>**

Recorro, para iniciar este relato, à fórmula empregada por Roberto Calasso em seu livro “As Núpcias de Cadmo e Harmonia”<sup>14</sup>. Tudo tem mais de um começo, porque acode a várias memórias e circunstâncias. No caso do Coletivo Intercambiantes, não é possível atribuir seu início a uma decisão antecipadamente refletida, mas a várias histórias que confluem no tempo e que podem, a *posteriori*, ser compreendidas e resignificadas à luz de doutrinas do campo da Sociologia, como acima apresentadas.

Uma das histórias diz respeito ao trabalho construído pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), ao longo de muitos anos, sob a égide da Faculdade de Medicina da Bahia<sup>xiii</sup>, voltado para o cuidado aos usuários/ usuárias de produtos psicoativos e seus familiares. As diversas ações e invenções de seus técnicos ultrapassaram as fronteiras da cidade de Salvador e da Bahia, possibilitando que eu fosse convocado pelo Secretário Nacional de Políticas Sobre Drogas Leon Garcia, em nome de sua equipe, em 2015, para participar na condição de Consultor do Projeto Redes<sup>xiv</sup>, ocupando o mesmo

<sup>xi</sup> Colocamo-nos aqui como parte dos cidadãos do mundo oprimidos pelo capitalismo feroz e suas formas de dominação antidemocráticas, coloniais e patriarcais.

<sup>xii</sup> Toda essa história é aqui apresentada a partir do relato do autor, Antonio Nery Filho, idealizador do Coletivo Intercambiantes.

<sup>xiii</sup> O CETAD foi inaugurado em 25 de julho de 1985, no Centro Social Urbano da Caixa d’Água, equipamento da antiga Secretaria do Trabalho e Bem Estar Social. Inicialmente, Atividade de Extensão do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal, Universidade Federal da Bahia, foi transferido para o bairro do Canela em 1993. Seu fundador, Prof. Antonio Nery Filho, dirigiu este Centro até abril de 1994, quando se aposentou.

<sup>xiv</sup> Projeto REDES, desenvolvido pela Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça entre 2014 e 2017, tinha por objetivo, fortalecer a intersetorialidade nas cinco Regiões do Brasil, envolvendo 54 municípios.

título do saudoso Antonio Lancetti<sup>XV</sup>. Deste modo, pude trabalhar com 28 localidades, reunindo gestores, técnicos dos serviços de Saúde Mental e, em particular, aqueles voltados para o cuidado de pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Também participei de encontros com pessoas da comunidade em "sessões abertas ao público"<sup>XVI</sup>.

Minha trajetória no campo do cuidado de pessoas usuárias e com problemas de álcool, medicamentos e outras drogas foi marcada pela inabalável convicção da importância das histórias e vicissitudes humanas, longe da importância que se atribuíra - e se atribui, ainda - aos produtos psicoativos, convicção nascida da minha convivência com os 'loucos perigosos', que haviam cometido delitos graves, em geral homicídios, quando trabalhei no Manicômio Judiciário da Bahia, por dois períodos distintos<sup>XVII</sup>. Depois, com o Claude Olievenstein<sup>XVIII</sup>, fortaleci este entendimento e tive seu apoio incondicional para enfrentar as oposições e dificuldades nos trabalhos desenvolvidos, alguns inspirados em seu texto mais conhecido, "Os Drogados Não São Felizes"<sup>15</sup>. Impossível deixar de reconhecer algumas semelhanças entre nossas iniciativas, guardadas as devidas proporções e importâncias. Se em Paris, Olievenstein apontou que todo o trabalho foi difícil, aqui, abaixo do Equador, às dificuldades beiravam, às vezes, o impossível.

Sob efeito de minhas histórias, levei para o trabalho no Redes a experiência acumulada ao longo de mais de trinta anos. Em uma das primeiras reuniões em torno do Projeto, na qual estava

presente Ruth Dreifuss, ex-presidente da Suíça, discordei da expressão "sala de uso seguro", implantadas com sucesso naquele país, propondo denominá-las "sala de uso protegido", posto que não há uso seguro e sempre pode acontecer um acidente. Uso protegido, significava, protegido das diversas violências, passível de cuidados médicos e psicológicos quando problemas surdissem. Nisto, fui apoiado por Antonio Lancetti. Em outra reunião, com Leon Garcia e Melissa Azevêdo - responsável/protetora por toda minha aventura no Redes<sup>XIX</sup> -, me foi solicitado "animar as pessoas e os grupos". Entendi isto como "acender a chama do cuidado e da alegria junto aos trabalhadores". E, assim, pude reencontrar velhos amigos e fazer novos.

Em alguns lugares, encontrei equipes cansadas, desanimadas pelas imensas dificuldades oriundas de administrações que pouco entendiam das necessidades próprias do trabalho no campo da Saúde Mental e, em particular, do cuidado aos usuários de produtos psicoativos ilícitos. Em outro lugares, encontrei equipes resistentes, inventivas, incansáveis, verdadeiras equipes "irredutíveis". Com pesar, constatei a ausência, em quase todas as localidades, de atividades voltadas para a formação e supervisão permanentes, indispensáveis para o trabalho, e para a proteção da saúde física e mental dos(as) trabalhadores(as).

Enquanto transitava pelo Brasil, convocado pelas equipes que se "candidatavam" para me receber, percebia as "nuvens de tempestade"

<sup>XV</sup> Antonio Lancetti nasceu na Argentina e foi exilado político no Brasil desde 1979. Psicanalista e militante da luta antimanicomial, liderou a intervenção que fez de Santos a primeira cidade brasileira sem manicômios. Foi consultor do Ministério da Saúde e idealizador do Programa De Braços Abertos. Dirigiu a valiosa coleção SaúdeLoucura, publicada pela editora Hucitec. É autor de "Clínica Peripatética" e "Contrafissura e plasticidade psíquica". Faleceu 14 de dezembro de 2016, aos 67 anos.

<sup>XVI</sup> Embora não caiba neste texto descrever toda esta extraordinária e enriquecedora experiência, produtora de conhecimentos, efeitos e afetos.

<sup>XVII</sup> Trabalhei no antigo Manicômio Judiciário (hoje Casa de Custódia e Trata-

mento), num primeiro período entre fevereiro de 1971 e agosto de 1973, depois, entre fevereiro de 1978 e março de 1979.

<sup>XVIII</sup> Claude Olievenstein, abriu as portas do Centre Médical Marmottan, em Paris, no dia 21 de julho de 1971, orientado por princípios éticos, distanciando-se das práticas médicas autoritárias e segregadoras. Para ele, a Liberdade era fundamental e as pessoas, mais importantes do que os produtos. Ver seu livro: "Os drogados não são felizes"<sup>15</sup>. Do original francês: *Il n'y a pas de drogués heureux*. Conheci Marmottan em 1983, iniciando frutosa colaboração, sustentada durante os dez anos seguintes.

<sup>XIX</sup> Como Nara Vieira, entre outros.

que se formavam sobre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); aliás, que se formavam pelo país e que culminariam com o afastamento da presidente eleita Dilma Rousseff e o posterior início de um período político desastroso.

Não posso dizer que fui movido, conscientemente, por doutrinas ou movimentos políticos quando decidi registrar telefones, ao longo das viagens. Entretanto, posso assegurar que o meu fazer sempre foi político, entendendo-se aqui o "cuidado com o outro para cuidar de mim", certamente numa construção levinas/lacanianiana: nos reconhecemos na face do "outro" e, portanto, nela reconhecemos nossa condição humana, nossa autonomia, nossa finitude, naqueles que podem nos ferir.

Tinha como instrumento palpável as duas declarações universais: a de Direitos Humanos<sup>16</sup> e a de Bioética e Direitos Humanos<sup>17</sup>. Neste sentido, em julho de 2016, durante visita a São João Del Rey *et ses environs*, apresentei, a um grupo de colegas, a proposta de criação de um Coletivo que denominei "Intercambiantes Brasil"<sup>xx</sup>. Este coletivo deveria sustentar-se essencialmente na virtualidade, utilizando-se da moderna rede social WhatsApp, sendo voltado para a comunicação técnica entre profissionais interessados no cuidado de pessoas vulneráveis, usuárias ou não de psicoativos; em particular, aquelas em situação de rua sendo orientado por princípios éticos, Bioéticos e de Direitos Humanos. Além disso, teria como normas: (1) a entrada de qualquer novo ou nova "intercambiante" deveria ser feita através de convite, sem julgamento(s) de qualquer natureza, constituindo-se numa rede em que prevalecessem a ética e o afeto; (2) cada um/uma dos/das profissionais seria inteiramente livre para afastar-se do grupo e retornar, de acordo com

suas possibilidades e conveniências circunstanciais; (3) as/os participantes não representavam instituições de qualquer natureza; (4) para administrar a entrada de novos "intercambiantes" foram escolhidos três dentre os/as participantes do "encontro inaugural", sendo um realizado na Bahia, outro em São João Del Rey e outro em Recife<sup>xxi</sup>, sem qualquer outra prerrogativa de condução do Coletivo.

### - e como continuou...

Pouco a pouco, foram sendo convidadas e acolhidas pessoas de diversas regiões do Brasil. O Coletivo Intercambiantes abria progressivamente espaço para o diálogo entre experiências diversas do campo acadêmico, da labuta cotidiana, dos impasses, dos sofrimentos individuais e coletivos, do inconformismo com o des-caso de políticos e governantes, mantendo viva uma "consciência resistente", sobretudo depois do Golpe Parlamentar que destituiu a presidente eleita em 2016.

Foram associados ao Intercambiantes Brasil (Intercambiantes BR), a título de "membros estrangeiros", conhecidos trabalhadores da Argentina e do Uruguai<sup>xxi</sup>. Ao longo do tempo, alguns "intercambiantes" se mostraram mais ativos e presentes em suas manifestações, enquanto outros mais silenciosos e não menos atuantes, todos trabalhando pelos mesmos interesses: defender e promover direitos, cuidar do sofrimento físico, psíquico e social dos(as) vulnerados(as), defender as reformas Sanitária e Psiquiátrica e a Luta Anti-Manicomial.

Durante o ano de 2017, foram se constituindo Núcleos Intercambiantes em todas as cinco Regiões do Brasil, possibilitando uma grande

<sup>xx</sup> Esta nomeação me foi inspirada durante a cooperação que desenvolvi com o importante e conhecido coletivo Argentino – Intercambiós ARG, fundado em 1975, e Presidido pela Dra. Graciela Touzé.

<sup>xxi</sup> Naíde Teodósio Valois (PE), Marcelo Dalla Vecchia (MG) e Antonio Nery Filho (BA).

<sup>xxii</sup> Graciela Touzé, Jorgelina Di Iorio, Paula Goltzman e Maria Pía Pawlowicz, da Argentina; Julio Calzada e Esperanza Hernandez, do Uruguai.

circulação de informações, evidenciando, mais uma vez, a enorme diversidade social e de saúde da população brasileira. Neste mesmo ano, por iniciativa da Bahia e Pernambuco, foram desenvolvidas gestões junto à organização internacional *Open Society*, tendo em vista obter o apoio financeiro para a realização de um encontro entre os “amigos virtuais”.

O Encontro Intercambiantes Brasil, efetivamente, ocorreu nos dias 24 e 25 de novembro de 2017, com a presença de 102 participantes<sup>XXIII</sup>. Durante estes dias foi cumprida a programação orientada pelas perguntas: quem somos?, o que faremos? e como faremos?<sup>XXIV</sup>. Ao final do encontro, foi produzido, coletivamente, um documento sob forma de relatório, incluindo pequeno e significativo texto denominado “Declaração de Salvador”<sup>18</sup>, que direta e indiretamente, orientou as atividades intercambiantes dos tempos que se seguiram:

*“O Coletivo Intercambiantes BR, na ocasião de seu primeiro Encontro Nacional (realizado nos dias 24 e 25 de novembro de 2017 na cidade do Salvador/BA), declara sua determinação em fomentar e defender políticas, intervenções e cuidados, no campo de álcool e outras drogas, apoiados nos princípios gerais da Ética, da Bioética e dos Direitos Humanos.*

<sup>XXIII</sup> Estiveram representados Núcleos Intercambiantes dos estados de Pernambuco, São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Pará, Goiás, Tocantins, Santa Catarina, Alagoas, Rio de Janeiro, Sergipe, Paraíba, Piauí, Bahia e Distrito Federal, além da participação de convidados/visitantes da Argentina, Uruguai e Canadá.

<sup>XXIV</sup> Durante a organização das atividades e divulgação do programa, sentimos necessidade de ‘uma marca’ que representasse nossos propósitos. Sugeri a utilização das figuras de Dom Quixote (...que me foi oferecido em momento precioso...), considerando o idealismo do Cavaleiro da Triste Figura - confundido com loucura - sonhador, capaz de enxergar as verdades para além das aparências, sua intransigente defesa dos mais fracos, seu amor incondicional por Dulcinea de el Toboso; seu orgulho por sua montaria, Rocinante; o fiel cuidado de Sancho com seu ‘desvairado Senhor’, as aventuras e desventuras que experimentaram. Renata Pimentel, encontrou uma frase atribuída a Dom Quixote, que serviu para nos lembrar o indispensável, como escreveu Cervantes, em Dom Quixote de La Mancha, em 1605: “Mudar o mundo meu amigo Sancho não é loucura, não é utopia, é justiça”<sup>19</sup>.

*Para tanto, orientaremos nossas ações de acordo com as seguintes diretrizes: a) Redução de Danos; b) Antiproibicionismo e fim da Guerra às Drogas; c) Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; d) Defesa da diversidade da vida e dos modos de existir; e) Defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”.*

### **- ...e nos tempos que correm...**

A mais significativa e constante atividade dos Intercambiantes consistiu, ao longo do tempo, nas diárias comunicações virtuais, como havia sido previsto. Teses, dissertações, referências bibliográficas, indicações de serviços, sugestões para leitura e comentários abrangendo diversos campos culturais, poesia e, evidentemente, reflexões e críticas no campo político.

Localmente, os denominados Núcleos Regionais, individual e coletivamente, promoveram e/ou participaram de atividades diversas. Contudo, não passou despercebido para muitos e muitas, a necessidade de se ultrapassar os efeitos que a comunicação produzia internamente à rede, e de avançar no sentido de tornar mais visível, para os outros níveis/grupos da sociedade brasileira, as ações desenvolvidas no campo da Saúde Mental, junto aos “vulnerados de toda ordem” e, em particular, a “gente de rua”, usuária ou não de psicoativos. Lamentavelmente, muitas atividades desenvolvidas pelos(as) intercambiantes não foram, por diversas razões, associadas ao Coletivo. Muitos foram os seminários, congressos, aulas, supervisões, atividades de rua, desenvolvidas e noticiadas diariamente através da mídia eletrônica, impossíveis de serem detalhadas neste trabalho. Entretanto, citarei, aqui, algumas iniciativas, em razão de sua repercussão local, regional e/ou nacional: a primeira, iniciada

em 2015, o programa radiofônico “Drogas, Fique por Dentro”<sup>xxv</sup>, atividade semanal que possibilitava a discussão de questões quase nunca abordadas pela grande mídia, longe do sensacionalismo redutor e causa de desinformação. Neste programa, profissionais de diversas regiões do país apresentaram, ao longo dos últimos seis anos, seus trabalhos e refletiram sobre questões de sociedade, sempre que possível, esclarecendo a importância e o lugar das substâncias psicoativas e seus consumos; a segunda atividade, denominada “Diálogos Intercambiantes”, apoiada pela Defensoria Pública da Bahia, especializada em Direitos Humanos, consistiu-se em entrevistas transmitidas ao vivo. Esta atividade, mensal, foi interrompida após sua terceira edição, tendo repercutido largamente, e, por isso, merece ser, oportunamente, retomada; a terceira atividade consistiu na ocupação de um *haut lieu* de Salvador, a pequena Igreja do Largo de Santana erguida no século XIX e situada no bairro do Rio Vermelho, local de renomadas atividades culturais e religiosas, a exemplo da festa de Iemanjá, realizada no dia 2 de fevereiro. Nesses locais, foram iniciadas, em 2019, diversas atividades denominadas “Conversando na Praça, escutando na Rua”, envolvendo saraus músico-literários, rodas de conversa em particular sobre o consumo de psicoativos e as infecções sexualmente transmissíveis (IST), “troca-troca” de livros, exposições, dentre outras intervenções sociais. Estas atividades continuam sob o modo virtual em razão da pandemia de coronavírus. Destacam-se, ainda, as atividades desenvolvidas pelo Núcleo Intercambiantes de São Paulo, capital, através de suas inúmeras atividades de rua e do fortalecimento de parcerias. Mais recentemente, inauguraram

um *blog*, através do qual têm sido divulgados textos produzidos por diversos(as) intercambiantes, além de inúmeras e importantes lives. Em maio de 2019, além dessas atividades, foi realizado o “Encontro Regional Nordeste”, envolvendo os núcleos da Paraíba, Alagoas, Rio Grande do Norte e Pernambuco. Neste importante evento foram discutidas questões relacionadas às particularidades nordestinas e locais, resultando em planejamentos e encaminhamentos voltados para o fortalecimento dos Núcleos Intercambiantes, para o desenvolvimento de atividades orientadas pela Redução de Danos, para a melhor ocupação dos espaços existentes, dentro e fora da academia, além da ampliação das atividades culturais e alianças com outras instâncias organizadas da sociedade. Cabe, também, destacar as preciosas referências bibliográficas sugeridas semanalmente, aos domingos, pelo intercambiante Wagner Caldeira Filho, do Pará.

### - ...e para onde caminhamos?...

Seguiremos no reconhecimento das potências do Coletivo Intercambiantes que se faz e refaz nos encontros respeitosos entre “todos” e com cada um, *on line* ou presencialmente, como for possível. Para além das experiências e efeitos já mencionados ao longo do texto, em um processo políticossocial contraditório marcado por avanços e recuos, afirmamos que há uma politização em prática – especialmente nesses tempos de pandemia – em torno da dor tornada luta – palavra que não é utilizada ao acaso. A atuação cotidiana do Coletivo Intercambiantes, implicado eticamente, é luta, é impulso de libertação, é movimento de resistência intenso e insistente, que exige tempo, que envolve riscos e uma ética das situações<sup>xxvi</sup> (e não das verdades e realidades

<sup>xxv</sup> Este programa, inicialmente patrocinado pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, foi mantido por decisão da Direção da Rádio Metrôpole (FM 101.3 MHz), sob minha condução e contando com a participação permanente das psicólogas Patrícia Flach e Renata Pimentel e, mais recentemente, com a bioeticista e professora da Faculdade de Medicina da UFBA, a advogada Camila Vasconcelos.

<sup>xxvi</sup> Diz Badiou<sup>20</sup>, em relação à Ética: “...vamos referi-la a situações. Em lugar de fazer dela uma dimensão de piedade pelas vítimas, torná-la-emos a máxima duradoura de processos singulares. Em lugar de pôr em jogo apenas a boa consciência conservadora, traremos à tona o destino das verdades (p.17)”.

sempre temporárias e diversas)<sup>20</sup>; também envolve investimento entre humanos para que mudanças cognitivas, perceptivas e corporais sejam habilitadas nos/pelos sujeitos em interação, nesse campo que é sempre um campo político, pois, como afirmava Rosemeire Silva (*in memoria*): “Já não nos contentamos em assistir passivamente aos efeitos da fome e da miséria, da violência e da morte como destino único para brasileiros desprivilegiados. Estamos em luta”<sup>21</sup> (p.132).

Assinalemos, para não concluir, a importância e contribuição da Bioética – entendida em sua proposição inicial como “uma ética de proteção da vida” – para nossos movimentos intercambiantes, como foi afirmado na “Declaração de Salvador”<sup>18</sup>, nas situações compartilhadas e refletidas, nas estratégias de resistência planejadas e implementadas de várias formas e em vários espaços – inclusive aqui –, pois que são as denúncias bioéticas que suscitam discussões e a busca de soluções em uma perspectiva da ética aplicada às situações da vida cotidiana. As atuações do Coletivo Intercambiantes apoiam-se, em sua essência, na Bioética, na medida em que trata do sofrimento social, existencialmente humano, na/para proteção dos oprimidos e na construção conjunta de saídas coletivas, com respeito à autonomia, às singularidades contextuais e às liberdades individuais, num movimento de luta e resistência política, considerando que não existe neutralidade – mas sim radicalidade – como evidenciam duas das Escolas Bioéticas Brasileiras: de Intervenção e de Proteção<sup>xxvii</sup>.

<sup>xxvii</sup> A Bioética de Intervenção foi proposta em 2002, pelos Professores Volney Garrafa e Dora Porto<sup>22</sup>, e se caracteriza pela inclusão neste campo, das situações persistentes e situações emergentes, próprias aos países do Hemisfério Sul, enquanto que a Bioética da Proteção, proposta por Firmim Schramm e Miguel Kottow<sup>23</sup>, sustenta ser responsabilidade do Estado, proteger os vulnerados/vulneradas (feridos/as).

<sup>xxviii</sup> Narrativas descritas pela autora Eroy Aparecida da Silva, a partir de seus registros no diário de campo por suas itinerâncias intercambiantes em vários bairros periféricos da cidade de São Paulo.

### **Caminhando sob a proteção ética, para construções emancipatórias: encontros nas ruas - a vida pulsa<sup>xxviii</sup>**

Como intercambiante e ativista dos direitos humanos trabalhando e transitando pelas ruas da cidade de São Paulo, escutando e acolhendo pessoas excluídas usuárias de substâncias psicoativas e lutando por anos em defesa de políticas antiproibicionistas e antirracistas, construídas nas potências dos encontros entre pessoas, no meio de lixos, escombros, “árvores habitacionais”, matagais, barracas, malocas e/ou em buracos escuros secretos, meus olhos já assistiram muitas tragédias e meus ouvidos escutaram narrativas inacreditáveis. Estes locais são “abrigos criativamente” arquitetados como alternativa de moradias nos bairros longínquos e periféricos nas grandes cidades. Imprescindíveis à escuta e ao acolhimento, com uma postura (bio)ética para iniciarmos o trabalho de cuidado orientado pelas práticas protetivas emancipatórias; ou seja, uma aposta e crença na potência dos humanos mesmo frente às atrocidades físicas, econômicas e sociais. Vários sentimentos paradoxais tomam conta de mim, porque os cenários são vivos, verdadeiros e representativos do mais completo estado de desamparo e abandono. Mas, ao mesmo tempo, muita vida resistente, trabalho, luta diária contra a investida policial que retira seus poucos pertences, encontros solidários entre eles mesmos e, também, aonde as substâncias psicoativas estão presentes, talvez como um apelo ou caminho para o sonho e a vida! Em meio aos escombros, a vida pulsa! E insiste em continuar...

Muitas histórias de pessoas que encontrei vivendo nas ruas da cidade poderiam ser narradas aqui, são muitas... tragédias, vidas matadas, des(amores), nascimento de filhos na rua; “noitadas noiadas”, desaparecimentos de pessoas, documentos e identidades perdidas, comemorações

de encontro com os irmãos de rua, violência relacionais/familiares e de Estado, fugas, prisões, solturas, encontro de familiares desaparecidos por muito tempo, internações, perda de memória e identidade, doenças, mortes...

Selecionei apenas algumas delas para ilustrar as minhas itinerâncias nas ruas, acompanhando e intervencionando equipes de profissionais ou coletivos que militam em defesa da vida. A rua é um espaço de encontros humanos! São eles que importam, me transformam e, também, vezes sim e outras não, fazem da rua, casa, não porque “optaram” por isso, mas por condições adversas de um contexto social em que a vida humana se coisifica.

#### - a casa entre árvores:

Meu encontro com Letrado, 38 anos, negro, baiano, separado, sem filhos, morando na rua desde os 23 anos de idade, se deu em 2019, através de uma equipe de redutores de danos que atuava com ele. Fui incluída no seu grupo sem enfrentar nenhuma resistência. Ele mora em uma mata na região sul da cidade de São Paulo, com seu cachorro Piloto, junto com mais dois amigos e uma amiga. Eles se conheceram na rua, em 2018, e cansados de dormir em viadutos aonde comumente viviam e tinham seus pertences roubados ou retirados por policiais, perceberam existir em plena cidade uma mata. Então, porque não conhecê-la e construir seus barracos? Letrado é o apelido que o grupo lhe deu porque, além de gostar bastante de *funk*, lê também notícias de jornais e revistas que acha nas ruas, mesmo que sejam antigas.

Letrado foi me contando sobre sua vida. Tinha um caderno, em que escrevia algumas idéias que lhe vinham à cabeça, principalmente quando estava “meio alto” de pinga barata Corote, ou chapado de maconha. Após “a brisa”, no

dia seguinte, rasgava os papéis porque achava que aquilo era algo sem importância nenhuma, bobagens de sua cabeça. Ao perceber que gostava de tudo isso, eu o convidei a não rasgar mais as histórias que escrevia. Sua história rendeu mais de duzentas e cinquenta páginas!

Aos poucos, ele foi escrevendo sobre sua própria vida e como chegou a São Paulo. Lembrou da primeira namorada, ainda em Ilhéus, na Bahia, com quem começou a fumar maconha aos 16 anos e a beber socialmente. Seus pais bebiam muito e batiam nos filhos com a intenção de educá-los, ambos faleceram em Ilhéus, quase que simultaneamente, quando ele tinha uns 18 anos; o pai morreu primeiro, de tanto beber cachaça, e a mãe, nove meses depois, também de beber. Ele tinha muita raiva de apanhar, às vezes até sem saber por quê, pois quando os pais “pegavam para bater” em um, todos apanhavam. Caçula de quatro filhos, todos homens, assim que os pais faleceram, os três irmãos mais velhos partiram para o garimpo, nunca mais os encontrou e não sabe onde estão. Ele ficou morando na casa de uma vizinha em Ilhéus, cujos dois filhos estudaram com ele e lá tomou gosto pela leitura. Mas, sentia que precisava ir embora; queria mesmo era viver na cidade grande, sonhava muito com prédios altos, ter liberdade, não morar na casa dos outros. Trabalhou como pedreiro em Ilhéus, ganhou um pouco de dinheiro para poder sair dali. Muitas lembranças tristes e de maus tratos. Um belo dia, colocou “as trouxas” nas costas e de carona seguiu para São Paulo. Demorou mais de vinte dias viajando. Quando chegou ao Mercado Municipal, aonde o caminhão da carona o deixou, ficou espantado com os prédios que via: eram semelhantes aos dos seus sonhos. Demorou-se sentado ali, se perguntando para onde iria. Tinha um pouco de dinheiro, mas não muito. Resolveu ficar por ali mesmo. Lembra, com emoção, que

ficava encantado vendo a Catedral da Sé. Passou a trabalhar descarregando caminhões no Mercado Municipal e a dormir na rua para economizar. À noite, tudo tem movimento no centro de São Paulo; e foi logo se juntando aos outros companheiros, também carregadores, que foram lhe apresentando a cidade, principalmente a região da Luz. Ali, passava a noite bebendo e com as “mulheres da vida” que foram suas grandes amigas. Se divertia muito, até antes de se apaixonar por uma delas, com quem passou a morar em um “mocózinho” no Centro e a continuar o trabalho de descarregar caminhões. Com esta mulher, segundo seu relato, começou sua “perdição”. Tinha muito ciúmes dela com outros homens, passou a bater nela, fumar pedra com ela; depois, com outras, aumentou a bebida. Quando ela estava se arrumando para ir trabalhar, começava a loucura dele: a seguia e, por diversas vezes, pensou em matá-la. Um belo dia, chegou ao “mocó” cansado e não havia ninguém. Ela tinha ido embora, desapareceu. Ele diz que ainda a procura em muitos lugares, mas, nunca mais a encontrou. Precisava sair dali do Centro, porque não aguentava a dor de procurar e não encontrá-la mais. Por sugestão de alguns amigos de rua, foi para a periferia da Zona Sul da cidade. A princípio, morava em um pequeno quarto e fazia bicos de pedreiro; depois, trabalhou na construção civil e aos finais de semana encontrava com todas “as mulheres da vida”, com as quais bebia e fumava pedras de crack. O centro da cidade tem mais trabalho, mas tudo é mais caro. Por uns quatro anos foi assim, até perder o trabalho e ir morar na rua definitivamente. Bebia e fumava crack, mas trabalhava e tinha seu próprio dinheiro, teve outras mulheres, várias, mas, nunca mais sentiu amor como com a primeira:

*“...me enlouqueceu aquela mulher, até hoje sonho com ela, acho que ainda amo*

*ela. Escrever me fez lembrar dela, Bandida como eu a chamava. Nosso amor era bandido, mas eu gostava. A vida nas ruas tem muitas coisas ruins, mas também várias outras boas, porque nelas não existem barreiras, proibições como nos abrigos por exemplo. Nestes anos todos aprendi muito com os irmãos da rua. Estes três escudeiros, que estão comigo, eu conheci na rua, morando junto nos viadutos, nos juntamos e viemos para cá, porque aqui dentro da mata, tamo sossegados, eu tenho também meu cachorro, o Piloto. Aqui sinto que é minha casa, não tenho a preocupação de dormir deitado em cima da mochila para não ser roubado, como as vezes é a rua. Eu fiz minha casa suspensa entre estas duas árvores, as únicas pessoas que nos visitam são vocês, é muito bom quando estão aqui escutando a gente, se interessam por nós, é um interesse verdadeiro mesmo. Não vem com os “conselhos de almanques”. É encontro do coração como eu escrevi aqui. Chegam aqui se preocupam com nossa vida e saúde, até mais do que a gente mesmo.*

*Aqui é ruim apenas quando chove, eu que moro entre as arvores preciso jogar uma lona, e também não posso descer para trabalhar porque fica tudo “lameado”, conhecemos toda a mata, ela não é grande. Eu não preciso de muito para viver, gasto pouco. Ganho para comprar a minha cachaça, mas já diminui muito de beber, por minha conta mesmo, e as pedras também posso dizer que comparado ao que já fumei, hoje fumo muito menos. Não adianta a pessoa querer convencer a outra de parar de beber, fumar cigarro ou fumar pedra. A pessoa tem que sentir lá de dentro*

dela o que é bom pra ela mesma. To percebendo que o meu caderno está ficando cheio das minhas histórias ou será que são as memórias? Eu acho que pode ser as duas coisas, antes eu achava que as pessoas que viviam nas ruas não tinham histórias, nem memórias quando parei de rasgar as folhas do meu caderno, eu fui juntando as partes da minha vida inteira. Eu comecei agora a fazer alguns desenhos junto com as histórias, eu estou tomando gosto pelo desenho, eu levava muito jeito para desenhar quando era jovem, mas a situação não favoreceu que eu levasse este gosto adiante. Fico aqui esperando quando vocês chegam para eu conversar, essa conversa tem mudado minha vida. Muitas vezes chega o dia de conversarmos eu estou trabalhando seja no farol vendendo água, ou catando papelão lembro: vou voltar para minha casa na arvore e esperar a escutadora. Sim, você é minha escutadora, nem eu mesmo havia me escutado antes. Imagine eu escrevia minhas histórias amassava e jogava fora. Eu estava me jogando fora. Agora não me jogo mais fora. Essa semana depois que conversamos eu fiquei pensando de talvez daqui um tempo voltar para a construção civil, arrumar um lugarzinho para eu, Piloto e os escudeiros irmos morar, todos trabalhando pode ser mais fácil. Voltei a sonhar e desta vez não foi mais com a Bandida, mas comigo” (Letrado, 2018).

#### **- o “Chefe do Pedaco”:**

Duas a três vezes por semana, antes da pandemia do Coronavírus, ocorriam as conversas de rua e, mensalmente, um encontro nas praças, comunidades, ou matas aonde comumente eu e

uma equipe de profissionais especializados em intervenções comunitárias desenvolvemos um trabalho de escuta e acolhimento, com quem ali está vivendo. É difícil? Sim, mas também é um compromisso clínico-político de encontrar tempo para escutar as histórias das pessoas que estão habitando as ruas, sempre buscando conhecer o que elas próprias querem.

Em meados de dezembro de 2019, as seis horas da manhã, rumo para uma pequena favela de um bairro muito periférico da cidade de São Paulo, para estar lá oito e meia, no nosso “ponto de encontro”. Na mochila, carrego sempre preservativos, cachimbos novos, protetores labiais e água; são os insumos mais requisitados, tanto nas ruas como nas comunidades, principalmente no calor.

É um lugar definitivamente esquecido, no extremo sul da cidade. Muito lixo e escombros. Um território marcadamente dominado por disputas de toda natureza. Eu e alguns companheiros de trabalho chegamos devagarinho, por intermédio de duas colegas que lá estavam e que foram aceitas. Trabalho cuidadoso; “é muito perigoso este lugar”, ouvíamos constantemente dos colegas. Demoramos aproximadamente um mês para fazer nossas vinculações; estávamos lá todas as semanas. Nos apresentaram o “Chefe do Pedaco”. Nos recebeu, conversamos sobre nossos objetivos e ele deu permissão para que permanêssemos lá; ele ficaria conosco. Ali estava o início de uma grande parceria, nesta comunidade.

O Chefe, um homem negro, quarenta e três anos, morando na comunidade aproximadamente há doze anos, inteligente, amante de música principalmente o *soul*, gosta de cinema, separado, pai de um filho, olhar de lince, presta atenção em tudo. Trabalha como “faz tudo”, tem as mãos calejadas pelo trabalho. Ele nasceu em São Paulo, tem mais sete irmãos, três homens

e quatro mulheres; ele é o quinto filho, mas também poderia ser, como disse, o “esquinto dos infernos”.

A princípio carrancudo e sério, com o decorrer do tempo se revelou dançarino, engenhoso, poeta e cantor. Começou a me contar sua história depois de mais de dois meses de meu trabalho na comunidade. Foi o primeiro a chegar nesta comunidade, quando tudo ainda era mato, há mais de 12 anos, e montar seu barraco. Passou a morar lá, após sua mulher ter abandonado a casa e levado o filho junto; até hoje não tem a menor idéia por onde eles andam. Depois, outras pessoas foram chegando; e hoje ninguém sabe ao certo quantas pessoas vivem ali; é fluante, tem muita gente que entra e sai. Seus pais morreram e ele teve várias “tretas” com os irmãos por causa de herança, mas com a saída da mulher de casa, achou que a rua era o seu lugar; porque nas ruas “as tretas são resolvidas na hora e depois fica tudo bem”. Me contou que as pessoas na rua são mais livres, mais desprendidas porque estão todos na mesma situação, formando uma irmandade. Também me disse que para “aguentar” a vida da rua não é fácil: “tem a irmandade mas também tem muitas maldades, muitas traições e caguetagens”. Ele passou a beber muito depois da separação, “travou geral”; bebia até cair nas ruas sem direção e várias vezes acordou na cadeia. Fumou maconha, tomou rebites, bebia à noite e trabalhava “rebitado”.

O barraco do Chefe é minúsculo, apenas os plásticos o mantêm, capengamente, em pé; e ninguém pode entrar. Também, a princípio, foram combinadas as regras para a nossa permanência lá. Sempre cumprimos à risca, “palavra é palavra”. Atualmente, podemos caminhar por lá sem qualquer senha; mas, no princípio, tudo foi muito acertado.

O Chefe começou a estar conosco,

sempre de roupas pretas; austero, acompanhava as nossas atividades que, a princípio, se resumiam a ouvir as histórias das pessoas. Muitos ali com tuberculose e/ou com outros problemas pulmonares, feridas no corpo ou no coração. Nas rodas de escuta e conversa, eram levantadas todas as histórias; obviamente aquelas que quisessem contar. Com o tempo, fomos ampliando o trabalho e a pedido deles passamos a levar violão e a cantar. Passamos a fazer também os nossos cafés e almoços coletivos.

Álcool barato é a substância mais consumida, mas, como o próprio chefe diz:

*“...a cachaça e a pedra são as nossas diversões, mas aqui também temos nossas regras, trabalhamos; nossas carroças podem ficar perto de nós assim como os bichos; já perceberam como aqui tem bichos? Os “noiados” adoram os bichos, cachorros e gatos principalmente”* (Chefe, 2019).

Entramos aos poucos na comunidade e lá estamos, com nosso trabalho de escuta, músicas, danças, arte-cultura, bazares, almoços ao ar livre e os cafés. Outras equipes se juntaram a nós e o Chefe, conforme ele mesmo diz, “nos adotou: “deixei de usar roupas pretas, eram muito pesadas; talvez como estava a minha vida”. Seu barraco foi totalmente transformado e têm, agora, dois cômodos. Atualmente, ele é um redutor de danos na sua comunidade. Nós acolhemos sua chefia e ele nos acolheu. O trabalho desenvolvido lá somente é possível, porque ele e a sua história permitiram; e se misturaram a outras histórias que, como a dele, podem se transformar.

#### **- a grávida imaginária:**

Transitando em uma cena de uso na Região Oeste da cidade, encontrei Luiza e começamos a conversar. Tem 32 anos, com aparência de

bem mais velha. Um olhar profundo estampado, de sofrimento e desamparo. É mineira de Belo Horizonte. Vem de uma família pobre; o pai, ela não conheceu, e a mãe a deixou juntamente com o irmão dois anos mais velho, com os avós maternos, quando eles eram ainda crianças; sumiu no mundo com um grupo de ciganos e nunca mais voltou. Começou a trabalhar em casa de família, cedo, para ajudar os avós. Quando tinha 17 anos engravidou de um homem casado e 20 anos mais velho do que ela; um vizinho dos avós. Ele não quis ter a criança e providenciaram, através de uma conhecida dele, parteira, o abortamento. Ela passou muito mal e quase morreu de tristeza porque queria ter o filho, mas foi ameaçada - até de morte - pelo amante, que a abandonou em seguida. Uns quatro meses depois, perdeu o avô; seu irmão casou e mudou para Corumbá; a avó foi morar com um tio materno, numa casa aonde não tinha lugar para ela.

Ficou nas ruas do centro de Belo Horizonte por alguns dias e conheceu uma amiga que trabalhava em uma boate; ela lhe fez o convite para trabalhar lá, porque era possível morar no local e fazerem programas noturnos com os clientes; ganhariam mais dinheiro. Como achava que tinha um corpo bonito e, para não ficar na rua, aceitou o convite. Conseguiu ficar lá um ano, depois não aguentou mais; passou a beber bastante e a cheirar cocaína para aguentar o trabalho, aprendeu a dançar e a cantar, mas ganhava pouco para o tanto de homens que atendia. Tinha que deixar quase tudo no trabalho. Um pouco antes de sair de lá conheceu um caminhoneiro paulistano, que lhe ofereceu carona para vir para São Paulo, porque aqui teria chance de ganhar mais dinheiro.

Não teve dúvida, veio, com a cara e a coragem. Há 12 anos está vivendo em São Paulo. O caminhoneiro lhe ofereceu sua casa para morar, enquanto ela arrumava trabalho. Começaram a

namorar e ela engravidou no segundo mês morando com ele. Entretanto, perdeu o bebê. E “até não gostava muito dele”, mas, ter engravidado lhe trouxe alegria. Com a interrupção da gravidez achava que precisava ir para outro lugar; foi ficando insuportável continuar com o caminhoneiro; ele viajava e ela ficava muito sozinha, morando em um quarto pequeno, mofado e sombrio. Começou a fazer pequenos programas com alguns homens que encontrava ali por perto de sua casa, até ir trabalhar à noite em algumas ruas da cidade, como profissional do sexo, porque ganhava mais. Trabalhava dia e noite e, por uns quatro anos, ganhou algum dinheiro, passando a ter um quarto melhor aonde atendia seus clientes. Bebia constantemente porque nas atividades com homens na noite é necessário beber, não tem jeito e às vezes cheirava cocaína.

Até que conheceu um cliente traficante e se apaixonou perdidamente por ele. Por uns seis meses, foi muito bom, ele a levava para jantar em lugares bonitos que ela jamais pensou em ir. Mas, começou a lhe fazer ‘propostas estranhas’ que passasse a transar com mais homens juntos. Nesses programas, começou a fumar *crack* e engravidou novamente. Seu namorado traficante estava ficando cada vez mais desinteressante e violento e, quando ela engravidou, “encanou” que o filho não era dele e passou a agredi-la. Em uma das brigas, quando ela já estava entre três e quatro meses de gravidez, foi espancada pelo companheiro e perdeu o bebê. Depois que perdeu este filho saiu do hospital e foi morar na rua: embaixo dos viadutos seria melhor do que voltar para casa; já estava bastante comprometida com o uso do *crack*.

Passou a fazer programas para comprar o *crack*, era uma estratégia de vida. Conta que era sempre aconselhada e cuidada pelas equipes de rua (de acolhimento), para manejar o uso, mas

não conseguia; ela se apaixonou pelo crack:

*“Não era o crack, era eu mesma que queria ele. Gostava e até esperava as pessoas, para conversar, porque “falar é muito bom, quando as pessoas escutam a gente. Podia falar a verdade, sem mentir” (Luzia).*

Dizia que o crack a ajudava a ter esperanças. Passou a ter sonhos quase diários com os bebês que havia perdido e então se via grávida. Olhava no espelho e via a barriga de grávida e achou que estava enlouquecendo; quando ficava menstruada se decepcionava, mas continuava acreditando que estava grávida. Continuou na rua, reencontrou seu parceiro traficante, ainda tentaram ficar juntos, mas “já tinha passado a hora”; ele tentou tirá-la da rua, mas ela não acreditava mais nele. Fiquei sem encontrar Luiza por várias semanas, apesar de procura-lá. Soube, através de sua amiga, que ela foi “desaparecida” pelo ex-companheiro. O silêncio impera, Luiza morreu sem ter o filho ora desejado ora negado. Descanse Luiza, em paz. A eternidade irá protegê-la, para sempre.

### Considerações finais

A construção de vínculos de confiança entre as equipes e as pessoas que estão vivendo nas ruas é fundamental para o desenvolvimento de qualquer projeto baseado em propostas contra-hegemônicas e emancipadoras. A Redução de Danos, aqui, está implicada também nos paradigmas das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, em situações em que nada está pronto ou pré-determinado. Os acordos são construídos a partir dos contextos da rua, com flexibilidade, escuta qualificada e acolhimento dos sofrimentos das pessoas e seus usos de substâncias psicoativas, legais e/ou ilegais.

O trabalho deve ser guiado pelas demandas dos que vivem nas ruas, pelo que querem. A construção de mini-equipes de trabalho é importante para a aproximação e o acolhimento, incluindo, aqui, redutores e redutoras de danos; equipes de referência, através de uma contextualização ampliada da pessoa. Articulações com as redes de Justiça (acesso à Justiça), Saúde, Educação e Assistência Social são fundamentais no fortalecimento da autonomia das pessoas que nunca tiveram ou não têm mais documentos e referências e para aquelas que são encarceradas injustamente ou estão em situação de custódia, e que, por isso, perderam seus direitos básicos de existir. Acompanhá-los presencialmente faz parte desta construção de luta pela garantia de direitos e de preservação da existência. Isto não é possível sem afeto, disponibilidade, confiança e laços construídos nos “bons encontros” entre humanos, restauradores e transformadores.

As “coisas sem importância” para o Estado atual “desprotetor”, são, para nós do Coletivo Intercambiantes Brasil, uma fonte produtora de resistência. Estamos em luta, contínua e permanente.

### Referências

1. Santos BS. Para uma nova declaração universal dos direitos humanos I. *Jornal de Letras*. 2020; 28. (on line). [acesso em 13 set 2020]. Disponível em: [http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Para%20uma%20nova%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos\\_JL\\_15Jan20.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Para%20uma%20nova%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos_JL_15Jan20.pdf)
2. Santos BS. Direitos humanos, democracia e desenvolvimento. In: Santos BS, Chauí M. *Direitos humanos, democracia e desenvolvimento*. 1ª ed. São Paulo: Cortez; 2013.
3. Santos BV. *Toward a New Common Sense: Law, Science and Politics in the Paradigmatic Transition*. New York: Routledge; 1995.

4. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estud. CEBRAP*. 2007; 79:71-94.
5. Carvalho AMP. Pensamento de Boaventura de Sousa Santos em foco: a reinvenção da emancipação em tempos contemporâneos. *Seminários Diálogos Jurídicos*. Fortaleza: UFC; 2009. (on line). [acesso em: 13 set 2020]. Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/pages/pt/as-minhas-escolhas.php>
6. Souza J. A tolice da inteligência brasileira: ou como o país se deixa manipular pela elite. São Paulo: Le Ya; 2015.
7. Bourdieu P. *Meditações pascalianas*. Trad. Sergio Miceli. 2a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
8. Espinheira G. Metodologia e prática do trabalho em comunidade ficção do real: observar, deduzir e explicar: esboço da metodologia de pesquisa. Salvador: EDUFBA; 2008. 138p.
9. Espinheira G. (org.) *Sociedade do medo: teoria e método da análise sociológica em bairros populares de Salvador: juventude, pobreza e violência*. Salvador: EDUFBA; 2008. 266p.
10. Pelbart PP. Um convite à cultura: nem o império da ordem, nem a inércia do caos. *Cadernos de Saúde Mental*. In: Lobosque AM. (org.). *Encontro nacional de Saúde Mental*. Belo Horizonte. 2006. Belo Horizonte: ESP-MG; 2007. v.1. p 11-20.
11. Certeau M. *A invenção do cotidiano 1: artes de fazer*. Trad. Ephraim Ferreira Alves. Rio de Janeiro: Ed. Petrópolis/Vozes; 2014.
12. Von Flach PM. Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça das Duas Mãos. (Tese). Universidade Federal da Bahia. Salvador; 2019. 327p.
13. Bourdieu P. *Meditações pascalianas*. Trad. Sergio Miceli. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
14. Calasso R. *As núpcias de Cadmo e Harmonia: mitos*. Tradução de Nilson Moulin Louzada. São Paulo: Companhia das Letras; 1990
15. Olievenstein C. *Os drogados não são felizes*. Trad. Marina Camargo Celidonio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977. 328p.
16. Organização das Nações Unidas (ONU). *Declaração dos direitos do homem*. Geenebra; 1948. (on line). [acesso em: 15 out 2020]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>
17. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos*. Paris; 2005. (on line). [acesso em: 15 out 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)
18. *Coletivo Intercambiantes. Declaração de Salvador*. Salvador: Encontro Intercambiantes Brasil; de 2017.
19. Saavedra MC. *O engenhoso fidalgo Dom Quixote de La Mancha*. Edição, Madrid. 1605).
20. Badiou A. *Ética: um ensaio sobre a consciência do mal*. Trad. Antônio Transito e Ari Roitman. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1995. 100p.
21. Silva R. Loucura e cidadania: por um país de todos os homens. In. Lobosque AM. *Cadernos de Saúde Mental – Encontro Nacional de Saúde Mental*. Belo Horizonte: ESP/MG; 2007. vol.1. p.131-136. (on line). [acesso em: 15 out 2020]. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>
22. Garrafa V, Porto D. Bioética poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *Mundo da Saúde*. 2002; 26 (1):6-15.
23. Schramm FR, Kottow M. *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*. *Cad. Saúd Públ*. 2001; 17(4):949-956. (on line). [acesso em: 13 set 2010]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000400029&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000400029&script=sci_abstract&tlng=es)

# Redução de Danos no PROAD<sup>I</sup>: trinta anos de experiência institucional

**Harm Reduction at PROAD<sup>I</sup>: thirty years of institutional experience**

Maria Alice Pollo-Araujo<sup>II</sup>, Dartiu Xavier da Silveira<sup>III</sup>

## Resumo

Este artigo tem por objetivo fazer uma retrospectiva histórica do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) no que se refere à adoção de modelos de Redução de Danos no cuidado a dependentes químicos. Desde sua criação o Programa desenvolve atividades de assistência, ensino e prevenção sob a ótica da Redução de Danos. No rol dessas atividades estão os grupos de acolhimento, programas específicos de Redução de Danos (como, por exemplo, intervenções junto a usuários de drogas injetáveis), publicações para a área da saúde e pesquisas científicas que abordam uma ampla gama de temas, desde a substituição espontânea do crack pela cannabis entre dependentes, até a Redução de Danos no âmbito da prevenção em escolas.

**Palavras-chave:** Redução de danos; Drogas; Riscos.

## Abstract

This article aims to make a historical retrospective of the Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) regarding the adoption of Harm Reduction strategies in the care of drug addicts. Since its creation, the Program has developed assistance, teaching and prevention activities from the perspective of Harm Reduction models. These activities include host groups, specific Harm Reduction programs (such as for injecting drug users), publications in the health field and scientific research that address a wide range of topics, from the spontaneous substitution of crack by cannabis among dependents, up to Harm Reduction in the context of prevention in schools.

**Keywords:** Harm reduction; Drugs; Risks.

## Introdução

O Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), serviço do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP), foi fundado em 1987.

Desde a sua criação, realiza atividades de assistência, ensino, pesquisa e prevenção na área das dependências de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e de algumas dependências não-químicas (como jogo patológico e sexo compulsivo), tendo sido a primeira instituição ligada a uma universidade a instituir um programa de Redução de Danos no Brasil<sup>I</sup> e o primeiro serviço de tratamento para dependentes a contar, em sua equipe

<sup>I</sup> Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

<sup>II</sup> Maria Alice Pollo-Araujo (maliceparaujo@gmail.com) é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com especialização em Neuropsicologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), atua como psicóloga efetiva do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC) da Secretaria da Justiça e Cidadania do Governo do Estado de São Paulo e é membro do Núcleo de Álcool, outras Drogas e Saúde Mental da Comissão de Direitos Humanos da Seção de São Paulo da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-SP). Foi colaboradora do PROAD/UNIFESP associada da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD) e membro da Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC).

<sup>III</sup> Dartiu Xavier da Silveira (dartiu@terra.com.br) é médico pela Escola Paulista de Medicina (EPM), mestre e doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Coordenador do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD). Foi consultor do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça, membro da American Psychiatry Association, da International Association for Analytical Psychology, pesquisador-colaborador da University of California (UCLA), presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA) e da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Álcool e Drogas (ABRAMD). Atualmente é Professor Livre-Docente da Universidade Federal de São Paulo, atua em consultório particular e como Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

de profissionais, com um antropólogo<sup>IV</sup>.

Na área de assistência, o modelo terapêutico do PROAD sempre teve como característica principal o enfoque multidisciplinar e a política de Redução de Danos<sup>2</sup>. Em um tratamento da dependência química pautado nos princípios deste enfoque, os usuários são acolhidos dentro de suas demandas e possibilidades. Isto pode incluir a modificação do padrão de uso e a substituição da droga de abuso por outra com a qual o usuário consiga estabelecer um padrão de uso menos danoso, sem excluir a possibilidade da abstinência<sup>3</sup>.

Em se tratando de linhas de pesquisa, o programa desenvolve projetos na área de Redução de Danos e dependências químicas, tais como: uso “terapêutico” de *cannabis* na dependência do *crack*; investigação do risco de contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, em inglês) entre usuários de *crack*; manejo de overdose de cocaína sob a perspectiva do usuário; fatores preditivos de suicídio entre dependentes de álcool e drogas; transtorno de atenção em usuários de drogas; comportamento sexual de risco para aids entre usuários de cocaína e *crack*; fatores de risco para a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre dependentes; comportamentos autodestrutivos em usuários de álcool e drogas; violência familiar associada ao abuso de álcool e drogas; fatores de risco para abuso de drogas em crianças em situação de rua; alterações psiquiátricas e neuropsicológicas em adolescentes usuários de ayahuasca em contexto ritual religioso; alterações eletrocardiográficas em pacientes usuários de cocaína (monitorização eletrocardiográfica ambulatorial – *holter*); prevenção do uso indevido de drogas (conhecimentos e

atitudes de coordenadores pedagógicos de escolas públicas de ensino fundamental da cidade de São Paulo), comparando-se modelos de prevenção baseados em “redução de danos” ou “guerra às drogas”; situações relacionadas ao uso indevido de drogas em escolas públicas do Município, entre outros<sup>1</sup>.

Na área de ensino, todas as atividades do PROAD (cursos de especialização, extensão, atualização, entre outras) contêm, em seu conteúdo programático, a Redução de Danos como tema específico a ser apresentado, trabalhado e discutido com o intuito de ser compreendida em sua essência, além de perpassar a sua relação com outros assuntos. A posição do PROAD é, pois, a de considerar a Redução de Danos como um paradigma que permeia todo o seu trabalho e não um modelo que se opõe às estratégias que visam a abstinência de drogas<sup>3</sup>.

Contrapondo-se à política de proibição de álcool e outras drogas introduzida, sobretudo pelos Estados Unidos, desde o início do século XX, a Redução de Danos remonta ao ano de 1926, quando um comitê de médicos, presidido pelo inglês Humphry Rolleston (1862-1944):

*... concluiu que a heroína e/ou a morfina deveriam ser validadas como forma de tratamento e disponibilizadas a quem desejasse e – uma decisão que se traduziu numa abordagem mais pragmática e humana dos problemas associados ao uso de drogas e se tornou um marco na história da redução de riscos.*<sup>4</sup> (parágr. 1)

### O PROAD e a Redução de Danos

No Brasil, a Redução de Danos completou 30 anos em 2019. De acordo com Logan<sup>5</sup>, o marco foi em 29 de novembro de 1989, data de início de um programa governamental do município de Santos, Estado de São Paulo, para evitar

<sup>IV</sup> Edward MacRae, formado em Psicologia Social e mestre em Sociologia Latino Americana, ambos pela University of Essex, doutor em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo (USP), Professor Associado do Departamento de Antropologia e Etnologia e pesquisador associado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), ambos da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

a transmissão da aids entre usuários de drogas injetáveis (UDIs).

Ainda que a Constituição<sup>6</sup> de 1988, em seu artigo 196, já descrevesse a saúde como um direito de todos que deve ser garantido pelo Estado “mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, a iniciativa da Secretaria Municipal de Santos, de fornecer seringas e agulhas descartáveis para a prevenção do HIV entre UDIs, foi interpretada como crime de incentivo ao uso de drogas e, por isso, foi interrompida pelo Ministério Público<sup>7</sup>.

Nesta mesma linha, como alternativa à distribuição de seringas entre usuários, o PROAD iniciou um trabalho pioneiro na cidade de São Paulo, com *outreach worker*, em que os usuários de drogas deste Programa passaram a ir a campo implantar estratégias de prevenção e Redução de Danos junto a usuários de drogas que não procuravam serviços de assistência. Desta forma, em 1991, os pacientes atendidos pelo serviço foram treinados para distribuir hipoclorito de sódio e orientar os UDIs a desinfetarem suas seringas e a não compartilharem seus equipamentos de injeção com outros usuários<sup>8</sup>.

Em 1994, com o estabelecimento de um convênio com o Ministério da Saúde (via Coordenação Nacional de DST e AIDS), o PROAD passou a coordenar ações preventivas relacionadas ao abuso de drogas e à infecção pelo HIV em âmbito nacional, com subsídios da *United Nations Drug Control Programme* (UNDCP) (hoje *United Nations Office on Drugs and Crime* – UNODC) e do Banco Mundial.

No Encontro denominado “SOS Crack”, organizado em 1998 pelo então Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN-SP), atualmente

Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED-SP), o PROAD apresentou um estudo pioneiro no Brasil, referente ao fenômeno observado entre usuários de *crack* que procuraram tratamento e referiram, nas primeiras consultas, a utilização de maconha como uma forma de atenuar os sintomas de abstinência do *crack*<sup>9</sup>. Ao longo de um período de nove meses, os pesquisadores acompanharam um grupo-piloto de 25 pacientes do sexo masculino, com idades entre 16 e 28 anos, gravemente dependentes de *crack*, diagnosticados pela Entrevista Diagnóstica Internacional Composta (CIDI), de acordo com os critérios de diagnóstico CID-10 e DSM-IV. A maioria dos indivíduos (68%) deixou de usar *crack* e relatou que o uso de *cannabis* reduziu seus sintomas de “fissura” e produziu mudanças subjetivas e concretas em seu comportamento, ajudando-os a superar a dependência de *crack*. Aspectos psicológicos, farmacológicos e culturais desses achados também passaram a ser amplamente discutidos<sup>10</sup>.

Ainda em 1998, ano marcado por um grande desenvolvimento das estratégias de Redução de Danos no Brasil, o PROAD participou<sup>v</sup> da organização da IX Conferência Internacional de Redução de Danos, realizada na cidade de São Paulo. O evento enfocou experiências desenvolvidas no âmbito da Redução de Danos, em diferentes contextos socioculturais, contando com a presença de mais de 50 países e mais de 1.000 pessoas. Na abertura do evento, no Palácio dos Bandeirantes, foi anunciada a regulamentação da Lei nº 9.758, de 17 de setembro de 1997<sup>11</sup>, em vigor até hoje, que autorizou a Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis. Em outubro, a mesma psicóloga da equipe do PROAD participou da criação da Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC).

<sup>v</sup> Representado por Mônica Gorgulho, psicóloga de sua equipe.

No 1º Fórum Nacional Antidrogas, em novembro de 1998, realizado em Brasília pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) - atual Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas -, as “Estratégias de Redução de Danos” constaram no relatório do evento, pela primeira vez no Brasil como uma das políticas públicas para o enfrentamento da questão das drogas<sup>12</sup>. No ano seguinte, a SENAD, por meio de sua Subsecretaria de Prevenção e Tratamento<sup>VI</sup>, lançou a publicação “Um Guia para a Família”<sup>13</sup> redigida pelo coordenador do PROAD e colegas<sup>VII</sup>, com orientações e informações centradas na Redução de Danos.

Em 1998, o PROAD já contava com um grupo de acolhimento de Redução de Danos dentro de sua sede. Esse grupo era voltado para usuários de drogas ilícitas, entre 18 e 25 anos, que não desejavam, em princípio, interromper o uso de drogas, mas discutir formas de uso controlado com o objetivo de realizá-lo com o menor risco possível. Observava-se que vários dos frequentadores do grupo acabavam posteriormente por se engajar no tratamento visando abandonar o uso de drogas<sup>1</sup>.

O Grupo de Redução de Danos do PROAD nasceu dos grupos de acolhimento a dependentes implantados em 1994, cujas estratégias foram aos poucos sendo ampliadas com base na Redução de Danos e nos dados colhidos a partir da interação entre pacientes e terapeutas. A partir da prática foi observado que pacientes com quadro graves de dependência de drogas, que já haviam se submetido aos mais diversos tipos e modalidades de tratamento, aderiram com maior facilidade a uma proposta ambulatorial com enfoque em Redução de Danos por se sentirem mais aceitos por suas escolhas, uma vez que o uso de drogas não era a principal característica a defini-los<sup>14</sup>.

<sup>VI</sup> Então coordenada por Telva Barros.

<sup>VII</sup> Dartiu Xavier da Silveira, junto a Evelyn Doering da Silveira.

<sup>VIII</sup> Por iniciativa de Thiago Fidalgo, médico membro da equipe.

<sup>X</sup> Dartiu Xavier da Silveira.

Em 2003, o PROAD reestruturou seu Programa de Redução de Danos de disponibilização de seringas aos usuários de drogas injetáveis. Foram identificados, na rede de pacientes atendidos pelo serviço, aqueles com potencial para atuarem como voluntários. Esses pacientes podiam ser UDIs, ex-UDIs ou, ainda, usuários de drogas que tinham inserção na rede social da população-alvo; a partir dessa identificação, esses redutores de danos (agentes de saúde) foram capacitados pela equipe do PROAD e por profissionais colaboradores para abordar usuários de drogas injetáveis, distribuir seringas e agulhas estéreis descartáveis, promovendo práticas de uso seguro de drogas e aconselhamento para a prática de sexo de baixo risco<sup>1</sup>.

A iniciativa da UNIFESP, de sediar, dentro do PROAD, um programa de distribuição de seringas, foi uma ação pioneira inovadora entre as universidades do Estado de São Paulo<sup>8</sup>.

A Redução de Danos pode ser considerada uma abordagem de extrema utilidade não apenas para dependentes, mas em diversas outras áreas da saúde. Neste sentido, o PROAD instituiu<sup>VIII</sup>, na Escola Paulista de Medicina, em 2004, a Liga Acadêmica de Farmacodependência, destinada à formação de estudantes universitários de diversas áreas, com ênfase em Redução de Danos e multidisciplinariedade.

Em setembro de 2005, sob a presidência do coordenador do PROAD<sup>X</sup>, foi fundada a Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD), em apoio às políticas de Redução de Danos, promovendo, desde então, eventos com debates científicos abrangentes de cunho multidisciplinar, inclusivos e colaborativos com a comunidade. A fundação da ABRAMD foi uma iniciativa de diversas instituições brasileiras, em resposta à hegemonia, então vigente, de uma abordagem predominantemente repressiva e

punitiva, cientificamente questionável, da farmacodependência. A fundação da ABRAMD somente foi possível graças ao empenho e dedicação de renomados profissionais<sup>x</sup> do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e da Unidade de Dependência de Drogas (UDED), ambos da UNIFESP, e do Programa da Mulher Dependente Química da Universidade de São Paulo (PROMUD/USP).

Com financiamento do Ministério da Saúde, o PROAD:

- realizou, em 2007, Curso de Especialização em Dependências, com enfoque na Redução de Danos, para 50 profissionais de nível superior de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) e outros centros de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana e Grande São Paulo.

- publicou, em 2008, o material intitulado “Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde”<sup>15</sup> com tiragem de 17 mil exemplares a serem distribuídos aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-ad, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi) do Brasil. Nesta cartilha são feitas reflexões sobre a prevenção ao uso indevido de drogas, apresentados os aspectos históricos da Redução de Danos, especificados os tipos de estratégias para drogas ingeridas (incluindo o álcool), drogas inaladas/aspiradas e drogas fumadas, bem como explicitadas as relações entre a Redução de Danos e a legislação penal<sup>16</sup>.

Em junho de 2016, foi criado, dentro do PROAD, o TransSetor<sup>xi</sup>, composto por uma equipe multiprofissional voltada exclusivamente para

atendimento de pessoas transgêneras, transexuais e travestis com problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas. Oferecer esse serviço significa que essa parcela da população, usualmente discriminada e marginalizada, passa a ter um espaço garantido para ser atendida com respeito e dignidade, sem se preocupar se irá sofrer algum tipo de preconceito. Ademais, se configura em um espaço no qual os problemas com álcool e drogas são o foco principal, mas que os profissionais também levam em consideração as especificidades dos transgêneros no âmbito da atenção à saúde<sup>17</sup>.

Em maio de 2020, foi publicado artigo<sup>18</sup> sobre administração de metilenedioximetanfetamina (MDMA), como adjuvante no tratamento de pacientes que haviam sofrido abuso sexual, estudo que contou com a participação de membros do PROAD<sup>xii</sup>.

### Considerações finais

Como é possível notar, a atuação do PROAD é conduzida levando-se em conta os princípios da Redução de Danos. Além disso, considera que a descriminalização das drogas (despenalizar - não mais tornar alvo de sanção penal - o indivíduo que usa ou porta a droga para uso próprio, independente do tipo de relação com a substância), seria uma importante medida de Redução de Danos, pois, por um lado, poderia ser fator de integração do usuário de drogas ilegais na sociedade e, por outro, acabaria com o estigma marginalizante da droga que os cerca<sup>1</sup>.

A procura de estados alterados de consciência, através do uso de drogas, permeia toda a história da humanidade. Se alguns indivíduos usam estas substâncias para ampliarem sua visão de mundo, outros o fazem para lidar com o mal-estar da atual civilização. Para alguns, as drogas são

<sup>x</sup> Elisaldo Carlini, do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID/UNIFESP); Maria Lucia Formigoni, da Unidade de Dependência de Drogas da Universidade Federal de São Paulo (UDED/UNIFESP); e Sílvia Brasiliano, do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química da Universidade de São Paulo (PROMUD/USP).

<sup>xi</sup> Por iniciativa dos médicos da equipe André Felipe Ferreira Martins e Juliana Alves.

<sup>xii</sup> Dartiu Xavier da Silveira.

um remédio, para outros, um veneno. O significado desta experiência pode se revestir de aspectos criativos, transformadores para a personalidade do usuário, ou de aspectos regressivos, levando o usuário à estagnação e tornando-o doente. O entendimento das sutilezas das diferenças destes processos não pode prescindir do olhar da Redução de Danos, como fez a ciência positivista no século XX ao abordar o tema das Drogas.

### Referências

1. Moreira FG, Silveira DX, Carlini EA. Posicionamento da UNIFESP sobre redução de danos: posicionamento do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD). *J Bras Psiquiatr.* 2003; 52:363-70. (on line). [acesso em: 20 jul 2020]. Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos-em-psiquiatria.pdf>
2. Fidalgo TM, Pan PM, Silveira DX. Abordagem da dependência química. UNASUS; s/d. (Apresentação). (on line). [acesso em 20 jul 2020]. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/4/unidades\\_casos\\_complexos/unidade20/unidade20\\_ft\\_dependencia.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/4/unidades_casos_complexos/unidade20/unidade20_ft_dependencia.pdf)
3. Moreira FG, Haiek R, Silveira DX. Redução de danos e o Proad: é hora de entender. *Blog do PROAD*; 2013. (on line). [acesso em 20 jul 2020]. Disponível em <http://blogdoproad.blogspot.com/2013/03/reducao-de-danos-e-o-proad-e-hora-de.html>
4. Harm Reduction International. Contexto. Prêmio international Rolleston. HR 19; 1 mai 2019. (on line). [acesso em: 20 jul 2020]. Disponível em: <https://www.hri.global/pt/awards-hr19>
5. Logan B, Hobuss I, Marques MDC. Aniversário da Redução de Danos - #25. 2017. (vídeo). (on line). [acesso em 20 jul 2020]. Disponível em: <https://youtu.be/cFgSaGBYtM>
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Assembléia Constituinte; 1988. (on line). [acesso em: 20 jul 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
7. Mesquita FC, Bastos FI. Drogas e aids: estratégias de redução de danos. São Paulo: HUCITEC; 1994.
8. Piconez e Trigueiros D, Haiek RC. Estratégias de redução de danos. In Silveira DX, Moreira FG. (orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. pp. 355-358.
9. Silveira DX, Labigalini E, Rodrigues LR. Redução de danos no uso de maconha por dependentes de crack. In: *SOS crack* – prevenção e tratamento. São Paulo: Conselho Estadual de Entorpecentes de São Paulo; 1998.
10. Labigalini E, Ribeiro L, Silveira DX. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *Journ. Psych. Drugs.* 1999; 31(4), 451-455.
11. Pollo-Araujo MA, Moreira FG. Aspectos históricos da redução de danos. In Niel M, Silveira DX. (Orgs.). *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* São Paulo: PROAD/UNIFESP, Ministério da Saúde; 2008. pp.11-19. (on line). [acesso em: 20 jul 2020]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos\\_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf)
12. Bastos FI, Mesquita F. Estratégias de Redução de Danos. In: Seibel SD, Toscano Jr A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. pp.181-190
13. Silveira DX, Doering-Silveira E. Um guia para a família. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), Presidência da República; 1999. (on line). [acesso em: 20 jul 2020]. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/um-guia-para-a-familia-serie-dialogo-no-1-senad-1999>
14. Delbon F. Redução de danos aplicada ao tratamento da dependência de drogas: achados de uma intervenção em grupo. In: Silveira DX, Moreira FG. (orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. pp.387-394.
15. Niel M, Silveira DX. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: PMSB; 2008. [(on line). acesso em: 20 jul 2020]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos\\_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf)
16. Cruz MS. A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas. SENAD; s/d. (on line). [acesso em: 20 jul 2020]. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>
17. Cocolo AC. Novo setor da UNIFESP oferece tratamento para álcool e drogas específico para transgêneros. UNIFESP; 2016. (on line). [acesso em: 7 jul 2020]. Disponível em: <https://www.unifesp.br/reitoria/dci/noticias-antiores-dci/item/2172-novo-setor-da-unifesp-oferece-tratamento-para-alcool-e-drogas-especifico-para-transgeneros>
18. Jardim AV, Jardim DV, Chaves BR, Steglich M, Ot'alora MG, Mithoefer MC & cols. 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for victims of sexual abuse with severe post-traumatic stress disorder: an open label pilot study in Brazil. *Braz J Psychiatry.* 2020. (on line). [acesso em: 20 jul 2020]. Disponível em: <http://www.bjp.org.br/about-the-authors/2044/en-US>

# Psicanálise e Redução de Danos: autonomia e mútua potencialização

*Psychoanalysis and Harm Reduction: autonomy and mutual potentialization*

Celi Cavallari<sup>1</sup>, Diva Reale<sup>II</sup>

## Resumo

Em São Paulo, os projetos baseados nos princípios de Redução de Danos tiveram início na capital, em 1988, com a pesquisa e intervenção do Projeto Bleach do Centro de Referência e Tratamento de DST/Aids e, com o Projeto de distribuição de seringas e agulhas em Santos, em 1989. A presença de duas psicanalistas neste projeto paulistano pioneiro e, posteriormente, entre 1991 e 1994 no Projeto Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e Aids constitui uma rara aproximação, na Saúde Pública, de campos teórico e práticos de caminhos independentes: a Psicanálise e a Redução de Danos. Investigar como esta aproximação pode amplificar as potências destas práticas é um dos principais objetivos deste artigo. Os projetos destacados trazem o compromisso ético com o incremento da autonomia de pessoas que sofreram prejuízos decorrentes de suas complexas condições de vulnerabilidade, amplificadas pelo abuso ou dependência de álcool e outras drogas e justificam a busca de opções, para além da clínica, que possam ganhar potência no cuidado singular e coletivo.

**Palavras-chave:** Redução de danos; Psicanálise; Clínica ampliada.

## Abstract

In São Paulo, projects based on the principles of Harm Reduction, started in the capital in 1988 with the research and intervention of the Bleach Project by STD/AIDS Reference and Treatment Center and with the project of distribution of syringes and needles in Santos in 1989. The presence of two psychoanalysts in this pioneering São Paulo project, and later, between 1991 and 1994 at Drug Abuse and AIDS Prevention Project constitutes a rare approximation in Public Health of theoretical and practical fields of independent paths: Psychoanalysis and Harm Reduction. Investigating how this approach can amplify the strengths of these practices was one of the main objectives of this article. The projects highlighted in this text bring an ethical commitment to increase the autonomy of people who have suffered losses due to their complex conditions of vulnerability, amplified by the abuse or dependence on alcohol and other drugs; and justify the search for options beyond the clinic, which can gain potency in singular and collective care.

**Keywords:** Harm reduction; Psychoanalysis; Extended clinic.

## Introdução

A Redução de Danos fez 30 anos no Brasil; foi motivada pela pandemia de aids e a urgência em prevenir a infecção pelo HIV em usuários de drogas injetáveis (UDIs)<sup>1</sup>. A legislação de drogas da época restringia severamente qualquer ação preventiva de maior eficácia envolvendo os usuários de drogas ilícitas; foi necessário adaptar os projetos às restrições típicas de uma política proibicionista<sup>2</sup>. A emergência da Redução de Danos imposta pela Aids, mesmo em países que tinham

<sup>1</sup> Celi Cavallari (celicavallari@outlook.com) é psicóloga pelo Instituto Unificado Paulista (IUP); psicanalista pelo curso de especialização em psicanálise coordenado pelo Prof. Dr. Fábio Landa e Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), atua na Clínica, é conselheira da Rede Brasileira de Redução de Danos e DH (REDUC) e consultora da Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil – Seção São Paulo (OAB-SP), membro da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD), da Rede Proteção contra o Genocídio Jovem, do Coletivo Intercambiantes Br e da Rede Nacional Feminista e Anti-proibicionista (RENFA).

<sup>II</sup> Diva Reale (divareale@gmail.com) é psiquiatra pela Universidade de São Paulo (USP), com formação independente em Psicanálise, Mestre em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP) e Estagiária do Hospital Marmmotan, em Paris. Coordenou o Projeto Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e Aids (PPUID-Aids/ERSA-2) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e concebeu e Coordena o Curso Independente "O Barato no Divã" no Instituto Sedes Sapientiae e Membro da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD).

tratamentos diferenciados para toxicômanos, também gerou polêmica, como no caso do hospital Marmottan, em Paris<sup>III,3</sup>.

O primeiro caso de HIV associado ao uso injetável de drogas, no Brasil, ocorreu em 1985, no Estado de São Paulo. Em 1988, formou-se uma comissão multidisciplinar no Centro de Referência e Tratamento da Aids (CRT-Aids), que se desdobrou no “Projeto Bleach – Educadores de Rua na Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs e Homossexuais”<sup>IV</sup>, no qual agentes de saúde orientavam UDIs a evitar o compartilhamento de agulhas e seringas, além de disponibilizar hipoclorito de sódio e outros insumos para a limpeza desses objetos<sup>4-5</sup>. Em 1989, o governo municipal de Santos foi impedido pelo Ministério Público de fazer a troca de seringas entre esses usuários, mesmo constatando-se que, em 1990, 18,2% dos casos de Aids desse município fossem atribuídos ao compartilhamento de insumos entre UDIs<sup>6</sup>.

Em 1991, foi instituído o Programa Permanente de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas pelo governo do Estado de São Paulo<sup>7</sup>, que integrou várias secretarias estaduais com ações preventivas. No Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA)<sup>8</sup>, nasceu o primeiro programa de troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis, em 1995.

Acreditamos que a relação entre a Redução de Danos e Psicanálise teve o efeito de potencializar os resultados e a eficácia desta

iniciativa, nas poucas experiências conhecidas, quando foi possível mutuamente mesclar estratégias advindas de ambas<sup>9</sup>. Andrade, é um exemplo desta associação, por meio de uma pesquisa feita num centro de saúde localizado no Pelourinho, em Salvador – Bahia, que atendia usuários de drogas (UDs). Uma escuta psicanalítica realizada na sala de espera permitiu trazer à luz aspectos singulares e sensíveis da população de UDIs, experiência também estudada epidemiologicamente; um dos grandes méritos desta pesquisa foi justamente o seu caráter quali-quantitativo<sup>10</sup>.

Este e outros projetos pioneiros de Redução de Danos se efetivaram por meio da aproximação e interpenetração de modelos. No caso baiano, uma “mixagem” entre programas de Atenção Básica e o atendimento aos UDIs, algo incomum e geralmente circunscrito a alguns dos poucos serviços especializados no tratamento de toxicomanias e adicções. A construção deste novo campo – formado pelo conjunto de ações, intervenções, atitudes, políticas e legislações embasadas em princípios, visando a maior inclusão social de UDIs, que se denominou como Redução de Danos – buscou, em outros saberes e práticas de cuidado, as formas de se viabilizar ações visando a redução das infecções de HIV entre este público (**Quadro 1**).

A aproximação da Psicanálise aos projetos de Redução de Danos se constituiu nas relações de confiança, como as supervisões clínico-institucionais, ou quando psicanalistas fizeram formação de redutores de danos e de profissionais da rede pública<sup>V</sup>. Na forma livre da relação entre supervisor e equipes, a Psicanálise pode ser transmitida no exame de situações concretas trazidas pelos profissionais de saúde e protagonistas de relações formadas em

<sup>III</sup> Conforme abordado no livro de Reale e Cruz “Toxicomania e Adicções: a clínica viva de Olíevenstein”, de 2019<sup>3</sup>.

<sup>IV</sup> Ambas as autoras desse capítulo fizeram parte do Projeto “Bleach – Educadores de Rua na Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs e Homossexuais”, realizado pelo Centro de Referência de Aids do Estado de São Paulo, em fases distintas do mesmo.

<sup>V</sup> Celi Cavallari ministrou formação em Redução de Danos para os profissionais de serviços municipais de saúde na área de aids da cidade de São Paulo e realizou supervisão psicanalítica de todas as equipes desses serviços durante o ano de implantação de Redução de Danos com os usuários entre 2002 e 2003.

Quadro 1 - Modelos de Ação Frente ao Uso de Drogas<sup>11</sup>

MODELOS	PROIBICIONISTA	REDUÇÃO DE DANOS
- Problema enfocado:	o uso de drogas em si	danos/ usos de drogas
- Política de drogas:	"guerra às drogas"	Tolerante/pragmática
- Prioridade:	Repressão ao uso de drogas ilícitas e tráfico	Redução de danos à saúde individual e coletiva
- Postura em relação à droga:	Moralismo; estigmatização UD	Realística/ pragmática
- Papel/ posição do Estado	Controle abusivo do cidadão	Provê serviços p/ UDs, Apoia organizações de UDs, prega direitos dos UDs
- Prevenção de drogas:	"sociedade livre das drogas"	Dano/risco associado ao abuso
- Sistema de atenção à saúde/ Serviços	Atendimento médico individual "alta exigência"*: abstinência	Vários tipos de serviços, "baixa exigência"*: com busca ativa***
- Objetivos:	Abstinência	Reduzir danos e riscos
- Prevenção de aids entre UDs/UDIs	dificultada por restrições legais	articulada como prioridade de saúde pública

\* e \*\* "Alta ou Baixa exigência": refere-se a critérios mais ou menos restritos de inclusão de pacientes UDs no tratamento da dependência ou de outros cuidados de saúde. \*\*\*"Busca ativa" de usuários de drogas em seu meio [agentes saúde, "redutores de danos"].

rede – preventivas, terapêuticas e redutoras de danos – no dia a dia dos trabalhadores destes serviços.

### **Jogos de identificação: a escuta e olhar psicanalítico de uma prática de Redução de Danos**

A experiência compartilhada no Projeto de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas (PPUID), desenvolvido na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pelas autoras deste texto<sup>vi</sup>, permitiu que recuperássemos o encontro da Psicanálise com os princípios da Redução de Danos, presentes nesse projeto.

Um dos produtos deste projeto foi o texto "Jogos de Identificação e seu Papel na Prevenção Especializada"<sup>vii,12</sup>, no qual foi usado um recorte psicanalítico para investigar qualitativamente trocas afetivas ocorridas nas relações entre as educadoras de rua e os usuários de drogas participantes do projeto PPUID<sup>13</sup>. Nele podemos encontrar um caráter misto ou interdisciplinar<sup>14</sup>,

pois é uma elaboração por escrito da leitura psicanalítica feita das dinâmicas relacionais entre duplas e grupos, estabelecidos de modo mais estável ou pontualmente, durante o trabalho de campo das educadoras de rua junto a uma rede de usuários de drogas em seu meio. A supervisão dessas dinâmicas tinha o intuito de garantir a singularidade na escuta e na interpretação sobre cada pessoa contatada e também de estabelecer dispositivos preventivos mais sensivelmente capazes de serem transmitidos e disseminados entre os UDs e também multiplicados por eles.

A elaboração desse texto visava à época compartilhar a experiência desse trabalho original de campo e explorar as potencialidades desse aprendizado para outras áreas de atuação com usuários de drogas, como o do tratamento das toxicomanias e adições. Sua reprodução parcial hoje visa demonstrar o potencial amplificado dessa mestiçagem, interdisciplinar que a psicanálise aporta a outras práticas e campos<sup>15</sup> e cuja presença ainda hoje permanece pontual e pouco reconhecida.

Objetivava-se com o estudo elucidar a compreensão de possíveis mecanismos de

<sup>vi</sup> Diva Reale, é autora e coordenadora do Projeto de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas (PPUID) e Celi Cavallari trabalhou como assistente de coordenação deste, na condição de psicanalista supervisora, entre 1991 e 1993.

<sup>vii</sup> Trabalho de autoria de Diva Reale apresentado no Simpósio: "Aids e Uso de Drogas Injetáveis", organizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro, em agosto, 1992; utilizamos a versão da autora, não publicada <sup>12</sup>.

transformação que poderiam estar subjacentes às intervenções preventivas e postas em ação, nas relações entre educador de rua e usuário e drogas. Um último esclarecimento sobre a escolha do nome: “jogos de identificação” foi usado para designar o produto da análise das interações que foram relatadas nas supervisões, bem como das interações que ocorreram entre membros da coordenação e os usuários atendidos pelo projeto. Buscávamos respostas às seguintes questões: quais as representações subjacentes à conversa? - que funções afetivas tais representações desempenhavam em seu uso de drogas e na sua relação com os diferentes “outros” (amigos, chefes, médicos, pai, mãe, parceiro (a), etc.)?

#### **Primeiro contato: e se vocês forem “ratos”?**

R., 21 anos, era um jovem usuário de álcool, maconha e cocaína. No primeiro contato com as educadoras estava ameaçado/ameaçador: “Vocês vieram num carro azul e o estacionaram a três quadras daqui”. Com esta frase de abertura ele estabeleceu o clima e o problema daquele encontro. R. já sabia “coisas” sobre elas, prévias ao contato; ele observara seus passos sem que elas percebessem; posteriormente, ele revelaria ter ficado muito “ligado” naquele primeiro encontro, pois L. (educadora) chamou-o pelo nome antes que ele tivesse sido apresentado a ela; e complementaria que já tivera problemas no passado com “mulheres bonitas, comíveis”, que eram, na verdade, informantes da Polícia (“ratos”).

Sua atitude, no grupo, era de deboche, aquele que “zoa”, que é mais ousado, mais rebelde, com falas escancaradas sobre o uso e o tráfico, paradoxalmente se expondo. Um certo dia, ele se “abriu”: descreveu a mãe na infância

como alguém cruel com ele, que o deu, que o abandonou, que o maltratou; falava com ódio e mágoa, afirmando, inclusive, que tivera até o desejo de matá-la. Mas, ao tentar explicar o porquê de não a ter matado, não encontrou palavras. Noutra momento, revelou: “os assaltos eu não fazia por dinheiro, não precisava disso, tinha quanta droga quisesse... fazia por prazer”. Suas ações antissociais foram descritas como atos de prazer, reiterando o caráter desafiador. Talvez esse traço pudesse estar relacionado com uma certa “tendência antissocial”<sup>16</sup>. Queixou-se, nos encontros seguintes com as educadoras, de suas dificuldades com mulheres: “Sempre sou eu quem me apaixono; elas nunca querem; transo uma vez e já estou caído. Começo a cobrar, exigir ... e elas caem fora”.

Aos poucos, foi possível reconhecer que suas principais preocupações não eram nem o uso de drogas, nem as atividades ilícitas, nem a falta de trabalho, mas as afetivas. Um tempo depois, contou: “estou estudando para prestar um concurso público”; “estou muito sem dinheiro (pois deixara as atividades de tráfico e dos assaltos), tentando dar um tempo com as drogas”. Neste período, procurou as educadoras algumas vezes à tarde, fora do bar, para conversar “dar um tempo para a cabeça”; afinal “a pressão era grande, para ficar em casa estudando direito”. Ele sumiu por um período e as educadoras receberam a notícia de que, além de manter os estudos, começara a namorar, que tinha dado um tempo das drogas; por isso, dava um tempo da turma de usuários acompanhados pela equipe – enquanto aguardava ser chamado no concurso que havia passado, como escriturário do setor administrativo da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, justamente onde a equipe do projeto era lotada.

### O que poderia ter acontecido?

A discussão feita à época propunha relacionar a boa evolução da trajetória de R. ao efeito “terapêutico” – efeito benéfico não buscado intencionalmente – favorecido pelo vínculo formado com as educadoras. Tal efeito pode ser entendido como resultado de algo similar ao que se conhece como transferência<sup>17</sup>, em Psicanálise. A capacidade das educadoras de sustentar a relação sem retaliar as forças disruptivas que puderam ser expressas discursivamente, sem a necessidade de atuá-las em ações igualmente disruptivas, pode ser relacionada a este impacto positivo na guinada que R. deu a sua vida naquele período. É possível conceber que a principal “desintoxicação” que aconteceu com R. foi menos relacionada à interrupção do uso de drogas em si e mais à redução das toxicidades internas, relacionadas por ele à sua história de abandono. O ódio e mágoas profundos, relacionados a este fato narrado, podem estar na origem de sua vulnerabilidade que se revelava na relação turbulenta e fracassada com as mulheres, além da adoção de um estilo de vida transgressor.

É provável, seguindo em nossa explicação hipotética, que R. tenha encontrado na figura das educadoras a chance de poder ser bom frente a figuras femininas que o aceitaram e permaneceram se relacionando com ele; talvez, elas tenham inaugurado ou resgatado para R. a possibilidade de arriscar-se a sair do campo defensivo a que estava acostumado – ou aprisionado – e construir uma imagem positiva de si próprio.

Talvez, passasse a existir a possibilidade de gratificação (prazer) numa relação positiva. Diminuídas as suas ansiedades persecutórias diante da “figura feminina-cruel”, seu contato tornou-se menos tempestivo e impulsivo,

permitindo que arrumasse uma tão desejada namorada.

A figura arcaica e terrivelmente ameaçadora – aquela representação da “mãe-que mereceria-ser-morta” – pôde ser, em algum grau, relativizada pela experiência positiva, numa relação de confiança atualizada com as educadoras. Desta atualização sem repetição, soluções novas puderam ser arriscadas. Esta hipótese parece ter sido corroborada, visto que este rumo tomado por R. permaneceu estável pelos 3 anos seguintes em que o projeto foi mantido.

### Uma última representação merece destaque: “uso responsável”

Esta representação do uso do “uso responsável” oferece um valor heurístico, pois alinha-se a um aspecto seminal da Redução de Danos e que se propõe a ampliar as soluções existenciais positivas que as pessoas usuárias de drogas buscam para si, indo além do binômio abstinência é igual a saúde *versus* uso de drogas é igual a doença. Logo nas primeiras semanas do trabalho de campo, C. apresenta às educadoras a um jovem D., 28 anos, que se destaca do grupo. D. tem uma escolaridade maior do que a maioria do grupo (possui Ensino Médio completo) e a profissão de vendedor. É um dos únicos que já foi casado oficialmente e agora está separado e tem dois filhos para os quais paga uma pensão combinada.

Numa tardezinha, estavam reunidos mais ou menos sete desses jovens, num bar, com as educadoras e animadamente conversavam. D. e C. estavam presentes e brindavam à formação do “nosso grupo”. A umas tantas, “rolou” uma conversa sobre drogas – D. faz questão de se distinguir dos demais quanto ao uso de drogas. Justifica esta distinção, usando a expressão “uso responsável”. Explica: alguém que

usa drogas e trabalha, cumpre com suas obrigações; é diferente de quem usa drogas e não tem obrigação nenhuma. “Ser responsável implica em trabalhar”, esclarece D., e ele trabalha.

Esta ideia de “uso responsável” parece ter calado fundo nos presentes. Ninguém argumentou ou refutou. Instaurou-se um dito cujos efeitos seriam revelados *a posteriori*.

D. havia oferecido ao grupo uma identidade restauradora: o trabalho passou a ser um elemento purificador dos aspectos negativos associados ao uso de drogas. Uma solução vantajosa, se comparada à abstinência total das drogas, correntemente conhecida como o único caminho de construção de papéis sociais positivos e almejavéis –. “ascetismo” este que não oferecia uma compensação vislumbrável pelo grupo.

Assim, “ecos” ocorreram, mostrando que alguns iniciaram movimentos na direção de modificar seu consumo de drogas recente. Mas, isto é uma história para outro momento.

### **Lições aprendidas: encontro com a psicanálise e potencialização transformativa da Redução de Danos**

A escuta atenta às narrativas das falas dos usuários, feita pelas educadoras e desenvolvida no acompanhamento sistemático dos relatos dos trabalhos de campo, por meio das supervisões realizadas por psicanalistas, possibilitaram resultados psicossociais significativos e mudanças na vida, para algumas pessoas e grupos abordados.

Este método de abordagem de Redução de Danos com compreensão psicanalítica complementar, sem exigência de abstinência *a priori*, demonstrou a viabilidade de ações preventivas, de mudança de atitudes e, em alguns casos, também a elaboração de sintomas. O benefício

alcançado evidencia que não apenas os usuários de drogas injetáveis podem ser alcançados, mas também as pessoas usuárias de drogas, em geral.

Reale<sup>18</sup> aponta que, embora fosse indiscutível a necessidade de prevenção da Aids entre UDIs, a Redução de Danos associada aos usos de drogas é muito mais abrangente; por isso, devido ao Ministério da Saúde ter reproduzido acordos internacionais proibicionistas, terminou por postergar as ações que reduziram prejuízos associados ao uso de drogas e que poderiam ter eficácia na diminuição de problemas relacionados ao uso.

Já no início da década de 1990, em trabalhos nacionais e internacionais<sup>19-20</sup> demonstramos a necessidade da ampliação de ações preventivas para usuários de drogas não injetáveis, foco principal no Brasil até mesmo para prevenção à infecção pelo HIV; e, somente nos últimos anos a Organização das Nações Unidas (ONU)<sup>21</sup> tem tomado iniciativas nessa direção.

No ano de 1995, uma assistente social<sup>viii</sup>, que fora uma das educadoras do PPUID, elaborou e coordenou o Projeto Aids e o Uso de Droga Injetável (Projeto UDI), na Associação para Prevenção e Tratamento da Aids (APTA)<sup>22</sup>, uma organização não governamental, localizada na cidade de São Paulo. A APTA, coordenada por Teresinha Reis Pinto, foi a primeira Organização Não Governamental (ONG), no município de São Paulo, a incluir Redução de Danos para UDIs e para todos os projetos preventivos desta ONG: “Aptateen” (sobre protagonismo de adolescentes), “Barong”, “Caminhoneiros”, “Rua Paim” (dirigido a profissionais do sexo), de Educação Preventiva em DST/aids, de formação continuada e o projeto do “Encontro Nacional de Educadores

<sup>viii</sup> Cristina Maria Brites.

<sup>ix</sup> Celi Cavallari.

para a Prevenção de DST/Aids e Drogas (EDUCAIDS), que teve 14 edições.

Para supervisionar a equipe a coordenadora do projeto UDI convidou a psicóloga e psicanalista<sup>X</sup> que havia sido supervisora no PPUID. No projeto UDI, agentes de campo, que contataram redes de usuários de drogas, passaram a fazer ações de Redução de Danos, tanto com trocas de seringas com usuários de drogas injetáveis, como com orientações preventivas para todos os usuários e parceiros sexuais acessados.

Em 1998, a equipe do Projeto UDI retirou-se da APTA. Posteriormente, Cristina Brites e Andrea Domanico inauguraram o É de Lei<sup>23</sup>, considerado o primeiro Centro de Convivência para pessoas usuárias de drogas do Brasil. Desde o início, este Centro tem feito importantes e diversificados trabalhos na área de Redução de Danos e Direitos Humanos, além de contribuir com a formação e a ampliação do conceito de Redução de Danos no Brasil.

Apenas em 2003, a Redução de Danos foi incluída na área de Saúde Mental, como lógica ampliada e compatível com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Refletindo a predominância de uma mentalidade proibicionista dentro da Saúde Mental, a atenção ao usuário de drogas tinha, até então, ficado restrita, na medida em que o único tratamento oferecido permanecia pautado predominantemente na abstinência. A partir da epidemia de Aids, como afirmamos, e com a estratégia de Redução de Danos, o uso de drogas retornou às práticas de cuidado em saúde em outra perspectiva: mesmo que as pessoas continuassem a usar drogas, poderiam se prevenir da transmissão de doenças.

Os redutores de danos acessavam os usuários que não chegavam aos equipamentos de saúde e estabeleciam vínculos de confiança que serviam para constituir uma nova ligação entre

esses usuários e os serviços de saúde. Essa extensão dos serviços de saúde, que passaram a se esmerar para acessar os usuários em seu meio, inaugurou no âmbito coletivo o mesmo significado de amparo e aproximação que o gesto de estender a mão carrega no plano individual. No intuito de implantar esta nova perspectiva junto aos profissionais de tratamento, foi necessário ampliar o entendimento e possibilitar que aceitassem a profunda transformação dos pressupostos que orientaram por várias décadas a lógica do tratamento da dependência. Para isso se efetivar, foi necessário muitas vezes não apenas treinamentos e formação convencional – transmissão de informações científicas produzidas –, mas outras possibilidades transformadoras de compreensão, como a promovida pela supervisão clínico institucional psicanalítica. Elaborar os efeitos de décadas de mentalidade proibicionista não se faz por apreensão exclusivamente racional, é necessário elaborar os afetos e emoções que foram moldados pelo medo e pelos tabus associados aos usuários de drogas e rever papel de controle delegado aos profissionais. Incluir a tolerância, a confiança e a esperança de obter alguma transformação significativa é resultado de uma conjunção incomum e inovadora de estratégias e posturas diante da desmedida vulnerabilidade, às vezes extrema, que os usuários excluídos de múltiplos direitos sofrem. Os profissionais precisaram receber formação e supervisão para trabalhar com Redução de Danos, acolhimento e cuidado, mesmo que o usuário não quisesse ou não conseguisse ficar abstinente.

Esta perspectiva foi assimilada no momento da estruturação nacional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Houve a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), com a proposta de

oferecer um projeto terapêutico singular de cuidado para cada usuário; também foram implantados os consultórios na rua e as residências terapêuticas. Estes serviços de portas abertas, adotam a recepção do usuário com um olhar individualizado; prática que tornou ainda mais evidente a necessidade de se aprofundar um trabalho que reconheça a complexidade de cada pessoa.

Novamente o repertório da Psicanálise volta à cena, pois esta é concebida para assegurar o tratamento pela palavra e pela presença sensível, numa relação terapêutica sustentada, viabilizando uma clínica do inconsciente capaz de possibilitar uma escuta individualizada e a elaboração de processos complexos que respeitem as escolhas por outras maneiras de viver.

Há altas compatibilidades entre a Redução de Danos e a Psicanálise, pois ambas buscam a interlocução e o profundo respeito às particularidades do outro e à autonomia que possibilitam o processo de reconhecimento e consideração pelas demandas pessoais, por vezes, terapêutico; com acolhimento, escuta aberta e disponibilidade ao novo. A meta, em ambos os casos, busca contribuir para o aumento da capacidade de autorregulação e de autoconhecimento.

Ao longo desses trinta e dois anos, pudemos testemunhar um percurso no qual o encontro entre a Redução de Danos e a Psicanálise tem sido gerador de uma maior potência transformadora quando praticadas em conjunto. Partilhar esta experiência motivou a escrita deste artigo.

### *Referências*

1. Mesquita FC, Bastos FI. *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: HUCITEC; 1994.
2. Cavallari CD, Sodelli M. Redução de danos e vulnerabilidades enquanto estratégia preventiva nas escolas. In

Seibel, S. *Dependência de drogas*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2010. pp.795-809.

3. Reale D, Cruz MS. *Toxicomania e adições: a clínica viva de Olievensteim*. São Paulo: Benjamin Editorial; 2019.

4. MacRae E, Reale D, Fernandez O. *Intervenções e pesquisas pioneiras em redução de danos*. In: Medeiros R, MacRae E, Adorno R. (Orgs.). *Livro do VI Congresso Internacional da ABRAMD de 2017*. Belo Horizonte: ABRAMD; (no prelo).

5. Cavallari CD, Pollo-Araujo MA. *A Redução de Danos no contexto proibicionista do Brasil*. In: Andrade ALM, Michelli DD, Silva EA, Reichert RA, Pinheiro BO, Lopes FM. (orgs.) *Drogas e comportamento humano: aspectos biopsicossociais do uso de substâncias psicotrópicas*. (no prelo).

6. *É de Lei. Do baque ao crack: 30 anos de Redução de Danos no Brasil*, São Paulo; 2019. (on line). [acesso em 20 out 2020]. Disponível em: <https://edelei.org/wp-content/uploads/2019/07/linha-do-tempo-menor2.pdf>

7. São Paulo (estado). Decreto n. 34.074 institui o Programa Permanente de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e dá providências correlatas. São Paulo; 29 out 1991. [acesso em 20 out 2020]. (on line). Disponível em: [https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1991/decreto-34074\\_29.10.1991.html](https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1991/decreto-34074_29.10.1991.html)

8. Bastos FI, Mesquita F. *Estratégias de Redução de Danos*. In: Seibel SD, Toscano Junior A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. pp.181-190.

9. Cavallari CD. *A clínica das toxicomanias*. In: Fernandez OFRL, Andrade MM, Nery Filho A. (eds.) *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; 2015. pp.203-210.

10. Andrade TM. *Condições psicossociais e exposição ao risco de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, em uma comunidade marginalizada de Salvador-Bahia*. (Tese). Universidade Federal da Bahia. Salvador; 1996. 161p.

11. Reale D. *O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade*. (Dissertação). Universidade de São Paulo. São Paulo; 1997. 216p.

12. Reale D. *Jogos de identificação e seu papel na prevenção especializada*. Simpósio: "Aids e Uso de Drogas Injetáveis" Rio de Janeiro: UFRJ; agosto, 1992.

13. Kirsch H, Reale D, Osterling J. *Hard-to-eeach or out-of-reach? São Paulo outreach workers and inner-city addicts*.

n: Kirsch H. (ed.). Drug lessons & education programs in developing countries. New Brunswick: Transaction Publishers; 1995. cap.16. p.219-232.

14. MacRae E, Reale D, Fernandez O. Intervenções e pesquisas pioneiras em redução de danos. In: Medeiros R, MacRae E, Adorno R. (orgs.). Livro do VI Congresso Internacional da ABRAMD de 2017. Belo Horizonte: ABRAMD; (no prelo).

15. Roudinesco E. Dicionário amoroso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 2019. 259p.

16. Winnicott DW. Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes; 1987.

17. Laplanche J; Pontalis J. Vocabulário da Psicanálise. 5a ed. Trad. Tamen P. Lisboa: Moraes; 1970. p.668-678.

18. Reale, D. O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade. 216p. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo; 1997. p.177.

19. Reale D, Cavallari CD, Czeresnia I, Ferreira ACI, Brites CM, Puntchart L, Safer sex in drug users: how to get it? In: VIII International Conference on AIDS. Amsterdam; 1992. (Abstracts).

20. Cavallari CD, Reale D, Inglesi E, Puntchart L, Brites CM, Augusta A. Risk perception of HIV infection through sex in drug users". In 10° International Conference on AIDS/STD. Yokohama, Japan; ago 1994. (Program & Abstracts).

21. Organização das Nações Unidas (ONU). ONU lança guia sobre prevalência de HIV entre pessoas que usam drogas. (on line). [acesso em: 20 out 2020]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/84026-onu-lanca-guia-sobre-prevalencia-de-hiv-entre-pessoas-que-usam-drogas-estimulantes>

22. Reale, D. O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade. 216p. (Dissertação). Universidade de São Paulo. São Paulo; 1997. 173p.

23. É de Lei. Do baque ao crack – 30 anos de Redução de Danos no Brasil. (on line). [acesso em: 20 out 2020]. Disponível em: <https://edelei.org/do-baque-ao-crack-30-anos-da-reducao-de-danos-no-brasil/>

# Centro de Convivência “É de Lei”<sup>I</sup> e a Redução de Danos: 22 anos do “baque ao crack”

*The Centro de Convivência “É de Lei” and Harm Reduction: 22 years of “from syringes to pipes”*

Andrea Domanico<sup>II</sup>, Cristina Maria Brites<sup>III</sup>, Maria Angélica de Castro Comis<sup>IV</sup>

## Resumo

O Centro de Convivência “É de Lei” é o primeiro espaço de convivência para pessoas que usam drogas no Brasil, esse artigo tem como objetivo contar a história dessa organização da sociedade civil desde sua fundação nos anos 90 até os dias de hoje. Apresenta-se os diversos projetos desenvolvidos ao longo de vinte e dois anos, além de discutir sobre as mudanças institucionais vivenciadas no decorrer dos anos. O “É de Lei” têm se dedicado a defesa dos direitos das/os usuárias/os de drogas, criado tecnologias relacionadas aos insumos para prevenção das IST/HIV, promoção em saúde e contribuído para a disseminação da Redução de Danos em diferentes frentes: trabalho de campo, ensino, pesquisa, advocacy e comunicação.

**Palavras-chave:** Redução de danos; Uso de drogas; HIV/aids; IST.

## Abstract

The Centro de Convivência “É de Lei” is the first social space for people who use drugs in Brazil, this chapter aims to tell the story of this civil society organization from its founding in the 90s until today. The projects developed over the course of twenty-two years are presented, in addition to discussing the institutional changes experienced over the years. “É de Lei” has been dedicated to defending the rights of drug users, creating technologies related to inputs for STI/HIV prevention, health promotion and contributing for the dissemination of Harm Reduction on different fronts: fieldwork, teaching, research, advocacy and communication.

**Keywords:** Harm reduction; Drug abuse; HIV/AIDS; STI.

## Introdução - Como tudo começou?

### O projeto UDI

**N**a década de 1990, com a crescente epidemia do HIV/aids, o Ministério da Saúde criou uma área dentro da Vigilância em Saúde para agregar as ações políticas de prevenção e tratamento do HIV, a Coordenação Nacional de Aids. O Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das garantias constitucionais de 1988, ainda estava sendo regulamentado, portanto, os recursos para Saúde e a forma como seriam empregados estavam sendo discutidos e desenhados. A epidemia de aids exigia respostas rápidas e eficientes, sendo que em 1993 o Brasil fez um acordo com o Banco Mundial para receber recursos em

<sup>I</sup> In english: “It’s of Law”, it means something that always happens, it is an expression that drug users like to use to refer to the moment of use (“É da Lei” significa algo que sempre acontece, é uma expressão que o usuário de droga gosta de usar para se referir ao ponto de uso).

<sup>II</sup> Andrea Domanico (andreadomanico@gmail.com) é, psicóloga clínica, Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), redutora de danos e Professora Universitária da Pós Graduação da Universidade Anhembi-Morumbi e fundadora do Centro de Convivência “É de Lei”, em São Paulo, local em que é Supervisora do Projeto de Redução de Danos e Membro do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Centro de Convivência “É de Lei”.

<sup>III</sup> Cristina Maria Brites (britescbrites@gmail.com) é assistente social, Mestre e Doutora em Serviço Social pela PUC-SP Professora Associada da Universidade Federal Fluminense (UFF) e Fundadora do Centro de Convivência “É de Lei”.

<sup>IV</sup> Maria Angélica de Castro Comis (mcomis@gmail.com) é psicóloga clínica e Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Docente, Supervisora Clínica, redutora de danos, Coordenadora Geral, de advocacy e Comunicação do Centro de Convivência “É de Lei”.

forma de empréstimos internacionais<sup>v</sup> para fomentar as ações de prevenção e tratamento do HIV/aids<sup>1</sup>.

A partir de 1994, o Ministério de Saúde passa a financiar diversas organizações para desenvolver ações de prevenção e tratamento do HIV/aids junto às diferentes populações que estavam se infectando em maior número, naquele contexto: os homossexuais masculinos, as profissionais do sexo e os/as usuários/as de drogas injetáveis<sup>1-3</sup>.

Naquele mesmo ano, um grupo de profissionais que atuavam com educação de rua na cidade de São Paulo se vincularam a uma organização não governamental (ONG) que trabalhava com prevenção e tratamento do HIV/aids para desenvolver um projeto de prevenção do HIV entre usuários/as de drogas injetáveis (UDI) que preconizava a troca de seringas usadas por novas.

Como parte de um trabalho de campo de busca ativa, a equipe começou a mapear os lugares de uso de drogas injetáveis no Centro da cidade de São Paulo para iniciar suas ações e, neste processo, identificou a necessidade de alguém que introduzisse a equipe nas cenas grupais de uso de drogas injetáveis, momento no qual foi convidada uma psicóloga<sup>vi</sup> para integrar a equipe com esta finalidade.

Assim, no início de sua implantação, o “Projeto UDI” contava com uma coordenação compartilhada entre uma assistente social<sup>vii</sup> e uma psicóloga e duas supervisoras, uma de campo e outra institucional. O projeto foi parcialmente financiado pelo Ministério da Saúde e recebia apoio institucional e material do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Com isso, se

assegurava a ajuda de custo para a equipe, e o fornecimento dos preservativos (disponibilizados pelo Ministério da Saúde) e dos kits para a injeção segura (dispensados pelo Programa Estadual). O kit era composto por um estojo de óculos, contendo frascos vazios para a diluição da droga, frascos de água destilada, sachês de álcool, seringas e folhetos informativos sobre o HIV/aids.

### A “caça” aos Injetáveis

De início, já no primeiro campo, no bairro do Brás, no município de São Paulo, estabeleceu-se uma conversa com um UDI que, de imediato, solicitou um kit, o “Kit Baque” (expressão para uso de droga injetável), conforme apelido dado pelas/os UDIs. Conhecido pelo apelido de Perna, foi o primeiro usuário do projeto, que, em 25 de janeiro de 1995, fez com a equipe sua primeira troca de seringas usadas por novas, devolvendo 7 seringas. Ele foi uma referência importante, já que nos remetia a uma realidade da época, o fantasma do HIV que estava percorrendo as cenas de uso. Perna relatou que muitas pessoas que usam drogas já estavam infectadas e que havia uma tendência de uso domiciliar para os que tinham domicílio, obviamente. Ou seja, as reuniões para o uso de drogas em grupo, as “festinhas”, tinham diminuído substancialmente por conta do medo do HIV e pelo fato de que alguns usuários já estavam infectados<sup>3</sup>.

Naquele contexto, o grande desafio do projeto era o de encontrar estes UDIs nos seus locais de uso e, mais uma vez, o percurso nos foi dado por outro usuário, que nos remeteu a dois lugares, os arredores de uma quadra de escola de samba e os arredores de uma casa de rock.

O projeto UDI contratou mais alguns membros da ONG que tinham afinidade com usuários de drogas e a equipe começou a frequentar os ensaios de uma escola de samba, a Colorados

<sup>v</sup> A partir de então, começou a se discutir e escolher as formas de financiamento tanto para Serviços Públicos de Saúde como para Organizações Não Governamentais.

<sup>vi</sup> A psicóloga Andrea Domanico, que ainda integra a equipe.

<sup>vii</sup> Cristina Maria Brites.

do Brás, localizada no bairro do Brás. Investiu-se nesta estratégia por aproximadamente seis meses, sem que se identificasse algum contato ou referência ao uso de drogas injetáveis na região.

A partir daí, houve uma reorganização das atividades, a equipe foi reduzida às integrantes da coordenação e investiu-se no trabalho de campo nos bares da região próxima à casa de rock. Foi lá, numa noite de intervenção de campo, que um UDI se aproximou e nos disse, quero este kit, porque “eu tomo baque”; e disse mais: “quero um trampo desse”. Assim, marcamos com ele uma reunião na ONG no dia seguinte e efetuamos sua contratação: com nosso primeiro redutor de danos UDI. Havíamos entrado em mais uma rede de UDIs. Após seis meses de campo, acabou a “caça”, era a hora de implementar as ações<sup>2-3</sup>.

### *Troca de seringas usadas por novas*

O projeto tinha como objetivo central “conter a disseminação do HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (hoje infecções sexualmente transmissíveis (IST)), entre usuários de drogas injetáveis”. Fazia-se ações de campo oferecendo a troca de seringas para as/os usuárias/as de drogas injetáveis e sua rede de interação social, além da oferta de preservativos e o acompanhamento para testagem de HIV. Fazíamos reuniões semanais para discussão das ações e supervisões, sendo uma mensal institucional, com a coordenação do grupo, e uma quinzenal, com a equipe de rua. A supervisão institucional se manteve até meados de 1998, a da equipe durou até 1997.

Podemos considerar que 1995 foi o ano da “caça” e os anos de 1996 e 1997 foram os de implementação das ações. A equipe do projeto aumentou, contratando vários UDIs como redutores para atuar em diversas frentes e horários. Por conta das restrições e do caráter autoritário

da lei de drogas da época (Lei no 6.368/1976<sup>4</sup>), todos os redutores de danos portavam, durante o trabalho de campo, uma carta do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), uma da Coordenação de Nacional e outra da Coordenação Estadual de Aids de São Paulo, afirmando o reconhecimento da troca de seringas como estratégia de prevenção ao HIV/aids, além de dispor de contato direto, via pager, com as duas coordenadoras, uma do projeto e outra do campo.

Mas, nem tudo foram flores para o desenvolvimento do projeto. Além da perseguição por uma parte da sociedade que considerava a estratégia de Redução de Danos como um incentivo ao uso de drogas, algumas dificuldades começaram a ficar muito evidentes.

A primeira dificuldade foi institucional, com a direção da ONG, já que o projeto estava ganhando visibilidade midiática (no canal MTV, em programas regionais de televisão e reportagens e artigos para jornais). Nestas reportagens, era a equipe do projeto que aparecia, sempre referenciando a ONG em questão, mas sem dar detalhes dos locais de trabalho; por conta disso, as entrevistas ou eram com as coordenadoras do projeto ou com as/os usuárias/os.

A segunda dificuldade deveu-se a uma recomendação para a equipe do projeto quanto à restrição da presença das/os UDIs na sede da ONG, transferidos para os horários em que não houvesse mais ninguém, além da própria equipe do projeto; ou seja, as reuniões deveriam ocorrer em momentos em que a ONG não deveria estar ocupada por outros grupos, pois a presença das/os UDIs poderia servir de mau exemplo para os/as jovens que frequentavam as outras atividades da instituição. Além disso, houve outras questões com relação à representatividade e administração financeira do projeto, situação que criou

um clima muito ruim entre a equipe do projeto e a própria ONG.

Diante de tais recomendações, a equipe do projeto se reuniu e decidiu que faria uma consulta ao agente financiador sobre poder mudar o local de execução do projeto, levando o financiamento que tinha recém-recebido no ano de 1998. A Coordenação Nacional de DST e Aids informou que o projeto deveria ser realizado até o fim na própria instituição que havia recebido o financiamento; ou seja, se saíssemos para outra instituição ficaríamos sem recursos para as nossas ações com UDIs. Conversando com a equipe do projeto decidimos que terminaríamos aquele financiamento e que iríamos “pensar” em outro local onde poderíamos alocar o projeto, sem tantas intervenções e questionamentos em relação ao perfil da equipe.

Assim, formada somente por usuárias/os de drogas, a equipe do projeto UDI começou a fazer reuniões nos locais de campo, discutindo com as/os UDIs sobre como deveria ser uma nova sede do projeto, quais atividades deveriam ser oferecidas, quem poderia participar, etc. Mas já tínhamos o novo nome para esse local, seria “É de Lei”. Este nome surgiu por sugestão da assistente social da equipe<sup>viii</sup> em uma das reuniões, por conta da expressão “É de Lei” ser muito usada pelas pessoas usuárias de drogas da época; “É de Lei tomar cerveja na sexta”, “É de Lei ouvir um *rock*”. Desta forma, após longas e cansativas reuniões decidiu-se pela criação do Centro de Convivência “É de Lei”, com o objetivo de garantir os direitos humanos e à saúde aos/às usuários/as de drogas.

### A articulação com o NEPAIDS e a fundação do “É de Lei”

Uma das coordenadoras do projeto UDI<sup>ix</sup>, estava fazendo o curso “Metodologia de Pesquisa em Aids”, oferecido e financiado pelo Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids (NEPAIDS), ligado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). Assim, diante dos entraves institucionais, solicitou-se uma reunião com a coordenação deste Núcleo, para a apresentação da proposta de abertura de um Centro de Convivência para usuárias/os de drogas, de forma a ser avaliada a possibilidade de articulação desta proposta com o NEPAIDS, que, de imediato, se dispôs a abrigar o projeto. Construímos uma proposta para criação do Centro de Convivência, cuja sede seria instalada no centro de São Paulo.

Começou então uma articulação com as coordenações nacional e estadual de aids para a efetivação de um Programa de Redução de Danos e no dia 5 de dezembro de 1998, o Centro de Convivência “É de Lei” foi fundado, na Rua 24 de maio, no centro da cidade de São Paulo.

Em 2000, a vinculação com o NEPAIDS foi interrompida de modo consensual entre as equipes, em decorrência de uma série de denúncias públicas sobre as Fundações de Direito Privado criadas sob a gestão do então Presidente Fernando Henrique Cardoso e que estavam fazendo arrecadação financeira no âmbito das instituições públicas. O NEPAIDS era um grupo de pesquisa ligado a uma universidade pública estadual, por isso, a coordenação deste núcleo ficou temerosa que o financiamento dos projetos desenvolvidos pelo É de Lei fosse confundido com as práticas duvidosas de arrecadação financeira das Fundações denunciadas. Neste sentido, após algumas reuniões, a equipe do É de Lei desencadeou um processo de discussão e criação de uma Organização Social de Interesse Público (OS), em 2001.

<sup>viii</sup> Cristina Maria Brites.

<sup>ix</sup> Andrea Domanico.

A participação direta e frequente de usuárias/os de drogas na ativa era uma das condições de funcionamento do É de Lei, por meio de assembleias sistemáticas. Desta maneira, de início, aprovou-se um regimento interno que, entre outras normas de funcionamento e convivência, não permitia o uso de nenhuma droga na própria sede da organização, com exceção do café e os medicamentos de prescrição médica, para não terem que ser usados fora da sede. Não era permitido, nas palavras das/os próprias/os frequentadoras/es, “trazer e/ou fornecer nenhum tipo de drogas dentro da sede”.

A partir do protagonismo das/os frequentadoras/es tínhamos o desafio de ampliar o acesso a novas redes de usuárias/os e estimular a sua participação nas atividades realizadas no Centro de Convivência “É de Lei”, pois pretendia-se que este espaço fosse apropriado pelas/os usuárias/os como local alternativo de interação social e na perspectiva da Redução de Danos<sup>2</sup>. Além da ação clássica de troca de seringa na sede, neste momento já amparada por uma lei estadual<sup>5</sup>, o É de Lei começou a oferecer uma série de atividades, algumas constantes da programação até hoje, como o encontro “Chá de Lírio” e outras retomadas recentemente, como o grupo de mulheres.

O “Chá de Lírio – Venham Provar Nossas Ervas” foi uma proposta chamariz. A ideia era divulgar o Centro de Convivência “É de Lei” nos locais nos quais realizávamos o trabalho de campo, propondo uma atividade estruturada semanal e com horário fixo. Todas as segundas-feiras impreterivelmente às 17 horas ocorria o Chá de Lírio, basicamente uma roda de conversa durante a qual eram servidos os chás mais diversos existentes no comércio legal.

O É de Lei passou a ser uma referência importante para as pessoas UDIs que iam à sede

pegar o kit e participar de diversas atividades, grupos de discussão, oficinas de confecção de artesanatos, oficinas de confecção de currículo para a busca de emprego e discussões sobre medicações para o tratamento do HIV e das hepatites virais. Por estar situado no centro de São Paulo, próximo a uma estação de metrô e funcionar diariamente das 14:00 às 20:00 horas, tornou-se um local de encontro para as/os UDIs.

Além do trabalho de campo e das atividades desenvolvidas na sede, a equipe do Programa de Redução de Danos do É de Lei investia de modo sistemático em sua formação acadêmica e de pesquisa científica<sup>1-3</sup>.

Após o ano 2000, com a ampliação do acesso ao preservativo feminino, as mulheres frequentadoras do É de Lei decidiram organizar um grupo específico para discutir o uso desses insumos e outras demandas de gênero; para isso criou-se então um espaço exclusivo para as mulheres.

Com a crescente entrada de crack no comércio ilícito de drogas, o É de Lei tornou-se protagonista, com outros quatro projetos, no desenvolvimento de “projetos-piloto para usuários de crack” no Brasil, eram então 5 projetos-piloto: São Paulo, Salvador - Bahia, Florianópolis – Santa Catarina, Ponta Grossa - Paraná e Juiz de Fora - Rio de Janeiro. Estes visavam implementar ações de Redução de Danos com busca de tecnologias de prevenção às DST/HIV/hepatites virais, além da tuberculose, entre usuárias/os de crack, investindo no debate e na criação de insumos para o uso seguro desta droga.

Com os financiamentos governamentais da área da Saúde, de início e, posteriormente de outros setores como a Cultura, o É de Lei passou a ser uma referência nacional para o debate, a implantação e a pesquisa de tecnologias de Redução de Danos na perspectiva dos direitos dos

usuários e no âmbito das políticas setoriais de Saúde, Assistência Social e Cultura.

### **Depois do “bug” do milênio**

Com o passar dos anos, o É de Lei permaneceu com o objetivo de prevenir as infecções sexualmente transmissíveis (IST), além de mobilizar redes de cuidado e defender os direitos das pessoas que usam drogas. No entanto, o perfil das/os usuárias/os e das drogas usadas mudou e este centro precisou se reformular diante das novas demandas e dos novos desafios.

Verifica-se que a perspectiva de “guerra às drogas”, promovida mundialmente pelos Estados Unidos desde os anos 1990, não atingiu nenhum de seus objetivos: o consumo de drogas aumentou em boa parte do planeta; a maconha, a cocaína e a heroína se tornaram mais baratas do que há 40 anos atrás, as adulterações das drogas permanece e novas substâncias psicoativas foram sintetizadas para driblar o proibicionismo e a defesa do combate às drogas por meio de punições seletivas, da repressão, da sanção e da criminalização de pessoas que as utilizam. Dentre as/os usuárias/os de drogas, as pessoas negras, pobres e migrantes são as mais estigmatizadas e o Brasil ocupa o terceiro lugar mundial em relação à população encarcerada, com 755.274 mil pessoas presas, sendo 26,5% dessas por crimes relacionados ao tráfico de drogas<sup>6-7</sup>.

Em nosso país, o encarceramento de pessoas em situação de rua é crescente, ser preso não é uma exceção e a grande maioria das pessoas usuárias de drogas e em situação de rua já passou pelo sistema carcerário, o que contribui ainda mais para a exclusão, a estigmatização e a impossibilidade de construção de um projeto de vida. As rupturas de laços familiares, a desvantagem de acesso às políticas públicas e a

desigualdade social são fatores que dificultam o desenvolvimento de planos de vida<sup>8</sup>.

### **Convivência produz autocuidado**

A exigência vivenciada no Centro de Convivência “É de Lei” é basicamente relacionada ao conviver, isto é, o espaço de convívio como uma ferramenta de aproximação e criação de vínculos, com o objetivo de pensar coletivamente e contribuir para a autonomia das pessoas. Tudo acontece a partir da convivência, desde os conflitos até o processo do autocuidado; esse contato entre a pluralidade de trajetórias de vida é muito rico e propicia o desenvolvimento de olhares diversos sobre as coisas as quais as pessoas se identificam.

A relação ética estabelecida a partir da espontaneidade nos contatos, nas conversas e nos acompanhamentos aos serviços públicos de saúde e outros, promove uma vinculação baseada na confiança. Mesmo com toda essa informalidade, o espaço possui normas de convivência construídas coletivamente e que muitas vezes se tornam contornos para garantir a continuidade dos encontros que ocorrem sem deixar de serem acolhedores e organizadores de relações e do tempo<sup>9</sup>.

### **A cultura como estratégia de Redução de Danos**

A convivência é uma estratégia tão potente, que dela surgiu o “Ponto de Cultura” do É de Lei, oficinas que utilizam diferentes tipos de mídia, como fotografia, audiovisual e o desenho em quadrinhos, com o objetivo de formar produtores culturais capazes de desenhar projetos e executá-los, aprendendo a manusear as ferramentas necessárias. Uma experiência interessante que o Ponto de Cultura realizou e teve diversos desdobramentos foi o documentário “É de Dentro e

de Fora”<sup>10</sup>, fruto de uma parceria com o fotógrafo francês Jean René (JR), autor do projeto internacional de fotografia *Inside Out*, de 2012. Em uma intervenção urbana, redutores de danos e conviventes do É de Lei foram às ruas de São Paulo e pregaram suas fotos, impressas em preto e branco em papéis de grande formato, pelos muros e paredes, inclusive na Câmara Municipal de São Paulo. A experiência gerou debates e exposições, além de reflexões positivas entre os próprios conviventes e inspirou novas colaborações com outros artistas.

Aos poucos, surgiram projetos culturais dos próprios conviventes, que passaram a ser desenvolvidos por todo o grupo, fruto direto do investimento na autonomia das/os usuárias/os<sup>11</sup>.

Em 2013, concebeu-se a “Cinecarroça”, uma ocupação de ruas da região central da cidade com sessões audiovisuais, propiciando a integração daqueles que nelas vivem e/ou circulam. Na prática, é um carrinho com equipamentos para a projeção de filmes que funciona de forma móvel e itinerante fazendo circular as produções realizadas pelo Ponto de Cultura “É de Lei”.

A partir dessas diferentes ações experimentou-se vivências culturais e artísticas interligadas às estratégias de Redução de Danos. Compor a equipe de realização de um curta-metragem, escrever e declamar poesias, publicar seus trabalhos em um livro, criar um blog, acessar as redes sociais, conhecer outras realidades a partir das conversas e passeios, fotografar e ser fotografado, entre outras, são ações que criam possibilidades de convívio e de criação. Assim, novos lugares sociais podem ser habitados e esses sujeitos podem ser reconhecidos de outras maneiras: como artistas, criadores, realizadores, entre outros.

## O campo e os insumos

Dentre as diversas atividades do É de Lei, a abertura de novos campos de atuação em “ce-nas” de uso aberto de drogas é mais uma das ações que necessita ser bastante cuidadosa. Para concretizar a abertura do campo é necessário conquistar a confiança das pessoas que usam drogas e da comunidade na qual elas estão inseridas, conhecer códigos culturais e a linguagem utilizada pelas/os UD’s, estabelecer objetivos e limites explícitos do trabalho.

A relação com o outro é constituinte do trabalho do redutor de danos; por isso, faz-se necessário nos colocarmos como um estrangeiro que se insere em uma cultura que tem diferentes costumes, valores, regras, linguagem e perspectivas<sup>11</sup>.

O trabalho de campo e a convivência são as principais atividades desenvolvidas pelo É de Lei, atuação essa que permite conhecer os modos de uso, as formas de administração das drogas e, conseqüentemente, pensar em tecnologias sociais e na criação de insumos de Redução de Danos.

Os insumos são os materiais pensados e desenvolvidos para a prevenção e têm por objetivo a promoção de saúde. O uso de insumos oferece ganhos frente aos riscos epidemiológicos associados às práticas sexuais e ao uso de drogas. Ou seja, tais materiais previnem a transmissão de doenças, principalmente IST, incluindo o HIV/aids, hepatites virais e a tuberculose, e estimula o autocuidado, reduzindo riscos e, portanto, seus danos<sup>12</sup>.

Tendo em vista a necessidade constante de criação de materiais informativos e insumos, o É de Lei desenvolve múltiplas ações, cujo objetivo é tornar esses materiais acessíveis à população com a qual trabalhamos e que sejam efetivos, no sentido de multiplicar informação e produzir

reflexão sobre o uso de drogas e o autocuidado. Neste sentido, reunimos informações de nossos arquivos, de conteúdos científicos sobre cada droga, informações discutidas com as/os UD's, além de atualizar a equipe sobre as drogas.

Os protetores labiais diminuem as fissuras causadas pelo uso das drogas fumadas, em especial o *crack* no cachimbo, pela desidratação e frio; além de possuírem fator de proteção solar; para isso foram pensados e produzidos em tamanho pequeno, pois sendo menores, cada pessoa recebe alguns, o que propicia que o material não seja compartilhado<sup>12</sup>.

As piteiras de silicone incentivam o uso individual de *crack*, diminuindo as chances de infecção pela tuberculose e outras doenças. Ademais, como a maioria dos cachimbos utilizados é de metal, a piteira também auxilia na prevenção de queimaduras e feridas nos lábios. Essa é uma tecnologia barata e pode ser distribuída em pequenas quantidades.

Outro insumo que elaboramos, em 2005, é o “Kit Sniff”, composto por uma carteira de uso pessoal, onde são guardados os demais itens: preservativos internos e externos e gel lubrificante para práticas sexuais; *folders* informativos sobre drogas e serviços de saúde, incluindo folhetos sobre cocaína e *crack*, além de um cartão informativo rígido, que serve como superfície para estender a substância a ser aspirada; além de canudos/piteiras e bloco de cartões menores e maleáveis que, ao serem enrolados, se transformam em mais canudos descartáveis<sup>12</sup>.

Os insumos são fundamentais no trabalho das/os redutora/es de danos, pois favorecem a busca ativa nos territórios como um instrumento facilitador de abordagens e propiciam o vínculo entre a pessoa que faz uso de drogas e quem os oferta (o agente de Redução de Danos). A partir da distribuição destes materiais se dá o encontro

e a possibilidade de diálogo entre a/o profissional e a pessoa em situação de vulnerabilidade social.

### **Formação, pesquisa e eventos**

O É de Lei sempre teve a educação popular e a educação entre pares como premissa básica para provocar transformações na realidade das pessoas que vivem em contextos de vulnerabilidade, pois o reconhecimento, a valorização de experiências e de saberes de todos garante a diversidade nos espaços de fala e a participação ativa das pessoas que frequentam o Centro de Convivência. Com essas premissas, contribui-se com o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo, além da multiplicação dos saberes.

No ano de 2002, o É de Lei realizou, em parceria com a Associação Pró-Saúde Mental (PROSAM), um seminário nacional que contou com a participação de 200 redutoras e redutores de danos do Brasil. O “Seminário Nacional de Redução de Danos: outras estratégias são possíveis”, foi estruturado com conferências, mesas redondas e grupos de discussão a partir das formas de uso das diferentes drogas (injetadas, aspiradas e inaladas, ingeridas e fumadas) e populações vulneráveis. Após os debates travados em torno dos temas apresentados nas conferências e mesas redondas, os grupos tinham a tarefa de indicar as estratégias de Redução de Danos para cada forma de uso de drogas e pontos prioritários para a construção de uma agenda nacional de lutas em defesa da Redução de Danos como política pública. O relatório final do Seminário foi publicado e disponibilizado para uma parcela significativa dos projetos de Redução de Danos existentes em todo o país<sup>13</sup>.

Afora a realização de eventos, formações e pesquisa contribuímos com o 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 o desafio da construção de equidade, favorecendo processos formativos participativos e colaborativos, pautados pela garantia e promoção dos direitos humanos<sup>14</sup>.

Em 2012, o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Articulação Política do É de Lei realizou uma formação em direitos humanos e políticas sobre drogas voltado para trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo e pessoas atendidas nesses serviços. Essa formação favoreceu o protagonismo das pessoas que usam drogas e fortaleceu as/os trabalhadoras/es mais comprometidas/os com a pauta de direitos humanos, esse tipo de processo agrega aos serviços um maior entendimento em relação a necessidade de dar voz às/aos usuárias/os dos equipamentos públicos, principalmente os de saúde, na sua condição de sujeito de direitos. Além disso, o atual Núcleo de Ensino e Pesquisa tem mantido um curso de Introdução a Redução de Danos, que ocorre anualmente. O principal objetivo desse curso é disseminar as estratégias de Redução de Danos, formar profissionais e nossos conviventes para que possam multiplicar seus conhecimentos em diferentes lugares.

O Fórum Estadual de Redução de Danos (FERD) teve seu início no estado de São Paulo como um projeto do É de Lei que buscava realizar a articulação de diversos serviços para discutir o tema e criar uma rede sobre a temática. Em 2014, foi lançada uma publicação que conta como foi o processo de realização do FERD e seus desdobramentos<sup>15</sup>.

Em 2018, com recursos do Ministério da Saúde, o É de Lei desenvolveu um projeto de

articulação nacional denominado “Do Baque ao Crack: 30 anos de Redução de Danos no Brasil”. O produto deste projeto foi a realização de um evento em São Paulo, em abril de 2019, que contou com a presença de redutores e redutoras de danos que começaram o trabalho no Brasil, além dos atuais mais jovens e que deram continuidade ao trabalho iniciado. Esse evento abriu o ano de comemorações dos 30 anos da Redução de Danos no país. Depois dele, inúmeros eventos aconteceram em todas as regiões. O projeto propiciou que a equipe do É de Lei conhecesse diversas experiências brasileiras incríveis, desde o hotel social “Palmas Que Te Acolhe”, em Palmas - Tocantins, até a Escola Municipal de Porto Alegre, que atua com a população em situação de rua, na capital gaúcha.

### Contexto de festas

Historicamente, o É de Lei atuava com pessoas em contextos de diversão, mas, no ano de 2010, ousou ao escrever um projeto para o Departamento de Hepatites do Ministério da Saúde. O projeto tinha como objetivo estimular a discussão e a reflexão sobre o uso de drogas e o autocuidado entre pessoas que frequentam contextos de festa de música eletrônica.

Esse projeto foi fruto da constatação de que faltava às/aos frequentadoras/es destes eventos informações sobre o que estavam consumindo e sobre o efeito das misturas que faziam, além de propor um espaço de descanso e cuidado para pessoas que enfrentam experiências difíceis relacionadas à ingestão de drogas. Entre 2011 e 2012, o projeto “Saúde em Festa” se tornou o “Projeto ResPire” e realizou inúmeras ações de Redução de Danos em contextos de festas e festivais de música eletrônica no estado de São Paulo e em diversos estados do Brasil. O ResPire foi idealizado após a equipe do É de Lei

ter conhecido o Coletivo Balance, de Salvador - Bahia, que construía o cuidado das pessoas que frequentavam o festival de música eletrônica Universo Paralello.

O ResPire teve diversos desdobramentos que vão, desde a participação em eventos científicos internacionais, diferentes contextos de festa, até que nos anos de 2018 e 2019 passou a realizar formações para produtoras/es de festas eletrônicas, atuar em festas de rua e também diretamente com a população de lésbicas, gays, bi e transexuais, queers, intersexos e outros (LGBTQI+).

Trabalhar com a Redução de Danos propicia um rico encontro entre as pessoas, a criatividade e as necessidades imediatas que geram vínculos importantes e marcam pessoalmente, tanto as/os redutoras/es de danos, quanto as pessoas que em algum momento necessitaram de acompanhamento. Experiências como as do Coletivo Balance, o Balanceará e o ResPire contribuíram para a criação de diversos coletivos de Redução de Danos que atuam em contextos de festas no Brasil, que atualmente se constituem em aproximadamente 40 coletivos.

### **Comunicação e Advocacy em Redução de Danos**

O *advocacy* em Redução de Danos busca eliminar o abismo existente entre os serviços de saúde e as demais políticas sociais públicas e os usuárias/os de drogas e suas comunidades. Defende a aceitação e a expansão das abordagens de Redução de Danos para práticas saudáveis de Saúde Pública, buscando a inclusão de UDs em discussões sobre as políticas, visando criar mudanças nas esferas local, estadual, nacional e internacional.

O *advocacy* monitora tendências de políticas de Redução de Danos locais e estaduais relevantes, busca construir relacionamentos com

líderes emergentes nesta estratégia e aliadas/os e representa a Redução de Danos em diferentes espaços de participação, inclusive perante as autoridades eleitas.

É fundamental que o *advocacy* esteja diretamente associado à comunicação, principalmente porque é necessário articular e construir coligações, construir liderança entre as pessoas que usam drogas e outras populações diretamente afetadas e um compromisso com a justiça racial, com a pauta feminista e com a mudança na política de drogas<sup>16</sup>.

Além disso, o *advocacy* também busca favorecer a conscientização pública e política sobre os direitos e as necessidades sociais das pessoas que usam drogas por meio de pesquisas, relatórios, engajamento estratégico de mídia e campanhas, treinamento em monitoramento de violações de direitos humanos, mapeamento de grupos de usuárias/os de drogas, fornecimento de apoio técnico a redes de usuárias/os de drogas, monitoramento de reformas de política de drogas visando assegurar um ambiente político mais favorável e a proteção dos direitos humanos das pessoas que usam drogas, além de incidir na formulação de políticas públicas.

Os principais objetivos do *advocacy* é contribuir para que as esferas de poder compreendam que possuem responsabilidades como a de: (1) garantir o acesso ao tratamento assistido por medicação, cuidados médicos e serviços de Redução de Danos; (2) minimizar os danos e as violações de direitos humanos por parte da segurança pública contra os UDs; e (3) assegurar que os serviços de saúde e sociais tenham atuação para que os direitos fundamentais deste público sejam transversais.

O *advocacy* em Redução de Danos tem sido muito importante para que as pessoas em mais alta vulnerabilidade tenham sua voz

escutada, seus direitos defendidos e o seu protagonismo incentivado e fortalecido, pois essas pessoas devem ter sua cidadania reconhecida e respeitada. É fundamental disseminar informações baseadas na realidade para que possamos contribuir para uma sociedade que entenda o que são os direitos humanos, que lute pela dignidade das pessoas que fazem uso de drogas e compreenda o que são as estratégias de Redução de Riscos e Danos.

### **Considerações finais - a luta continua...**

Atualmente, o É de Lei se destaca como uma das principais referências nacionais de Redução de Danos no Brasil e mantém seu compromisso de contribuir para uma mudança da cultura no campo das drogas, visando a diminuição do estigma e do preconceito em relação às pessoas que usam essas substâncias e, com isso, promovendo a diminuição dos agravos à sua saúde, sua marginalização, da violência e das violações de direitos humanos que lhes acometem.

No atual contexto de crise estrutural brasileira, de avanço de práticas fundamentalistas e conservadoras e, especialmente, de regressão no campo democrático e dos direitos, vê-se como os programas, as políticas e tantas iniciativas podem ser sucateadas e desmanteladas. Portanto, o papel dos segmentos e movimentos sociais democráticos são cada vez mais essenciais na defesa dos direitos fundamentais, do financiamento público da seguridade social e de programas e projetos estratégicos e da participação popular na formulação de políticas públicas.

Entende-se que a política de drogas é transversal e intersetorial, portanto, deve ser reconhecida na sua potencialidade de integração às políticas de promoção e acesso aos direitos, especialmente em um país que possui uma dívida histórica com a cidadania e sequer

garante saneamento básico e habitação para toda a população.

Os núcleos do É de Lei possuem atribuições e autonomias diferentes. No entanto, sempre alinhados com o antiproibicionismo, o antirracismo, o feminismo e o antipunitivismo, porque entende-se que esses problemas estruturais somente produzem desigualdade no acesso às políticas públicas e afasta as pessoas do cuidado pautado na garantia de direitos.

O investimento na autonomia como meta e como parte da estratégia do trabalho, no qual as pessoas atendidas exercitam a liberdade de escolha dentro das atividades propostas, é um dos pontos altos da nossa organização. Para tanto, também é necessário estarmos conectados com as violações que ocorrem com as mulheres e com a população trans. Por isso, sempre buscamos retomar as atividades específicas para mulheres, inclusive com a contratação de uma maioria de mulheres para a equipe; além de contarmos com pessoas trans e conviventes no nosso quadro de colaboradoras/es.

A alta rotatividade de pessoas envolvidas neste esforço – tanto os conviventes, pela vulnerabilidade social, quanto os/as redutoras/es e coordenadoras/es, devido aos salários baixos e à instabilidade do trabalho, constitui um desafio para o planejamento e o desenvolvimento das atividades. Nesse sentido, a luta pelo reconhecimento da Redução de Danos no âmbito da intersetorialidade como princípio das políticas sociais públicas é fundamental para garantir a continuidade de serviços que atuam nessa perspectiva.

### **Referências**

1. Domanico A. “Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo dos noias!” – estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos

- cinco projetos-piloto do Brasil. (Tese). Universidade Federal da Bahia. Salvador; 2006.
2. Brites CM. Uso de drogas injetável e redes de interação social - prazer e cuidados com a saúde, é possível?. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo; 1999.
  3. Domanico A. Controlando a maluques: a redução de danos no contexto de uso de cocaína injetável. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo; 2001.
  4. Brasil. Presidência da República. Lei n. 6.368. Brasília; 21 out 1976. (on line). [acesso em: 21 set 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm)
  5. São Paulo. Lei Estadual nº 9.758. São Paulo; 17 set 1997.
  6. Comis MA, Silva ACP. Dependência de drogas e HIV: redução de danos, vulnerabilidade, estigmas e preconceito. In: Silva EA, Moura YG, Zugman DK. (orgs.). Vulnerabilidade, resiliência e redes sociais: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: R&D; 2015.pp.79-113.
  7. Costa TGC, Costa RM. O trabalho de campo do Centro de Convivência É de Lei. In: Cultura, juventudes e redução de danos São Paulo: Córrego, Centro de Convivência É de Lei; 2015.
  8. Azevedo BL, Gomes CSM, Marin J, Ryngelblum M, Costa TGC, Araújo WS, & cols. A prática em redução de danos no espaço de convivência. In: Cultura, juventudes e redução de danos. São Paulo: Córrego, Centro de Convivência É de Lei; 2015.
  9. Costa TGC, Castro G. Insumos e outros territórios: relato de uma abertura de campo no centro de São Paulo. In: Pupo JL, Maciel MT, Costa TGC. Cuidado na rua: ações de redução de danos em contexto do uso de drogas no centro da cidade de São Paulo. São Paulo: É de Lei; 2018.
  10. Rico B; Umbuzeiro I. É de dentro e de Fora. São Paulo: É de Lei; Inside Out; 2012. (vídeo documentário). (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lqL8001MqUA>
  11. Maciel MT, Moreira KDM. Desenvolvimento de insumos para o trabalho de campo. In: Surjus LTLS, Pupo JL, Guerrero AVP, Scafuto JCB. (orgs). Drogas e Direitos Humanos: protagonismo, educação entre pares e Redução de Danos. São Paulo: Centro de Convivência É de Lei; 2018. pp.32-40.
  12. Surjus LTLS, Pupo JL. Planejando e realizando um curso sobre drogas e direitos humanos. In: Surjus LTLS, Pupo JL, Guerrero AVP, Scafuto JCB. (orgs.). Drogas e direitos humanos: protagonismo, educação entre pares e Redução de Danos. São Paulo: Centro de Convivência É de Lei; 2018.
  13. Brites CM, Domanico A, Stempluk VA, Silva NA, Santos S, Martinez MNB. Seminário Nacional de Redução de Danos: Outras Estratégias são possíveis = Relatório Final, São Paulo, 2003.
  14. Valent IU. Do que fazemos na convivência... In: Cultura, juventudes e redução de danos/ Centro de Convivência É de Lei. São Paulo: Córrego; 2015.
  15. Godoy A, Gomes BR, Sant'Anna M, Costa RM (Orgs). I Fórum Estadual de Redução de Danos do Estado de São Paulo: Corrego, 2014.
  16. Comis MAC. Advocacy em Redução de Danos: o que é? para quem? como fazemos? In: Pupo JL, Maciel MT, Costa TGC. Cuidado na rua: ações de redução de danos em contexto do uso de drogas no centro da cidade de São Paulo. São Paulo: Centro de Convivência É de Lei; 2018.

# As Três Ondas da Redução de Danos no Brasil

## The Three Waves of Harm Reduction in Brazil

Dênis Petuco<sup>1</sup>

### Resumo

A Redução de Danos, conceito polissêmico que abarca um conjunto de práticas e concepções relacionadas ao cuidado de pessoas que usam drogas, tornou-se conhecida no Brasil a partir de sua incorporação como parte da resposta nacional à epidemia de HIV/Aids. Com o passar do tempo, o conceito foi sendo apropriado por outros campos de reflexão e intervenção, como saúde mental e desenvolvimento social. O presente artigo propõe uma narrativa da experiência brasileira com Redução de Danos que toma as ondas do mar como metáfora para contemplar um processo de acúmulo, contra uma concepção etapista baseada em rupturas históricas. Conclui-se com uma breve leitura do momento atual e dos desafios a serem enfrentados.

**Palavras-chave:** Redução de danos; História; Brasil.

### Abstract

Harm Reduction, a polysemic concept that encompasses a set of practices and concepts related to the care of people who use drugs, has become known in Brazil since its incorporation as part of the national response to the HIV/AIDS epidemic. Over time, the concept has been appropriated by other fields of reflection and intervention, such as mental health and social development. This article proposes a narrative of the Brazilian experience with Harm Reduction that takes the waves of the sea as a metaphor to contemplate an accumulation process, against a stageist conception based on historical ruptures. It concludes with a brief reading of the current moment and the challenges to be faced.

**Keywords:** Harm reduction; History; Brazil.

### Introdução - ou “dos nascimentos às ondas”

Existem muitas formas de se contar uma história. Pode-se optar entre pequenos resumos ou narrativas grandiloquentes, entre o resgate dos processos estruturais ou das histórias cotidianas, entre o texto seco e os parágrafos que se estendem por páginas e mais páginas (evoé Saramago!). E não se trata só de estilo; afinal, a própria historiografia reúne pesquisadores em acirrados debates com respeito às fontes, ao modo de lidar com os documentos, o lugar dos grandes personagens e dos emudecidos cidadãos comuns.

<sup>1</sup> Dênis Petuco (denis.petuco@fiocruz.br) é sociólogo pela universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Mestre em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), e Professor e Pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRZ).

A história das teorias, técnicas e políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas tem sido uma paixão para mim, mesmo antes de virar projeto de doutorado e livro<sup>1</sup>. Desde que comecei a trabalhar na área, eu me interessei por narrativas, casos, textos antigos e diários de campo em perdidas pastas de computador. Daí vieram artigos e convites para seminários, nos quais fui dividindo acúmulos e ensaiando formas. Muitas vezes fui procurado por colegas que generosamente corrigiam, não apenas detalhes e incorreções, como as próprias estratégias narrativas.

Nas próximas páginas, gostaria de corrigir algumas coisas que afirmei nos últimos anos, em eventos e artigos<sup>2-3</sup>. Um dos principais aspectos

diz respeito à divisão da história da Redução de Danos (RD) em “nascimentos”, que teriam ocorrido em diferentes campos de saberes, demarcados por técnicas de cuidado diferenciadas e sem comunicação. Foi Márcia Colombo, amiga e técnica do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, quem chamou minha atenção para a possibilidade de substituir a ideia estática dos nascimentos, pela sobreposição sinérgica das ondas que se seguem umas às outras e se reúnem na praia. Valeu Márcia!

### **Primeira onda: prevenção ao HIV/aids e às hepatites virais**

Poderiam haver tempo e lugar mais apropriados para o início da experiência brasileira com Redução de Danos do que a cidade de Santos, em 1989? Mal terminara a ditadura civil-militar e a “pátria vermelha”<sup>4</sup> ou “moscouzinha brasileira”<sup>5</sup> já colocava a esquerda na gestão municipal, elegendo a petista Telma de Souza como prefeita. À beira do mar e “contra a maré”<sup>6</sup>, os santistas deram início à uma série de experiências inovadoras em áreas como educação, urbanismo, meio ambiente e participação.

Mas seriam as realizações na área da saúde que tornariam Santos uma referência. No contexto de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>7</sup> os santistas não apenas materializaram consignas da Reforma Sanitária brasileira (o que já seria extremamente avançando), como implementaram políticas que seriam vanguarda dentro da vanguarda, especialmente nos campos da Saúde Mental e do enfrentamento ao HIV/aids, como dito por uma das pessoas envolvidas na gestão santista à época:

<sup>4</sup> Referência ao livro “Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos”<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Entrevista concedida no contexto da pesquisa para doutorado.

*“O SUS era uma proposta que garantia acesso universal, mas que não considerava prostitutas, travestis, e principalmente as pessoas que usam drogas. Os gays também, em certa medida. Dentro da exclusão, da pobreza, da miséria, tinha uma extra exclusão de alguns segmentos. E parecia-me um absurdo que aqueles segmentos da população fossem extra marginalizados”<sup>11</sup>.*

A tarefa de gerir a saúde em Santos ficaria a cargo de David Capistrano Júnior, importante militante do Movimento de Reforma Sanitária. Capistrano cercou-se de uma equipe técnica tão qualificada quanto ousada. A política para o HIV/aids seria conduzida por Fábio Mesquita, que já tivera contato com o tema por conta de sua atuação como médico da rede municipal santista. À época, a cidade era conhecida como “Capital da Aids”, com uma incidência de 217 casos para cada 100 mil habitantes entre 1980 e 1992<sup>8</sup>, sendo que mais de 50% destes casos estavam diretamente relacionados ao compartilhamento de seringas entre pessoas que faziam uso de drogas por via injetável<sup>9</sup>.

A literatura internacional já descrevia iniciativas bem sucedidas para a prevenção do HIV/aids e outras doenças de transmissão parenteral: a disponibilização de seringas e outros aparelhos necessários ao uso de drogas por via injetável. Cientes de que a estratégia era adequada ao contexto santista, os gestores anunciaram que a troca de seringas passaria a compor a resposta ao HIV/aids no município. O Ministério Público, entretanto, entenderia a proposta como um incentivo ao uso de drogas, impedindo a sua implementação.

As barreiras de ordem legal fariam com que as primeiras ações de prevenção ao HIV/aids entre pessoas que faziam uso de drogas por via

injetável ocorressem na clandestinidade. Esta situação de impedimento legal só seria superada a partir de 1995, em Salvador. No ano seguinte, outras cidades também conseguiram dar início aos seus programas, e antes do final do milênio, já existiam dezenas de iniciativas espalhadas por todo o país.

O desenvolvimento da experiência brasileira com Redução de Danos no contexto do HIV/aids teve implicações, não apenas no que tange ao impacto nos indicadores epidemiológicos, como também para a definição de elementos éticos, estéticos e políticos. Afinal, o campo social constituído em torno da construção de respostas à epidemia foi (e ainda é) extremamente receptivo à participação de grupos considerados marginais em outras esferas da vida pública. Neste sentido, é importante conceber a aids não apenas como uma doença relacionada a um vírus, mas como um fenômeno social:

*“À aids, acontecimento biológico, so-mava-se a aids como acontecimento político e cultural, interpelando comportamentos e obrigando o debate de temas-tabu, como sexualidade e uso de drogas. Na saúde pública, a Aids interrogava moralismos arraigados nas práticas mais cotidianas de cuidado, naturalizados pela quase total ausência de questionamento e reflexão. Grupos minoritários, como gays, travestis, prostitutas e usuários de drogas, chamados ao debate sobre a construção de estratégias de enfrentamento à epidemia, deram visibilidade a questões situadas para muito além da própria aids, como políticas de ação afirmativa, denúncias de violação de direitos humanos, luta por reconhecimento (inclusive profissional, como no caso das prostitutas), e o enfrentamento de vulnerabilidades, estigmas e preconceitos”<sup>1</sup> (p.154).*

Assim como diversas outras populações inicialmente estigmatizadas como “grupos de risco”, os usuários de drogas também foram incentivados a se organizarem em associações para facilitar sua participação na construção da resposta brasileira à epidemia de HIV/aids. Mesmo em programas governamentais, a presença de pessoas com experiência pessoal no uso de drogas era considerada fundamental para garantir capilaridade das ações preventivas junto a pessoas que, por conta da criminalização, esforçavam-se para manterem-se invisíveis aos agentes do Estado.

Nos primeiros anos do século XXI, uma transformação interpelaria os grupos envolvidos com Redução de Danos. Já conhecido em São Paulo desde a década de 1990, o *crack* começaria a se espalhar por todo o país, fazendo com que o uso de drogas por via injetável diminuísse ao ponto de ser considerado epidemiologicamente irrelevante. O repasse de recursos do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde diminuiu drasticamente e a responsabilidade quanto ao uso de álcool e outras drogas passou para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas<sup>IV</sup>. Nesta esteira, diversas organizações de Redução de Danos fechariam suas portas e muitos Programas de Redução de Danos (PRD) vinculados a políticas municipais de HIV/aids passaram a ser subordinados à Saúde Mental.

Mas o desaparecimento das relações entre doenças infectocontagiosas e uso de drogas não passava de mera suspeita. Em 2014, a publicação de uma pesquisa mostraria que a prevalência do HIV/aids entre brasileiras e brasileiros que faziam uso de *crack* era oito vezes maior que na população geral<sup>10</sup> (e duas vezes maior também

<sup>IV</sup> Este ponto será aprofundado quando falarmos da segunda onda da Redução de Danos..

para a hepatite tipo C (p.77-78):

*“Os resultados apresentados apontam claramente para a necessidade de ações preventivas e de controle de doenças específicas para a população usuária de drogas, alertando para as formas de transmissão características desta população, com o propósito de minimizar os problemas de saúde decorrentes de sua inserção em contextos adversos”<sup>10</sup> (p.81).*

A relação com o compartilhamento de cachimbos parecia óbvia, mas as pesquisas não conseguiram refutar ou comprovar esta hipótese<sup>11-14</sup>. Se não fosse esta, qual seria então a conexão entre o uso não injetável de drogas e a maior exposição ao HIV/aids e hepatites? Uma resposta já estaria presente nas conclusões da pesquisa de Bertoni e Bastos<sup>10</sup>:

*“Os achados do presente estudo evidenciam a vulnerabilidade da população de usuários de crack e/ou similares frente ao risco de contrair doenças infecciosas. Isso se deve ao fato de que grande parte da população apresenta diversos comportamentos de risco e estão inseridos em contextos pauperizados, violentos e frequentemente carentes de qualquer infraestrutura, mínima que seja (como uma fonte de água corrente) [...]. Essas ações não devem ficar restritas à esfera da saúde, uma vez que estas situações de risco [...] possuem profundas raízes sociais” (p.81).*

As conclusões de Bertoni e Bastos<sup>10</sup> corroboram a tradição de estudos das determinações sociais de saúde e doença<sup>15-17</sup>, mas

não só. Especificamente sobre o HIV/aids, Parker e Camargo<sup>18</sup> partiram do conceito de “sinergia coletiva de pragas”<sup>19</sup> para descrever uma “sinergia de vulnerabilidades” no âmbito individual. Esta concepção, fundamental para a superação da noção de “grupo de risco”, anunciava o próximo paradigma na organização da resposta global à epidemia de HIV/aids: a “Prevenção Combinada”, adotado no final da década de 2010:

*“A Prevenção Combinada oferece as melhores perspectivas para abordar os pontos fracos documentados nos programas de prevenção e para gerar reduções significativas e sustentadas na incidência do HIV em diversos contextos. As evidências sustentam a maior efetividade de estratégias complementares de prevenção comportamental, biomédica e estrutural. Esta concepção permite operar em diferentes níveis (indivíduos, relacionamentos, comunidades, sociedades) para atender às necessidades específicas, mas diversas, das populações em risco de infecção pelo HIV” (p.5)<sup>20</sup>.*

O Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde incorporou a perspectiva da Prevenção Combinada como diretriz central para a coordenação da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids, incluindo a Redução de Danos, como um componente estratégico, a partir da compreensão de que “...diversos agravos à saúde (incluindo a própria Aids) decorrem não apenas do uso de drogas, mas das políticas de drogas”<sup>21</sup> (p.36).

As experiências com Redução de Danos desencadeadas pela resposta ao HIV/aids estão longe de se esgotar, não apenas por conta da alta prevalência de infecções entre pessoas que usam álcool e outras drogas ou por novas modalidades de uso e vulnerabilidade, como o

“chemsex”<sup>v,22</sup>, mas pela capacidade inventiva ensejada pelo território reflexivo organizado em torno da epidemia. Não obstante, deixaremos por ora esta onda.

### Segunda onda: Saúde Mental

As técnicas e políticas de saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil foram, por muito tempo, exclusividade da Psiquiatria. A eugenia<sup>vi</sup> ditaria as regras durante a primeira metade do século XX; na ditadura civil-militar, seria a vez do tecnicismo reacionário<sup>vii</sup>. Não obstante, os “anos de chumbo” acolheriam a primeira edição nacional de um livro de Claude Olievenstein, “Os Drogados Não São Felizes”<sup>23</sup>, referência para toda uma geração de brasileiras e brasileiros descontentes com tratamento dado aos usuários de drogas, em nosso país<sup>viii</sup>.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, entretanto, custaria a encarar a questão do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, ainda que importantes narrativas da violência manicomial, muito inspiradoras para o movimento, tenham sido produzidas justamente por pessoas internadas por conta do uso de substâncias<sup>24-26</sup>. As razões para este vazio reflexivo são controversas, mas o reconhecimento da demora no acolhimento do tema é, até onde sei, um consenso<sup>ix</sup>.

A experiência brasileira com Redução de Danos, por seu turno, também demorou para encontrar a Saúde Mental, “surfando” apenas a

onda do HIV/aids e das hepatites virais, por alguns anos. Ainda que redutoras e redutores de danos nunca tenham se limitado à prevenção dos agravos infectocontagiosos, afirmando em ato uma profunda ampliação do cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, cabe salientar que a reflexão acerca destas práticas se manteve, por algum tempo, circunscrita ao contexto do HIV/aids.

Em meados da década de 2000, entretanto, a dispersão do uso de *crack* por todo o território nacional passaria a ser utilizada para atacar a Política Nacional de Saúde Mental<sup>27</sup> e a Reforma Psiquiátrica como um todo. Entidades como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e sindicatos médicos de alguns estados passaram a ganhar espaço midiático para divulgar relatórios que responsabilizavam o fechamento de hospitais psiquiátricos por uma pretensa desassistência às pessoas que faziam uso de *crack*.

Este ataque organizado encontraria resposta a partir de uma articulação que já vinha sendo construída desde o final da década de 1990, no encontro entre as políticas e movimentos de Saúde Mental e de HIV/aids. O lançamento da Política de Atenção Integral para Pessoas que usam Álcool e Outras Drogas<sup>28</sup>, fruto do esforço de técnicos de diversas áreas do Ministério da Saúde, foi um marco deste momento. O documento traduzia oficialmente, pela primeira vez, uma perspectiva que transformava a Redução de Danos em diretriz do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), como um todo:

*“Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa*

<sup>v</sup> Termo que se origina da expressão *chemical sex* (sexo químico, em inglês) e se refere a prática sexual feita sob influência de drogas psicoativas.

<sup>vi</sup> A eugenia foi uma teoria importante na passagem entre os séculos XIX e XX. Os eugenistas defendiam a purificação e aperfeiçoamento da raça humana, por meio de políticas que impedissem a procriação entre indivíduos portadores de “fatores de degenerescência”, como alcoolismo e dependência de drogas.

<sup>vii</sup> Na passagem entre as décadas de 1960 e 1970, as teses sobre eugenia foram finalmente silenciadas no Brasil. Em seu lugar, ganharam força as teorias vinculadas a uma psiquiatria tecnicista que articulava a defesa do dispositivo manicomial, o uso de medicamentos e eletroconvulsoterapia, e uma verdadeira fobia aos valores expressos pela contracultura.

<sup>viii</sup> História é descrita em pormenores por Petuco<sup>4</sup>, no livro “O pomo da Discórdia: drogas, saúde, poder”.

<sup>ix</sup> Não disponho de fontes ou referências para esta afirmação; apenas os relatos de um grande número de militantes históricos da Reforma Psiquiátrica a quem interoguei sobre o assunto, inúmeras vezes

*“aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam” (p. 10)<sup>28</sup>.*

A política do Ministério da Saúde se tornou a principal referência do SUS no que tange à atenção integral a pessoas que usam álcool e outras drogas. Não obstante, a Redução de Danos expressa no documento não possuía a mesma objetividade daquela que orientava o enfrentamento do HIV/aids, o que dificultava a sua materialização no cotidiano dos serviços: o que seria, concretamente, uma prática de Redução de Danos em um Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e drogas (CAPS-ad)?

A política não oferecia respostas concretas para este tipo de questionamento, mas induzia elaborações inovadoras a partir de imperativos éticos. Ao afirmar que as pessoas sob efeito de drogas têm o direito de ser atendidas, impunha a reflexão sobre como fazer isto; ao dizer que os serviços devem acolher àqueles que não querem ou não conseguem abandonar o uso, interrogava as ofertas a estes sujeitos; ao recomendar a integralidade no cuidado, questionava a medicalização e a psicologização.

Em outro artigo<sup>2</sup>, já me vali de Spinoza<sup>29</sup> para afirmar que a aproximação entre Saúde Mental e Redução de Danos poderia ser caracterizada como um “bom encontro”, produtor de “paixões alegres”<sup>x</sup>. Mas creio que seja o caso de explicar

<sup>x</sup> Para Spinoza, os encontros fazem circular afetos que tocam as partes que se encontram, aumentando ou diminuindo sua potência de agir no mundo. Os bons encontros resultam em alegria, considerada a mais nobre das paixões, porque resulta em ampliação da potência de agir. Os maus encontros, por outro lado, produzem tristeza, que diminui a potência. Pela chave de Spinoza pode-se observar encontros entre pessoas, grupos, ideias, coisas, ou mesmo entre entes de natureza distinta, como pessoas e coisas, ideias e grupos, etc.

que isto não significa a ausência de conflitos e tensões. Um bom encontro caracteriza-se, não pela paz, mas pelo aumento da “potência de agir no mundo”<sup>29</sup> (p.66). No caso em questão, a Redução de Danos oferecia à Saúde Mental, não respostas prontas, mas reflexões éticas que exigiam movimento e invenção. Do mesmo modo, a Saúde Mental permitia à Redução de Danos a superação definitiva de qualquer resquício de redução da questão do uso de drogas à uma dimensão meramente instrumental de caráter preventivista.

Mas que não reste dúvidas: isto não significa que trabalhadores, militantes e pesquisadores comprometidos com a Saúde Mental tenham sempre encontrado respostas satisfatórias para traduzir o conceito de Redução de Danos no cotidiano dos serviços de Saúde Mental. Rose Meyer, coordenadora do Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, sempre lembrava que a Redução de Danos nunca fez mais do que lembrar que os princípios do SUS também valiam para as pessoas que usam drogas. Ao lembrar o compromisso com a equidade, a universalidade e a integralidade, a Redução de Danos estimulou a Saúde Mental a buscar respostas construídas através da experimentação e do movimento de tentativa e erro.

O “Projeto Caminhos do Cuidado”<sup>30</sup> foi mais um momento desta onda. A ampliação das ofertas de cuidado para pessoas em sofrimento psicossocial e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas exigia a mobilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, ensejando um processo formativo para trabalhadores de nível médio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em todo o Brasil. Dadas as dimensões do SUS e a imensa capilaridade da ESF por todo território nacional, não seria exagero suspeitar que este talvez tenha sido um dos maiores projetos

de formação em Redução de Danos já vistos no mundo.

Outro resultado desta busca de tradução é o “Consultório **de** Rua”. Inicialmente vinculado à política de Saúde Mental, este projeto acabaria se transformando em “Consultório **na** Rua”, subordinado à política nacional de Atenção Básica. Não obstante, sua inspiração seguiu sendo tributária da experiência brasileira com Redução de Danos, sobretudo no que diz respeito ao trabalho de campo desenvolvido por redutoras e redutores de danos, especialmente no contexto da primeira onda<sup>XI,31</sup>.

Seria possível falar de outros esforços, como a inclusão de redutoras e redutores de danos em equipes de CAPSad, experiência desenvolvida em algumas cidades brasileiras; ou ainda, das transformações de algumas organizações não governamentais (ONGs) de Redução de Danos, em direção ao campo da Saúde Mental. Não obstante, o mais importante seria reforçar que os questionamentos lançados pela Redução de Danos seguiram movendo experimentações e reflexões no âmbito da Saúde Mental. E não seria exagero afirmar que esta busca por respostas terminaria por conduzir-nos ao que chamo de “terceira onda”.

### **Terceira onda: direitos humanos e desenvolvimento social**

Seguindo o esforço de revisão a que me proponho neste artigo, quero iniciar esta parte dizendo que a passagem para uma terceira onda não implica em ruptura com as ondas anteriores, mas em um acúmulo crítico. Um olhar retrospectivo não teria problemas para encontrar indícios desta nova etapa nas ondas anteriores. Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) construídos

nos CAPS-ad, por exemplo, muitas vezes apontaram na direção de uma articulação complexa e radicalmente intersetorial. Em ato, as experimentações iam pouco a pouco alimentando uma nova onda.

Caberia também valorizar o impacto de contribuições trazidas por novos atores. O convite feito pela Coordenação Nacional de Saúde Mental para que o sociólogo Jessé Souza ousasse pensar a questão do uso de *crack* a partir de suas elaborações sobre a “ralé brasileira”<sup>32</sup>, por exemplo, permitiu importantes ampliações desta temática. Em paralelo, toda uma nova geração de militantes cobrava o reconhecimento de intersecções da mesma com questões de raça, gênero e orientação sexual. A Redução de Danos brasileira, tensionada, esgarçada, dobrada e reconfigurada, aproximava-se de uma nova síntese.

Uma primeira sistematização mais robusta desta nova onda seria desenvolvida em Pernambuco, durante a gestão de Eduardo Campos, do Partido Socialista Brasileiro (PSB). À época, alguns técnicos envolvidos com a gestão de políticas de proteção a crianças e adolescentes ameaçados de morte perceberam que grande parte da demanda vinha de pessoas que faziam uso de drogas. Em paralelo, percebia-se que esta mesma população era também a mais vitimada por crimes de morte.

A história da Redução de Danos, em Pernambuco renderia um capítulo à parte. O Instituto Papai, por exemplo, foi uma ONG pioneira na reflexão sobre o uso de drogas e masculinidades. Recife, por seu turno, foi a primeira capital a realizar concurso público para contratar redutoras e redutores de danos, além de implementar a “Casa do Meio do Caminho”, inspiração para as Unidades de Acolhimento (UA) propostas pela Política Nacional de Saúde Mental<sup>27</sup>. Sem falar na gestão estadual, que já havia inovado com a criação

<sup>XI</sup> Uma ótima referência desta experiência é o documentário “Redutores de Preconceitos”, de 2003<sup>31</sup>.

de serviços de assistência social especializados no atendimento de pessoas que faziam uso de drogas.

Todo este acúmulo seria condensado no “Programa Atitude”, criado em 2011. Lotado na Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos de Pernambuco, o programa constituiu-se em uma ampla articulação intersectorial que permitia concretizar o cuidado integral: proteção à vida, abrigo, testagem para o HIV, encaminhamento para CAPS-ad, geração de trabalho e renda, acesso à educação e cultura, compunham um leque de ofertas que ampliava conscientemente os sentidos da Redução de Danos:

*“A redução de danos, no contexto latino-americano, deve ir além da definição convencional que tem nos contextos norteamericanos ou europeus. Nessa região, o conceito deve incorporar a proteção contra a violência e o encarceramento como um elemento intrínseco e definidor de tal ideia. O principal dano que se quer reduzir é a violência e o encarceramento que estão ligados, principalmente, às dinâmicas dos mercados de drogas”<sup>33</sup> (p. 3)*

Em 2013, seria a vez dos baianos desenvolverem uma iniciativa semelhante. O “Corra Pro Abraço”, lotado na Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado da Bahia, também se caracterizou pela ampliação do conceito de Redução de Danos para além da saúde, pelo menos no sentido estrito do termo<sup>XII</sup>. Esta perspectiva pode ser encontrada nos documentos oficiais do programa, que criticam dimensões estruturais e práticas cotidianas de opressão e violência institucional:

“O Corra pro Abraço atua também na redução de danos sociais relacionados ao consumo de drogas, como a estigmatização dos usuários, a violência e o racismo institucional. A partir dessa estratégia, o programa oferece, por exemplo, orientação sobre como se portar diante de uma abordagem policial”<sup>34</sup> (p.3)

Em 2014, seria a vez da cidade de São Paulo implementar aquela que se tornaria a proposta de maior visibilidade nacional no que diz respeito à terceira onda. O programa “De Braços Abertos” oferecia trabalho, renda e moradia, em articulação com um amplo cardápio de ofertas de saúde, educação, cultura, direitos humanos e assistência social, dentre outras políticas públicas<sup>35</sup>. O foco eram as pessoas que faziam uso de crack no Bairro da Luz, região que ficou conhecida como “Cracolândia”.

Provavelmente inspirada por estas experiências, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) lançaria, também em 2014, o “Projeto Redes”, com o objetivo de financiar e apoiar iniciativas municipais semelhantes às descritas acima. Este projeto marcou um momento ímpar na história da SENAD, que seguia uma mesma linha política desde os tempos de Fernando Henrique Cardoso até quase o final dos governos petistas. Nos dois anos que precederam o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, entretanto, a SENAD foi ocupada por um conjunto de pessoas comprometidas com a construção de novas políticas. Neste curto período, o “Projeto Redes” viabilizou o repasse de recursos para que mais de trinta cidades desenvolvessem ações intersectoriais para garantia de trabalho, renda e moradia a pessoas que faziam uso de drogas em situações de vulnerabilidade social, conferindo mais consistência à “terceira onda da experiência brasileira com Redução de Danos”.

<sup>XII</sup> É importante salientar que para as vertentes críticas (caso da Reforma Sanitária brasileira), a saúde não depende apenas das técnicas e políticas de cuidado, mas de uma miríade de determinações sociais.

### Considerações finais - É violento o mar que tudo arrasta?

Meu objetivo com este artigo foi oferecer uma outra possibilidade de narrar a história da experiência brasileira com Redução de Danos. Uma narrativa que critica minhas próprias elaborações anteriores, ao valorizar o acúmulo em detrimento das rupturas. Além disso, procurei valorizar a reflexão e elaboração coletivas que buscaram respostas para os desafios colocados pela realidade sem abrir mão dos compromissos éticos impostos pela Redução de Danos, elevando as práticas e políticas de cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas a um patamar que, talvez pela primeira vez em nossa história, fez jus à complexidade das demandas elaboradas pelos sujeitos aos quais se destinam este cuidado e estas políticas.

A história das “três ondas” da Redução de Danos, como contada aqui, é a história da construção de respostas com base em compromissos éticos, em contextos raramente acolhedores. Neste caminho, as dificuldades nunca foram apenas técnicas: disponibilizar seringas é necessário, mas a legislação proíbe; cuidar em liberdade é imperativo, mas sociedade e autoridades exigem segregação; é preciso desconstruir processos de estigmatização, mas a lei criminaliza.

Não estranha, portanto, que a terceira onda nos coloque diante de um desafio que parece intransponível: como materializar um cuidado comprometido com a garantia de direitos num contexto de avanço do ideário neoliberal, caracterizado pelo enfraquecimento das políticas de assistência e desenvolvimento social? Que estratégias de resistência estamos construindo? Que articulações? Que alianças?

A narrativa chega ao seu final, mas não a história que se busca narrar.

### Referências

1. Petuco DRS. O pomo da discórdia? drogas, saúde, poder. Curitiba: Ed. CRV; 2019.
2. Petuco DRS. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger T, Silva M. (orgs.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p.133-148.
3. Petuco DRS. Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. In: Teixeira M, Fonseca Z. (orgs.). Saberes e práticas na Atenção Primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p.179-200.
4. Fonseca C. Pátria vermelha: comunismo em Santos (1930-1964). Rio de Janeiro: Fundação Dinardo Reis; 2002.
5. Tavares RR. A “Moscuzinha” Brasileira: cenários e personagens do cotidiano operário de Santos (1930-1954). São Paulo: Humanitas/FAPESP; 2007.
6. Campos FC, Henriques CM. Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta; 1996.
7. Brasil. Presidência da República. Lei no 8.080 - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 29 set 1990. (on line). [acesso em: 04 mai 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico aids, jan. 1993. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
9. Mesquita F. Dar oportunidade de vida aos usuários de drogas injetáveis – polêmica nacional. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. Troca de seringas: drogas e Aids – ciência, debate e saúde pública. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids; 1998. p.101-114.
10. Bertoni N, Bastos FI. Pesquisa nacional sobre uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz; 2014.
11. Porter J, Bonilla L, Drucker E. Methods of smoking crack as a potential risk factor for HIV infection: ‘crack smokers’ perceptions and behavior. Contemp. Drug Probl. 1997; 25(2):319-347.

12. Haydon E, Fischer B. Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'. *Canad. Journ. Publ. Healt.* 2005; 96(3):185-188.
13. Carvalho HB, Seibel S. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics.* 2009; 64(9): 857-866.
14. DeBeck K. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *Canad. Med. Assoc. Journ.* 2009; 181(9):585-589.
15. Donnangelo MC. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
16. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In.: Nunes E. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.
17. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
18. Parker R, Camargo KR. Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúd. Públ.* 2000; 16(1):89-102.
19. Wallace R. A synergism of plagues: "Planned shrinkage", contagious housing destruction and AIDS in the Bronx. *Environm. Res.* 1988; 47(1):1-33.
20. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections.* Geneva: UNAIDS; 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.* Brasília; 2017.
22. Barreto VHS. Limites, fissuras, prazer e risco em festas de orgia para homens. *Mana.* 2019; 25(1):9-37.
23. Olievenstein C. *Os drogados não são felizes.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.
24. Barreto L. *Diário do hospício; o cemitério dos vivos.* São Paulo: Cosac & Naify; 2010.
25. Bueno AC. *Canto dos malditos: uma história verídica que inspirou o filme Bicho de sete cabeças.* Rio de Janeiro: Rocco; 2001.
26. Lopes C. *Ala fechada.* Porto Alegre: Editora Sulina; 1997.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental.* Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
29. Spinoza B. *Ética.* Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Relatório final do projeto Caminhos do Cuidado.* Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT; 2018.
31. Glock C. *Redutores de Preconceito.* [Documentário]. Porto Alegre: Agência Livre de Comunicação; 2003. (online). [acesso em: 04 mai 2020]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=LTi0xt8VgH8>.
32. Souza J. *A ralé brasileira: quem é e como vive.* Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
33. Ratton JL, West R. *Políticas de drogas e Redução de Danos no Brasil: o Programa Atitude em Pernambuco.* Recife: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Criminalidade, Violência e Políticas de Segurança Pública/UFPE; 2016.
34. Bahia. Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. *Caminhos possíveis: boletim informativo do Programa Corra pro Abraço.* Salvador: Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social; 2019.
35. Rui T, Fiore M, Tófoli LF. *Pesquisa preliminar de avaliação do Programa De Braços Abertos.* São Paulo: PBDP/IBCCRIM; 2016.

# Redução de Danos e o Trabalho de Campo: o encontro necessário

## Harm Reduction and Fieldwork: the necessary encounter

Domiciano Siqueira<sup>1</sup>, Álvaro Mendes<sup>II</sup>

### Resumo

O artigo discute a estratégia de Redução de Danos e sua relação com o campo de trabalho do redutor. Seguindo uma linha histórica se analisa as diversas faces deste encontro, desde a formação do redutor até o envolvimento emocional com os usuários. Tratando a questão de direitos como prioritário para a aproximação e empoderamento dos atingidos pelas ações de Redução de Danos. Levanta ainda questões de fundo das exigências dos usuários nos equipamentos públicos de saúde, chegando a ponto de se colocar a abstinência total como questão fundamental para a frequência naqueles espaços. Por fim concluir que, após um período de entusiasmo e apoio, atualmente tais ações estão fragilizadas e intimidadas, quase sem apoio governamental e que somente existem graças a ações da sociedade civil, com fina sintonia junto a usuários e seus entornos sociais.

**Palavras-chave:** Drogas; Redução de danos; Campo de trabalho; Direitos humanos.

### Abstract

The article discusses the Harm Reduction strategy and its relationship to the worker's field of work. Following a historical line, the different aspects of this meeting are analyzed, from the formation of the reducer to the emotional involvement with users. Treating the issue of rights as a priority for approaching and empowering those affected by Harm Reduction actions. It also raises fundamental questions about the demands of users in public health facilities, going to the point of placing total abstinence as a fundamental issue for the frequency in those spaces. Finally, to conclude that, after a period of enthusiasm and support, these actions are currently weakened and intimidated, almost without government support, and that they only exist thanks to civil society actions, with fine tuning with users and their social environments.

**Keywords:** Drugs; Harm reduction; Work field; Human rights

### Introdução

**S**empre se soube que o uso de drogas vem acompanhando o desenvolvimento de civilizações, embora tenhamos consciência que esse uso de forma epidêmica é uma característica dos tempos atuais. Mesmo considerando que o desejo de “transcender” é inerente ao ser humano, verificamos que esse desejo tornou-se um risco e um grande perigo, agravado pelas doenças que se desenvolveram junto a esse avanço.

<sup>1</sup> Domiciano Siqueira (domicianos.siqueira@gmail.com) é autodidata, Consultor de Direitos Humanos e Drogas, Fundador e atual Conselheiro da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA).

<sup>II</sup> Alvaro Mendes (alvaroacre@uol.com.br) é administrador de empresas e economista pela Faculdade de Ciências Políticas e Econômicas do Rio de Janeiro com Especialização em Políticas Sociais e ex-presidente e atual Conselheiro da ABORDA.

O desenvolvimento de doenças como a aids e as hepatites, no mundo, se agravaram devido ao compartilhamento de seringas no uso de drogas e, para problematizar ainda mais esse quadro, à ilegalidade de algumas substâncias (maconha, cocaínas, heroína e seus derivados). Isso fez com que a Saúde Pública, a Justiça e as religiões, historicamente as instituições encarregadas de “enfrentar o problema”, se afastassem dele, uma vez que colocaram como pressuposto ao atendimento dessas pessoas usuárias a “necessidade do desejo de parar de usar drogas” em detrimento, muitas vezes, da realidade mais comum que sempre foi a manutenção do uso dessas substâncias. São pessoas que não querem, não conseguem ou não podem parar de usá-las.

Foi assim que problemas comuns entre usuários de drogas injetáveis, como abscessos (pequenos ferimentos), dessem lugar a problemas muito mais graves, como a aids, as hepatites, etc., e se tornassem parte integrante desse universo, transformando-os naquilo que hoje temos; ou seja, pessoas comprometidas com a autodestruição ou com o crime, afastadas de nós e alijadas das políticas de saúde e de cidadania.

### **A proposta de Redução de Danos**

No Brasil, em 1989, na cidade de Santos, estado de São Paulo – que detinha altos índices de transmissão do HIV pelo uso compartilhado de seringas utilizadas com drogas, iniciou-se um trabalho de contato direto com usuários dessas substâncias, em seus pontos de encontro e convivência. Foi o início do “trabalho de campo”<sup>1</sup>

Em 1994, em Salvador, Bahia, surgiu um Programa de Redução de Danos que se tornou uma escola para todos os outros programas que o sucederam<sup>2</sup>; em 1996, em Porto Alegre,

Rio Grande do Sul, uma iniciativa se destacou e por colocar em seu quadro de trabalhadores os usuários de drogas injetáveis<sup>3</sup>. Esses foram alguns dos programas de intervenção que tiveram como metodologia principal o trabalho de campo, a rua, a participação de usuários de drogas na sua constituição.

De uma maneira mais humanizada, podemos afirmar que o sucesso desse trabalho se deu ao se descobrir que o “campo” não era a rua em si, mas o “outro” que se encontrava em desamparo das políticas sociais. Essa descoberta redesenhou as formas de atenção e cuidado, fazendo do usuário de drogas não mais delinquente, um doente ou pecador, mas, acima de tudo, um “parceiro” na luta contra a estigmatização e o preconceito.

A política pública de saúde no Brasil, de forma geral, vem se modificando a partir de extensas discussões e pesquisas, aprimorando suas estratégias na busca de uma atenção humanizada, respeitando os direitos humanos e os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). Isso ocorre apesar do desmonte em alguns *status* e a fragilidade da diminuição de recursos que está havendo atualmente em programas essenciais ao pleno desenvolvimento de um acolhimento humano, como a diminuição de repasse de recursos para a área de saúde mental, a retirada da menção a políticas de Redução de Danos, conseqüentemente destaca políticas que pregam abstinência junto à nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), entre outros pontos.

Em relação ao consumo e abuso de álcool e outras drogas, a partir da implantação de uma política nacional dentro dos princípios da Redução de Danos, de 2002<sup>4</sup>, foi imposto o desafio de formação de uma rede interinstitucional – envolvendo a Atenção Básica de Saúde, principalmente o Programa de Agentes Comuni-

tários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Serviços de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (SAEs), os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad), além de outros serviços e dispositivos sócioassistenciais (instâncias envolvendo secretarias de Bem-Estar Social, Direitos Humanos e Cidadania, Educação, Justiça e Segurança Pública, etc. – locais onde os programas de Redução de Danos, estariam articulados ou não à Atenção Básica, que figura enquanto uma das portas de entrada, devido ao contato precoce do usuário de drogas com os serviços de saúde.

A abordagem do usuário de álcool e outras drogas sempre se constituiu como um desafio, requerendo um amplo conhecimento sobre o assunto, um domínio de métodos de abordagem e atuação e informações e técnicas adequadas, uma vez que a questão do uso dessas substâncias traz à tona questões relativas ao preconceito, mitificações, desinformação e manejos baseados no senso comum e não na relação de acolhimento humanizado, que respeite individualidade e desejos<sup>5-6</sup>.

Nestes tempos atuais, o grupo que atua na Redução de Danos está passando por um desafio, em um esforço no sentido de uma assistência mais igualitária - promovendo o debate e incentivando a discussão entre as instâncias públicas e a sociedade civil na implantação de políticas sintonizadas com a realidade e os direitos dos usuários de drogas.

Isso implica, principalmente, em desenvolver e manter ferramentas importantes para entender e desenvolver o trabalho preventivo, com foco no cuidado aos usuários de drogas com relação a outros agravos correlatos. Ao mesmo tempo, favorecendo que elaborem suas deman-

das e valores, a partir de um pensamento crítico, a compreenderem o seu comportamento e o do “outro”, a tomarem decisões responsáveis, desenvolvendo conhecimentos e atitudes em questões relacionadas ao próprio uso de drogas, à sexualidade, à violência, aos preconceitos e aos Direitos Humanos; ou seja, que lhes propiciem a escolha de um modo de vida saudável. Ferramentas estas, portanto, que constituem-se como importantes para aqueles que acreditam na solidariedade humana, principalmente, entre os que vivem em situação de rua.

### **Redução de Danos, Direitos Humanos, ética e cidadania**

Os Direitos Humanos, expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, constituem uma base universal de princípios e valores que dizem respeito às garantias mínimas de uma vida digna à qual todo ser humano tem direito. Essa Declaração é reconhecida por quase todas as nações signatárias da Organização das Nações Unidas (ONU), que constituem a maioria dos países atuais, sendo incorporada, inclusive, pela maioria, em suas constituições nacionais.

A realidade Brasileira tem demonstrado insistentemente que, apesar do caráter universal dos direitos afirmados nesta Declaração, sua efetivação não depende exclusivamente de seu reconhecimento. Ao contrário, depende de uma luta cotidiana cuja responsabilidade é de todos e de cada um de nós e de quem acredita na Redução de Danos como uma ferramenta importante de inclusão do afeto.

A violação dos Direitos Humanos e da cidadania tem sido uma prática constante em nossa realidade e os fatores que contribuem para essa situação são muitos e de várias ordens. Ela expressa, em grande medida, o grau de violência de nossas relações sociais e o nível de intolerân-

cia da sociedade em conviver democraticamente com as diferenças. Essas características de nossa sociabilidade – violência e intolerância –, em parte herdadas de nossa colonização, têm sido reforçadas pelo individualismo, pelo consumismo e pela falta de consciência ecológica que vem moldando o significado da vida em sociedade nas últimas décadas.

Uma das possibilidades de superação desses limites, visando a convivência democrática entre os diferentes, pautada nos Direitos Universais – Humanos e de cidadania –, passa pela criação consciência ética entre redutores. A consciência ética nada mais é do que a capacidade de reconhecer-se no outro – ainda que seja diferente – a nossa própria humanidade. Ou seja, a luta cotidiana pela efetivação dos direitos humanos e de cidadania, à qual nos referimos anteriormente, nada mais é do que a luta pela efetivação dos nossos próprios direitos enquanto membros da comunidade humana. Quando aceitamos que os direitos de uma pessoa sejam violados, na verdade, do ponto de vista ético, estamos aceitando uma situação que ameaça o direito de todos.

No caso específico da Redução de Danos, a falta de uma consciência ética coloca-se no seguinte horizonte: quando uma sociedade não reconhece os direitos de uma pessoa que faz uso de uma droga ilícita, significa que essa sociedade, do ponto de vista ético, está afirmando que umas pessoas são mais cidadãs do que outras. Portanto, a condição de cidadania, nesse caso, passa a ser secundária em relação à de usuário de droga; ou seja, primeiro a pessoa é julgada por fazer uso de droga e, em decorrência disso, perde o reconhecimento de sua condição de cidadão. Essa é uma característica marcante de nossa sociedade, atingindo os usuários de drogas ilícitas e que, por isso, sofrem discriminação. Os usuá-

os – mesmo quando dependentes – de álcool e de tabaco, no entanto, não têm a sua cidadania negada na mesma intensidade que os usuários de drogas ilícitas; simplesmente por que fazem uso de drogas socialmente aceitas – ainda que a dependência seja uma condição de saúde, sem nenhuma relação com a legalidade ou a ilegalidade da droga. Nessa direção, uma consciência ética permite-nos exatamente inverter essa ordem perversa.

A pessoa que faz uso de drogas – lícitas ou ilícitas – é, antes e primeiramente, um ser humano e cidadão e, dessa forma, portador dos mesmos direitos dos outros cidadãos que não usam drogas. Ao reconhecer a condição de cidadão e os direitos dos usuários de drogas ilícitas, estamos, na verdade, afirmando a nossa existência ética. Ou seja, ao reconhecer os direitos do outro – que é diferente – estou, do ponto de vista ético, dizendo para o conjunto das pessoas que fazem parte dessa sociedade como eu gostaria de ser tratado, caso estivesse naquela situação.

A solidariedade, o não preconceito e a não discriminação são os marcos norteadores de toda e qualquer intervenção que pretenda se ocupar tanto da prevenção quanto da assistência às pessoas com IST/HIV/aids, tuberculose e hepatites virais. Sabemos que a construção da cidadania do usuário de drogas frente à ilegalidade de suas práticas é o maior impasse para o planejamento de programas de prevenção que valorizem os direitos humanos e respeitem a autonomia dos sujeitos. É através do direito básico à informação e de uma legislação apropriada que o cidadão poderá se lançar na busca por outros direitos fundamentais, como o acesso a serviços de saúde, a tratamentos adequados e a melhoria da sua qualidade de vida.

### **Barreiras nas Ação com Usuários de Drogas Ilícitas**

Nos desafios cotidianos das intervenções na rua são encontradas várias barreiras, que vão, desde a incompreensão da sociedade, até a atitude de muitos governantes que apelam para a higienização e limpeza social como forma de resolutividade para acabar com a mazela de quem, na verdade, está em vulnerabilidade social devido à falta de políticas públicas mais humanizadas de inclusão social e seus desafios, tanto no campo da prevenção, como da assistência a esta população específica que são os usuários de drogas.

Além da alta vulnerabilidade individual e das estimativas epidemiológicas que acometem essas pessoas, contundentes no mundo contemporâneo<sup>7</sup>, algumas avaliações clínicas também indicam que os consumidores de drogas, quando infectados pelo vírus da tuberculose e HIV e/ou doentes de aids, costumam ter um dos piores prognósticos relativos à manutenção da saúde, além de ter a morbidade e a letalidade aumentadas, se comparadas às de outros grupos populacionais<sup>8</sup>.

Apesar disso, não é difícil observar o quanto, em muitos municípios brasileiros, as ações de prevenção e assistência voltadas para essa população específica ainda são insuficientes, irregulares ou, na sua grande maioria, inexistentes. O Ministério da Saúde, ao apresentar suas diretrizes nacionais para uma Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas<sup>4</sup>, em 2004, reafirmou ser esse tema “um grave problema de Saúde Pública”, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS e, propôs o enfrentamento da questão através do subsídio de uma construção coletiva<sup>9</sup> (p.5).

A aplicação desse tipo de estratégia passou a não ser mais reconhecida pelo próprio

Ministério da Saúde como a lógica a ser utilizada nos serviços de atenção diária que integram a rede de cuidados em Saúde Mental, no atual governo federal<sup>11</sup>, deixando a população de rua mais expostas aos determinantes sociais.

A invisibilidade que cerca a questão das drogas e seus usuários é um fato notório e tem reflexos no relacionamento entre profissionais de saúde e seus pacientes. Muito raramente, esse tema é incluído nas anamneses, entrevistas e consultas de avaliação clínicas. Em muitas situações, o profissional de saúde tem fortes indícios de que o paciente seja um usuário de drogas, mas prefere “não tocar no assunto” ou tratar o sujeito de um modo parcial e sem se ocupar em incluir esse dado nas suas avaliações de risco à saúde, nas suas hipóteses diagnósticas, nos seus aconselhamentos ou nos projetos terapêuticos<sup>9</sup>. Na maior parte das vezes, quando esse assunto é clinicamente abordado, ainda prevalecem às exigências para uma abstinência total, moralmente apresentada aos pacientes como uma pré-condição para que algum tratamento seja empreendido.

É consensual, o reconhecimento de que a epidemia da aids provocou, na sociedade brasileira, uma visibilidade um pouco maior para os comportamentos relacionados com o uso de drogas, os padrões de consumo envolvidos, os tipos de usuários e os possíveis danos à saúde resultantes do abuso de substâncias psicoativas. Vale ressaltar, no entanto, que essa visibilidade permanece circunstancial e descontínua, sendo frequentemente embaçada por estigmas, preconceitos e discriminações que, invariavelmente, são os principais responsáveis por manter na exclusão social essa população específica.

O que se vê mais frequentemente, por

<sup>11</sup> Gestão de Jair Bolsonaro, iniciada em 2019.

parte de muitos profissionais de saúde, no trato com esse tipo de usuário, é a adoção de estratégias repressivas, com intervenções marcadas por noções de culpa de certo e errado, tentando promover um ideal de “pureza humana” e de saúde a serem alcançados unicamente pela abstinência às drogas. Não raro, “essas intervenções costumam ser associadas a uma pedagogia do terror enfatizando o medo como uma forma de afastar o sujeito das drogas, livrando-o de um suposto caminho que o levaria, inevitavelmente, ao crime, à doença e à morte”<sup>9</sup> (p.10).

### Considerações finais

Ainda são muito tímidas as ações contínuas de prevenção centradas em estratégias de Redução de Danos na rua e que tenham como meta a promoção e o desenvolvimento de uma consciência crítica desses sujeitos, avaliando, junto com eles, seus riscos e os fatores viáveis de proteção que cada um efetivamente dispõe.

As estratégias preventivas de Redução de Danos agem, assim, respeitando e tratando o usuário de drogas como um cidadão portador de direitos e deveres. Difunde conteúdos atualizados e sem preconceitos. Desenvolve a cidadania, a autonomia e os mecanismos de autorregulação e de responsabilização pessoal.

### Referências

1. Mesquita F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis: polêmica nacional. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. (orgs.). Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. p.101-112.
2. Nery FSG. A rede de atenção psicossocial no centro histórico do município de Salvador - BA: um olhar sobre a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. 103f. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica do Salvador. Salvador; 2015.
3. Nardi HC, Rigoni FQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande

do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2):382-392. (on line). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200017>

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
5. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Abrasco; 2003.
6. Teixeira RR, Ferigato S, Lopes DM, Matielo DC, Sandenberg ML, Silva P & cols. Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço. In: Interface. Comunicação, Saúd Educ. 2016; 20(57):337-348. (on line). [acesso em: 27 out 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1217>
7. Santos NTV. Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo respondent-driven sampling. 2013. (Tese). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife; 2013. 151 f.
8. Giacomozzi AI, Itokazu, Luzardo AR, Figueiredo CDS, Vieira M. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. Saude Soc. 2012, 21(3):612-622. (on line). [acesso em: 27 out 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/08.pdf>
9. Zucarro N. Drogas e aids da invisibilidade á integralidade: um caminho a percorrer. In: Rio de Janeiro. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de DST/Aids e Hepatites Virais; Defesa Civil. Texto 2 - prevenção drogas e aids. Rio de Janeiro; 2007. (on line). [acesso em: 23 out 2020]. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=TaLKOhiYDVI%3D>

# Aproximações entre a Terapia Comunitária Integrativa com a Redução de Danos

## Approaches between Integrative Community Therapy and Harm Reduction

Eroy Aparecida da Silva<sup>I</sup>, Regina Tuon<sup>II</sup>

### Resumo

O objetivo deste artigo foi contextualizar a história do desenvolvimento da Redução de Danos no Brasil a partir dos contextos socio-políticos garantidos na constituição de 1988, com a mudança dos paradigmas de cuidados em relação ao cuidado de saúde mental/álcool e outras drogas, e as aproximações dos pressupostos da Terapia Comunitária Integrativa junto a essa população com a Redução de Danos como prática emancipatória.

**Palavras-chave:** Terapia comunitária; Álcool e outras drogas; Redução de danos.

### Abstract

The objective of this article was to contextualize the history of the development of Harm Reduction in Brazil from the socio-political contexts guaranteed in the 1988 constitution, with the change of paradigms of care in relation to mental health care/alcohol and other drugs, and the approximations of the assumptions of Integrative Community Therapy with this population with Harm Reduction as an emancipatory practice.

**Keywords:** Community Therapy; Alcohol and other drugs; Harm reduction.

### Introdução

De modo geral, Redução de Danos é uma filosofia e estratégia de cuidado com usuários de álcool e outras drogas que tem por objetivo acolher as pessoas em sofrimento garantindo a elas direitos, fortalecendo as estratégias de proteção e a ampliação deste tema no campo da Bioética. Porém, este conceito

não é único nem tampouco consensual, pois advém de diferentes campos e práticas<sup>1</sup>. Especialmente no Brasil, a evolução histórica deste tema e suas *práxis* de cuidado em relação aos usuários de substâncias psicoativas são marcadamente múltiplas, com uma diversidade construtiva de práticas e estratégias<sup>1</sup>.

Passados 30 anos de história sobre a Redução de Danos no Brasil, atravessamos várias ondas, que não podem estar desvinculadas do contexto tanto sociopolítico e econômico que repercutiram fortemente nas práticas, tanto de saúde mental, como nas políticas sobre álcool e outras drogas. Alguns deles são: (1) os

<sup>I</sup> Eroy Aparecida da Silva (eroync@gmail.com) é psicóloga pela Faculdade Paulista de Educação e Cultura (UNIPAULISTANA) Psicoterapeuta Familiar e Comunitária e Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (UNIFESP), membro da Associação Fundo de Pesquisa Psicofarmacologia (AFIP), pesquisadora e ativista social e colaboradora de vários coletivos que trabalham com pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo.

<sup>II</sup> Regina Tuon (reginatun@uol.com.br) é assistente social pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Especialista em Dependência de Drogas pela UNIFESP de São Paulo e do Ministério da Saúde.

avanços no campo da Saúde Mental na década de 1980, com a constituição de 1988; (2) o enfrentamento das políticas proibicionistas de cuidado, de forma verticalizada, cuja única possibilidade das propostas de tratamento era a abstinência; (3) a incorporação das diversas propostas de Redução de Danos nas políticas de cuidado em relação ao consumo de substâncias psicoativas; (4) o golpe político de 2016, que trouxe um retrocesso no avanço das estratégias de cuidado em Saúde Mental no geral e consequentemente nas garantias das estratégias de Redução de Danos, nas suas propostas originais de acolhimento, escuta valorização do encontro singular e horizontalizado entre profissionais e usuários.

O objetivo deste capítulo é discutir as oscilações dessas diferentes fases, bem como relacionar avanços de algumas intervenções psicossociais comunitárias que incluem as estratégias de Redução de Danos no cuidado de usuários de drogas vulnerabilizados; ou seja, aqueles que habitam as ruas e, de modo geral, não buscam os serviços formais diretamente. Será dada ênfase também as aproximações da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) com as estratégias de Redução de Danos, propositora de respeito, cuidado humanizado e potencializados de encontros singulares entre as pessoas usuárias de substâncias psicoativas.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil surge a partir de tentativa de reorganização social contra a Ditadura Militar, que matou e torturou brasileiros que se opunham ao governo na década de 1970. Em 1976, com a edição da Lei Falcão, bombas na Associação Brasileira da Imprensa (ABI), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e em várias outras instituições, além da cassação de vários parlamentares, de mortes no Departamento de

Operação Interna e Centros de Operação e Defesa Interna (DOI-CODI) do Exército Brasileiro, do assassinato do operário Manuel Fiel Filho e o espancamento do bispo Dom Adriano Hipólito, um grupo de sanitaristas na cidade de São Paulo se juntam e formam o Centro Brasileiro em Estudos em Saúde (CEBES) e fundam a “Revista Saúde em Debate”, cuja proposta foi debater e defender pública e criticamente as práticas no campo da Saúde Pública e Saúde Mental no Brasil. Paralelamente houve a construção do Movimento de Renovação Médica, a partir do Rio de Janeiro, que levantava bandeiras importantes em relação ao movimento sindical “entreguista” implantado desde o Golpe Militar de 1964, quando houve fechamento das instituições democráticas e a implantação do regime ditatorial.

Em 1978, no Rio de Janeiro, a partir de denúncias significativas de médicos psiquiatras sobre a desumanização em relação às pessoas em situação de sofrimento mental, foi fundado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este se constituiu, em pouco tempo, em uma base importante para a renovação no campo da Saúde Mental brasileira, constituindo assim o forte Movimento de Reforma Psiquiátrica, cuja proposta foi a de combater a institucionalização nas políticas públicas de Saúde Mental; ou seja, a modificação e transformação das internações em manicômios em abordagens psicossociais humanizadas. O Movimento de Reforma Psiquiátrica tomou força a partir das lutas dos movimentos médicos e sociais e conseguiu ocupar o lugar de um processo permanente de construção e transformações rápidas nos campos assistencial, cultural e social, a partir da superação dos estereótipos, estigmas, segregações relacionadas às pessoas em sofrimento mental e psíquico<sup>2</sup>.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica precisou lidar com mais de duzentos anos de práticas desumanizadas no tocante à Saúde Mental em nosso meio. As lutas efervescentes, neste campo, lideradas por sanitaristas, psiquiatras e trabalhadores foram capazes de sustentar as mudanças substanciais dos cuidados hospitalocêntricos e manicomial para o início de modelos paradigmáticos de cuidado baseados nas denominadas abordagens psicossociais, fortalecidas a partir de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, no tocante a todas as suas dificuldades de funcionamento, passou a garantir o cuidado mínimo de saúde a todos os brasileiros publicamente.

Estudos, entretanto, apontam inúmeras lacunas em relação ao campo de Saúde Mental e as políticas sobre drogas, sendo estas últimas demarcadas por visões hegemônicas, moralistas, antiproibicionistas e judicialistas, ainda na atualidade. No Brasil, sempre houve uma tendência em considerar o uso de substâncias psicoativas como comportamentos delituosos, sujeitos a sanções criminais. Isso foi um dos fatores que produziu “uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas” (p.40). O uso dessas substâncias perde sua complexidade quando é avaliado como uma conduta desviante dos padrões morais estabelecidos; frente a isso, a única solução proposta para a regeneração da pessoa, além da pena, é a abstinência.

Isso é evidenciado, historicamente, e apontado em um importante estudo realizado por Varga e Campos<sup>4</sup>. Neste, os autores fazem uma revisão sobre a trajetória das legislações em Saúde Mental e álcool e outras drogas, de

1900 até 2000, concluindo que, no século XX, a discussão sobre o consumo de drogas psicoativas esteve demasiadamente atrelada às práticas psiquiátricas e ao estatuto da “doença mental”, seja como condicionante ou como resultante do uso de substâncias psicoativas<sup>4</sup>.

Nota-se que as discussões no ambiente científico atual se organizam frente a duas lógicas: a da repressão e proibição, à contenda da segurança pública, e o da Redução e Danos e cuidado no território, a partir da Saúde Mental. Na prática, parece ainda não ter acontecido uma completa fusão entre os dois tipos de políticas públicas nos termos da temática do uso de drogas, até o final dos anos 2000<sup>4</sup>. Atualmente, ainda é visível a influência da Psiquiatria na manutenção e sustentação das ideias repressivas da justiça e da patologização do consumo dessas substâncias; apesar disso, é evidente e inegável que a consolidação da Redução de Danos foi um grande avanço em um movimento nacional, para a mudança de paradigma no cuidado, impulsionando novos paradigmas na criação de uma política sobre drogas democrática, participativa e inclusiva e se opondo firmemente a toda e qualquer forma coerciva fruto das visões moralizantes presentes nos pressupostos da “guerra às drogas”, que, por diferentes interesses, defende a abstinência como única possibilidade de cuidado em nome de suposto cuidado.

Entretanto, a onda dessa consolidação da Redução de Danos como movimento nacional acompanhou toda uma conjuntura política de avanço no campo, tanto da Psiquiatria como da Psicologia democráticas. As primeiras experiências com Redução de Danos tiveram início na Inglaterra, em 1926, onde um grupo de médicos ingleses, preocupados com os riscos advindos do consumo de ópio e pelo sofrimento

e cuidado das pessoas, já naquela época, elaboram um documento que ficou mundialmente conhecido como “Relatório de Rolleston”. Esse documento continha um conjunto de recomendações de uma comissão interministerial, cujo ministro da saúde inglês era sir Humphrey Rolleston. Ficou estabelecido, neste documento, o direito dos profissionais (médicos ingleses) de prescreverem regularmente ópio e derivados a pessoas dependentes dessas substâncias em ocasiões em que a pessoa estivesse sujeita a riscos importantes.

No tocante a todas as questões políticas envolvidas, a preservação e o respeito à vida dos dependentes ingleses no início do século XX, prevaleceu sobre as questões morais, se diferenciando prementemente da política de “guerra às drogas” dos Estados Unidos, a qual o Brasil foi sempre signatário, modelo que trata a questão da dependência de drogas como algo a ser combatido com jurisprudência autoritária, julgadora, estigmatizadora e unicista, que criminaliza e descontextualiza o consumo da sociedade. A droga, na política armamentista americana, é um inimigo que deve ser combatido, na defesa da construção irreal de um mundo sem drogas psicoativas.

Entretanto, apenas no início dos anos de 1980, as ações baseadas nos princípios de Rolleston passaram a ser sistematizadas programaticamente na Holanda, por força e iniciativa de um movimento de usuários de drogas psicoativas, que construíram uma associação, pois estavam preocupados com a disseminação e a contaminação das hepatites virais entre os consumidores. Com o advento do vírus HIV, as propostas de Redução de Danos tomaram força entre os usuários de drogas injetáveis e passou a fazer parte de um novo paradigma ético, clínico e político de cuidado.

No Brasil, em 1989, na cidade de Santos, a epidemia da aids se disseminava entre usuários de drogas injetáveis, o que fez com que médicos<sup>1</sup> e demais equipes de saúde implantassem a primeira atividade reconhecida como atividade de Redução de Danos, com a distribuição de seringas aos usuários de drogas, com o objetivo de reduzir a contaminação do vírus HIV<sup>5</sup> (p.25). Frente a essa iniciativa, o Ministério Público acusou as equipes de incentivo ao uso de drogas e as obrigaram a responder processos a despeito do resultado das ações de saúde ter demonstrado uma diminuição da contaminação pelo HIV entre usuários, após a distribuição das seringas.

O movimento em defesa da Redução de Danos foi tomando força, tanto entre os usuários, como entre os profissionais/cuidadores. Em 1993, ocorreu na cidade de Florianópolis, o I Seminário Nacional Sobre Aids entre os usuários de drogas injetáveis (UDIs). Neste evento, ficou evidenciado a necessidade do cuidado específico em relação aos UDIs. Posteriormente, em 1995, em Salvador, Bahia, através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) teve início pioneiramente, no Brasil, o primeiro programa oficial de Redução de Danos, que propôs a troca de seringas.

Em 1997, Assembleia Legislativa de São Paulo aprovou a primeira lei que legalizou a troca de seringas<sup>6</sup>, que serviu de impulso para que outros Estados também pudessem promulgar suas leis de forma semelhante; antes dessa, o profissional de saúde que fosse flagrado com seringas podia ser preso e criminalizado como traficante.

É inegável o fato de que o advento da epidemia da aids fortaleceu o movimento em defesa da filosofia e do propósito clínico-ético e

<sup>1</sup> Fabio Mesquita e Davi Capistrano.

político da Redução de Danos no mundo e no Brasil. A necessidade premente de um acolhimento baseado no cuidado preventivo e humanitário às pessoas vulnerabilizadas e usuárias de substâncias psicoativas demandava ações práticas humanizadas e não apenas estratégias ou declarações de adesão a propostas de alta complexidade, como por exemplo, a exigência de abstinência total nos tratamentos ou, ainda, elevados níveis de julgamentos e padrões de moralidade. As estratégias de Redução de Danos, assim, aos poucos foram se mostrando uma importante aliada ao enfrentamento da contaminação pelo vírus HIV, principalmente entre os usuários de drogas injetáveis<sup>7</sup>.

A parte de todas as dificuldades e resistências encontradas, em muitos setores da sociedade, inclusive por parte de pesquisadores e profissionais, os programas de Redução de Danos foram se fortalecendo fruto de uma luta no campo ético-político e clínico dos pesquisadores, usuários e das equipes de saúde e assistência e justiça em todo o país. Estes programas de Redução de Danos e de troca de seringas, paulatinamente, foram se estabelecendo como importantes estratégias e práticas protetivas de saúde<sup>8</sup>.

O período entre 1995 e 2003, foi importante para o campo de Redução de Danos, no Brasil, quando foi possível a construção e a abertura de mais de duzentos programas de Redução de Danos, que impulsionou que os trabalhadores desse campo de atividade se organizassem em associações. Em 1997, foi formada a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA) e, no ano seguinte, a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC).

Conforme proposto no início deste capítulo, esperamos que o leitor possa ir mergulhando nesta onda contextual e política da evolução

recursiva dos cuidados em relação à redução de danos no Brasil, que apontam momentos de “mar muito tempestuoso” e outros momentos de “um mar um pouco mais calmo”. No entanto, em todos esses houve a prática de uma militância ativa para a consolidação de uma rede de cuidado baseada na Redução de Danos, que foi evoluindo e caminhando dos dispositivos de cuidado e distribuição de seringas para o campo da prevenção, com objetivos mais amplos no acolhimento das pessoas usuárias de substâncias psicoativas.

Muitos encontros e vínculos foram construídos nas relações que foram para muito além das trocas de seringas, trocas de parcerias, afetos, acolhimentos, foram se estabelecendo construindo horizontalidade entre os trabalhadores, usuários, dispositivos-casa-rua. Isso ficou evidenciado nos resultados de estudos multicêntricos brasileiros que tiveram projeção internacional, que apontaram uma diminuição do compartilhamento de seringas e da prevalência de HIV, em contraste com o aumento do uso de preservativos por esses usuários<sup>8-9</sup>.

Um fator importante de ser compreendido é que a sustentabilidade das redes e ações de Redução de Danos possuíam bases fragilizadas, pois a maioria estava vinculada a organizações não governamentais (ONGs), com financiamentos de organismos internacionais, dentre eles, o Banco Mundial. Com isso, muitos dos projetos e propostas baseados na Redução de Danos sofreram interrupção ou descontinuidade.

A partir de 2003, várias das ações de Redução de Danos foram transferidas e ficaram sob a responsabilidade do Governo Federal. Este, então passou a repassar verba para a execução das políticas de saúde aos estados e municípios, o que provocou uma redução importante

dos programas de Redução de Danos no Brasil. Segundo Andrade<sup>8</sup>, em 2003, estes somavam 279 e, em 2005, 136.

Com o avanço das lutas, o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas passou a ter lugar e espaço ampliados nas políticas de Saúde Mental. Em 2003, a o Ministério da Saúde apresentou a “Política de Atenção Usuários de Álcool e Outras Drogas”<sup>9-10</sup>, incluindo como práxis de cuidado as concepções das abordagens psicossociais defendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e da luta antimanicomial para os usuários de álcool e outras drogas. Nesta ocasião o conceito de redução de danos vinha sendo “consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas”<sup>10</sup> (p.43).

Assim, muitas “ondas” e transformações ocorreram no campo das drogas quando o movimento da Redução de Danos saiu da área da prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids, e passou para área de Saúde Mental<sup>9</sup>. Embora vários retrocessos tenham ocorrido nas propostas originais da Redução de Danos, quando estas passaram a fazer parte na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, este tema passou a ser um ponto central na construção de um método clínico-político, juntando e atualizando diferentes dispositivos de cuidado em relação à Saúde Mental; colocando como ponto central a desconstrução dos modelos hospitalocentros e a substituição desses pelas intervenções psicossociais como: centros de dispositivos de atenção e cuidado, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS e CAPS-ad).

Em 2011, com a implantação da Rede da

Atenção Psicossocial (RAPS), esta passou a ser centro de atenção às pessoas em sofrimento mental, incluindo os usuários de substâncias. Integrada ao SUS, esta rede é formada por dispositivos diversos tais como: os CAPS e os CAPS-ad); os Centros de Convivência e Cultura (CCC), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral em hospitais gerais e nos CAPS III). Além de ampliar os dispositivos de cuidados em saúde mental “a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências”<sup>11</sup>.

As políticas específicas sobre álcool e outras drogas caminharam sob três vertentes principais que, com o decorrer dos anos, foram amadurecendo e se fortalecendo sob princípios diferentes da política de “guerra às drogas”, bem como do modelo clássico e hegemônico de doença, substituindo-os pela Redução de Danos, sempre acompanhada pelas lutas dos movimentos sociais e de Saúde Mental.

Centros de Tratamentos para dependentes de álcool e outras drogas ligados a várias Universidades foram construídos na década de 1980, assim como associações de classe representativas deste campo, inicialmente a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD), que defendia e ainda defende a concepção de doença das dependências e, mais tarde, em 2005, outro grupo formado por ex-membros da ABEAD e advindos também da Reforma Psiquiátrica, Movimento Antimanicomial e da Redução de Danos, fundando a Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Álcool e Outras Drogas (ABRAMD), que passou a atuar mais no fortalecimento das estratégias de ações clínico-política-bioética da

## Redução de Danos<sup>12</sup>.

Em 2004, no primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, mais mudanças foram incluídas na área de atenção e cuidados aos usuários de drogas psicoativas, em especial, ao crack. Entre elas, houve uma mudança significativa de visão, abandonando o “combate às drogas”, fruto do proibicionismo, para a abordagem de enfrentamento através dos dispositivos de cuidado. A Política Nacional Antidrogas, assim, foi substituída pela Política Nacional sobre Drogas (PND)<sup>13</sup>, salientando a estratégia de Redução de Danos como política pública orientadora das propostas de cuidado.

Em 2010, no segundo mandato de Lula, foi criado o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas”<sup>14</sup>, que se fortaleceu em 2011, no governo de Dilma Russef onde foi lançado o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack”<sup>15</sup>. Estes planos foram bastante criticados por todos os defensores da política de Redução de Danos, pois tira do alvo a problemática das drogas lícitas como álcool, tabaco, medicações psicotrópicas, de incidência e prevalência muito maior que a cocaína e de seu derivado principal no Brasil, o crack.

Com o golpe ocorrido em 2016, que afastou a Presidenta Dilma Rousseff, houve uma clara violação do Estado Democrático de Direito no Brasil, e assume o governo o Vice-Presidente Michel Temer. A partir disso, a política nacional sobre drogas começou a retroceder. Em 2019, com a vitória de Jair Messias Bolsonaro para a presidência do país, o retrocesso dessas política foi evidente. Atualmente temos a política do SUS ameaçada, inclusive a da área de Saúde Mental e de álcool e outras drogas e, conseqüentemente, os cuidados relacionados à Redução de Danos, principalmente as propostas emancipatórias que convidam os

usuários a cuidarem de si mesmo.

Este contexto foi agravado com a pandemia do Covid-19, que “escancarou” o estado calamitoso das políticas públicas de saúde, atingindo a população vulnerabilizada e penalizada, tanto pela desigualdade social quanto pelas necropolíticas impostas pelo Estado. Diante dessas fortes ameaças, tanto nas redes formais quanto informais de encontros entre as pessoas usuárias de drogas, o fortalecimento das intervenções psicossociais são muito importantes, tanto no sentido de garantir o acesso da população vulnerável aos seus direitos propostos pelo SUS, como para ampliação de abordagens inovadoras criativas, inclusivas e de baixa exigência para toda essa comunidade, valorizando a apropriação de suas histórias através do pertencimento, da escuta e do acolhimento humanizados.

## **Intervenções psicossociais e Redução de Danos**

Apesar dos inúmeros reveses, desafios e lutas coletivas ocorridas, ao que avançaram e retrocederam, em defesa de uma política plural, multiversa e humanitária de álcool e outras drogas, baseadas nas propostas de Redução de Danos, conforme contextualizado anteriormente foi possível, ao longo dos anos, observar um avanço do ponto de vista de políticas sobre drogas de uma vertente puramente proibicionista para ampliação de cuidados baseados em estratégias psicossociais com o advento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de álcool e outras drogas (CAPS-ad), implantação dos consultórios de/na rua. Vale lembrar que estes avanços passaram a ser duramente ameaçados no atual governo, que retrocedeu nos avanços de cuidados aos usuários de substâncias, com as propostas de internações em

comunidades terapêuticas como cuidado de atenção primária aos usuários.

Além disso, inúmeras outras propostas de cuidado formais ou informais foram girando em torno dos trabalhos baseados na Redução de Danos. A maioria deles baseadas em abordagens psicossociais, cuja finalidade é agregar e trocar experiências baseadas em ações junto às comunidades, no sentido de que elas próprias estejam implicadas e busquem seus caminhos para resolução dos seus dilemas. Além disso, o olhar psicossocial é uma “luneta”, que ao invés de reduzir ou rotular, amplia e valoriza a existência dessas pessoas, convidando-as para a apropriação de suas histórias, que, na maioria das vezes, é invisibilizada por representações sociais moralistas, estigmatizadoras ou de viés judicializador<sup>16</sup>.

Além disso, as abordagens psicossociais partem dos pressupostos de que a construção da mente é social e de que a comunidade possui seus próprios saberes. Essa visão, transportada para área de álcool e outras drogas, pressupõe que este fenômeno não pode ser encarado de forma isolada, ou “*per se*”; ao contrário, está diretamente relacionado às inúmeras condições suscetíveis nas quais as comunidades estão inseridas e expostas.

A valorização ímpar da construção de vínculos também é um ingrediente significativo para as abordagens psicocossociais, que cuida, ao invés de rotular com diagnósticos pré-estabelecidos ou julgamentos morais. Neste sentido, com o desenvolvimento das práticas psicossociais em Saúde Mental envolvendo o cuidado com as pessoas em sofrimento por uso de substâncias psicoativas, várias intervenções com pessoas vulnerabilizadas foram se desenvolvendo, trazendo importantes contribuições. Aqui terá destaque a prática baseada

em intervenções psicossociais denominada Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Trata-se de uma abordagem brasileira de cuidado que defende que as trocas de experiências humanas realizadas de maneira circular e horizontal contribuem para o enfrentamento das dificuldades a partir do saber coletivo da comunidade<sup>17</sup>. Nosso objetivo, conforme já mencionado anteriormente, é fazer algumas aproximações da Terapia Comunitária especificamente no cuidado de drogas junto à Redução de Danos.

### **Terapia Comunitária Integrativa e as aproximações com a Redução de Danos**

A Terapia Comunitária (TCI) é uma modalidade brasileira de cuidado proposto pelo psiquiatra e antropólogo cearense Adalberto Barreto na década de 1980, do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Airton Barreto, irmão de Adalberto, advogado e militante na área dos direitos humanos, trabalhava na Favela de Pirambu, uma das maiores da região de Fortaleza e encaminhava as pessoas em sofrimentos psíquicos para serem cuidadas na Universidade por Adalberto, que as avaliava e, se necessário as medicava. Entretanto, após alguns atendimentos este psiquiatra avaliou que, ao invés da comunidade ir até a Universidade, deveria fazer o contrário: junto com alguns estudantes de Medicina, foi até a Favela de Pirambu. Lá, observou, junto com sua equipe, que os moradores do local necessitavam muito mais do que medicação: viviam inviabilizadas, desprezadas pelas políticas públicas e descreditadas de suas próprias forças<sup>18</sup>.

Assim, nasceu a Terapia Comunitária Integrativa, que se desenvolveu e passou a ser uma proposta metodológica de ação que permite construir redes sociais solidárias de

promoção da vida e mobilizar os recursos e competências dos indivíduos e das famílias inseridas nas comunidades. Um dos objetivos da Terapia Comunitária é lidar com os sofrimentos da vida cotidiana, reforçando as forças internas das pessoas no enfrentamento das situações desafiadoras, sem se prender em diagnósticos e patologias. O espaço de partilhas e trocas desta terapia, ativa forças individuais e coletivas que auxiliam a lidar com as ansiedades e os estresses paralisadores que trazem riscos tanto à saúde física, quanto à psíquica. O potencial de encontro e trocas coletivas apontam várias estratégias de superação dos sofrimentos e estimula a comunidade a buscar, no seu próprio interior, “saídas conjuntas” para suas dificuldades, troca essa que é mediada por facilitadores, que são as equipes de terapeutas comunitários que, de maneira horizontalizada, valorizam as histórias de vida das pessoas, reforçando as competências locais e culturais, estimulando o abandono da vitimização e valorizando o acolhimento, as trocas e a escuta<sup>18</sup>.

Resumidamente os eixos teóricos básicos da Terapia Comunitária Integrativa estão embasados nos seguintes marcos<sup>18</sup>:

- paradigma sistêmico: relação de interdependência entre as várias partes e o todo;
- resiliência: o enfrentamento conjunto das dificuldades produz um saber para superar as adversidades familiares e contextuais;
- Teoria da Comunicação: todo o nosso ato tem valor de comunicação. Na Terapia Comunitária Integrativa, o interesse está mais no interrogativo do que no afirmativo e nas relações de todos os atos comunicacionais verbais ou não verbais;
- Antropologia Cultural: a cultura é vista como uma verdadeira fonte de riqueza

individual e coletiva e responsável também para construção de identidade; assim é um recurso que permite somar e multiplicar os potenciais de crescimento individuais para o enfrentamento dos vários problemas sociais;

- Pedagogia da ação-reflexão de Paulo Freire: a Terapia Comunitária Integrativa é uma proposta de trocas de experiências aprendidas e advindas do pensamento de Paulo Freire; isto é, as regras que a estruturam asseguram a circularidade e a horizontalidade da comunicação, em que cada um possui o seu saber, respeitando sempre a palavra do outro, deixando-se interpelar por uma nova leitura de uma mesma problemática. A fala do outro desperta em mim a minha história e possibilita que nos aproximemos uns dos outros. Também de inspiração Paulo Freiriana, é a valorização dos recursos pessoais e das raízes culturais, considerando que o aprendizado libertador somente ocorre quando há respeito aos saberes socialmente construído pela experiência de vida.

As rodas de Terapia Comunitária Integrativa são mediadas horizontalmente pelas equipes de terapeutas comunitários e podem ocorrer, tanto em espaços públicos quanto privados, nas comunidades, nas ruas, praças, onde estão às pessoas dispostas a conversar em locais e horários combinados. Nos encontros, nada é pré-determinado ou exigido além da possibilidade de encontrar pessoas e com elas trocar sentimentos. No entanto, essas rodas seguem algumas etapas que são previamente discutidas com todos os presentes, com duração aproximada de duas horas:

- o acolhimento: é a ambientação favorável para que as pessoas possam chegar e se sentir acolhidas; normalmente é formada uma grande roda para que os presentes possam

olhar uns para os outros. No início, as equipes dão as boas vindas, normalmente com uma música sugerida pela comunidade; e há a celebração de datas de aniversários e a discussão de algumas regras, como a de silêncio, quando cada pessoa estiver falando, a de falar da própria experiência usando o verbo na primeira pessoa; não dar conselhos, nem julgar; e respeitar a história de cada um. A roda é um espaço de escuta.

- a escolha: é a definição do tema a ser debatido no dia. Isso se dá no início, quando a equipe de cuidadores pergunta quem gostaria de falar sobre o que está lhe afligindo, tirando o sono e/ou incomodando.

- a contextualização: é a fase em que são solicitadas mais informações sobre o assunto para que o tema possa ser contextualizado.

- a problematização: seguido à contextualização, ocorre quando a pessoa, em silêncio e apenas escutando a reflexão do grupo, sobre quem já passou por situação semelhante e o que fez para superar ou lidar com ela; como, por exemplo, as situações de: perda, traição, vida na rua, relações familiares, prisão, brigas, facções, uso de substâncias psicoativas, abandono, etc.

Esta etapa final propicia que todas as pessoas possam fazer suas trocas de histórias e organizarem suas experiências através da apreciação e valorização e, em seguida, o grupo se prepara para o encerramento do encontro, utilizando rituais de agregação, de conotação positiva e de valorização da força e coragem de cada um, como por exemplo, todo o grupo abraçar em pé as pessoas que trouxeram seus temas, acolhendo-as, etc. Os participantes falam do que estão levando de aprendizado coletivo dessa troca de experiências com a roda.

Temas como tristeza, medo, solidão,

abandono, negligência, violência, tanto inter como intra familiar e consumo problemático de substâncias, mortes por overdose, envolvimento no tráfico, prisões das pessoas com droga são bastante frequentes nas rodas e, quando estes surgem, as equipes precisam estar preparadas para organizar os diálogos sem julgamentos.

Quando o tema do dia escolhido está especialmente relacionado ao sofrimento da pessoa e ou familiares com consumo problemático de substâncias psicoativas, todos os esforços das equipes estão no sentido de trabalhar horizontalmente com a comunidade, exercitando a escuta generosa, sem julgamento, regra, aconselhamentos ou definições de metas e nem focalizando a abstinência, por exemplo; condutas estas semelhantes às das equipes que estão trabalhando com as estratégias de Redução de Danos.

Nesse caso, a pessoa é convidada a falar de si, sempre na primeira pessoa: “eu”. É convidada a falar livremente para o grupo sobre o que está incomodando em relação aos seus vínculos consigo mesma, com os outros e também com as substâncias que utiliza. A ênfase é dada a história de vida dela, com quem vive, do que gosta, de qual é a sua rede social, se está trabalhando e como está os sentimentos dela naquele momento. Ao permitir a fala sobre si mesmas, muitas histórias surgem antes do contato com as substâncias. Após o relato, a equipe agradece a disponibilidade do narrador de sua história e questiona o grupo sobre quem já passou por experiência semelhante a que ouviu e o que fez para lidar com ela. Invariavelmente, no grupo comunitário várias outras pessoas apontam que estão vivendo ou já viveram situações semelhantes e este sentimento de pertença faz com que a pessoa que relatou seu

próprio caso se sinta acolhida e não julgada. Este momento é bastante intenso, a comunidade troca entre si histórias que organizam suas experiências. As narrativas abaixo ilustram como as pessoas são acolhidas em várias rodas de Terapia Comunitária Integrativa, em que o tema escolhido foi o sofrimento relacionado ao uso de uso de substâncias.

*“Eu vim aqui nesta roda pra falar da droga e falei sobre a minha história onde o uso está presente, mas eu não sou apenas isso”; “Eu vim porque me falaram da roda, confesso que vim meio receoso porque já estive muitas vezes no NA, e quando chegava lá eu ficava maluco de tanto ouvir falar de droga, cheguei a sair de lá e ir usar maconha, cocaína ou beber várias vezes, mas quando cheguei cá e falo sempre de mim, e falar na primeira pessoa me ajuda bastante: - primeiro eu preciso me responsabilizar por tudo que faço, sinto e falo; segundo não culpabilizar os outros quando faço uso de crack; terceiro não achar que é o crack que me domina, não, sou eu que vou atrás dele”* (Depoente A)

*“Eu passei a ver as coisas de outra forma aqui na roda, quando ouço os outros falando também dos seus problemas eu percebo que não sou apenas eu o perdido e abandonado. Antes eu me xingava, me dava pontapés, mas sempre depois que bebia a cachaça, de uns tempos para cá eu presto mais atenção em mim, no que é conversado aqui, não é a tentação, sou eu mesmo que aprendi a beber cedo demais com meu pai, inclusive e isso virou um hábito, que eu fazia mecânico”* (Depoente B);

*“Aqui nas rodas eu sinto que não*

*estou sendo julgada porque eu bebo demais, eu sou acolhida, as pessoas não olham para mim como se eu fosse um “pé de cana”, eu me sinto querida mesmo, então este sentimento de ser escutada e valorizada na minha história, me ajudaram muito a parar de beber como eu bebia. Era um buraco ou um vazio que batia dentro de mim, que a bebida ajudava eu não sentir”* (Depoente C);

*“Sabe de uma coisa, eu já fiquei internada, já fui presa vendendo maconha e pedra e em todo lugar que passei tinha gente falando o que era para eu não fazer, ai eu ia e fazia o contrário. Aqui na roda foi diferente, ninguém nunca disse o que eu deveria ou não fazer, em relação ao uso dos troços, se interessaram em saber de mim, da minha pessoa, eu também aprendi sobre o meu próprio eu, escutando os outros, hoje eu diminuí muito o uso, por minha própria conta”* (Depoente D);

*“Eu trabalhei mais de cinco anos na noite, como michê, para pagar minha faculdade e colocar comida em casa porque minha mãe cuida de uma Irma minha que é excepcional, somos nós três, meu pai caiu no mundo”. A vida na noite é bruta, a cocaína me deu força para aguentar trabalhar, eu fui parando sozinho quando decidi deixar de trabalhar na noite, não dava mais, essa roda me acolhe me escuta muito mais do que em casa”* (Depoente E);

*“Eu quero hoje aqui pedir ajuda nesta roda, para um dor que estou sentindo que dói, dói e dói, perdi dois irmãos já por envolvimento com o tráfico, um foi morto por causa de dívidas que foi*

*fazendo e o outro no mês passado foi morto em uma briga na porta de um bar, onde ele segundo nos contaram vendia cocaína e crack. Agora ficamos apenas eu, minha irmã e meus pais, sem rumo, porque os rapazes um com 32 anos e o outro com 29 morreram em três anos perdemos eles dois. Estou muito deprimida” (Depoente F);*

*“Eu quero trazer aqui para vocês o que eu sinto por estar morando na rua: a pessoa que vive na rua usa a droga para continuar viva, comigo foi assim, porque é muita situação triste que a gente vê então o uso é como se fosse uma diversão para aquelas desgraceiras todas” (Depoente G);*

*“Eu quero conversar com vocês sobre minha família, embora eu saiba que todos em casa, preferissem que eu não usasse drogas, eu uso assim mesmo, não fui destruído por isso, trabalho, não tiro nada de ninguém, compro o bagulho com meu dinheiro e uso, ai eu adotei os meus parceiros de rua como meus parentes” (Depoente H);*

*“A pessoa que vive na rua de cara já é rotulada como usuária de drogas, vagabunda, desocupada, todos passam e não te vê você é como se fosse um lixo, essa sensação me maltrata, eu nem faço uso de nada, meus colegas usam, mas eu não sonho em sair da rua com minha namorada” (Depoente I);*

Os relatos que surgem nas rodas relacionadas ao consumo de substâncias são acolhidos, debatidos e a atenção voltada para a pessoa e não apenas para o uso de substâncias psicoativas possibilita que sua história possa ser contada e valorizada, suportada e dividida

na roda. Várias pessoas dizem que a roda é o único lugar onde ela podem tanto falar, como escutar.

Embora a Terapia Comunitária Integrativa trabalhe com as pessoas em grupos, nas comunidades, acolhendo os temas diversos, especialmente ao tratar o uso de substâncias psicoativas se aproxima de estratégias de Redução de Danos, principalmente no que diz respeito à valorização da pessoa, ao não julgamento, à escuta e ao acolhimento, à baixa exigência em relação à frequência e metas de uso dessas substâncias.

Assim, a Terapia Comunitária Integrativa é um espaço de fala, de acolhimento e escuta generosa e, desde 2004, através de uma parceria realizada como Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), capacitou mais de 800 trabalhadores da área de álcool e outras drogas e passou a fazer parte da Rede SUS e da Estratégia de Saúde da Família. Várias equipes que estão nos consultórios de rua são também terapeutas comunitários.

A Terapia Comunitária Integrativa ganhou, finalmente, *status* de Política Pública do SUS, em 2017, com sua inclusão Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC)<sup>19</sup> e na Portaria GM nº 849<sup>20</sup> do Ministério da Saúde. A Terapia Comunitária, juntamente com outras 19 práticas “ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde” (p.08).

### **Considerações Finais**

Terapia Comunitária é uma estratégia de atenção à saúde referência territorial, considerando o território não apenas um ponto geográfico, mas um local de pertencimento do indivíduo, aonde estão seus familiares, amigos,

colegas e outros vínculos importantes para ele; enfim, todas as suas subjetividades. Isso já é um ponto de partida para mudar a lógica do cuidado, tradicionalmente centrado nos dispositivos de isolamento e segregação social, como hospitais, clínicas confessionais ou prisão.

Nas Terapias Comunitárias não há hierarquia de papéis e as pessoas são apenas pessoas desprovidas de rótulos. São rodas de conversa entre pessoas que compartilham suas angústias e sofrimentos, mas também suas potências, conquistas e resiliências. Tudo isso, dentro de um contexto em que se pactuam escuta generosa, não julgamento, respeito e a atitude de colocar-se no lugar do outro. As principais metas dessa abordagem são os desenvolvimento do autocuidado, da responsabilidade individual e coletiva e a transformação social.

### Referências

1. Souza TP. Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. [Dissertação]. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro; 2007. (on line). [acesso em: 15 mai 2020]. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/2007\\_d\\_Tadeu.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/2007_d_Tadeu.pdf) .
2. Amarante P, Nunes MO. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018. 23(6):2067-1074. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2002. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf)
4. Campos MM, Vargas A. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Ciênc. Saúd Colet.* 2019; 24(3):1041-1050. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000301041](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301041)
5. Mesquita C., Fábio “AIDS entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na Região Metropolitana de Santos São Paulo Brasil. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2001. (on line). [acesso em: 9 out 2020]. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31032020-110246/publico/DR\\_462\\_Mesquita\\_2001.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31032020-110246/publico/DR_462_Mesquita_2001.pdf)
6. São Paulo. Lei nº 9.758. Autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas”. *Diário Oficial do Estado de São Paulo.* 1997; 179(107):seq1. (on line). [acesso em: 9 out 2020] Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=19970918&Caderno=Executivo%20I&NumeroPagina=1>
7. Cruz M. Redução de Danos no cuidado do Usuários de Drogas. *Revista Aberta SENAD.* Brasília; 2011. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>
8. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. e Saúde. Colet.* v. 2011; 16(12):4665-4674; 2011. (on line). [acesso em 9 out 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015)
9. Souza TP . A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). [Tese]. Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 2a ed. Brasília; 2004.
11. Brasil Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011. (on line). [acesso em: 8 set 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

12. Silva FFL. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. In: Ramminger T, Silva M. (orgs.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

13. Brasil. Ministério da Justiça. Resolução no 03/GSI-PR/CH/CONAD. Aprova a Política Nacional sobre drogas. Brasília; 27 out 2005. (on line). [acesso em 8 set 2020]. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>

14. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.179. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor” Brasília; 20 mai 2010. (on line). [acesso em: 8 set 2020]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7179&ano=2010&ato=602ETRU5EMVpWT8d6>

15. Brasil. Casa Civil. Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. Brasília; 7 dez 2011.

16. Silva EA, Ronzani TM. Prevenção como responsabilidade coletiva: a importância de políticas públicas e a redução de danos. In: Diehl A, Figlie NB. Prevenção ao uso de álcool e drogas, o que cada um de nós pode e deve fazer. Porto Alegre: Artmed; 2014.

17. Barreto AP. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.

18. Barreto AP, Barreto MCR, Oliveira D, Barreto IC, Abdalla MP. A inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza; 2011. 82p.

19. Brasil Ministério da Saúde Manual de Implantação de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília; 2018. p.8. (on line). [acesso em: 8 set 2020]. Disponível em: [89.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_implantacao\\_servicos\\_pics.pdf](89.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf)

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 “Inclui a Terapia Comunitária Integrativa à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília; 2017. (on line). [acesso em: 8 set 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html)

# As Diferenças entre Queixa e Demanda no Trabalho de Redução de Danos: possibilidades para uma escuta clínica em espaços heterogêneos

*The Differences between Complaint and Demand on Harm Reduction's Work: possibilities for a clinical listening in heterogeneous spaces*

Rodrigo Alencar<sup>1</sup>

## Resumo

O presente artigo aborda os aspectos políticos da história da Redução de Danos no Brasil, bem como algumas especificidades de sua prática, a saber, a escuta em meio a troca de insumos e as estratégias de vinculação e acolhimento no território. Destacamos o período de maior reflorescimento da Redução de Danos no Brasil, a partir dos anos de 2010, quando uma série de políticas públicas em diversos âmbitos começam a articular respostas ao clamor pelo combate ao crack, e às cenas de uso em diferentes capitais do Brasil. É nesse contexto que apontamos para a circulação de teorias oriundas da psicanálise por meio dos Redutores de Danos e apoiadores, possibilitando a aplicação e atualização de referenciais teóricos nos encontros que acontecem no território. Por fim, apontamos a importância de se poder lançar mão de uma escuta clínica, operando uma diferença entre queixa e demanda na escuta dos usuários atendidos, de modo a possibilitar uma prática de cuidado com um refinamento subjacente, assim como formas de encaminhamento mais precisas.

**Palavras-chave:** Redução de danos; Drogas; Psicanálise.

## Abstract

This article approaches the political aspects Brazilian Harm Reduction history, as well as some particularities of its practice, as the clinical listening among the distribution of preventive gears and the strategies of bonding and caring on territory. The period which starts at the year of 2010, when a bunch of health policies on several areas started to respond the appeal for face the crack, consisted in a time of expansion of psychoanalytical theories among Harm Reductors. It is on this context that we target to expose and refine the theory which has been developed by means of the work among the users on the streets. Finally, we highlight the meaning of clinical listening, building a difference between the complaint and the demand on the listening of the drug users, in a way to make possible a practice of caring with a subjacent refinement, as well as on the process to the other services and treatments.

**Keywords:** Harm reduction; Drugs; Psychoanalysis.

## Introdução

Ao longo dos últimos trinta anos no Brasil, tivemos a difusão e consolidação das práticas de Redução de Danos. O que antes ocorria por meio da sociedade civil organizada, muitas vezes de modo marginal e

sob ataque de agentes da segurança pública, passou a gozar de certa notoriedade e reflorescimento no início da última década.

É importante situarmos que a partir de 2010 a retórica anticrack tomou de assalto os discursos eleitorais e os editoriais dos grandes órgãos de imprensa; o combate ao crack pautou debates dos candidatos à presidência e ao governo do Estado de São Paulo, funcionando

<sup>1</sup> Rodrigo Alencar (r.alencar@gmail.com) é psicanalista e Doutor em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP), Professor convidado na Pós-Graduação da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESP), atua em consultório particular e é membro da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD).

como uma espécie de para-raios ideológico com respostas similares em todo o espectro político<sup>1</sup>.

Após a vitória de Dilma Rousseff para a Presidência da República, que comportou um significativo corpo profissional alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos em sua gestão, pudemos reconhecer certa continuidade de avanços na oficialidade das práticas de Redução de Danos, diminuindo a sua carga de marginalidade e ganhando corpo em diversos serviços de Saúde Mental por todo o território brasileiro.

Apesar de todo o pânico moral e do crescimento das comunidades terapêuticas, a Redução de Danos aumentou sua presença na assistência de caráter territorial dos usuários. Pudemos perceber o medo ser sucedido pela constatação da ignorância, visto que os métodos de tratamento tradicionais só faziam insistir em seus fracassos — o que possibilitou que algumas experiências e projetos extremamente ricos e inovadores pudessem surgir em meio ao turbulento cenário político<sup>11</sup>.

Com a implementação de redutores de danos em serviços como os Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS-ad) e as implantações dos Consultórios de Rua, as ações de caráter mais democrático ganharam certa oficialidade. Não nos livramos das contendas morais, mas testemunhamos uma abertura e o reconhecimento de lacunas no saber do poder instituído, incorporando práticas inovadoras na formulação de novas políticas públicas.

Essa incorporação não está assegurada e sabemos da onda obscurantista que se sobrepõe às instituições acadêmicas, serviços de saúde e à sociedade brasileira em geral. Ainda

<sup>11</sup> Dentre os projetos, podemos citar o “De Braços Abertos”, realizado pela Prefeitura de São Paulo.

assim, o trabalho dos redutores de danos segue com suas dificuldades específicas que dependem mais ou menos da oficialidade estatutária. Dessas dificuldades, podemos destacar: os desafios impostos pelo território, suas correlações de força, seus eventos intempestivos, a violência que assola quem vive na rua e a desarticulação dos diferentes setores de políticas públicas, como o da saúde, assistência social e segurança pública.

Com um certo esforço diante do tumultuado contexto de trabalho que nos encontramos, gostaria de adentrar algumas especificidades da Redução de Danos e quais desafios essas especificidades suscitam. Para iniciarmos, é importante lembrar que a Redução de Danos compõe uma perspectiva liberal, dado que o seu trabalho de assistência toca diretamente no direito à liberdade de escolha, de modo muito estratégico, aspecto importante de ser ressaltado, dado que a Redução de Danos não confunde conduta antissocial com o uso de uma substância ilícita.

É comum que uma postura conservadora, comum à de muitos usuários de substâncias ilícitas, estranhe e rechace esse refinamento, dado que, desse ponto de vista, o uso de substância ilícita seria merecedor de toda sorte de abandono e/ou punição. Quando o usuário tem esse posicionamento a respeito da substância, isso diz muito mais a respeito de si, do que propriamente da substância.

Essa questão entre Redução de Danos e política foi muito bem abordada por Denis Petuco<sup>2</sup>, que identificou um histórico de posturas heterogêneas em relação às drogas até a metade do século passado no Brasil. O que é apontado por este autor, é que estratégias e visões próprias a Redução de Danos na história do Brasil, não detinham interpretações de

pertencimento a determinadas matizes no espectro político. Isso ocorreu até o momento em que a questão das drogas é incorporada como bandeira por grupos de esquerda que possuem uma postura progressista.

Já a relação entre psicanálise e Redução de Danos, é marcada por uma coloração nacional, visto que, a Saúde Pública brasileira, possui a marca da atuação de profissionais que se posicionaram de maneira antagônica à Ditadura Militar e que trabalharam na construção de duas grandes reformas que podemos considerar como peças-chave para a Redução de Danos no Brasil. Nos referimos à Reforma Sanitária, que culmina na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Reforma Psiquiátrica, responsável pelo movimento de fechamento dos grandes manicômios e pela criação de uma rede de atenção psicossocial com caráter comunitário.

A psicanálise, com seu forte acento argentino<sup>III</sup>, teve importante participação na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, de modo que, quando as drogas foram ganhando espaço no debate público e sendo objeto de foco de ações políticas, parte dos atores desta Reforma foi endossando gradualmente uma postura progressista na questão das drogas.

### **Encontros e desencontros**

Não é absurdo afirmar que, em um contexto internacional, a Psicanálise opera alheia à Redução de Danos e, por vezes, até mesmo a critica como algo pouco imbuído de valor clínico<sup>2</sup>. A articulação entre psicanálise e Redução de Danos tem traços de um produto nacional. Opera e se constitui por meio dos redutores que, ou passaram por cursos de psicologia ou

que cultivaram uma leitura autodidata de Freud, além dos psicanalistas e pesquisadores.

Sobre a aproximação entre psicanálise e Redução de Danos, podemos citar passagens elogiosas e outras nem tanto.

As práticas e princípios de Redução de Danos constituem um pilar importante na forma como as drogas são inscritas simbolicamente em nossa sociedade. Sua contribuição consiste em trazer para um discurso mais amplo os meandros da cultura de uso de drogas das ruas e a desinstitucionalização da associação entre drogas e marginalidade. Essa contribuição também opera de modo a desmistificar a droga enquanto instância não fálica na vida do sujeito.

É importante frisar que, na história, as práticas e as pesquisas em torno da Redução de Danos no Brasil contêm um potencial de contribuição até mesmo pedagógico para os psicanalistas que se dispõem a se debruçar sobre o tema. Isso porque o trabalho de pesquisadores, aliados aos relatos de experiências de campo, possibilita a transmissão de uma perspectiva das cenas de uso, seus rituais e seus meandros, ainda inéditos, porém fundamentais para muitos psicanalistas que não possuem tais experiências em sua trajetória. O teor desses trabalhos nos permite romper o viés próprio de lugares de classe e raça, além de certa carga moral que inevitavelmente surge em um trabalho ou outro, dificultando uma apreensão e a construção de uma prática que possa se firmar como inovadora diante dos problemas decorrente do uso de substâncias.

Como exemplo desse olhar enviesado, podemos citar o posicionamento do psicanalista lacaniano irlandês Rick Loose<sup>3</sup>, que afirma

*“...você diria a um alcoolista crônico que está estirado no chão, bêbado e fora de si, para moderar a bebida, para refinar o*

<sup>III</sup> Tendo dentre os seus maiores nomes, Antonio Lancetti, falecido no ano de 2016.

seu paladar e beber apenas “*apellation controlée*”<sup>IV</sup>? Isso é improvável! Ao invés disso nós apelariamos para a intervenção do desejo do analista que é um desejo de obter absoluta diferença” (p. 11).

Sobre a posição de Loose<sup>3</sup>, podemos destacar algumas divergências importantes; a primeira delas consiste no estabelecimento de prioridades: alguém bêbado e estirado no chão precisa de cuidados que estão aquém da relação analítica. Para isso, ao menos no contexto brasileiro, não são raras as situações em que são os agentes comunitários de saúde e redutores de danos que estão dispostos a auxiliar alguém intoxicado e vulnerável na rua. Em segundo lugar, se, para esse usuário, passar a beber com mais qualidade for mais importante do que beber de modo a se expor a prejuízos desnecessários além da bebida, isso seria de grande ganho clínico — inclusive pelo viés psicanalítico. Inaugurar-se-ia aí uma relação menos onerosa com seus prazeres.

Esse processo de trabalho nos parece mais interessante do que simplesmente dizer o que alguém deve ou não fazer, principalmente em um momento no qual essa pessoa tem poucas condições de ouvir tais recomendações.

Já a psicanalista Marta Conte<sup>4</sup> apresenta uma perspectiva mais generosa a respeito dessa articulação, afirmando que tais estratégias servem como ofertas de transferência, visto que a distribuição de insumos não deixa de ser uma via de acesso ao usuário por meio daquilo que mais lhe importa naquele momento: o uso de drogas. Segundo a autora,

*‘...o que iniciou pela troca de seringas tomou significação de laço. (...) os usuários, ao sentirem-se investidos, passaram a trocar olhares, cuidados,*

*investimentos, pedidos de informações e outros. Estas trocas permitem, muitas vezes, a entrada de um terceiro, que rompe com uma relação dual, intensa, exclusiva e mortífera com as drogas. Um circuito libidinal/pulsional se estabelece e se atualiza, respaldado por uma remontagem fantasmática”* (p. 29).

Muitas vezes, é por meio desses objetos — garrafas, cachimbos e seringas — que se estabelece a transferência que torna o trabalho possível, além de desmistificar a substância enquanto tabu. Seria um grande erro, no contexto do tratamento analítico, tratar um charuto como apenas um charuto, ou um cachimbo como só um cachimbo.

Se os objetos não detêm seu sentido em si, simplesmente por serem o que são. Por que os apelos e queixas dos usuários, deteriam? É nesse ponto que gostaríamos de inserir a importância da construção e interpretação de uma demanda no trabalho de Redução de Danos. Seria o que Jean Oury<sup>5</sup> chama de “subjacência”. Essa subjacência corresponde ao que opera numa relação sem que se passe pelo dito.

As relações que são construídas, os trajetos percorridos, as histórias que são confiadas e as perspectivas que se fecham ou se abrem dependem de uma certa sensibilidade à uma subjacência. Assim que, se existem usuários que se sentem ofendidos por seu uso não ser recriminado, isso corresponde apenas ao jogo relacional que faz por meio do uso. É comum e importante, e por isso a psicanálise pode ser de tão grande auxílio, o modo como as drogas se aproximam de um código social da sexualidade. De modo que, dependendo de contexto e classe social, suas práticas sejam mais ou

<sup>IV</sup> Termo usado para situar a safra da qual a bebida foi feita, bem como seu controle de qualidade.

menos expostas. Mais ou menos moralizadas.

É parte do trabalho do redutor de danos desfazer o mal-entendido de que a Redução de Danos é um pacto pelo uso, ao contrário é sim um pacto pelo cuidado. Para muitos usuários, esse pacto só existe por meio da promessa de abstinência e, nesse sentido, é que o pacto pelo cuidado se constrói por vias que podem ocorrer paralelas ao uso. Diferentemente da situação em que a promessa de abstinência se torna uma grande armadilha, se aderida pelo profissional, eliminando toda a possibilidade de subjacência e fixando os significantes da relação na monotonia do “usei” e “não usei”. O redutor de danos pode operar com a suspensão dessa queixa sem enfrentá-la diretamente, para que ela possa ecoar de outra na forma construção de uma demanda que envolva aspectos particulares da relação entre o usuário e o redutor.

O pedido de parar de usar drogas costuma surgir com um endereçamento familiar; algo que, estabelecida a transferência, terá de ser atualizado para uma demanda que vá além da droga, como queixa. Porém, esse primeiro trajeto é um dos mais difíceis de ser percorrido, visto que a paixão e a fé na própria dor, alicerçadas na rigidez identitária de usuário, tendem a pensar a droga como um problema e a sua ausência como uma solução, dificultando que se traga à baila fatores que possam ser importantes na dinâmica da adicção.

Esse é um ponto em comum para os redutores de danos e para os psicanalistas que recebem usuários em seus consultórios.

### **Redução de Danos e clínica psicanalítica em consultório privado**

Não ter sua patologia reconhecida, ainda

que com as suas estereotípias identitárias e falsetes, pode resultar no entendimento de um descaso, imperícia, ou até no não reconhecimento do sofrimento como ele se apresenta. Isso pode afetar inclusive os psicanalistas. O sentimento de pertença em relação ao seu saber e suas insígnias de reconhecimento pode resultar em resistência diante desses casos. Como bem apontou Waks<sup>6</sup>, fazem do paciente alguém psicanaliticamente inadequado.

É sabido que os psicanalistas buscam ouvir além da queixa; mas isso nem sempre se entrega fácil, o que torna necessário pagar com a presença pelo próprio ofício, de modo a omitir suas posições a respeito do sofrimento daquele que se queixa e se conformar a esperar pelo momento oportuno, ou seja, abrir caminho para a construção de uma demanda. Os supostos grandes objetivos de uma análise, como a ética do desejo<sup>7</sup>, ou a singularidade do sujeito se colocam aquém ou além da tarefa de receber alguém com problemas com drogas<sup>8</sup>.

Já no contexto das ruas, a queixa que por vezes é inexistente e geralmente pode surgir como fome, uma ferida na perna, o acesso a algo que a rua não permite, ou mesmo na necessidade de material para uso da própria droga, só torna a demanda possível quando não estanca a relação por meio da necessidade. Ou seja, aquele que oferece algo, põe em perspectiva um ponto de interesse mais além do objeto, que, se houver sorte, se deslocará ao longo da relação.

Não se trata de pensar melhores meios de salvar um usuário ou de garantir sua saída da rua, mas de interditar a ilusão de que a droga basta. Até mesmo a demanda de insucesso pode ser objeto de manejo, dadas as condições e os tensionamentos que uma relação permite sustentar. Por mais que a distribuição

de insumos faça parte dos programas de prevenção, é fundamental que esteja sempre à disposição dos profissionais para manejarem segundo o critério que julguem relevante no trabalho com os usuários.

Consentimos com a visão de Conte<sup>4</sup>, ainda que não necessariamente reconhecamos uma remontagem fantasmática, como exposto no fim da citação que fizemos de seu trabalho, dado que a posição do sujeito em relação à fantasia inconsciente seja um dos objetivos mais caros ao tratamento analítico. Deste modo, a própria Redução de Danos conserva um limite dentro de sua perspectiva política: a crítica ao modelo institucional fechado se opera como um ideal de cura que alguns usuários tentem incorporar, da mesma forma que incorporam o ideal de abstinência.

Nesse ideal, o direito de usar pode se confundir com a obrigatoriedade da evitação da abstinência, produzindo uma falsa dualidade na qual o praticante de Redução de Danos seria mais bem resolvido em relação às drogas do que o abstinente. Portanto, ressaltamos que não se trata de transmitir um modelo ideal de como um usuário deve lidar com as drogas, mas se servir dos fatos que vão se apresentando como possíveis ao longo da trajetória. Temos a crítica à colocação da abstinência como saída única e exclusiva para o uso crônico, mas não negamos a importância de que o sujeito possa realizar essa escolha. Nesse sentido, entendemos que a Redução de Danos, ao atacar um establishment moralista que priva os usuários de seus direitos, sempre detém a possibilidade de abarcar os usuários que podem se beneficiar de suas técnicas, ainda que não pactuem necessariamente com o seu posicionamento no campo social.

O que também pode se caracterizar como

ponto cego nas políticas de Redução de Danos é o fato de que o dano não necessariamente ocorre por mero descuido ou falta de informação, mas pode ser buscado ativamente pelo usuário, vivido e praticado como uma escolha. Esta foi a lição freudiana por meio do conceito de pulsão de morte e dos impasses na noção de princípio do prazer<sup>9</sup>. O indivíduo não só busca prazer e evita o desprazer: esses dois elementos podem se mesclar, de modo que não seja possível desassociar um de outro. No caso dos usuários, não é raro que o prazer da droga esteja psiquicamente associado ao dano que ela causa.

Considerando a carga simbólica de algumas substâncias ilícitas, não é surpresa que um usuário busque o seu uso justamente por meio do seu potencial de dano. Sobre isso, para além da mescla pulsional, podemos reconhecer como suporte dessa pulsão, uma força superegoica que busque ativamente a punição; esta recai sobre si e sobre o “outro” endereçado pelo sujeito. Esse outro, ocupando o lugar de referência no campo social, tende a viver a autodestruição do usuário como um ataque a si — algo que podemos facilmente identificar em familiares de usuários, o que nos remete à importância da demanda de amor em jogo nesses casos.

### ***A Redução de Danos e suas potencialidades em um campo heterogêneo***

Se as modalidades de internação, ou mesmo dos hospitais-dia, propõem o tratamento e a cura, as ações de Redução de Danos propõem uma abordagem que vise ao cuidado; porém, é importante que não se confunda uma estratégia de abordagem com uma modalidade de tratamento. Ao longo de nossa primeira pesquisa sobre o tema<sup>10</sup>, também pudemos encontrar

serviços que inserem a estratégia de Redução de Danos em sua política de tratamento; nesse contexto, a estratégia auxiliava no período de inserção do usuário na instituição. O que presenciávamos era extremamente raro naquele tempo, por ter ocorrido antes de uma certa remodelagem nas políticas públicas de atenção às drogas — quando diversos serviços públicos passaram a implementar a Redução de Danos como parte integrante de seu programa, com redutores contratados e ações territoriais periódicas.

Portanto, alguns serviços de Centro de Atenção Psicossocial especializados em álcool e drogas (CAPS-ad) vinham compondo uma das propostas mais avançadas de tratamento aos usuários; isto por mesclarem o tratamento da questão das drogas com as estratégias de Redução de Danos, além de não necessariamente alicerçarem todo o tratamento em uma proposta disciplinar. Contudo, é importante ressaltar que a precariedade e o baixo investimento nos serviços públicos de saúde, no contexto brasileiro, impedem essa modalidade de atenção de oferecer instalações e efetivo corpo profissional proporcional à demanda por tratamento que se faz necessária, bem como enfrenta dificuldade quanto à possibilidade de oferecer resguardo aos pacientes que se encontram em condições mais vulneráveis.

### **Considerações finais**

Considerando o exposto, gostaria de frisar que, apesar dos atuais prejuízos e ameaças às políticas progressistas no Brasil atual, a Redução de Danos ainda pode operar com cada vez mais refinamento de técnica em suas frentes de atuação. Entretanto, não nos deixemos enganar com uma falsa dicotomia entre Redução de Danos “contra” outras modalidades de

tratamento. As possibilidades de tratamento que respeitem os direitos dos usuários são diversas e as práticas Redução de Danos possuem condições de operar na grande maioria delas.

### **Referências**

1. Alencar, R. Por que a guerra às drogas? Do crack na política ao crack do sujeito. [Dissertação]. Pontifícia Universidade Católica. São Paulo; 2012.
2. Petuco, D. O pomo da discórdia? drogas, saúde e poder. Editora CRV; 2019.
3. Loose, R. (n.d.) Toxicomania and psychoanalytic treatment: double trouble. Korn. Cent. Freudian Anal. Res. 2016. (on line). [acesso em: 20 jan 2015]. Disponível em: <http://jcfar.org.uk/wp-content/uploads/2016/03/Toxicomania-and-Psychoanalytic-Treatment-Double-Trouble-Rik-Loose.pdf>.
4. Conte, M. Psicanálise e Redução de Danos: articulações possíveis? Rev. da Associaç. Psic. de Porto Alegre. 2003; 24:41-60. (on line). [acesso em 26 abr 2020]. Disponível em: <http://www.apoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista24-1.pdf>.
5. Oury, J. O coletivo. São Paulo: Ed. Hucitec; 2009. Alencar, R. O atendimento aos usuários de drogas nos serviços de CAPS-A.D. [Monografia]. Faculdades de Guarulhos. Guarulhos; 2008.
6. Waks CEM. Toxicomania e psicanálise: a clínica psicanalítica da toxicomania. [Dissertação]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo; 1998.
7. Lacan, J. O seminário: livro 7, a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar; 2008.
8. Antonietti, M. El tóxico em los márgenes del psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Lazos; 2008.
9. Freud, S. Além do princípio do prazer. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
10. Alencar, R. Alencar, R. O atendimento aos usuários de drogas nos serviços de CAPS-ad. [Monografia de conclusão de curso]. Faculdades de Guarulhos (UNIESP). Guarulhos; 2008.

# Rodas de Redução de Danos “RD: Cadê Você?”

*Circles of dialogue of Harm Reduction “RD: Where Are You?”*

Luciane Raupp<sup>1</sup>, Marta Conte<sup>II</sup>

## Resumo

Este artigo apresenta a experiência das Rodas de Conversa “Redução de Danos: Cadê Você?” que ocorrem desde dezembro de 2017 na cidade de Porto Alegre. Por meio das rodas de conversa reuniram-se indivíduos e coletivos visando rearticular o movimento de Redução de Danos, resultando na volta à ativa do Fórum Estadual de Redução de Danos do Rio Grande do Sul (FERD-RS), movimento social no qual participam ativistas, profissionais, estudantes e interessados no tema. Apresenta-se uma breve história desta estratégia no Rio Grande do Sul e o desmonte desta política. O objetivo das “Rodas” é reunir pessoas engajadas com a Redução de Danos como ética do cuidado, estratégia clínico-política e diretriz de trabalho, de forma a construir possibilidades de resistência e intervenção. Elegeu-se o método da Roda como ferramenta metodológica para facilitar o exercício da democracia e da cogestão, descritas e analisadas no texto a partir de intervenções realizadas no território. Discutem-se os problemas de sustentabilidade desse espaço e as estratégias de atuação política utilizadas, e ressaltam-se a importância de o FERD-RS se manter como uma “trincheira” de resistência e espaço de inventividade para que a Redução de Danos siga forte e se adaptando às novas demandas e cenários das políticas públicas sobre álcool e outras drogas.

**Palavras-chave:** Redução de danos; Método da roda; Movimento social.

## Abstract

This article reports the experience of the circles of dialogue Harm Reduction: “Where Are You?” that have been taking place since December 2017. Through the circles methodology, collectives have been held to reactivate Harm Reduction until it became the State Forum for Harm Reduction in Rio Grande do Sul (FERD-RS acronym in portuguese), a social movement in which activists, professionals, students and those interested in Harm Reduction. A brief history of this strategy in the state is presented and the dismantling of this policy that accompanied the setbacks in policies on drugs, mental health and social assistance. The objective of the circles is to bring together people engaged with Harm Reduction such as ethics of care, clinical-political strategy and work guideline, in order to build possibilities of resistance and intervention; based on the method of the “Wheel”, the circles of dialogue enable the exercise of democracy and co-management, and in this text some interventions made are described and analyzed. The problems of sustainability and strategies of collective spaces of clinical-political action are discussed and the importance of FERD-RS is maintained as a “trench” of resistance and space of inventiveness so that the Harm Reduction remains strong and adapts to new demands and public policy scenarios on alcohol and other drugs

**Keywords:** Harm reduction; Wheel method; Social movement.

## Introdução

Este artigo apresenta a experiência do Fórum Estadual de Redução de Danos do Rio Grande do Sul (FERD-RS) que reúne ativistas, profissionais, estudantes e interessados na discussão sobre políticas e ações de cuidado tendo por base a Redução de Danos (RD), compreendida de forma ampliada. Após uma breve reflexão sobre a trajetória da Redução de Danos neste estado, busca-se compreender o papel

<sup>1</sup> Luciane Raupp (lucianemraupp@gmail.com) é psicóloga (UFRGS), Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), pós-doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi professora visitante do Department of Sciences da Utrecht University (UU-Netherlands), é membro do Grupo de Pesquisa Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e outras Drogas da UFSC e atual presidente da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD).

<sup>II</sup> Marta Conte (martacte@gmail.com) é psicóloga (UNISINOS), Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Doutora em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e atua como docente e orientadora convidada nos cursos de Especialização e Residência Integrada da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

ocupado por esse fórum e refletir sobre as Rodas de Conversa "RD: Cadê Você?", ação desenvolvida desde 2017 como dispositivo de acolhimento de quem atua com esta abordagem, em um contexto de desmonte das políticas públicas sobre álcool e outras drogas.

As rodas de conversa são desenvolvidas tendo por inspiração teórico-metodológica o Método da Roda<sup>1</sup>, como forma de compreensão e ferramenta de análise da experiência do coletivo, geridas a partir do exercício da democracia e da cogestão. Este trabalho toma como referência teórica a articulação entre a Clínica Ampliada, a Psicanálise e a Redução de Danos no campo da Saúde Coletiva.

### **Trajétórias da Redução de Danos no Rio Grande do Sul**

Novas formas de cuidado dirigido a pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas que se diferenciavam do discurso médico-psiquiátrico de orientação eugênica, que toma por base a norma da abstinência<sup>2</sup>, surgiram no Brasil a partir do final da década de 1980, mais especificamente a partir do que ficou conhecido como "a experiência de Santos".

Conforme Petuco<sup>3</sup>, vozes dissonantes ao modelo hegemônico no campo das drogas existiam desde a década de 1970, em muito, ligadas aos ventos da contracultura e sob influência da Psicanálise. No entanto, uma transformação maior no campo das práticas surgiu de fato na esteira das transformações ocorridas durante o processo de redemocratização do país, que deram origem à Reforma Psiquiátrica, mas, sobretudo, frente à necessidade de controlar a disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis. Nesse processo, estava aberto o campo para uma abordagem mais humanizada e não estigmatizante, denominada Redução de Danos.

Começa a ser articulada no Brasil, inicialmente, como uma estratégia de prevenção para o combate à disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI), passando, posteriormente, a ser considerada de forma mais ampla.

Atualmente, a Redução de Danos é compreendida e pode ser operada através de três dimensões: como ética do cuidado, estratégia clínico-política e diretriz de trabalho. A ética do cuidado aponta para o respeito às singularidades, às possibilidades e ao desejo de cada sujeito ou coletivo. Como estratégia clínico-política, entende-se a política como uma atividade reflexiva que orienta uma ação num coletivo, portanto, que convive com a ética em defesa da vida, ética da cidadania e dos direitos humanos e a ética do desejo. E, como diretriz de trabalho, a Redução de Danos se oferece como um método, no sentido de *methodos*, caminho e, portanto, não excludente de outros<sup>4</sup>:

*"...pode estar no fazer de qualquer profissional do campo das políticas públicas ao transversalizar as ações do cuidado com pessoas que usam álcool e outras drogas, com intervenções que passem por propiciar o estabelecimento de novas formas de relação com a drogas, fortalecendo o protagonismo e promovendo a capacidade de transformação"*<sup>5</sup> (p. 153).

Durante a década de 1990 a Redução de Danos se expandiu no Brasil e, em torno de 200 Programas de Redução de Danos (PRDs) foram criados com o apoio do governo federal, via Ministério da Saúde – Programa de DST/Aids, impulsionados pela organização dos redutores de danos e usuários de drogas em associações e coletivos nacionais. O Rio Grande do Sul foi um dos estados pioneiros a implantar a Redução de Danos, de forma mais estruturada, por meio da criação do primeiro PRD da região, em 1995, mesmo ano

da implantação do primeiro implantado no Brasil na cidade de Salvador, Bahia<sup>4</sup>. Antes deste marco, alguns municípios do estado já vinham desenvolvendo suas primeiras experiências em práticas e equipes de Redução de Danos, por meio de financiamentos vindos de editais do Programa Nacional de DST/Aids, o que possibilitou o surgimento de experiências importantes, embora marcadas por descontinuidades devido à dependência dos editais<sup>6</sup>.

A Redução de Danos no Rio Grande do Sul foi criada e mantida tanto por iniciativas de organizações não governamentais (ONGs), quanto governamentais, com variações quanto a quantidade de investimentos e tempo de manutenção das ações. A instabilidade que marcou o trabalho das equipes deve-se a fatores sobretudo de cunho político, mas também por questões de ordem moral, ideológica, técnica ou religiosa. Um fator que provocou uma influência acentuada nesse cenário ocorreu com a descentralização do financiamento federal para programas ligados à prevenção de HIV/aids. O estado, assim como no resto do país, seguiu a esteira do movimento de municipalização das ações de saúde que, a partir de meados de 2000, passam a ser responsabilidade dos estados e municípios, deixando o investimento na área de drogas na dependência das diferentes orientações de poder local. Conforme levantamento realizado por Rigoni e Nardi<sup>7</sup>, no mês de maio de 2006, o Rio Grande do Sul contava com 26 programas/ações em Redução de Danos em funcionamento. Destes, 15 PRDs eram ligados a municípios e os demais estavam vinculados a ONGs. Na Região Metropolitana de Porto Alegre, havia 9 programas/ações financiados. Além desse quantitativo, os autores referem a existência de vários encontros e fóruns que discutiam o tema. Nesse cenário, um ator fundamental para a qualificação das experiências no

estado foi o Centro de Referência para o Assessoramento e Educação em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (CRRD-ESP/RS) que, desde 1999, ocupava um papel importante como aglutinador de experiências, ponto de encontro e estudo com a realização de ações diversas, como o Grupo de Estudos sobre Redução de Danos, ativo até hoje.

Simoni e colegas<sup>6</sup> atribuem às descontinuidades nos financiamentos o principal motivo para a desarticulação dos programas, fator também apontado por Rigoni e Nardi<sup>8</sup> ao referirem que, durante os três anos de realização de seu estudo, várias ações de Redução de Danos surgiram, enquanto outras acabaram. Os PRDs que conseguiram uma durabilidade maior sofriam com a precarização do trabalho e com a constante incerteza de recursos para sua manutenção<sup>6</sup>. Em um mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), realizado em 2011, foram identificados apenas 11 PRDS, demonstrando uma redução expressiva do quadro de ações. De acordo com esses autores, esse cenário seria explicado pela mudança de rumos dos investimentos que, de 2007 a 2010, passaram a priorizar investimentos em leitos hospitalares e vagas nas chamadas “Comunidades Terapêuticas”.

Passado esse período de retração, mudanças vindas com a gestão que assume o estado a partir de 2011 redesenharam as formas do cuidado em Saúde Mental por meio do fortalecimento da RAPS. Em 2014, foi aprovada a portaria que estabeleceu a Redução de Danos como diretriz das políticas da Atenção Básica, DST/aids e Saúde Mental e instituiu recursos para a criação de “Composições de Redução de Danos”, criando assim um meio para financiar equipes mínimas para trabalho em cenas de uso de drogas, vinculadas à Atenção Básica<sup>9</sup>. Segundo dados divulgados informalmente pela Secretaria de Saúde do

Estado, o Rio Grande do Sul contaria atualmente com 33 equipes Composições de Redução de Danos<sup>10</sup>. A criação dessa forma de financiamento da Redução de Danos foi importante para a continuidade de ações em cenas de uso – contexto de ação de outro equipamento importante na história mais recente da Redução de Danos no estado, as equipes de Consultório na e da Rua as quais, embora não atuando de forma específica com a questão das drogas, têm a Redução de Danos como uma de suas diretrizes de atuação.

A partir de 2006, com a criação do coletivo Balance de Redução de Danos e Riscos na cidade de Salvador, a abrangência da Redução de Danos se ampliou, passando a promover ações de conscientização, testagem e apoio a experiências difíceis em contextos festivos, com o intuito de estimular à reflexão, ao autocuidado e conhecimento sobre as substâncias comumente utilizadas nesses contextos. Atualmente atuam dois coletivos no Rio Grande do Sul - Coletivo Changa e Coletivo Lótus -, além de iniciativas independentes realizadas por coletivos como o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), que desenvolve ações de forma autônoma.

### ***FERD-RS: o (re)nascimento de um coletivo***

O Fórum Estadual de Redução de Danos do Rio Grande do Sul possui uma trajetória caracterizada por diferentes momentos e alianças, as quais refletiram distintas conjunturas. Segundo dados informais<sup>11</sup>, surgiu em 2004 como Fórum Metropolitano de Redução de Danos, atuando como catalisador de ações e atores até 2006. De 2010 a 2012, os atores se rearticularam como fórum, o FERD RS. Após uma pausa de dois anos, de 2014 a 2015, houve uma nova organização, em torno da Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos, período após o qual ficou inativo.

Em 2017, a realização do 1º Seminário da

ABRAMD-RS propiciou uma reaproximação entre pessoas que trabalhavam na área de drogas e que constatavam um vácuo nas discussões sobre Redução de Danos no estado e a necessidade de fortalecer essas ações. O reaquecimento orquestrado por esse encontro deu origem à primeira Roda de Conversa “RD Cadê Você?”, realizada em dezembro de 2017 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A denominação “RD Cadê Você?” foi proposta como provocação, para chamar os atores da Redução de Danos no estado, que estavam desmobilizados e com pouquíssimos espaços de atuação. Essa primeira experiência gerou outros encontros que ocorrem até hoje, bem como a rearticulação do FERD-RS. Por sua vez, a reunião em forma de fórum abriu espaços para a ampliação das Rodas para outros contextos e a ocupação de espaços de controle social e participação em editais.

### ***A escolha do método***

A escolha de um método para as Rodas de Conversa assumia o desafio de acolher pessoas que vinham de diferentes contextos, necessidades, experiências, trajetórias e inserções com relação à Redução de Danos. E, também, visava compor na dimensão do coletivo o reconhecimento das vivências subjetivas e o exercício da cogestão. Considerou-se, como assinala Lebrun<sup>12</sup>, que, no contemporâneo, os efeitos do individualismo, próprio do capitalismo, permeiam as subjetividades e podem dificultar a reunião das pessoas em torno de algo comum que faça sentido para elas.

A concepção de Clínica Ampliada é uma ferramenta conceitual para pensar a dimensão de escuta e da ação próprias à Redução de Danos. Na Clínica Ampliada<sup>13</sup> considera-se o saber popular, a cultura, as crenças e as experiências de cada pessoa, grupo ou instituição, visando o protagonismo dos sujeitos, em uma narrativa

singular do trabalho, construída em referência a um coletivo. A perspectiva da Redução de Danos sintoniza com essa concepção na medida em que se abre às:

*“...diversas práticas e saberes e assume o sentido do acolhimento, a afirmação dos direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas, com a possibilidade de (re) construção de suas vidas, com autonomia e a capacidade de fazer escolhas adequadas para si, abrindo possibilidades de estabelecer laços com o mundo”<sup>14</sup> (p. 12).*

A aproximação da Psicanálise com a Redução de Danos<sup>15</sup> potencializa estes dois campos. A Psicanálise surge como uma das estratégias possíveis para lidar com os efeitos resultantes das tensões presentes entre os sujeitos singulares e seu universo social<sup>16</sup>; e a Redução de Danos busca mobilizar recursos subjetivos e sociais: “formas de cuidado a partir de caminhos muito singulares. Um cuidado que ao cuidar de si traz efeitos na relação com o outro”<sup>5</sup>, sendo essa, também, a base das práticas em Saúde Coletiva que promovem redes “quentes”, convocando à responsabilidade e à legitimidade dos desejos singulares no laço social.

A articulação destas referências conceituais colocou-nos em posição de dialogar com o Método da Roda, escolhido como guia para as Rodas de Conversa, como lugar de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de sujeitos. Esse método possibilita ativar a ampliação de condições favoráveis à democratização dos laços e facilita a reinvenção das possibilidades históricas de mudança<sup>1</sup> em torno do tema da Redução de Danos.

O Método da Roda foi criado a partir da crítica às concepções dominantes, nas quais comando e controle caracterizam a concentração

de poder. Campos<sup>1</sup> buscava modos de análise e gestão de equipes da saúde de forma autogestionária e democrática, nesse sentido propôs a função Paidéia, que influenciou a formulação do Plano Nacional de Humanização. Nessa visão, a democracia é um produto social que se constrói na prática e depende da correlação de forças vindas entre movimentos sociais e poderes instituídos. Para tanto, é fundamental construir espaços de poder compartilhado, abrindo brechas e construindo meios para alterar os esquemas de dominação e produzir novos contratos, questões centrais para reerguer a Redução de Danos no estado do Rio Grande do Sul.

A operacionalização das Rodas visava propiciar discussões e decisões por meio de relações horizontais, sem coordenação ou hierarquia de saberes. Os locais de realização eram rotativos, visando facilitar o acesso de diferentes coletivos. Os objetivos foram sendo construídos coletivamente, tais como: mapear ações; ampliar conceito de redução de danos; estabelecer trocas de práticas; fortalecer a rede; e construir estratégias para ampliar interlocutores e, assim, o diálogo com segmentos da sociedade que não conheciam essa estratégia.

A primeira roda de conversa ocorreu no final de 2017, no Instituto de Psicologia da UFRGS. Foi divulgada via redes sociais e contou com a presença de interessados no tema e representantes de instituições e coletivos, tais como: Movimento Nacional de População de Rua (MNPR); ABRAMD; Rede Multicêntrica da UFRGS; do Conselho Regional de Psicologia local (RP/RS); Escola Porto Alegre; trabalhadores de CAPS-AD e profissionais de outros municípios. A partir desse primeiro e potente encontro, constatou-se a importância de manutenção desse espaço e as Rodas seguiram ocorrendo, marcadas pela diversidade de públicos, ao mesmo tempo em que foram constituindo

um núcleo operacional que se responsabilizava pelo desenvolvimento das atividades.

De 2017 a 2019 as Rodas funcionaram com base na discussão de um tema principal que emergia durante os momentos de apresentação e análise de conjuntura; os momentos finais do encontro eram reservados para acordos e encaminhamentos. A partir de 2019, frente à diminuição da presença mensal de novos participantes e de pessoas do interior do estado (que não contavam com auxílio financeiro para deslocamento), buscou-se novas estratégias para dar dinamidade às Rodas e atrair um público que ainda não conhecia a Redução de Danos. Passou-se então a desenvolver Rodas temáticas bimensais, com a presença de convidados para expor temas relacionados a políticas e práticas sobre drogas e seus desdobramentos. A 14ª Roda ocorreu na sede do MNPR, no formato de sarau, com o tema “Resistência”; a 15ª Roda de Conversa RD Cadê Você? debateu sobre “Os Desafios da Redução de Danos no Brasil”; a 16ª Roda, o tema “Guerra às Drogas e o Genocídio da Juventude Negra” e a 17ª o tema “30 Anos de Redução de Danos no Brasil”.

As Rodas Temáticas têm trazido novos simpatizantes, ampliando a discussão sobre as políticas de drogas e cuidados, bem como valorizando a produção de parceiros que têm se ocupado do tema da Redução de Danos, em diferentes perspectivas, e que muito tem colaborado com o avanço conceitual do tema e suas intervenções clínico-políticas.

### **Relato da experiência das Rodas de Conversa**

Visando exemplificar a diversidade de temas trabalhados durante as já 17 rodas realizadas, a seguir serão apresentados acontecimentos significativos, registrados nas atas resultantes dos encontros. Busca-se dar ênfase tanto ao

que se repete e, portanto, coloca-se como base do trabalho em questão, como aos acontecimentos que produziam diferenciações, delimitando as discussões empreendidas e os rumos tomados pelo coletivo.

Como o espaço das rodas buscava priorizar os vínculos e a análise das conjunturas e contextos implicados nas práticas, muitas foram as questões que surgiam durante os encontros. Algumas se repetiam tais como: O que somos? Quais concepções de Redução de Danos compartilhamos? Que práticas desenvolvemos? Quais são nossas estratégias e compromissos? Nesse processo, cada participante teve espaço para expor sua trajetória, apontando para algo comum: a importância de apreender questões da macro e da micropolítica na análise das práticas e contextos; necessidade de dar visibilidade à Redução de Danos; o foco na pessoa e não na droga; o antiproibicionismo como princípio; o embasamento das experiências na ciência, na vida prática e na política; a busca de inserção em espaços de controle social, entre outras.

Nas Rodas foram analisadas: as Leis de drogas, a criminalização, o racismo e interseccionalidades, as políticas higienistas de internação compulsória, e a dificuldade de acesso à rede de saúde e de abrigagem. Constatou-se a dificuldade de sustentar, nas equipes de saúde e intersectoriais, a diretriz de trabalho da Redução de Danos devido aos preconceitos das equipes.

Conforme colocado anteriormente, a continuidade da realização das Rodas ensejou a retomada do FERD-RS como uma iniciativa permanente. Assim, seguiu-se com reuniões internas do núcleo organizador que planejou e desenvolveu ações durante 2018 e 2019, bem como a realização de quatro encontros regionais preparatórios para a coorganização da segunda edição do Encontro Estadual “Outras Palavras sobre

Álcool e Outras Drogas”, financiados pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRP/RS). Em paralelo ao desenvolvimento de novas atividades, seguiu-se com a realização das Rodas em diferentes formatos e espaços. Essa abertura aproximou a equipe de duas demandas que geraram ações importantes.

A seguir são apresentadas as experiências de apoio e consultoria do FERD-RS ao MNPR, por meio de ações na Ocupação Zumbi dos Palmares e a assessoria à Escola Porto Alegre (EPA) de formação em Redução de Danos.

**- ocupação liderada pela população de rua “Aldeia Zumbi dos Palmares”**

Em março de 2018, integrantes do MNPR foram expulsos pela Guarda Municipal de Porto Alegre de uma praça pública e, como reação, ocuparam um terreno baldio do poder público municipal em frente à praça da qual foram despejados. Essa breve ocupação, que teve duração de cinco meses, foi a primeira totalmente formada por pessoas em situação de rua. Foi uma experiência potencializadora da autonomia dessas pessoas, caracterizada pelo viés comunitário e coletivo no trabalho para lidar com as dificuldades cotidianas de uma ocupação e da sobrevivência de seus integrantes, entre as quais se destacavam os usos de drogas por parte de alguns ocupantes e a necessidade de consensuar sobre estas práticas no espaço da ocupação, constantemente ameaçada de dissolução. O uso de drogas dentro da ocupação poderia atuar como um fator de desagregação e de visibilidade negativa, diminuindo as chances de seu sucesso. Frente a esse desafio, integrantes do MNPR que participavam das Rodas de Conversa RD Cadê Você? pediram auxílio ao FERD-RS para o desenvolvimento de uma intervenção da diretriz da Redução de Danos na luta por moradia.

Frente a esta demanda, o núcleo operativo do FERD-RS se organizou para estar semanalmente presente na ocupação. Lá, recebiam demandas para ações de Redução de Danos, assumindo um papel educativo, característico da ação do redutor de danos, que envolve um engajamento ativo na comunidade, buscando compreender a realidade das pessoas que usam drogas, a existência de práticas de uso danosas e das doenças infecciosas relacionadas, bem como mapear redes sociais e dificuldades comunitárias, desempenhando um papel de educador em saúde<sup>7</sup>. Alguns integrantes do núcleo operativo do FERD-RS participavam também das assembleias de organização do espaço e de planejamento da relação do coletivo com a cidade. Através da participação do MNPR nas Rodas, se conseguiu potencializar a dinâmica que os próprios integrantes da ocupação organizaram para lidar com seus usos de substâncias, sem prejudicar o espaço de luta. A Redução de Danos serviu como ferramenta para reduzir danos e riscos relacionados, inclusive, à criminalização do movimento social e de seus integrantes.

Segundo a fala de um dos integrantes da Ocupação Aldeia Zumbi dos Palmares, durante uma Roda:

*“A ocupação em si é redução de danos, porque a gente tem que se responsabilizar por várias frentes: o não uso de drogas, a solicitação de doações, a limpeza do terreno e a nossa própria higiene, o cuidado com as crianças, a preparação dos alimentos, cuidado com a segurança no portão, a organização de assembleias de atividades culturais e festivas e a conversa com parceiros e com a guarda municipal”* (Relato informal de residente da ocupação).

Nesse processo de luta articulada,

aconteceram diversas atividades de visibilidade da ocupação, tais como: rodas de conversa de Redução de Danos; cinema ao ar livre; debates diversos; articulação com a UFRGS e serviços públicos; ações de geração de renda, entre outras. Observou-se que a diretriz da Redução de Danos foi estratégica na Ocupação Aldeia Zumbi dos Palmares, e que se qualificou com a rede de apoio, acesso à educação, saúde, cultura e ampliou as formas de “ler o mundo”, como falou uma professora e apoiadora do MNPR. Pode-se afirmar que todas as atividades organizadas na ocupação e realizadas com apoio da rede de parceiros contribuíram para fortalecer a identidade dos coletivos, que hoje seguem articulados.

Após cinco meses foi decretada a desocupação do terreno e a “Aldeia Zumbi dos Palmares” acabou. Hoje, a maioria de seus integrantes não está mais em situação de rua, o que sinaliza que a luta pelos direitos sociais mobiliza recursos e potencializa os envolvidos. A maioria dos ocupantes seguem articulados ao MNPR e a iniciativas de geração de renda como o “Jornal Boca de Rua”, a iniciativa de produção e venda de pão artesanal “Amada Massa”, entre outras. O MNPR se mantém vinculado ao FERD-RS e esta participação tem colaborado para abertura de novas frentes para ações de Redução de Danos, vinculadas ao exercício pleno da cidadania. Esta experiência resultante de toda a organização social desenvolvida na ocupação está referendada por outras pesquisas realizadas com população em situação de rua<sup>17</sup>, que confirmam que a participação em movimentos sociais promove a inserção na vida política e social de forma a dar visibilidade às reivindicações dessa população<sup>18</sup>.

#### **- assessoria à Escola Porto Alegre (EPA)**

A Escola Porto Alegre (EPA) está vinculada à Secretaria Municipal de Educação do Município

de Porto Alegre, sendo a única entre as 99 escolas existentes a atender exclusivamente a população em situação de rua. Tem um histórico de lutas pela sua manutenção e uma direção e corpo docente que se identificam com o acesso à educação como direito fundamental, embora há anos sofra ameaças de ser fechada pelas sucessivas gestões municipais.

O pedido de assessoria se originou de uma demanda da diretora da EPA durante uma reunião do FERD-RS no início de 2019. Nesta, foi argumentado que no projeto político pedagógico da EPA constava a Redução de Danos como diretriz, mas que os professores não entendiam no que ela modificava a abordagem do tema com alunos, além de terem dificuldades em pensar a aprendizagem para pessoas usuárias de substâncias psicoativas. Segundo o relato, os professores precisavam de apoio para apreender uma outra lógica sobre os usos de substâncias psicoativas, do tratamento em liberdade e da construção de estratégias para a redução do uso para além do paradigma da abstinência, dado o público com o qual trabalhavam. Existiam também relatos de aumento das situações de violência envolvendo alunos e professores, o que trazia dificuldades adicionais ao grupo.

Após uma série de reuniões de planejamento foram organizadas seis oficinas de Redução de Danos voltadas a professores, residentes, alunos e direção escolar; além de um Sarau de integração. Durante as oficinas, surgiu uma demanda para a produção de ‘verbetes’ pelo grupo, os quais serviriam como dispositivo para dar visibilidade e fazer circular entre professores e alunos suas impressões e pensamentos, fortalecendo o grupo e oferecendo um produto que refletisse a experiência da EPA à comunidade. A partir do surgimento dessa ideia, os encontros posteriores visaram à produção desses verbetes

de forma coletiva, resultando em uma apresentação do resultado final do trabalho no sarau de final de ano realizado para encerrar o trabalho de assessoria do FERD-RS na EPA. Há a intenção de encaminhar esse material para publicação.

Compreende-se que utilizar a Redução de Danos como diretriz nessa assessoria permitiu exercitá-la de uma forma ampliada, aproximando-a de uma ética das relações. A partir desse exercício, os vínculos foram se dando de forma mais fluída por meio da livre expressão dos pontos de vista e da escuta pautada na ética do cuidado<sup>19</sup>, dado que seu emprego facilitou a relação entre a assessoria e os participantes, pois na medida em que os julgamentos morais eram suspensos, todos os segmentos se sentiam acolhidos e respeitados e a palavra circulou livremente. Ocorreu tanto a problematização do que era exposto, quanto o testemunho<sup>20</sup>, ambas as posições implicadas com questões subjetivas, sociais e políticas presentes nas vivências compartilhadas. Com a problematização, buscou-se diferentes pontos de análise sobre fatos do cotidiano da vida escolar, pluralizando significados e ampliando a capacidade de análise, a administração de sentimentos e a criação de novas intervenções, inclusivas e resolutivas. Com os testemunhos, incrementou-se um modo de inclusão da experiência singular, transformando-a em uma representação compartilhada.

Na perspectiva social e clínica, conforme dizem Costa e Kehl<sup>21</sup>, o testemunho tem uma dimensão ética, na medida em que amplia o campo da produção simbólica de uma determinada sociedade, a fim de incluir nela, continuamente, o emergente, aquilo que até então era tido como irrepresentável. As autoras ainda referem que, quando fracassa a recuperação de uma experiência marginal, não é só o indivíduo que a viveu que fracassa, é o próprio laço social. Com

o testemunho, trata-se de construir uma resposta possível à crise da verdade que se instalou nas sociedades modernas, uma saída da posição passiva na qual o sujeito é colocado, no encontro com uma realidade que ele não dispõe de discurso para decifrar.

Nesta experiência o crescimento foi mútuo; pode-se considerar que a própria EPA e seus representantes engajaram-se numa busca que visa recuperar a experiência marginal no campo do ensino voltado a populações vulnerabilizadas. Além disso, a busca pela edição dos verbetes mostra o compromisso com a difusão cultural da Redução de Danos explicitando a função social e cidadã da educação.

### **Considerações finais**

Nesse artigo, procuramos apresentar a trajetória da Redução de Danos no Rio Grande do Sul, através do relato de seus principais momentos históricos, constituídos por diferentes características epidemiológicas, sociais e políticas. Nessa relação, vale sublinhar, conforme apontado por Nery e Flash<sup>22</sup>, que o paradigma proibicionista gera um campo plural constituído por interesses econômicos e políticos e, nessa esteira, faz com que cada sociedade enquadre de diferentes formas os usuários de drogas e proponha determinadas terapêuticas como dominantes.

A Redução de Danos surgiu como uma ruptura com o paradigma da abstinência que, até então, era uníssono no campo de opções terapêuticas e preventivas no RS. Dada a urgência de lidar com a disseminação do HIV e a pragmatidade das respostas orientadas por essa perspectiva junto aos UDIs, ela cresce e se expande, embora marcada por rupturas e descontinuidades. Essas dificuldades, no entanto, não conseguiram minimizar as inovações, pautadas pelas inventividades que surgiam do encontro singular

de redutores de danos com pessoas e as cenas de uso de substâncias psicoativas, testemunhadas pelos movimentos sociais que sustentam a Redução de Danos.

Com a mudança para o século XXI, vieram também câmbios nas práticas de uso e nas substâncias utilizadas, o que convocou a Redução de Danos a se reinventar, dadas as mudanças de contexto político e de alocação de recursos. Nesse contexto, as frentes de luta se recompuseram, e as disputas no campo sempre tenso das políticas sobre drogas se acirraram. Esse cenário reforçou a urgência da recomposição de espaços de luta coletiva, como o FERD-RS, que ressurgiu em 2018 para reativar as redes de usuários, de profissionais e ativistas de segmentos antimaniacômicos, antiproibicionistas e progressistas.

Nesse caminho, um desafio ainda presente é a necessidade de estabelecer contatos mais próximos e intercâmbios entre as regiões do estado, em busca de estrutura e sustentabilidade econômica para a organização do coletivo e da logística para que as Rodas de Conversa RD Cadê Você? continuem sendo realizadas, bem como as atividades que se desdobram destas. Busca-se ampliar a participação de organizações de usuários de drogas e da rede de Saúde Mental em geral junto ao FERD-RS, devido à compreensão de que a Redução de Danos se faz na prática e com as pessoas afetadas pelas políticas públicas conservadoras e de guerra às drogas, tal como foi possível de realizar na “Ocupação Aldeia Zumbi dos Palmares” e na assessoria à Escola Porto Alegre.

O envolvimento de pessoas que usam drogas em processos de discussão, em programas comunitários e em instâncias de controle social, pensando, criando e produzindo intervenções para suas questões, também precisa ser incrementado e tem se mostrado fundamental para a

produção de pesquisas e intervenções que não falem sobre as pessoas sem a sua participação<sup>23</sup>. Neste sentido, as Rodas de Conversa “RD Cadê Você?” têm atuado como um dispositivo potente para o estabelecimento dessas pontes.

A partir do Método da Roda e das intervenções relatadas, pôde-se evidenciar que a retomada do FERD-RS caracterizou-se pela formação de uma força política que viabilizou o exercício da democracia, mesmo que reconhecendo seus limites. A importância deste movimento social é a de ter se constituído como um lugar, sem endereço e sem CNPJ, que empoderou os sujeitos e constituiu coletivos que passaram a ter pautas de luta em comum. Ancorado em parcerias e ativistas, revigorou e abriu novos espaços à Redução de Danos no estado do Rio Grande do Sul, funcionando como “trincheira” para os que acreditam nesta abordagem como uma força de resistência e de cuidado.

### Referências

1. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2005.
2. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol Soc.* 2011; 23(1):154–62.
3. Petuco DRS. O pomo da discórdia? drogas, saúde, poder. 1a ed. Curitiba: Editora CRV; 2019. (on line). [acesso em: 29 de março 2020]. Disponível em: <https://editora-crv.com.br/produtos/detalhes/33946-crv>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.
5. Adamy PE, Silva RN. Redução de Danos e linha de cuidado: ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. Adamy PE, Silva RN.

- In: Torossian S, Torres S, Kevler DB. (orgs). *Descriminalização do cuidado: políticas e Cenários e Experiências em Redução de Danos*. Porto Alegre: EDUFRGS; 2017. pp.145-158.
6. Simoni ACR, Siqueira E, Soares J, Cabral KV, Adamy PE & cols. Percursos da redução de danos no Rio Grande do Sul. *Saúde em Redes*. 2015; 1(1):57-65.
7. Nardi HC, Rigoni RQ. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol. em Est.* 2005; 10(2):273-82.
8. Nardi HC, Rigoni RQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúd. Públ.* 2009; 25(2):382-92.
9. Cabral K, Simoni ACR, Fagundes SM, Adamy PE. Linha de cuidado em Saúde Mental, álcool e outras drogas: “o cuidado que eu preciso”. In: Torossian S, Torres S, Kevler DB. (orgs). *Descriminalização do cuidado: políticas, cenários e experiências em Redução de Danos*. Porto Alegre: EDUFRGS; 2017. p.159-179.
10. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos. *Política de Drogas – encaminhamentos*. RS Sem Drogas. Porto Alegre: Departamento Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (DEPPAD); 2019.
11. Amaral, Belchior. Relato sobre o histórico do FERD/RS durante uma Roda de Conversa “RD Cadê Você?”, ocorrida no CRP/RS, em 2018.
12. Lebrun P. *A clínica da instituição*. Porto Alegre: CMC; 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica da Política Nacional de Humanização. clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília; 2007.
14. Torossian SD, Torres S, Kevler DB. (orgs.). *Descriminalização do cuidado: políticas, cenários e experiências em Redução de Danos*. Porto Alegre: EDUFRGS; 2017. 380p.
15. Conte M. *Psicanálise e Redução de Danos: articulações possíveis*. *Rev Assoc Psicanalítica*. 2004; 25:23–33.
16. Ribeiro. *A Psicanálise nas instituições clínica e política*. *Jorn Inst APPOA*. 2009; 23(12):15-21.(on line). acesso em: 3 abr 2020. Disponível em: [http://www.boletimda-saude.rs.gov.br/download/201711241730274\\_\\_\\_saude\\_mental\\_parte\\_001\\_17\\_23.pdf](http://www.boletimda-saude.rs.gov.br/download/201711241730274___saude_mental_parte_001_17_23.pdf).
17. Broide EE, Broide J. *População de rua: pesquisa social participativa - censo, perfil demográfico e condições de vida na cidade de São Paulo*. São Paulo: Editora Juruá; 2017.
18. Boulos GC. *Estudo sobre a variação de sintomas depressivos relacionada à participação coletiva em ocupações de sem-teto em São Paulo*. [Dissertação]. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2017. (on line). [acesso em: 3 abr 2020]. Disponível em: [https://teses.usp.br/index.php?option=com\\_jumi&fileid=17&Itemid=160&id=97A3CE778809&lang=pt-br](https://teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=17&Itemid=160&id=97A3CE778809&lang=pt-br).
19. Conte M. (org). *Caiu na rede, mas não é peixe: vulnerabilidades sociais e desafios para a integralidade*. Porto Alegre: Pacartes; 2015.
20. Gagnebin JM. *Memória, história, testemunho*. *Comciência.br*; 2001. (on line). [acesso em: 3 abr 2020]. Disponível em: <http://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/memoria/09.shtml>.
21. Costa AMM, Kehl MR. *Corpo e escrita: relações entre momento transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001. 168p.
22. Nery Filho A, Flasch PV. *Os sujeitos e suas exclusões: os movimentos de resistência e os riscos de iatrogenia*. In: Dalla Vecchia M, Ronzani TM, Paiva FS, Batista CB, Costa PHA. (orgs.) *Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas*. Salvador: Editora Rede Unida; 2017.
23. Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Nothing about us without US. Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: a public health, ethical, and human rights imperative*. Toronto; 2006.

# Cânabis como Terapia<sup>1</sup>

## Cannabis as Therapy

Renato Filev<sup>II</sup>

### Resumo

Da Ásia a cânabis percorreu o mundo por oferecer a humanidade possibilidades de nutrição, proteção e tratamento. Considerada um dos primeiros cultivares da revolução agrícola, a planta era utilizada para produzir redes de pesca, vestimentos e substâncias que interagem com nosso organismo e produzem diversos efeitos. Alguns efeitos são considerados terapêuticos e podem se revelar como a última alternativa para pessoas resistentes aos tratamentos convencionais adotados para uma série de enfermidades. Como todo fitoterápico, a cânabis expressa uma diversidade de moléculas. Entre estas, os canabinoides são uma grande família exclusiva da cânabis. As moléculas são produzidas pela planta em diferentes perfis de acordo com a variabilidade genética e epigenética da espécie. Quando ingeridos, estes compostos atuam em comitiva e dependendo deste perfil, do contexto de uso e do indivíduo que utiliza estão sujeitos a desencadear efeitos distintos, que podem ser considerados terapêuticos ou adversos. Discutir sobre a interação da planta com o organismo humano numa sociedade em que esta interação é proibida foi o exercício que levou à produção deste artigo.

**Palavras-chave:** Cânabis; Sistema endocanabinoide; Fitoterapia; Regulação.

### Abstract

From Asia, cannabis has traveled the world for offering humanity possibilities for nutrition, protection and treatment. As one of the first cultivars of the agricultural revolution it was used to produce fishing nets, clothing and substances that interact with our organism producing various effects. Some of these are considered therapeutic which may prove to be the last alternative for people resistant to conventional treatments for a series of illnesses. Like all phytotherapies, cannabis expresses a diversity of molecules. Among these, cannabinoids are a large family exclusive to cannabis. These molecules are produced by the plant in different profiles according to the specie genetic variability. When ingested, these compounds act in entourage and, depending on the profile, the context of use and the individual who uses them, produce different effects that can be considered therapeutic, adverse, pleasurable and others. Discussing the interaction of the plant with the human organism in a society where this interaction is prohibited was the exercise that led to the production of this article.

**Keywords:** Cannabis; Endocannabinoid system; Phytotherapy; Regulation.

### Introdução - a planta

**R**egistros arqueológicos sugerem a cânabis como um dos primeiros cultivares da humanidade. As propriedades terapêuticas da cânabis são exploradas desde a Antiguidade. O primeiro relato de uso terapêutico foi de um imperador chinês que viveu cerca de 5 mil anos atrás. Ou seja, o emprego dos canabinoides como terapia é milenar, anterior ao advento do pensamento científico ou da Medicina. O papiro de Ebers, reconhecido como primeiro texto completo de tratamento em saúde, escrito cerca de

<sup>I</sup> Este capítulo é dedicado em agradecimento à todos os importantes ensinamentos proferidos pelo Professor Elisaldo Carlini, que agora estão eternizados na história

<sup>II</sup> Renato Filev (renatofilev@gmail.com) é bacharel em ciências biológicas - modalidade médica pela Universidade Federal de São Paulo e é doutor em neurociências pela mesma instituição. Pesquisador colaborador do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e coordenador científico da Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBDP).

1500 anos anteriores à Era Cristã, menciona as propriedades terapêuticas da cânabis<sup>1</sup>. Os assírios, citas, árabes, fenícios, hebreus, hindus, chineses, egípcios dentre outros povos ancestrais faziam algum tipo de uso da planta. Para parte destas civilizações não havia distinção entre o uso místico, ritualístico, religioso ou terapêutico. As variedades de cânabis foram selecionadas por intervenção humana à medida que expressavam alguma característica de interesse, seja pela produção das alongadas e resistentes fibras, seja pela energia e nutrição provenientes do óleo de suas sementes e, também, pela resina de suas inflorescências, além de seus interesses terapêuticos e ritualísticos.

Acredita-se que a cânabis foi originada nas escarpas da Ásia Central às margens do mar Cáspio, região hoje pertencente ao Cazaquistão, Turcomenistão e Irã. Essa planta pertence à família *Cannabaceae*, juntamente com outros dois gêneros vegetais, o lúpulo e o celtis. Existe uma discussão abrangente a respeito da existência de uma única ou várias espécies do gênero *Cannabis*, no entanto, até o presente momento, as evidências são controversas e não apontam para uma definição. No século XVIII, Linnaeus classificou a *Cannabis sativa*, enquanto Lamarck classificou a *Cannabis indica*. Supostamente existem ainda outras classificações para espécies do gênero, Janisch classificou a *Cannabis ruderalis* e Vavilov a *Cannabis afghanica*<sup>2</sup>.

Aqueles que assumem a existência de diferentes espécies de cânabis discutem sobre a possível diferenciação entre as variedades de *sativa* e de *indica*. A primeira, apresentaria o perfil de uma plantas mais alongadas com folhas mais afiladas e capacidade de proporcionar efeito euforizante, deixando os usuários mais dispostos e eloquentes. Enquanto as variedades da segunda espécie apresentariam um perfil de plantas mais

baixas, com folhas mais largas, de odores mais pungentes e que permitiriam aos seus usuários experiências de relaxamento profundo. A grande variabilidade no fenótipo da planta, ou seja, de suas características aparentes, como tamanho, formato das folhas e flores, aromas, coloração, efeitos e etc, fizeram com que inúmeros nomes (como *skunk*) fossem designados a genéticas estabilizadas oriundas de cruzamentos sucessivos que selecionam características específicas e perpetuam variedades. Atualmente, milhares destas variedades com diferentes perfis estão disponíveis em diferentes bancos de sementes ao redor do mundo<sup>3</sup>.

Outra linha de pensamento avalia, para além da observação fenotípica, os genes e as moléculas presentes na planta. A variabilidade genética entre as supostas espécies de cânabis foi insuficiente para afirmar a existência dessa diferenciação. Ainda é possível que o cruzamento entre as supostas espécies diferentes proporcione descendentes férteis, o que diminui a força desta hipótese. Como não existe consenso entre a existência de uma ou mais espécies, convém utilizar o termo *Cannabis spp.*, assim é possível descrever todas as possíveis espécies do gênero *Cannabis* de maneira abrangente e sem comprometimento<sup>4</sup>.

Estas espécies ou variedades apresentam diferenças importantes na expressão das moléculas constituintes, o que resulta em plantas capazes de ocasionar efeitos completamente distintos. Até o momento, centenas de compostos foram identificadas na cânabis; dentre estes, mais de uma centena de terpeno-fenóis de característica lipídica e exclusivos desta planta, denominados canabinoides. Embora existam uma diversidade de canabinoides, a grande maioria está expressa na planta numa ordem de grandeza menor que o  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol (THC)

e o canabidiol (CBD), presentes em maiores proporções. Além destas moléculas exclusivas, a cânabis produz diferentes tipos de terpenos, flavonoides, esteroides e outros compostos que completam o arsenal molecular da planta, muitas destas com ação em nosso organismo. Grande parte dos canabinoides e terpenos são produzidos e armazenados em glândulas chamadas de tricomas, produzidas em maior quantidade pelas inflorescências da planta fêmea e das folhas superiores que as acompanham. Os órgãos sexuais femininos se desenvolvem na região apical da planta e buscam o pólen oriundo de uma flor de cânabis macho para produzir seu fruto, que no caso corresponde à própria semente. Os tricomas, além de produzir e armazenar os canabinoides e terpenos, participam do complexo de proteção das inflorescências<sup>5</sup>.

A fim de propor uma solução à questão da classificação das variedades da cânabis, Ethan Russo e sua equipe, além de outros pesquisadores<sup>4</sup>, sugerem uma maneira objetiva de classificação, sem entrar na discussão entre *Cannabis sativa* ou *Cannabis indica*, muito menos entre as variedades vendidas com uma diversidade de nomes, como *skunk*. De maneira pragmática, o agrupamento das diversas variedades da cânabis foi proposto a partir dos seus componentes químicos. O perfil de canabinoides expressos poderiam distinguir as plantas a partir de suas características químicas, ou quimiovariantes, compondo três grandes grupos: o primeiro com plantas que expressam altos teores de THC e baixos de CBD; o segundo com altos teores de CBD e baixos de THC; e o terceiro com plantas híbridas e diferentes proporções de ambos os canabinoides.

Em outros momentos, o teor dos canabinoides foi utilizado como parâmetro para classificar as variedades da planta. O governo americano, por exemplo, define cânhamo (*hemp*) as

variedades com teores de THC abaixo de 0,3%, enquanto que maconha (*marijuana*) seriam as variedades com teores maiores que 0,3%<sup>6</sup>. As variedades de cânhamo são destinadas à retirada de sua fibra, semente e resina para produção com inúmeras finalidades industriais, inclusive com produção regulada em diversos países, como China e Estados Unidos. Já as variedades que expressam altos teores de THC vêm sendo aperfeiçoadas e estabilizadas ao longo dos anos por aqueles que se interessam pelos efeitos euforizantes, prazerosos e terapêuticos proporcionados pelo consumo destas. Os cruzamentos entre diferentes genéticas, com a finalidade de selecionar características, sejam fibras mais alongadas, maior quantidade de sementes, ou uma boa qualidade da resina com perfis específicos de canabinoides, foram feitos essencialmente por ação humana, ao longo dos anos de cultivo e experimentação<sup>7</sup>.

Ao inalar os vapores de cânabis *in natura*, os indivíduos absorvem grande parte dos componentes que se desprendem devido ao aquecimento. Uma característica comum aos fitocannabinoides é que estes são produzidos na forma ácida. Os canabinoides ácidos apresentam efeitos significativos em nosso organismo e com potencial terapêutico promissor<sup>8</sup>. No entanto, os efeitos dos canabinoides nas formas ácidas ou neutras são diferentes. O aquecimento proporciona aos canabinoides ácidos a perda de uma molécula de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), que resulta na neutralização da molécula. Por exemplo, quando aquecido ou exposto à luminosidade o canabinoide THCA perde um CO<sub>2</sub> e se transforma em THC; o mesmo ocorre para o CBD e outros fitocannabinoides<sup>8</sup>.

Para indivíduos que consomem extrato de cânabis por ingestão oral e buscam obter os efeitos dos canabinoides na sua forma neutra (CBD, THC, etc) é preciso aquecer adequadamente as

plantas antes de produzir o extrato. Existem diversos trabalhos<sup>9-10</sup> que mostram curvas de descarboxilação dos canabinoides por meio do aquecimento, ao longo do tempo. Tal informação é essencial para aqueles que desejam obter canabinoides para fins terapêuticos. Vale enfatizar que, embora as formas ácidas apresentem efeitos em nosso organismo (alguns deles considerados terapêuticos), as formas neutras dos canabinoides são mais estudadas e apresentam evidências mais consistentes quanto a sua ação em nosso organismo<sup>11</sup>.

### **Sistema endocanabinoide**

Uma das questões que desperta amplo interesse é compreender como ocorre a interação dos fitocannabinoides com o nosso organismo e como estes compostos atuam para exercer determinados efeitos terapêuticos, além dos eventos adversos. Para isso, é necessária a compreensão do sistema endocanabinoide. Os canabinoides expressos pela planta mimetizam a ação de moléculas produzidas por nossas células denominadas “endocannabinoides”, responsáveis por diversas funções fisiológicas e metabólicas em nosso organismo. Estes compostos interagem com receptores canabinoides (CB1 e CB2), que estão dispostos por todo o nosso sistema nervoso central e periférico, mas também nos tecidos cardiovascular, hepático, adiposo, muscular e imune, entre outros. Esses receptores são transportadores de membrana que capturam os endocannabinoides da fenda sináptica. Enzimas de síntese e degradação completam o sistema, produzindo e depurando estes canabinoides<sup>12</sup>.

Uma versão expandida deste sistema nos permite dimensionar a sua relevância. A interação dos endocannabinoides com outros sistemas de neurotransmissão e mediadores lipídicos é capaz de realizar funções de comunicação

complexa e, por vezes, paradoxal. As moléculas cana-binoides são capazes de interagir com receptores e enzimas de outros sistemas e vice versa, o que reforça a complexidade, redundância e promiscuidade deste sistema expandido e responsável por diversas funções vitais para o nosso organismo<sup>12</sup>.

Os endocannabinoides mais estudados são a anandamida (AEA) e o 2-araquidonoilglicerol (2AG). A AEA atua preferencialmente como agonista parcial ou total do receptor CB1, enquanto o 2AG é agonista dos CB1 e CB2. Os endocannabinoides atuam também em outros receptores como o TRPV1, o PPARs e em alguns receptores órfãos. Diferentes vias de síntese e degradação são capazes de produzir e eliminar os endocannabinoides produzidos sob demanda e que atuam em regiões específicas, proporcionando efeitos capazes de afetar a atividade do organismo, como uma resposta imunológica, a neuroproteção, o equilíbrio energético, a regulação de processos fundamentais, entre outras funções. De acordo com a região ou o tipo de célula nas quais os receptores estão expressos, efeitos distintos podem ocorrer; o sistema endocanabinoide é, por exemplo, capaz de inibir a atividade de diversos sistemas de neurotransmissão, como do glutamato, da GABA, da serotonina, da dopamina, da noradrenalina, da acetilcolina, entre outros, o que configura-se em efeitos distintos a depender da região que é estimulada<sup>13</sup>.

A dimensão da importância do sistema endocanabinoide é de tal monta que animais com sistema nervoso rudimentar, como as esponjas, já apresentam genes canabinoides. Sabe-se também, por exemplo, que a inibição do receptor CB1 diminui a ingestão de alimentos pelas hidras, outra espécie igualmente ancestral<sup>14</sup>. Em roedores, os agonistas do sistema endocanabinoide desencadeiam uma tétrede clássica de efeitos

comportamentais, com manifestação da hipolocomoção, analgesia, catatonia e hipotermia<sup>15</sup>. Em seres humanos, o sistema endocanabinoide em seu papel fisiológico é capaz de regular e interferir em processos como o apetite, o sono, os sonhos, o equilíbrio, a criatividade, a motivação, a imunomodulação, a neuroproteção, o estresse oxidativo, a respiração celular, o metabolismo hepático, a reprodução, a atividade física, a dor, o humor, a ansiedade, emoções, memória, cognição, entre outros<sup>13</sup>.

A ação deste sistema, portanto, desencadeia efeitos importantes para a regulação, restauração do equilíbrio do organismo humano, retorno ao estágio basal pós determinado estímulo. Existem hipóteses que apontam que o desequilíbrio hipo ou hiper funcional do sistema endocanabinoide e seus componentes está relacionado com o aparecimento das mais variadas enfermidades e sintomas que acometem os seres humanos. Por isso, incidir em possíveis alvos deste sistema pode proporcionar efeitos terapêuticos, como a redução de sintomas e auxílio para a reabilitação de diversas enfermidades. Esta hipótese ousada vem sendo confrontada pela ciência contemporânea e alguns achados interessantes vêm sendo feitos.

### **Ações terapêuticas dos canabinoides**

O sistema endocanabinoide, como foi dito, sobretudo em sua versão expandida, é complexo, promíscuo e redundante<sup>16</sup>. Diversas moléculas naturais, os fito e os endocanabinoides, assim como as sintéticas, são capazes de interagir com alvos deste sistema, como receptores, transportadores e enzimas, a fim de produzir respostas fisiológicas, metabólicas e comportamentais. As principais moléculas naturais oriundas da cânabis foram isoladas por Raphael Mechoulam e seus colegas da Universidade Hebraica de

Jerusalém<sup>12</sup>, ainda na década de 1960. Já as moléculas do sistema endocanabinoide produzidas em nosso corpo foram descobertas na década de 1990 e abriram novos caminhos para a compreensão da importância e capacidade de incidência neste sistema.

Moléculas sintéticas que atuam no sistema endocanabinoide foram desenvolvidas inicialmente para estudar e compreender o funcionamento deste sistema, pois são capazes de estimular ou bloquear receptores, inibir os transportadores e as enzimas de síntese e a degradação dos endocanabinoides. As moléculas sintéticas atuam de maneira mais específica e, por vezes, mais intensa que os canabinoides naturais. Atualmente, também o mercado ilícito produz canabinoides sintéticos para mimetizar os efeitos dos fitocanabinoides, visando burlar a proibição dos derivados da planta. Diversas destas substâncias são muito mais potentes que os canabinoides naturais e por isso podem promover eventos adversos mais intensos e de maior gravidade à saúde<sup>17</sup>.

O CBD é um fitocanabinoide com vasta capacidade de interação, seja em receptores canabinoides, como em receptores de outros sistemas de neurotransmissão e com interação enzimática. O CBD atua nos receptores canabinoides de maneira inversa ao THC e também tem uma interação promíscua com diversos outros alvos do sistema, o que resulta em um efeito final de diminuição da atividade geral do sistema nervoso central. O CBD apresenta ação anticonvulsivante, ansiolítica, antipsicótica, imunomodulatória, antioxidante, indutora de sono, analgésica e relaxante, entre outras. Quando utilizado em associação com o THC, é capaz de atenuar estes efeitos, reduzindo os sintomas psicóticos, ansiosos e cardiovasculares. O THC, além destas funções, tem um potente efeito euforizante e de modulação do humor, prazer e motivação; por conta disso,

existe um risco associado à compulsividade associada ao seu consumo. Alguns desses efeitos do THC são tolerados, outros não; a hilaridade, por exemplo, é um dos efeitos proporcionados que é tolerado com a repetição do consumo, já o relaxamento, dificilmente é tolerado.

Uma questão importante sobre o efeito dos canabinoides é o seu efeito paradoxal. Na farmacologia, os canabinoides compartilham um padrão de curva dose-resposta. Esta curva demonstra que a ação dos fármacos podem variar de acordo com a dose e que, inclusive, podem apresentar efeitos distintos. O THC, por exemplo, em baixas doses é capaz de apresentar efeitos de redução da ansiedade e do limiar convulsivo; enquanto que em altas doses é capaz de deflagrar quadros de ansiedade e convulsões. Este fenômeno reforça a necessidade de alerta ao se iniciar um tratamento com extratos enriquecidos com o THC. Um ajuste da dosagem e acompanhamento são importantes para manejar os possíveis eventos adversos que possam surgir de sua administração<sup>18</sup>.

Estudos mostram que o CBD isolado apresenta menor eficácia, quando comparado ao extrato vegetal que contém também outras moléculas. Em 2015, pesquisadores israelenses observaram em modelos animais o efeito analgésico mais amplo do extrato vegetal de uma variedade de cânabis em comparação ao canabidiol isolado<sup>19</sup>. Em 2018, Fabrício Pamplona, um dos grandes pesquisadores brasileiros sobre a temática, e seus colaboradores realizaram um estudo de meta-análise<sup>20</sup> que buscou comparar os tratamentos para epilepsia refratária com extratos que continham CBD *versus* o CBD isolado. Esta análise mostrou que os extratos apresentaram resposta terapêutica melhor do que o produto isolado. Recentemente, Uliel-Sibony, em um congresso anual da Sociedade Americana de

Epilepsia<sup>21</sup>, apresentou um trabalho mostrando que indivíduos tratados com produtos purificados que continham a proporção de 20:1 entre CBD e THC relataram tolerância em relação aos efeitos anticonvulsivantes após alguns meses de tratamento. É possível que uma proporção adequada de THC:CBD e o efeito comitiva, ou seja, a ação das inúmeras moléculas presentes no extrato agindo em seus múltiplos alvos farmacológicos, protejam a tolerância provocada pelos produtos isolados.

No início dos anos 2000, diversas substâncias sintéticas foram desenvolvidas para atuar no sistema endocanabinoide. Duas delas se tornaram medicamentos, inclusive acessíveis aos brasileiros. Ambas atuam no receptor CB1, uma inibindo e a outra estimulando este receptor. A primeira ficou conhecida como pílula anti-barriga e contava com uma grande expectativa médica e estética, pois era um medicamento indicado para redução do diâmetro abdominal<sup>22-23</sup>. Entretanto, a substância ficou pouco tempo disponível para consumo e logo se percebeu que inibir o receptor CB1 poderia ser nocivo, pois a população que consumiu o medicamento apresentou aumento significativo de sintomas depressivos e de ideação suicida. Estudos prévios<sup>24</sup> realizados em roedores mostraram que este mesmo bloqueador diminuiu o interesse por comida palatável, fato que reforça a ideia de um comportamento desmotivado proporcionado pela substância. O outro produto sintético, desenvolvido para atuar nos receptores canabinoides, era/é um comprimido com efeito oposto ao primeiro e capaz de ativar parcialmente o receptor CB1. Trata-se de uma cópia sintética idêntica ao THC natural que vem sendo indicado para náusea e vômitos em decorrência de quimioterapias para câncer, sobretudo em pacientes que apresentam resistência aos antieméticos convencionais<sup>25</sup>.

As enfermidades que acometem o sistema nervoso são aquelas que apresentam evidências mais consistentes quanto à manipulação do sistema endocanabinoide para tratar seus sintomas. Pesquisadores do século XIX relataram os benefícios dos canabinoides, sobretudo para o tratamento de doenças neurológicas e psiquiátricas. O primeiro artigo publicado nos moldes da ciência contemporânea que relatou o efeito terapêutico da cânabis foi publicado pelo médico irlandês William Brooke O'Shaughnessy, em 1839, em que descreve o caso de uma criança recém nascida que apresentava convulsões incessantes e resistente às alternativas terapêuticas disponíveis na época. As crises foram cessadas com o uso de poucas gotas de um extrato de cânabis<sup>26</sup>. Posteriormente, nos anos 1980, Elisaldo Carlini e sua equipe publicaram o primeiro ensaio clínico demonstrando a eficácia dos canabinoides no tratamento da epilepsia<sup>27</sup>, com um medicamento canabinoide comercializado em mais de 20 países, inclusive no Brasil, desenvolvido a partir de extratos naturais com a mesma proporção de THC e CBD e indicado para o tratamento de espasmos decorrentes da esclerose múltipla. Atualmente, existem medicamentos registrados, estudos clínicos e inúmeros relatos de casos que atestam a eficácia da terapia com extratos de cânabis enriquecidos com CBD, como adjuvante ao tratamento para a redução da frequência de crises convulsivas resistentes aos tratamentos convencionais, que se manifestam em decorrência de síndromes genéticas raras, como a Dravet, a Lennox-Gastaut, dentre outras. Estas pesquisas vêm corroborando com as evidências clínicas pregressas, em especial aquelas que investigam as doenças neurológicas<sup>28-29</sup>.

Recentemente, diversos relatos de casos e estudos clínicos demonstraram efeitos promissores em indivíduos autistas tratados com

canabinoides, sobretudo para a redução da epilepsia. Alguns estudos mostram ainda uma redução da ansiedade e melhora dos problemas de sono. Ainda existe cautela, no entanto, para o seu uso clínico, pois existem dúvidas quanto à segurança e aos eventos adversos que podem estar associados ao tratamento, sobretudo aqueles contendo THC<sup>30</sup>.

Uma enfermidade de grande prevalência e que apresenta boa qualidade de evidências para este uso é a dor crônica. Diversos, embora não todos, tipos de dor crônica são amenizadas pela terapia com canabinoides, sobretudo as dores que têm sua origem no tecido nervoso, ou as neuropatias. Questionários realizados em países onde a cânabis é permitida para fins terapêuticos, em que os pacientes foram perguntados por qual motivo utilizavam a cânabis, tiveram como resposta mais frequente a indicação de uso para redução da dor. Muitos dos entrevistados relataram também a redução significativa do consumo de outras substâncias analgésicas<sup>31</sup>. Pessoas com diversas doenças que acometem o sistema nervoso, como as neurodegenerativas Parkinson, Alzheimer, Huntington, esclerose e outras doenças desmielinizantes, encontram na terapia com canabinoides alívio dos sintomas e melhoras na qualidade de vida<sup>32</sup>, embora careçam de ensaios clínicos que atestem a sua eficácia. Para a insônia, a terapia canabinoide apresenta evidência moderada<sup>32</sup>. Existem ainda estudos promissores em psiquiatria para a manipulação do sistema endocanabinoide para o tratamento da ansiedade, depressão, transtornos psicóticos e de uso problemático de substâncias psicotrópicas, embora atualmente as evidências sejam insatisfatórias para cancelar esta prática clínica<sup>18</sup>. Em especial, para este último, a cânabis tem se mostrado de grande potencial em auxiliar indivíduos que desejam mudar a sua relação com o álcool,

tabaco e medicamentos. Embora os ensaios clínicos que comprovam estas hipóteses serem escassos, estudos utilizando métodos menos rigorosos descrevem diversos episódios em que a cânabis substituiu o padrão de consumo de outras drogas e, inclusive, o padrão de consumo de cânabis fumada foi reduzido com os produtos farmacêuticos contendo canabinoides<sup>32</sup>.

Diversas enfermidades que afetam outros órgãos e tecidos vêm sendo estudadas a fim de compreender como substâncias que interagem com o sistema endocanabinoide se comportam, na tentativa de reduzir sintomas, tratar e melhorar a qualidade de vida de pacientes<sup>32</sup>. Doenças metabólicas, como diabetes e obesidade, além das cardiovasculares e respiratórias, podem encontrar no sistema endocanabinoide uma promessa terapêutica<sup>32</sup>. Uma esperança também atrelada à ação dos canabinoides se dá por conta do seu efeito antitumoral. Diversos estudos experimentais em modelos celulares ou animais observaram que essas substâncias são capazes de reduzir a irrigação, a migração e, ainda, induzir a morte celular programada das células tumorais de determinados tipos de câncer, sobretudo aqueles que acometem o sistema nervoso<sup>33</sup>. Embora estudos clínicos ainda se façam necessários para avaliar se o observado nos estudos experimentais se comprova em pacientes acometidos pela enfermidade, de forma a garantir a segurança e eficácia da terapêutica.

### **Eventos adversos e redução dos riscos e danos relacionados**

Embora o consumo seja praticado há milênios, dúvidas sobre os eventos adversos do uso dos canabinoides ainda são frequentes. Algumas revisões apontam para eventos adversos leves ou moderados, com uma pequena parcela de indivíduos padecendo de eventos adversos mais

graves<sup>32</sup>. Os sintomas mais frequentes relatados por usuários para fins terapêuticos de produtos que tenham em sua composição baixos teores de THC são distúrbios de sono, gastrointestinais, tontura, fadiga, interações medicamentosas, risco hepático quando associados a determinados tratamentos, dentre outros eventos mais raros, como convulsões. Já os compostos com altos teores de THC podem apresentar outra gama de eventos adversos agudos, como boca seca, taquicardia, olhos vermelhos, visão turva, alterações na percepção do espaço e do tempo, hipotensão arterial, ataxias, alterações na memória operacional e na cognição, aumento do fluxo de pensamento, paranoia e vômitos; podendo, em casos mais graves, deflagrar convulsões, surtos de ansiedade ou psicóticos. Ainda, uma parcela de usuários é diagnosticada como dependente e relata problemas em decorrência deste uso.

Diversas outras revisões apontam para uma associação do consumo habitual com uma variedade bastante grande de eventos adversos físicos, psíquicos e, ainda, com o risco de acidentes<sup>34-35</sup>. No entanto, não se sabe ao certo a relação de causa e efeito. Transtornos de humor, prejuízos na função cognitiva e síndrome amotivacional também são frequentemente associados ao consumo de cânabis durante a adolescência. Parece existir uma associação positiva entre uso da cânabis na adolescência e depressão e suicídio na vida adulta<sup>36</sup>. Estas evidências, embora encontrem uma associação positiva entre uso e desfecho psiquiátrico em longo prazo, não foram capazes de estabelecer o que veio primeiro, se o consumo ou o transtorno, se existem fatores comuns compartilhados entre os depressivos e os usuários de cânabis, ou se, de fato, um quadro multifatorial como a depressão pode ser deflagrado pelo consumo da planta durante a adolescência. A questão do consumo de cânabis e o

prejuízo no desenvolvimento da função cognitiva, parece seguir a mesma dificuldade de encontrar a causalidade dos eventos. Os efeitos cognitivos agudos proporcionados pela cânabis parecem inconclusivos quanto à permanência de algum prejuízo a longo prazo. Estudos mais rigorosos quanto ao tempo de abstinência de 72 horas antes da realização de testes, não encontraram diferenças na função cognitiva dos usuários em relação ao grupo controle<sup>37</sup>. No entanto, estas associações existem e, portanto, o uso de cânabis durante a adolescência deve ser evitado e, caso praticado, feito com orientação e acolhimento, a fim de minimizar os possíveis riscos e danos que porventura ocorram, sejam agudos ou a longo prazo<sup>34</sup>.

Como ocorre com qualquer outro fármaco, o consumo da cânabis é passível de eventos adversos. Existem determinados grupos de pessoas em que os riscos parecem ser mais relevantes. Crianças e adolescentes apresentam o sistema nervoso em intenso amadurecimento, por conta disso parece ser prudente não interferir no neurodesenvolvimento com substâncias que poderiam afetar este processo, inclusive aquelas que ativam o sistema endocanabinoide. Evidentemente deve-se considerar que outros inúmeros fatores culturais e sociais pressionam indivíduos na fase da adolescência, podendo interferir no neurodesenvolvimento, assim como o uso de substâncias. Além disso, existem inúmeras evidências de que a adolescência é a fase de experimentação, pois é nesta fase que a maioria dos indivíduos entra em contato com a maconha e outras substâncias como o álcool e o tabaco para se observar a possível preservação da estrutura biológica seria ideal que o adolescente pudesse postergar o consumo crônico de qualquer substância psicotrópica, inclusive de alimentos ricos em calorias, açúcares e sódio.

Entretanto, temos que reconhecer as

esferas biopsicossociais da vida e pensar em estratégias que possam minimizar os riscos, os danos e as consequências associadas não apenas ao consumo de substâncias psicotrópicas, mas aos comportamentos de risco associados a adolescência. Com as ferramentas metodológicas atuais, portanto, somos incapazes de afirmar as consequências de fato que o uso de canabinoides neste período da vida podem desencadear. Por conta disso, é necessário fornecer cuidado e informação para orientar a prática de consumo da cânabis. Em um cenário em que o acesso à cânabis fosse regulado, mas que os determinantes sociais e econômicos fossem menos desiguais e os fatores de vínculo e proteção prevalecesse sobre as vulnerabilidades, poderíamos especular se uma possível estratégia que minimizaria os riscos associados ao consumo da cânabis nesta população seria a possibilidade de acesso a variedades com teores moderados de THC e que o CBD estivesse presente para minimizar os eventos adversos da experiência. No entanto, não existem evidências neste sentido e são raras as situações de igualdade social que permitiriam este tipo de abordagem.

Embora haja poucas e inconclusivas evidências, o uso da cânabis por mulheres grávidas é desestimulado, pelos mesmos motivos descritos para adolescentes. Os estudos apontam para um baixo peso ao nascimento de filhos de mães consumidoras de cânabis, assim como ocorre em nascidos de mães tabagistas. Eventos adversos de maior gravidade não foram associados ao consumo de cânabis, como ocorre com a síndrome fetal alcoólica, que pode acometer filhos de mães alcoolistas<sup>32</sup>.

Vale enfatizar que cerca de 9 em cada 100 indivíduos que utilizam a cânabis são diagnosticados como dependentes<sup>38</sup>, uma condição que traz sofrimento à vida do indivíduo. Pessoas com

predisposição ou histórico familiar de transtornos psicóticos fazem parte do grupo de risco, pois consumir teores elevados de THC pode diminuir o limiar para um surto psicótico, o que para alguns indivíduos com predisposição pode se tornar um agravo crônico e que, sem dúvida, compromete a vida deste indivíduo de maneira significativa.

Existe também um fenômeno neurológico chamado tolerância. Alguns dos efeitos da cânabís, tal como os de outras substâncias são tolerados quando o consumo se repete com maior frequência. Efeitos tolerados podem ser restabelecidos caso haja interrupção do consumo, outros são bastante difíceis de serem atingidos, mesmo com aumento da dose, quando os usuários já apresentam um tempo de experimentação mais longo<sup>39</sup>. Todas as substâncias psicotrópicas são capazes de promover fenômenos neurológicos de adaptação, como a tolerância, no entanto esta adaptação não é capaz de explicar a busca por outras substâncias e experiências.

O interesse em experimentar as substâncias psicoativas das mais diversas está relacionada a fatores culturais e socioambientais que favorecem o contato e o consumo de substâncias psicotrópicas que agenciam efeitos e comportamentos distintos daqueles proporcionados pela cânabís. A minoria dos usuários dessas substâncias iniciou sua vida de experimentação com a maconha. Parte considerável iniciou com o álcool e o tabaco, nem por isso essas são e nem devem ser consideradas portas de entrada para outras substâncias, como se atribui à maconha. O uso de qualquer substância é um fenômeno biopsicossocial que é fortalecido ou enfraquecido a partir múltiplos fatores que são permeados por situações de risco e proteção, das vulnerabilidades e vínculos que cada pessoa está inserida.

Durante os últimos anos, por intervenção humana, foram selecionadas as variedades que

apresentassem teores mais altos de THC a fim de que garantissem um bom rendimento na colheita com efeitos intensos e sabores marcantes. Com o aumento da tecnologia empregada na produção da cânabís e de seus extratos surgiram produtos com teores muito variados dos canabinoides, que proporcionam efeitos totalmente distintos. Atualmente, existem extratos destilados que podem alcançar 90% de pureza de THC. O THC em altas concentrações tem a probabilidade de desencadear eventos adversos com maior frequência que as variedades com teores mais moderados deste canabinoide. Inclusive, quando associado ao CBD, esses eventos adversos podem ser minimizados. Existem limites nos teores etílicos para o álcool regulado e é proibida a venda de bebidas com teores acima do limite estabelecido. No caso da cânabís, esta deverá ser uma prática a ser discutida num futuro processo regulatório.

Variedades com altos teores de THC são capazes de deflagrar alterações psiquiátricas, como aumento da paranoia, dos transtornos psicóticos e crises de ansiedade aguda com maior facilidade, como foi exposto. Transtornos psicóticos crônicos apresentam uma etiologia multifatorial da qual o THC pode ser um disparador e antecipar o aparecimento dos sintomas, visto que um dos principais fatores de risco associados ao aparecimento dos sintomas está o consumo de substâncias psicotrópicas, dentre estas a cânabís<sup>40</sup>. Dado as suas características multifatoriais torna-se difícil prever quem poderá apresentar um prejuízo crônico ao consumir essas substâncias. Pessoas com histórico pessoal ou familiar de transtornos psicóticos tem aumentadas as chances de desenvolver problemas dessa natureza.

Existem orientações e estratégias para se fazer um consumo mais seguro da cânabís e as políticas de Redução de Danos têm proposto

diversas orientações a serem passadas aos consumidores nos territórios em que o uso adulto é permitido. Um artigo Canadense<sup>41</sup> sugere 10 abordagens de redução dos riscos e danos associados ao uso adulto da cânabis, dentre estas: manter-se abstinente, retardar o início do consumo, optar por baixos teores de THC, não usar canabinoides sintéticos, evitar combustão, evitar inalação profunda e prender a fumaça, evitar o uso diário, abster-se ao dirigir, evitar caso faça parte da população de maior risco e a combinação destes fatores.

Atualmente no Brasil e em boa parte do mundo, a política que regula a planta gera mais malefícios à sociedade do que os efeitos dos canabinoides no organismo. As implicações sociais da política de proibição e guerra às drogas afetam inclusive as pessoas que nunca consumiram nenhuma substância e preferencialmente jovens, negros e que habitam territórios de vulnerabilidade social. Em geral, o Brasil regula mal suas substâncias, a exceção do tabaco. O tabaco é capaz de causar mais dependência e eventos adversos que a maconha e obteve, sem a necessidade de proibição, uma menor adesão de consumo pela população, verificando-se uma redução de mais de 50% dos consumidores nas duas últimas décadas<sup>42</sup>. Estas políticas devem ser revistas não apenas para regular as substâncias ilícitas, como a maconha e a cocaína, mas também para o álcool que, embora lícito, é regulamentado de maneira muito questionável por quem almeja um controle responsável e não proibitivo das substâncias psicoativas<sup>43</sup>.

Ainda a preocupação com os eventos adversos são bastante relevantes no processo de escolha dos canabinoides como terapia. Parte dos usuários terapêuticos abandonam o tratamento devido aos eventos adversos provocados<sup>44</sup>. Este número se assemelha ao abandono

de tratamento atribuído aos eventos adversos de com outras classes de fármacos. Em geral, os efeitos que causam mais desconforto são desencadeados pelo THC<sup>44</sup>.

### **Obtenção de canabinoides para fins terapêuticos**

Muitas são as dúvidas de quem busca iniciar um tratamento com canabinoides para diversas condições de saúde. Inicialmente são poucas as indicações terapêuticas com segurança e eficácia do tratamento comprovadas. Há uma carência de estudos clínicos designados para analisar se os canabinoides são eficazes para determinadas enfermidades que, na prática clínica, podem encontrar na cânabis seu lenitivo. Muito disso se deve por conta do alto custo de ensaios clínicos, que em geral são patrocinados por empresas privadas. Não existe interesse das agências de fomento governamentais de estimular estudos desta natureza. Diversos relatos de pacientes ao redor do globo sugerem que a cânabis é capaz de aumentar o apetite, a qualidade do sono, o humor, os efeitos subjetivos da dor, melhorando o bem estar e a percepção de qualidade de vida do indivíduo enfermo. Estes efeitos podem ser importantes no processo de reabilitação e, sem dúvida, devem ser melhor compreendidos para que o manejo terapêutico dos canabinoides seja maximizado e seus eventos adversos diminuídos.

A manutenção das informações, cultivo e cultura de uso da cânabis, mesmo que proibida por mais de 80 anos, foi mantida por muitas pessoas que se interessam pelos efeitos da planta. Os movimentos contemporâneos pela regulação da cânabis no Brasil acompanharam a Abertura Democrática a partir dos anos 1980. No entanto, qualquer tipo de manifestação desta natureza era sujeita à repressão pelo aparato ostensivo da Segurança Pública e os manifestantes eram

tratados como criminosos por supostamente “praticar apologia ao uso de uma substância ilegal”. Em 2011, a Marcha da Maconha de São Paulo sofreu um ataque da Polícia que causou revolta e comoção de diversos setores da sociedade, pressionando o Supremo Tribunal Federal (STF) a julgar se atos pela legalização eram criminosos ou não. Por decisão unânime, as marchas puderam continuar a sair às ruas sem serem criminalizadas<sup>45</sup>.

Após um trabalho intenso de mobilização social, a criação de redes de apoio com os diversos cultivadores e ativistas interessados em oferecer parte de sua produção para que outras pessoas pudessem ter acesso aos benefícios terapêuticos dos canabinoides, fez com que, em 2014, diversos grupos se mobilizassem e se unissem à causa da regulação. Foram formalizadas associações de pacientes e organizações da sociedade civil preocupadas com o acesso aos derivados da cânabis para fins terapêuticos e hoje, se existe o mínimo de possibilidade de acesso e informação sobre estas propriedades, devemos sobretudo a esses ativistas e cultivadores que mantiveram a “brasa acesa” nos tempos mais obscuros da história da planta. É imperativo àqueles que necessitam e se beneficiam dos componentes da cânabis compreenderem a importância da democratização do acesso e do amplo conhecimento sobre as propriedades dos canabinoides.

Existem diversas formas de se obter canabinoides para alguma necessidade de saúde. O panorama atual de acesso a canabinoides para prática terapêutica é diverso e pode ser caro, burocrático e arriscado. A história recente da regulação brasileira segue uma trajetória de erros e acertos proporcionados pelas instâncias regulatórias. Enquanto esta regulação resguarda judicialmente, o Ministério da Saúde se mantém longe da realidade da população. Atualmente,

existem quatro formas reguladas de acesso a produtos canabinoides destinados a prática terapêutica: importação de suplementos alimentares heterogêneos que no país adquirem status de medicamento; disponibilidade mediante a receita controlada do nabiximols, medicamento fitoterápico com indicação específica e comprovação de segurança e eficácia; disponibilidade mediante a receita controlada do dronabinol, THC sintético também com indicação específica e comprovada eficácia; um produto a base de cânabis denominado canabidiol também obtido mediante a receita controlada mas sem indicação específica e comprovação de segurança e eficácia.

Os suplementos alimentares são importados com status de medicamentos, no entanto, apresentam grande variabilidade na qualidade. Por exemplo, produtos de uma mesma marca e, ainda, aqueles que em lotes distintos, podem apresentar divergências quanto ao teor de canabinoides no produto e o que vem informado no rótulo. O custo da importação também é geralmente elevado e há demora na obtenção da autorização e no processo de importação, fatores que dificultam a obtenção por esta via.

Nas prateleiras das farmácias, é possível encontrar um medicamento fitoterápico indicado para espasmos que acometem portadores de esclerose múltipla<sup>III</sup>. Trata-se de um produto com segurança e eficácia comprovadas, no entanto é caro e com uma apresentação farmacêutica que limita sua possibilidade de uso para outras indicações. Outro medicamento disponível, mas que não é fitoterápico e sim uma cópia idêntica à molécula natural do THC o dronabinol é indicado para redução de náusea e vômitos em decorrência de tratamentos quimioterápicos para o tratamento de câncer.

Por fim, a última e mais recente via de

<sup>III</sup> Nabiximols, da Beaufour Ipsen Farmacêutica Ltda.

acesso aos canabinoides foi proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2019, quando, a partir de duas consultas públicas, foram colhidas opiniões de especialistas e da sociedade civil. Foi publicada a resolução que criou uma nova modalidade de produtos fitoterápicos: os produtos a base de cânabis<sup>46</sup>. Anteriormente, existiam apenas duas modalidades para o registro dos produtos farmacêuticos de origem vegetal: os medicamentos fitoterápicos, que exigiam segurança e eficácia comprovadas por estudos clínicos de fase II e III comparados à placebo e aprovados com uma indicação clínica específica, como é o caso do nabiximols; e a notificação dos produtos fitoterápicos como tradicionais que, por isso, dispensavam a necessidade de comprovação de segurança e eficácia, exigindo apenas uma comprovação de qualidade - modalidade que incluem os compostos de conhecimento notório de uso por populações tradicionais brasileiras, ou pertencentes à farmacopolas internacionais reconhecidas pela Agência.

A partir da regulação de 2019, fez-se assim a inclusão de uma modalidade exclusiva para os produtos à base de cânabis, permitindo que empresas nacionais e internacionais possam pleitear a notificação de os produtos, assim como ocorre para os produtos tradicionais, sem exigência estudos de segurança e eficácia. Estas empresas estão permitidas a importar princípios ativos, insumos para a elaboração de medicamentos e medicamentos prontos para serem comercializados em território nacional. No entanto, para que o paciente acesse o medicamento a ANVISA exige que o médico faça a prescrição com receituário médico especial, controlado para medicamentos que apresentam potencial dano à saúde. Até o primeiro semestre de 2020, um único produto foi regulamentado por esta agência: um frasco com 30ml de canabidiol<sup>4</sup> destilado numa

concentração de 200 mg/ml e que custa ao consumidor mais de dois salários mínimos.

Extratos artesanais ofertados por associações dão suporte a pessoas que necessitam de tratamentos com os canabinoides mas apresentam dificuldades econômicas ou burocráticas para obtenção das formulações oferecidas pelo poder público. Estes produtos vêm buscando aperfeiçoamento dos processos de produção para evitar a variabilidade destes produtos. Esta forma, além de se apresentar como economicamente viável para uma parcela da população maior que as demais vias de aquisição, ela permite o acesso a extratos que contém uma diversidade de canabinoides e outras moléculas. Esta comitiva de moléculas presentes nos extratos apresentam efeitos diferentes das moléculas isoladas e sintética oferecidas pelo governo. Os extratos de diferentes variedades de cânabis apresentam diferentes perfis de canabinoides e outras moléculas que podem atuar em conjunto, de maneira sinérgica, por vezes competitiva e, de acordo com o caráter personalizado do sistema endocanabinoide de cada indivíduo o consumo destes extratos podem apresentar efeitos distintos, mais ou menos efetivos, mais ou menos intensos de acordo com o perfil de canabinoides contidos nestes.

Através da continuidade do trabalho atrelado à orientação de diversos profissionais, as associações vêm se adequando às boas práticas de produção para garantir a qualidade e a segurança ao tratamento oferecido. A criação de federações das associações de pacientes e familiares que buscam na cânabis algum tratamento poderia orientar a padronização das práticas e fortalecer politicamente estas entidades.

Outras dúvidas são relativas à obtenção e à dúvida sobre a qualidade destes produtos. Assim, é possível no Brasil se obter tratamento com derivados da cânabis, a partir da prescrição

médica e da compra do medicamento nas farmácias. No entanto, pouquíssimos são os médicos que prescrevem este tratamento. É possível que exista uma carência na formação dos profissionais de saúde quanto ao conhecimento sobre as propriedades dos canabinoides e sobre a funcionalidade do sistema endocanabinoide.

Os medicamentos regulados disponíveis no mercado brasileiro são caros com formulações limitadas. Devido à complexidade e individualidade do sistema endocanabinoide, o tratamento personalizado demanda, por vezes, preparações contendo diferentes teores de canabinoides ainda não ofertados para a população nas farmácias, apenas por associações.

As associações de pacientes tornam-se, portanto, uma importante via de acesso a cânabis terapêutica. Ao longo dos últimos anos, elas vêm judicializando sua prática e buscando atender a uma demanda que é incompatível com a regulação proposta pelo Estado brasileiro. Acabam, por compaixão, focando esforços para orientar, facilitar e ofertar os derivados da cânabis com diferentes proporções de canabinoides à famílias que demandam, pois obtém seu produto a partir do cultivo e preparo artesanal de extratos de diferentes variedades da cânabis, mais baratos e mais variados que os medicamentos de formulação única, tornando o tratamento mais viável e adequado à realidade. No entanto, estas associações ainda buscam aperfeiçoamento das práticas de cultivo, extração, produção, padronização, logística etc e demandam a atenção de toda a sociedade sobre a importância e valorização do trabalho que realizam.

### Orientações para autonomia

Estudos como *Indian Hemp Commission Report* de 1894<sup>47</sup>, *La Guardia Commission* de 1944<sup>48</sup> e *Shafer Commission* de 1974<sup>49</sup> não comprovaram que a cânabis era uma substância potencialmente mais danosa que o álcool, tabaco ou certas classes de medicamentos prescritos. Nenhum destes relatórios aponta a necessidade de um controle maior ou proibição da planta. As evidências científicas que apontam para os riscos em se consumir a cânabis não são capazes de cancelar a sua proibição. A decisão de proibição da cânabis tem sua origem em interesses racistas de contenção e eliminação dos hábitos tradicionais dos povos negros e indígenas nas Américas, além dos interesses econômicos que conflitavam com as propriedades oferecidas pela planta<sup>50</sup>. A prática de consumir a cânabis por minorias étnicas atrelada ao interesse econômico de indústrias concorrentes fez com que governantes no início do século XX proibissem o cultivo e consumo da planta, interesses dessa natureza parecem ainda hoje reverberar através dos discursos conservadores que garantem a cânabis continue proibida.

Nos Estados Unidos, a regulação do acesso à planta e seus componentes para fins terapêuticos foi retomada pela Califórnia em 1996<sup>51</sup>. De lá pra cá, 39 estados permitem acesso aos canabinoides para fins terapêuticos e, deste grupo, cerca de 1/3 não exigem prescrição médica, enquanto 2/3 condicionam sua aquisição à receita.

Em 1999, o Canadá iniciou um programa de uso de cânabis para fins terapêuticos que se expandiu, após sucessivas decisões judiciais<sup>52</sup>. Israel regulou o acesso terapêutico à cânabis em 2001, a Holanda, em 2003; a região da Catalunha, na Espanha, em 2005; a Suíça em 2011; a República Checa, em 2013; a Colômbia, em 2015; a Itália, Austrália, Croácia e Chile, em

2016; a Alemanha, Grécia, Peru, México e Argentina, em 2017; a Jamaica, Dinamarca, Noruega e Nova Zelândia, em 2018; finalmente Portugal, em 2019<sup>53</sup>.

Cada estado, nação ou união de nações apresenta formas diferentes de regular a produção, distribuição e consumo destes compostos, e os teores dos canabinoides, sobretudo, visando à restrição a teores elevados de THC. As diferentes propostas devem ser apresentadas e discutidas por todos os setores da sociedade para que possamos compreender qual a melhor forma de se regular e normalizar o acesso e dar atender a demanda pela prática terapêutica com a cânabis e seus compostos.

No Brasil, em 2015, a ANVISA aprovou a importação para fins terapêuticos de suplementos alimentares que continham CBD; em 2016, após decisão judicial, a agência se viu obrigada a regular a importação de produtos com THC. Em 2018, o primeiro “medicamento fitoterápico” com THC e CBD foi registrado. Em 2019, regulou a venda em farmácias e, em 2020, “o primeiro produto a base de cânabis” produzido no país com insumo importado foi notificado para ser vendido nesses estabelecimentos<sup>54-58</sup>. A grande questão segue sendo os custos exorbitantes, por isso o governo deveria incentivar e desenvolver programas de pesquisa e inovação que facilitassem a aproximação das associações de usuários com as universidades, a fim de ampliar o conhecimento sobre a qualidade, segurança e a eficácia destes compostos e garantir boas práticas, pesquisa, redução de custos e produção de conhecimento acerca das propriedades terapêuticas das cânabis oferecidas pelas associações.

Existem formas mais democráticas, econômicas e autônomas de se obter compostos a base de cânabis para fins terapêuticos. Estas iniciativas devem ser fortalecidas, pois já existem e

demonstram o interesse de dar suporte à quem busca essa prática terapêutica. É imprescindível que uma regulação para esta finalidade, preocupada no acesso sobretudo da camada da população com menor poder econômico, permita viabilizar a produção dos cultivares de cânabis dentro do Sistema Único de Saúde, sobretudo inseridos no Programa Farmácias Vivas, existentes em suas mais de uma centena de municípios por todo o país com especial destaque para as regiões Norte e Nordeste<sup>59</sup>. O Programa Farmácias Vivas é um programa que desenvolve cultivo e processamento de dezenas de espécies vegetais de uso tradicional, oferece uma manufatura farmacêutica e destina uma série de fitoterápicos para diversas condições de saúde que é acessado através do Sistema Único de Saúde, uma pequena parcela dos municípios desenvolveram o programa que poderia se expandir a partir da demanda pelos componentes da cânabis.

É necessário também regular as associações, federações, cooperativas e sociedades de pacientes para que estas possam produzir as variedades de cânabis que sejam mais efetivas para determinadas indicações terapêuticas e com menores eventos adversos. Certamente todas essas medidas, orientadas e aprimoradas em suas boas práticas, minimizariam o impacto econômico atrelado ao tratamento de doenças que necessitam desta terapêutica. As redes de proteção e informação sobre a regulação do cultivo nacional da cânabis para fins terapêuticos devem ser ampliadas, contempladas e incluídas nesta discussão para que haja melhor compreensão da demanda e das necessidades reais de consumo dessas substâncias por pessoas que já fazem o uso, trazendo a luz informações sobre o por quê o fazem, o que e como consomem, a forma de obtenção e o que pode ser melhorado.

## Referências

1. Dawson WR. Studies in the egyptian medical texts: III. The Journ Egypt Arch. 1934; 20(1/2):41-46.
2. McPartland JM. Cannabis systematics at the levels of family, genus and species. *Cannab Can-na Res.* 2018; 3(1):203-212.
3. Arno Hazekamp, Katerina Tejkalová, and Stelios Papadimitriou. Cannabis and Cannabinoid Research. dec 2016.202-215.
4. Lewis MA, Russo EB, Smith KM. Pharmacological foundations of cannabis chemovars. *Planta Med.* 2018; 84(4):225-233.
5. Andre CM, Hausman JF, Guerriero G. Cannabis sativa: the plant of the thousand and one mol-ecules. *Front Plant Sci.* 2016; 7:19.
6. US Department of Justice. Diversion Control Division. Food and drugs. (on line). [acessado em: 21 out 2020]. Disponível em: [www.gpo.gov](http://www.gpo.gov) <https://www.deadiversion.usdoj.gov/21cfr/21usc/>
7. Dolgin E. Genomics blazes a trail to improved cannabis cultivation. *PNAS.* 2019; 116(18):8638-8640.
8. ElSohly MA, Radwan MM, Gul W, Chandra S, Galal A. Phytochemistry of cannabis sativa L. *Prog Chem Org Nat Prod.* 2017; 103:1-36.
9. Wang M, Wang YH, Avula B, Radwan MM, Wanas AS, van Antwerp J, Parcher JF, ElSohly MA, Khan IA. Decarboxylation Study of Acidic Cannabinoids: A Novel Approach Using Ultra-High-Performance Supercritical Fluid Chromatography/Photodiode Array-Mass Spectrometry. *Cannabis Cannabinoid Res.* (2016);1(1):262-271.
10. Pacchetti CCB, Vandelli MA, Forni F, Cannazza G. Analysis of Cannabinoids in Commercial Hemp Seed Oil and Decarboxylation Kinetics Studies of Cannabidiolic Acid (CBDA). *J Pharm Biomed Anal.* (2018).149:532-540.
11. Wang M, Wang YH, Avula B, Radwan MM, Wanas AS, Antwerp J. & cols. Decarboxylation study of acidic cannabinoids: a novel approach using ultra-high-performance supercritical fluid chromatography/photodiode array-mass spectrometry. *Cannab Cann Res.* 201; 1(1):262-271.
12. Mechoulam R, Parker LA. The endocannabinoid system and the brain. *Annu Rev Psychol.* 2013; 64:21-47.
13. Pertwee RG. Endocannabinoids and their pharmacological actions. *Handb Exp Pharmacol.* 2015; 231:1-37.
14. De Petrocellis L, Melck D, Bisogno T, Milone A, Di Marzo V. Finding of the endocanna-binoid signalling system in hydra, a very primitive organism: possible role in the reeding response. *Neuroscience.* 1999; 92(1):377-87.
15. Metna-Laurent M, Mondésir M, Grel A, Vallée M, Piazza PV. Cannabinoid-induced tetrad in Mice. *Curr Protoc Neurosci.* 2017; 80:9.59.1-9.59.10.
16. Cristino L, Bisogno T, Di Marzo V. Cannabinoids and the expanded endocannabinoid system in neurological disorders. *Nat Rev Neurol.* 2020; 16(1):9-29.
17. Pacher P, Kunos G. Modulating the endocannabinoid system in human health and disease--successes and failures. *FEBS J.* 2013. 280(9):1918-43.
18. Mechoulam R, Hanuš LO, Pertwee R, Howlett AC. Early phytocannabinoid chemistry to endocannabinoids and beyond. *Nat Rev Neurosc.* 2014. 15: 757-764.
19. Gallily R, Yekhtin Z, Hanus L. Overcoming the Bell-Shaped Dose-Response of Cannabidiol by Using Cannabis Extract Enriched in Cannabidiol. (2014) *Pharmacology & Pharmacy* 06(02):75-85.
20. Pamplona FA, Silva LR, Coan AC. Potential clinical benefits of cbd-rich cannabis extracts over purified cbd in treatment-resistant epilepsy: observational data meta-analysis. *Front Neurol.* 2018; 9:759.
21. Uliel-Sibony S, Hausman-Kedem M, Kramer U. Cannabidiol tolerance in children and adults with treatment-resistant epilepsy. *Annual Meeting American Epil.* 2018; abst 2.233.
22. Scheen AJ, Finer N, Hollander P, et al. Efficacy and tolerability of rimonabant in overweight or obese patients with type 2 diabetes: a randomised controlled study. *Lancet.* 2006; 368:1660-72.
23. Christensen R, Kristensen PK, Bartels EM, Bliddal H, Astrup A. Efficacy and Safety of the Weight-Loss Drug Rimonabant: A meta-analysis of randomised trials. *Lancet.* 2007; 370(9600):1706-13.
24. Freedland CS, Sharpe AL, Samson HH, Porrino LJ. Effects of SR141716A on ethanol and sucrose Self-Administration. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001; 25(2):277-82.
25. May MB, Glode AE. Dronabinol for chemotherapy-induced nausea and vomiting Unrespon-sive to Antiemetics. *Cancer Manag.* 2016; res.8:49-55.
26. O'Shaughnessy WB. Case of tetanus, cured by a preparation of hemp (the cannabis indica). *Transactions of the Medical and Physical Society of Bengal.* 1838-40; 8: 462-469.
27. Cunha JM, Carlini EA, Pereira AE, Ramos OL, Pimentel C, Gagliardi R, Sanvito WL, Lander N, Mechoulam R. Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients. *Pharmacology.* 1980; 21(3):175-85.
28. Devinsky O, Patel AD, Cross JH, Villanueva V, Wirrell EC, Privitera M, Greenwood SM, Roberts C, Checketts D, VanLandingham KE, Zuberi SM; GWPCARE3 Study Group. Effect of cannabidiol on drop seizures in the lennox-gastaut syndrome. *N Engl J Med.* 2018; 378(20):1888-1897.
29. Devinsky O, Cross JH, Laux L, Marsh E, Miller I, Nababout R, Scheffer IE, Thiele EA, Wright S; Cannabidiol in dravet syndrome study group. trial of cannabidiol for drug-resistant seizures in the dravet syndrome. *N Engl J Med.* 2017; 376(21):2011-2020.
31. Brian J Piper BJ, Beals ML, Abess AT, Nichols SD, Martin M, Cobb CM, DeKeuster RM. Chronic pain patients'

- perspectives of medical cannabis. *Pain*. 2017; 158(7): 1373–1379.
32. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press; 2017.
33. Sledzinski P, Zeyland J, Słomski R, Nowak A The current state and future perspectives of cannabinoids in cancer biology *Cancer Med*. 2018; 7(3):765–775.
34. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*. 2014; 370(23):2219-27.
35. Hall W, Degenhardt L. The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Test Anal*. 2014; 6(1-2):39-45.
36. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J & cols. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76(4):426-434.
37. Scott JC, Slomiak ST, Jones JD, Rosen AF, Moore TM, Gur RC. Association of cannabis with cognitive functioning in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75(6):585-595.
38. Lopez-Quintero C, Cobos JP, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, Blanco C. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and co-caine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NES-ARC). *Drug Alcohol Depend*. 2011; 115(1-2): 120-130.
39. Gorelick DA, Goodwin RS, Schwilke E, Schwoppe DM, Darwin WD, Kelly DL, McMahon RP, Liu F, Ortemann-Renon C, Bonnet D, Huestis MA. Tolerance to effects of high-dose oral  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol and plasma cannabinoid concentrations in male daily cannabis smokers. *J Anal Toxicol*. 2013; 37(1): 11-16.
40. Radhakrishnan R, Wilkinson ST, D'Souza DC. Gone to pot – a review of the association between cannabis and psychosis. *Front Psychiatry*. 2014; 5:art.54.
41. Fischer B, Russell C, Sabioni P, Van den Brink W, Le Foll B, Hall W & cols. Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations. *Am J Public Health*. 2017; 107(8):e1-e12.
42. Bastos FI, Pinkusfeld M, & cols. (orgs.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT; 2017. 528p.
43. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Direito de Preceito Fundamental (ADPF) 187. [acesso em 21 out 2020]. Brasília; 17 jun 2014. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2691505>
44. Pratt M, Stevens A, Thuku M, Butler C, Skidmore B, Wieland LS, Clemons M, Kanji S, Hut-ton B. Benefits and harms of medical cannabis: a scoping review of systematic reviews. (2019). *Syst Rev*.; 8: 320.
45. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 327. Dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para produtos de Cannabis para fins medicinais, e dá outras providências. Brasília; 9 dez 2019. [acesso em: 21 out 2020]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-327-de-9-de-dezembro-de-2019-232669072>
46. Kalant OJ. Report of the Indian Hemp Drugs Commission, 1893-94: A Critical Review. *Int J Addict*. 1972; 7(1):77-96.
47. Wallace GB, Cunningham EV. The marihuana problem in the City of New York; Sociological, Medical and Pharmacological Studies. Lancaster, Pennsylvania: The Jacques Cattell Press; 1944.
48. Nahas GG, Greenwood A. The first report of the National Commission on Marihuana (1972): signal of misunderstanding or exercise in ambiguity. *Bull N Y Acad Med*. 1974; 50(1): 55-75.
49. Carneiro HS. Drogas: a história do proibicionismo. Editora Autonomia Literária; 2018.
50. Pacula RL, Smart R. Medical Marijuana and Marijuana Legalization. (2017). *Annu Rev Clin Psychol*.; 13: 397–419.
51. Lucas PG. Regulating Compassion: An Overview of Canada's Federal Medical Cannabis Policy and Practice. (2008). *Harm Reduct J*;5:5.
52. Agarwal R, Burke SL, Maddux M. Current state of evidence of cannabis utilization for treatment of autism spectrum disorders (2019). *BMC Psychiatry*. 2019; 19: 328.
53. <https://www.emcdda.europa.eu/topics/cannabis-policy>. Acessado em 01/10/2020 às 16:20.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 17. Brasília; 6 mai 2015.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 66. Rio de Janeiro; 18 mar 2016.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Registro ANVISA nº 1697700030014. Brasília; 2018;
57. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 327. Rio de Janeiro; 9 dez 2019.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 335. Rio de Janeiro; 24 dez 2020.
59. Bonfim DYG, Bandeira MAM, Gomes AB, Brasil ARL, Magalhães K do N, Sá KM. Diagnóstico situacional das farmácias vivas existentes no Estado do Ceará. *J Manag Prim Health Ca-re*. (on line). [acesso em: 20 set 2020]. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/543>

# Possibilidades na Atenção em Álcool e Drogas: levantamento e proposta da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o SUS-SP

**Possibilities in Alcohol and Drug Care: survey and proposal of the Health Care Line in Adolescence and Youth for SUS-SP**

Regina Figueiredo<sup>I</sup>, Sandra Mara Garcia<sup>II</sup>, Wilson Souza<sup>III</sup>, Jan Billand<sup>IV</sup>,

Maria Altenfelder Santos<sup>V</sup>, Mariana Arantes Nasser<sup>VI</sup>

## Resumo

Este artigo faz um relato dos perfis de serviços disponíveis nos municípios do estado de São Paulo para a atenção em saúde relativas às questões de álcool e drogas para adolescentes e jovens, além da proposta da Linha de Cuidado para a Saúde de Adolescentes e Jovens para o SUS no Estado de São Paulo, elaborada em 2018, que orienta como esses serviços devem abordar e atuar com este tema.

**Palavras-chave:** Adolescentes e Jovens; Saúde pública; Atenção à Saúde; Álcool e drogas.

<sup>I</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é cientista social, mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, membro do Grupo Técnico de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e integrante da equipe do Projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único e Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J).

<sup>II</sup> Sandra Mara Garcia (sandragarciasp@gmail.com) é antropóloga pela Universidade de Brasília (UNB), licenciada em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMP), Mestre em Gênero e Estudos de Desenvolvimento pela University of Sussex, na Inglaterra, Doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Pesquisadora do Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP) e integrante da equipe do Projeto LCA&J.

<sup>III</sup> Wilson Souza (wwpsouza@bol.com.br) é médico pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP (Campus Sorocaba, Pediatra pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sanitarista pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Administrador Hospitalar pela Fundação Getúlio Vargas, membro da Área Técnica de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e integrante da equipe do de elaboração e implementação do Projeto LCA&J.

<sup>IV</sup> Jan Billand (jsj.billand@gmail.com) é psicólogo e Doutor em Psicologia Social pela Université Paris 13, Pós-Doutor vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) e membro da equipe de elaboração e implementação do Projeto LCA&J.

<sup>V</sup> Maria Altenfelder Santos (marialtenfelder@gmail.com) é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Mestre em Psicologia

## Abstract

This article reports on the profiles of services available in the municipalities of the state of São Paulo for health care related to alcohol and drug issues for adolescents and young people, in addition to the proposal of the Line of Care for the Health of Adolescents and Youth for the SUS in the State of São Paulo, developed in 2018, which guides how these services should address and act with this theme.

**Keywords:** Adolescents and youth; Public health; Health care; Alcohol and drugs.

## Introdução

No Brasil, o uso de álcool e outras drogas vem fazendo parte das práticas de adolescentes e jovens. O III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, produzido pela Fundação Oswaldo Cruz em 2017<sup>1</sup>, apontou que o consumo

Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) Doutora em Psicologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP) e membro da equipe de elaboração e implementação do Projeto LCA&J.

<sup>VI</sup> Mariana Arantes Nasser (mariana.nasser@fm.usp.br) é médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP), Especializada em Medicina Preventiva e Social pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), Doutorado em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), atua como médica sanitária do Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa da FMUSP (CSE/FM/USP), Professora da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UUNIFESP) e Coordenadora do Projeto LCA&J.

de bebidas alcóolicas entre adolescentes de 12 e 17 anos, nos 12 meses anteriores ao estudo, alcançava 22,2% e, entre 18 e 24 anos, 53,2%; já o consumo de drogas ilícitas na vida, foi de 4,0% e 14,3%, dentre os estudantes que reportaram o uso dessas substâncias.

Isso corrobora a tendência de uso dessas substâncias já apontada no V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino em 27 capitais brasileiras<sup>2</sup>, realizado em 2003, pela Universidade Federal de São Paulo, que apontou a média etária para o primeiro uso de álcool como 12,5 anos de idade, de tabaco, como 12,8; de 13,9 anos para uso de maconha e 14,4 anos, para a cocaína.

No estado de São Paulo, onde a população estimada de adolescentes entre 15 e 18 anos, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), representa 7,2% da total<sup>3</sup>, ou seja, 3.303.908 pessoas. Nesta faixa etária, o levantamento de 2004, indica que aproximadamente 9,7% dos estudantes do Ensino Médio faziam uso frequente de álcool e drogas<sup>2</sup>.

Dados do Ministério da Saúde<sup>4</sup> registram que, no estado de São paulo, em 2019, houve 67 internações de adolescentes entre 15 e 19 anos devido a transtornos associados ao uso de álcool (42 masculinas e 25 femininas) em hospitais ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 1.102 internações devido ao consumo de outras drogas psicoativas (811 masculinas e 291 femininas), totalizando 1.169 internações por abuso dessas substâncias.

Para esta população, além do alcance das redes da área de Educação e de Assistência Social, a área de saúde pública oferta uma diversidade de serviços espalhados em seus 645 municípios. Segundo dados da Secretaria de Estado

da Saúde de São Paulo, existem cerca de 4.848 unidades básicas de saúde (UBSs), 10% dessas, localizadas na capital<sup>5</sup>. Para situações que envolvam Saúde Mental e álcool e drogas, a rede de atenção psicossocial, integrada por UBSs, conta ainda com 267 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), existentes em 124 municípios (63 na capital)<sup>6</sup>, sendo 39 CAPS-infantojuvenil (CAPS-ij) localizados em 21 municípios (15 localizados na capital e apenas 6 em outras cidades) e 68 CAPS álcool e drogas (CAPS-ad), especificamente direcionados para lidar com o uso/abuso de álcool e drogas espalhados por 45 municípios (20 desses serviços localizados na capital e apenas 25 em outras cidades) - salientando-se que, embora esses CAPS-ad estejam previstos, pelo Ministério da Saúde, para o atendimento a todas as faixas etárias, em vários serviços só são atendidos maiores de 18 anos<sup>7</sup>, o que se mostra uma incongruência já que estudos nacionais apontam que apenas 1,8% dos atendimentos do CAPS-inf se dão devido ao uso de substâncias psicoativas, não contemplando a realidade deste uso<sup>8</sup>. A abordagem a esta situação também poderia se dar pela maior integração com a Atenção Básica e ações de matriciamento<sup>9</sup>.

Esse volume de CAPS ainda se mostra insuficiente, uma vez que a previsão é que haja 1 CAPS para cada 15.000 habitantes, 1 CAPS-ad para atender adultos ou crianças que utilizem álcool e/ou drogas em regiões ou municípios com mais de 70.000 habitantes e 1 CAPS-ij para atender crianças e adolescentes “que fazem uso de crack, álcool e outras drogas” em regiões ou municípios acima de 150.000 habitantes<sup>9</sup>. Ademais, a Política Nacional de Saúde Mental aponta para a necessidade da existência de 1 CAPS-ad III com leitos, em regiões ou municípios com população acima de 200.000 habitantes<sup>9</sup>. Dessa forma, pode-se atender adultos ou crianças

e adolescentes que precisem de observação e monitoramento.

Registra-se ainda que essa assistência já enfrenta diversas dificuldades, visto que a adesão ao tratamento em CAPS-ad vem se reduzindo justamente entre os que se encontram na faixa etária entre os 11 e os 29 anos, dentre os quais, alguns em situação de rua, o que dificulta o estabelecimento de vínculos<sup>10</sup>.

Cabe salientar que, além das ações esperadas de assistência para os adolescentes e jovens já usuários de álcool e drogas, são necessárias ações de prevenção a este uso, tanto na área de saúde como de educação e assistência social, áreas que também atuam com este público e que se correlacionam com as vulnerabilidades de saúde.

Após o lançamento, em 2010, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack<sup>11</sup> pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estabeleceu, para além dos serviços de saúde citados, o Programa Recomeço. Esta iniciativa oferta a opção de internação para tratamento de drogas em 66 clínicas terceirizadas, 56 delas atendendo o público masculino e 20 o feminino, espalhadas por 46 municípios e ofertadas pelo SUS e também por meio das Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social<sup>12</sup>. Esta iniciativa controversa, que se associa às chamadas “comunidades terapêuticas”, em sua maioria, entidades religiosas e que se utilizam de práticas confessionais<sup>13</sup>, vem sendo amplamente criticada por diversos autores e também pelos defensores das estratégias de Redução de Danos, que apontam a utilização de técnicas não científicas, falta de recursos humanos da área de saúde e até o uso de práticas desumanas e iatrogênicas criticadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>14</sup>.

Neste sentido, ainda se faz necessária a

construção de uma abordagem da saúde envolvendo álcool e outras drogas no âmbito de uma linha de cuidado à saúde integral do adolescente e do jovem no Estado de São Paulo, partindo de uma visão que siga os pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental, que, segundo a própria Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo,

*“... busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade”<sup>15</sup>.*

### Objetivo e Métodos

Este artigo tem como objetivo analisar os resultados do questionário da “Linha de Cuidado para a Saúde de Adolescentes e Jovens (LCA&J) para o SUS no estado de São Paulo”, quanto à atenção e promoção de saúde, nas questões relativas ao uso de álcool e drogas para adolescentes e jovens.

A LCA&J foi construída entre 2017 e 2018, em um projeto apoiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (Chamada PPSUS/FAPESP 2016). Sua realização contou com a parceria de coordenação compartilhada entre o Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE/FM/USP), o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e a Área de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP); além do estabelecimento de parcerias institucionais com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), o Programa Estadual de DST/Aids e Hepatites Virais, e a Área de Saúde Mental da SES-SP. A confecção desta linha de cuidado, finalizada em 2018<sup>16</sup>,

incluiu a realização de um levantamento com serviços de saúde existentes em todas as regiões do estado de São Paulo e em todos os níveis de atuação, sobre suas práticas e perfis de atuação em relação à saúde de adolescentes e jovens, feito por meio de um questionário eletrônico para preenchimento *on line* pelos serviços, visando que a construção da linha respondesse às suas necessidades e servisse de referência para suas atuações no estado de São Paulo.

### Resultados

De 950 serviços de saúde pertencentes a 61 municípios paulistas que responderam ao questionário de preparação da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J), 717 são unidades básicas de saúde (539 delas com agentes comunitários de saúde e/ou Estratégia de Saúde da Família (ESF); 22 são serviços de atenção especializada ao adolescente (incluindo Casas do Adolescente), 102 são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 48 serviços de DST/aids (Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAEs) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTAs)), 7 serviços de atenção à saúde da mulher, 9 são serviços hospitalares especializados em adolescência e 40 são de outros tipos.

Quanto à localização, estão predominantemente na área urbana e central dos municípios, sendo que apenas 29 (4,1%) das UBSs e 1 CAPS (1,0%) se encontram em áreas rurais (**Tabela 2**).

Desses serviços, 580 (61,0%) apontaram questões ligadas ao uso de álcool e droga entre os principais motivos de procura de seus serviços por adolescentes e jovens<sup>33</sup> (ver Tabela 1).

A grande maioria desses serviços (82,0%) utiliza critérios de local de residência para cadastrar seus usuários, mas 95 (10,0%) desses

também atendem por encaminhamento e outros 171 (18%) recebem usuários exclusivamente por encaminhamento, inclusive o da rede intersetorial.

Além desse critério, 835 (87,9%) também atentam para a faixa etária como critério, em 721 (75,9%) das vezes utilizando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como documento de referência para definir este público (que define adolescentes como aqueles dos 12 aos 17 anos)<sup>17</sup>; outros 176 (18,5%) utilizam também o Estatuto da Juventude (EJ) (que define jovens como aquelas pessoas entre os 15 e os 29 anos de idade)<sup>18</sup> e 374 (39,4%) se pautam pelo documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) (que define pré-adolescentes entre os 10 e 14 anos, adolescentes entre os 15 e 19 anos e juventude de 20 a 29 anos)<sup>19</sup>. Mostrando maior influência desta última referência, a adolescência é apontada por cerca de 1/3 desses serviços (33,7%) como iniciada antes dos 10 anos de idade, o que resulta na inclusão do público infantil.

O atendimento a este público é ofertado por 772 (81,3%) serviços, durante todo o horário de funcionamento e 5 dias da semana; 21 (2,2%) também fazem atividades/atendimentos no período noturno e 41 (4,3%) aos finais de semana. Apenas 174 (18,3%) dos serviços restringem horários para a marcação de atendimento a adolescentes, geralmente os agendamentos podem ser feitos em todos os horários, e 773 (81,4%) afirmam fazer “encaixe” de atendimento de adolescentes não agendados em todos os períodos e dias de funcionamento do serviço.

A maioria dos serviços (946) declarou ter atuação junto aos adolescentes; embora 5 (0,6%) UBSs declararam não ter atividades com adolescentes, por isso não foram considerados para a análise que também visa o atendimento deste público (**Tabela 3**).

Além dos 20 (87,0%) serviços especializados

Tabela 1 – Perfil dos serviços que responderam ao Levantamento LCA&amp;J

	n	%
<b>Tipo de Serviço</b>		
Unidade de Atenção Básica	721	75,9
Serviço de atenção especializada a adolescentes	22	2,3
Serviço hospitalar	9	0,9
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	102	10,7
Serviços de DST/Aids	48	5,1
Serviço de Saúde da Mulher	7	0,7
Outro	40	4,2
não resp	1	0,1
<i>Total</i>	950	100,0
<b>Esfera</b>		
Municipal	921	96,9
Estadual	11	1,2
Federal	9	0,9
<i>Total</i>	941	99,1
não resp	9	0,9
<i>Total</i>	950	100,0
<b>Tipo de Administração</b>		
Direta da Saúde (esfera nacional, estad. ou munic.)	676	71,2
Direta de outros Órgãos (não ligados à saúde)	6	0,6
Indireta (Autarquias, Fundação Pública, Empresa Pública, Organização Social Pública, Economia Mista)	44	4,6
Empresa ou Fundação Privada	5	0,5
Organização Social de Saúde – OSs	199	20,9
Outros	13	1,4
<i>Sub-total</i>	943	99,3
não respondeu	7	0,7
<i>Total</i>	950	100,0
<b>Realiza Ensino e Pesquisa?</b>		
Sim, é (ou integra) uma Unidade Universitária	29	3,1
Sim, é (ou integra) uma Unidade Escola Superior Isolada	7	0,7
Sim, é (ou integra) uma Unidade Auxiliar de Ensino	90	9,5
Sim, é (ou integra) um Hospital de Ensino	9	0,9
Não, é Unidade sem Atividade de Ensino	463	48,7
Não se aplica	343	36,1
não respondeu	9	0,9
<i>Total</i>	950	100,0

no atendimento de adolescentes, cabe destacar que a maioria dos CAPS, dos ambulatórios de DST e dos serviços de atenção à mulher que atuam com adolescentes, 52,0%, 62,5%, 85,7%, respectivamente, acolhem usuários por meio de

encaminhamento e apenas 26 (25,5%), 2 (4,2%) e 1 (14,3%) são porta aberta para a atenção em geral.

Os motivos de procura pelo público adolescente são, principalmente, para questões que

Tabela 2 – Tipo, âmbito e gestão dos serviços que atuam com adolescentes

Tipo de Serviço	municipal		estadual		federal		não resp.		total	
	n	%	n	%	n	&	n	%	n	%
UBS	710	99,2	0	0,0	2	0,3	4	0,6	716	100,0
Serviço de Atendimento a Adolescentes	19	82,6	3	13,0	0	0,0	1	4,3	23	100,0
Serviço Hospitalar	3	33,3	5	55,6	1		0	0,0	9	100,0
CAPS	96	94,1	2	2,0	4	3,9	0	0,0	102	100,0
Serviço DST/Aids	46	95,8	0	0,0	2	4,2	0	0,0	48	100,0
Serviço de Atenç. à Mulher	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0
outros	39	97,5	1	2,5	0	0,0	0	0,0	40	100,0
não respondeu	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0	1	100,0
Total	921	97,4	11	1,2	9	1,0	5	0,5	946	100,0

envolvem sexualidade, reprodução (em especial as UBS), além de serviços odontológicos, encaminhamentos escolares e por mudanças e crescimento corporal na adolescência. Entre as UBSs, 366 (51,1%) indicaram, entre os motivos de procura do serviço, questões ligadas ao uso de álcool, e 309 (43,2%) questões ligadas ao uso de drogas ilícitas, corroborando os estudos que apontam para a relevância de formas de apoio à grande utilização dessas substâncias no cotidiano dos adolescentes, inclusive para aqueles que chegam nos serviços disponíveis em suas comunidades. Nos serviços de atenção especializada a adolescentes, o uso de álcool e os motivos ligados à sexualidade são os principais motivos de procura (apontados por 82,6%), seguidos pelo uso de drogas ilícitas e a busca de atenção odontológica, ambos com igual percentual de procura (73,9%). Nos CAPS, o uso abusivo de álcool por adolescentes chega como o principal motivo de procura (para 74,5%); nos serviços de atenção à mulher, o uso de álcool entre este público representa 28,6% e em serviços de atenção hospitalar, é a segunda razão de procura (por 66,7%), além de 44,4% de serviços que mencionaram busca motivada por uso de drogas ilegais (Tabela 3).

Isso salienta a importância da abordagem sobre o uso de álcool e drogas e suas implicações para a vulnerabilidade em saúde de adolescentes em todas as UBSs, junto com uma melhor capacitação das equipes de Atenção Primária para acolhimento, seguimento e encaminhamento dessas demandas, além de um trabalho preventivo mais consistente que envolva os adolescentes tanto fora quanto dentro dos serviços de saúde. Existe ainda a necessidade de mais serviços de CAPS, incluindo CAPS-ad e CAPS-ij nos municípios, a depender de seu porte populacional, de modo a superar sua quantidade insuficiente.

Embora metodologias de trabalho em grupos com adolescentes sejam recomendadas, apenas 44,3% dos serviços realizam: 41,9% das UBS que atuam com este público, 65,2% dos serviços especializados em adolescentes, 33,3% serviços hospitalares, 55,9% dos CAPS, 54,2% dos serviços de DST/HIV/aids e 57,0% dos serviços de atenção à mulher (Tabela 4).

Cabe salientar a realização de grupos com adolescentes realizados fora dos serviços de saúde, por 509 (53,8%) dos serviços, principalmente UBS (58,9% delas fazem) e CAPS (51,0%), o que denota estratégias das equipes para encontrar

Tabela 3 – Principais Motivos de Procura do Serviço por Adolescentes

Tipo	UBS		Serv. Adolesc		Serv Hosp.		CAPS		Serv. DST		Serv. Atend. Mulher		outros serv.		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Corpo e puberdade	500	69,8	19	82,6	4	44,4	55	53,9	9	18,8	2	28,6	24	60,0	613	64,8
Sexualidade	560	78,2	19	82,6	4	44,4	26	25,5	36	75,0	5	71,4	18	45,0	668	70,6
Reprodução	508	70,9	14	60,9	2	22,2	2	2,0	5	10,4	4	57,1	10	25,0	545	57,6
Doenças crônicas	207	28,9	8	34,8	8	88,9	10	9,8	16	33,3	1	14,3	12	30,0	262	27,7
Doenças respiratórias	338	47,2	8	34,8	5	55,6	8	7,8		0,0	1	14,3	12	30,0	372	39,3
Atendimento odontológico	580	81,0	17	73,9	2	22,2	2	2,0	12	25,0	7	100,0	12	30,0	632	66,8
Gestação e pré-natal	232	32,4	15	65,2	4	44,4	2	2,0		0,0		0,0	6	15,0	259	27,4
Nutrição ou alimentação	174	24,3	14	60,9	4	44,4	27	26,5	4	8,3	1	14,3	7	17,5	231	24,4
Declaração para práticas físicas	144	20,1	8	34,8	2	22,2	63	61,8	9	18,8	2	28,6	12	30,0	240	25,4
Família, amigos etc.	197	27,5	11	47,8	3	33,3	73	71,6	10	20,8	2	28,6	16	40,0	312	33,0
Uso de álcool	366	51,1	19	82,6	6	66,7	76	74,5	1	2,1	2	28,6	23	57,5	493	52,1
Uso de drogas ilícitas	309	43,2	17	73,9	4	44,4	47	46,1	1	2,1	1	14,3	20	50,0	399	42,2
Depressão, ansiedade ou sofrimento emocional	349	48,7	12	52,2	2	22,2	2	2,0		0,0	1	14,3	7	17,5	373	39,4
Trabalho e renda	574	80,2	5	21,7	2	22,2		0,0	9	18,8		0,0	8	20,0	598	63,2
Queixa escolar	412	57,5	18	78,3	5	55,6	66	64,7	8	16,7	2	28,6	16	40,0	527	55,7
Vacinações	196	27,4	14	60,9	3	33,3	74	72,5	6	12,5		0,0	19	47,5	312	33,0
Solicitação da família	439	61,3	9	39,1	1	11,1		0,0	2	4,2	1	14,3	12	30,0	464	49,0

Tabela 4 – Tipos de Grupos Realizados com Adolescentes por tipo de serviço

Tipo	UBS		Serv. Adolesc		Serv Hosp.		CAPS		Serv. DST		Serv. Atend. Mulh		outros serv.		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
de acolhimento	131	18,3	7	30,4	0	0	27	26,5	4	8,3	1	14,3	2	5,0	172	18,2
terap. Grupal	211	29,5	10	43,5	2	22,2	62	60,8	3	6,3	0	0	8	20,0	296	31,3
ativ man. artistic	89	12,4	10	43,5	0	0,0	57	55,9	2	4,2	0	0	3	7,5	161	17,0
ativ. Socioc	106	14,8	7	30,4	2	22,2	49	48,0	0	0	0	0	4	10,0	168	17,8
ações por pares	33	4,6	5	21,7	2	22,2	5	4,9	7	14,6	0	0	0	0,0	52	5,5
ativ. pais	163	22,8	8	34,8	1	11,1	54	52,9	4	8,3	0	0	9	22,5	239	25,3
fora do serviço	422	58,9	9	39,1	1	11,1	52	51,0	13	27,1	1	14,3	11	27,5	509	53,8
Total que faz grupo adolesc.	300	41,9	15	65,2	3	33,3	57	55,9	26	54,2	4	57,0	14	35,0	419	44,3

este público no território e/ou em outros equipamentos nos quais circulam.

Dos serviços que atuam com adolescentes, 443 (46,8%) fazem abordagem de temas de Saúde Mental e 446 (47,1%) especificamente abordam o uso de álcool e drogas (**Tabela 5**).

A atenção à saúde de adolescentes é realizada por equipes multidisciplinares, sendo que apenas 32 desses serviços possuem médicos hebiatras, enquanto o mais comum para este atendimento é a atuação de clínicos gerais (em 240 serviços; 25,3%) ou pediatras (191; 20,1%); 159 (16,7%) contam com psiquiatras para esta abordagem (principalmente nos 102 CAPS) e 525 (55,2%) com psicólogos (sendo 102 deles de CAPS). Em 565 (59,5%) serviços há também assistentes sociais, embora não tenha sido especificada a sua atuação com adolescentes.

Os critérios mais mencionados para atuação de um profissional com o tema álcool e drogas com o público adolescente são o interesse pessoal, a disponibilidade e a capacitação para a atuação com este tema.

Com relação à autonomia de adolescentes, a idade estabelecida para consultas sem acompanhamento, com médicos, independente da presença ou autorização de familiares, não correspondeu às diretrizes vigentes e mostrou variação, de acordo com o tipo de serviço. Apenas 45,2% dos serviços respeitam o direito ao sigilo para adolescentes de 12 anos e 63,0% respeitam para aos 15 anos; 31,3% afirmam que o acompanhamento de responsáveis é sempre obrigatório, o que implica que não há garantia do direito de autonomia a nenhum adolescente e mais 3,3% condicionam a atenção ao adolescente desacompanhado à apresentação de autorizações escritas, perfazendo um total de 34,4% de serviços

Tabela 5 – Temas trabalhados com adolescentes e jovens por tipo de serviço

<i>Tipo</i>	Abordagem com adolescentes até 17 anos		Abordagem com Jovens de 18 a 30 anos	
	n	%	n	%
Corpo e puberdade	500	69,8	19	82,6
Sexualidade	560	78,2	19	82,6
Reprodução	508	70,9	14	60,9
Doenças crônicas	207	28,9	8	34,8
Doenças respiratórias	338	47,2	8	34,8
Atendimento odontológico	580	81,0	17	73,9
Gestação e pré-natal	232	32,4	15	65,2
Nutrição ou alimentação	174	24,3	14	60,9
Declaração para práticas físicas	144	20,1	8	34,8
Família, amigos etc.	197	27,5	11	47,8
Uso de álcool	366	51,1	19	82,6
Uso de drogas ilícitas	309	43,2	17	73,9
Depressão, ansiedade ou sofrimento emocional	349	48,7	12	52,2
Trabalho e renda	574	80,2	5	21,7
Queixa escolar	412	57,5	18	78,3
Vacinações	196	27,4	14	60,9
Solicitação da família	439	61,3	9	39,1
Situações de violência	234	32,7	17	73,9
outros	88	12,3	7	30,4

Tabela 6 – Idade estabelecida para atendimento autônomo de adolescentes

<i>Tipo</i>	n	%	% proporcional
Corpo e puberdade	500	69,8	19
Sexualidade	560	78,2	19
Reprodução	508	70,9	14
Doenças crônicas	207	28,9	8
Doenças respiratórias	338	47,2	8
Atendimento odontológico	580	81,0	17
Gestação e pré-natal	232	32,4	15
Nutrição ou alimentação	174	24,3	14

que não proporcionam a atenção a adolescentes por demanda espontânea desses (**Tabela 6**). Esta mesma situação também pode ser verificada no caso de outras categorias profissionais e atividades ofertadas pelos serviços de saúde.

Além de atendimento a adolescentes em geral, 135 serviços (14,2%) realizam trabalhos especificamente dirigidos a adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social; 179 (18,8%) têm trabalhos específicos para usuários de comunidades terapêuticas ou outras insituições de Saúde Mental; e 327 (34,4%) para adolescentes em situação de violência doméstica e 167 (17,6%) com adolescentes em outras situações de violência.

Considerando a rede de saúde identificada por esses serviços como existentes em seus territórios, foram mencionados 103 (10,8%) CAPS-ad infanto-juvenil no bairro do próprio serviço, 429 (45,2%) no próprio município e 234 (24,6%) na regional de saúde. Desses serviços, 325 (34,2%) fazem encaminhamentos para esses CAPS-ad e CAPS-ij e 387 (40,7%) declararam encaminhar para algum serviço de atenção psicossocial no próprio município.

Apenas 212 (22,3%) dos serviços afirmaram contar com uma Casa do Adolescente de referência, 225 (23,7%) um Centro de Convivência e Cultura, 564 (59,4%) com Centros Esportivos Públicos, 421 (44,3%) com outros centros culturais e esportivos.

Dentre os serviços pesquisados que afirmaram não atender adolescentes, 404 (43,5%) encaminham este público para outros serviços e 528 (55,6%) para o atendimento em outros municípios, presentes em suas respectivas regionais de saúde em metade deles. Preocupante é a

proporção de serviços que declararam não atender adolescentes, em contradição com a sua afirmativa anterior de que atenderiam este público (947 de 950 serviços confirmaram esta atuação) e também em contradição com suas atribuições oficiais: UBS, CAPS e SAEs e CTAs não devem restringir seu atendimento por faixa etária, mesmo que em seus territórios existam outros serviços que sejam referência em atendimento especializado para o público adolescente.

### ***Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)***

O projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J) produziu, além do levantamento de dados, outras formas de produção e análise de dados para a construção da linha de cuidado, como a realização de grupos focais com profissionais de saúde, gerentes de serviços de saúde, gestores do setor saúde, profissionais intersetoriais, adolescentes e jovens; grupos de *experts* sobre adolescência e sobre planejamento; experiências piloto em três regiões de saúde (Itapetininga, Litoral Norte e Mananciais).

A análise de todos os dados levou à formulação de recomendações, que foram trabalhadas em seminários de pesquisa e em reuniões relacionadas à gestão em saúde da Atenção Básica, como o grupo técnico bipartite, além da comissão científica do Programa Estadual de Saúde do Adolescente, seminários do Programa Estadual de DST/Aids, encontros do PPSUS, etc.

Como resultado final, formulou-se o documento final da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J), que

através de aprovação na Comissão Intergestores Bipartite em 18 de outubro de 2018, passou a constituir-se como política pública de saúde para adolescentes e jovens no estado de São Paulo<sup>16</sup>. Em complemento a esta também foi criado um sistema de indicadores para a avaliação da implementação desta linha de cuidado.

O documento estabelecido nessa política pública é dirigido a gestores do setor saúde, coordenadores de serviço e profissionais de saúde, dentre outros interessados, como profissionais intersetoriais e, inclusive, adolescentes e jovens. Tendo em conta as questões relativas ao uso de álcool e drogas entre adolescentes e jovens e a necessidade de ampliação de ações de saúde nesse sentido, a “Linha de Cuidado para a Saúde de Adolescentes e Jovens para o SUS no Estado de São Paulo” (LCA&J)<sup>16</sup> tem como orientação:

*“A utilização de instrumentos específicos no acolhimento de adolescentes e jovens e seus familiares, para favorecer o diálogo com esses públicos, bem como a identificação de motivos de procura pelo serviço, riscos e necessidades de saúde, com destaque para os objetivos de: acompanhar o crescimento e o desenvolvimento; identificar questões de saúde mental; investigar o risco de suicídio, o uso de álcool e outras drogas e o envolvimento em situações de violência; abordar transtornos alimentares; entre outros” (p.42).*

Esse acolhimento e atenção podem ser realizados por profissionais de saúde de diferentes formações e categorias, salientando que o diálogo é essencial, além de serem incentivadas estratégias de abordagem participativas<sup>16</sup>:

*“A escolha de profissionais para trabalhar com adolescentes e jovens deve levar em conta aspectos relativos à formação*

*específica (residência, especialização, cursos de extensão ou profissionalização em programas multiprofissionais e médicos em adolescência) e à educação permanente de profissionais em atuação no serviço, com ênfase para as temáticas frequentes para o trabalho com esses grupos populacionais (crescimento, puberdade, saúde sexual e reprodutiva, direitos humanos, violência, álcool e outras drogas, trabalho, educação e formação, etc.), bem como para metodologias voltadas ao diálogo, (mediação de oficinas, grupos educativos, diálogo, etc.) e para a atuação interprofissional e intersetorial, entre outros” (p.42).*

A explicitação do tema do uso de álcool e outras drogas deve ser incluída nesta abordagem<sup>16</sup>:

*“A equipe precisa ser preparada para abordar e acolher adolescentes e jovens em função das atividades e temáticas que mais fazem com que estes(as) procurem os serviços de saúde – ou seja, por ordem decrescente: sexualidade; atendimento odontológico; trabalho e renda; reprodução; queixa escolar; uso de álcool; solicitação da família; corpo e puberdade; uso de drogas ilícitas; depressão, ansiedade ou sofrimento emocional; situações de violência...” (p.43)*

A Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J) formula diretrizes que dizem respeito aos serviços da rede, tanto no plano da gestão como do trabalho assistencial, e também inclui recomendações específicas para o trabalho nos cinco tipos de serviços identificados como componentes da rede de

atenção a adolescentes e jovens no Estado de São Paulo: UBS, CAPS, SAE/CTA, serviços especializados (casas do adolescente) e serviços hospitalares especializados. Apresentamos algumas orientações relacionadas à atenção sobre o uso de álcool e outras drogas:

**- para as UBS:**

Nas UBS, que podem ser acessadas mais facilmente por este público, nas redondezas de suas residências e trajetos escolares, deve-se ampliar o olhar, o acolhimento e a escuta a este público na Atenção Primária à saúde<sup>16</sup>:

*“Recepção, acolhimento e atividades de educação em saúde em espaços de convivência do serviço ou específicos para adolescentes e jovens; a recepção deve contar com acolhimento e escuta ampliada para a identificação das necessidades. Utilização de instrumentos e dispositivos para o cuidado e particularmente para o acolhimento, como fichas para o levantamento de necessidades. Atendimento à demanda espontânea, incluindo doenças agudas e situações de urgência e emergência em APS” (p.47).*

Esses serviços devem também focar ações de preparação para a mudança de fase de vida, promovendo ações preventivas para a redução de vulnerabilidades de adolescentes e jovens, ao realizar<sup>16</sup> (p.47):

- visitas domiciliares, por ACS, outros membros da equipe assistencial ou equipes de vigilância em saúde;
- visitas ao território. Estabelecimento de parcerias para realização de atividades de educação em saúde, no território ou em serviços de outros setores e coletivos de adolescentes e jovens;
- atendimento de enfermagem, com

reconhecimento de necessidades e orientações de estilo de vida e modos de enfrentamento de vulnerabilidades;

- vacinações;
- dispensação de preservativos femininos e masculinos, por livre demanda e em local de fácil acesso;
- dispensação de métodos anticoncepcionais; oferta e coleta de exames laboratoriais na UBS, incluindo sorologias e/ou teste rápido para IST/aids e hepatites virais;
- consulta de enfermagem e consulta médica, incluindo atenção à saúde sexual e reprodutiva e a doenças crônicas;
- avaliação e acompanhamento de situações de risco psicossocial e de transtornos de saúde mental comuns ou decorrentes do uso de álcool e drogas ;
- desenvolvimento de atividades de educação em saúde de adolescentes, jovens, pais, familiares e responsáveis.

Para a atenção, podem ser pedidos exames, atenção medicamentosa, além da realização ações de planejamento e vigilância das principais morbidades, com discussões de equipe e supervisão de casos. A atenção específica relacionada ao uso de álcool e drogas pode contar ainda com outros profissionais disponíveis na rede de atenção, a depender “do arranjo organizacional, da participação e composição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros apoiadores, como psicólogos, educadores físicos e assistentes sociais” (p.47) e da “dispensação de remédios de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), incluindo psicotrópicos, entre outros” (p. 47).

**- para os CAPS:**

Devem prover cuidado a adolescentes e

jovens, com “ênfase na atenção a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes incluindo aquelas que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas” (p.51).

Adolescentes e jovens devem ser compreendidos como indivíduos que podem estar em situação de vulnerabilidade devido a questões sócio-culturais próprias da fase em que vivem. Por isso, a Rede de Atenção Psicossocial Local deve gerenciar projetos terapêuticos, em conjunto com aos serviços de Atenção Primária, realizando planejamento de ações de prevenção e atenção em Saúde Mental para este público.

A promoção de saúde do CAPS deve ser orientada “com ênfase na identidade, no pertencimento, na cidadania, nos direitos humanos e nos projetos de vida e saúde mental”, inclusive relativas ao uso de álcool e drogas, dando assistência a seus agravos em Saúde Mental<sup>16</sup> (p.51). Essa assistência deve se pautar em promover:

- acolhimento humanizado por toda a equipe;
- diálogo com o usuário do serviço;
- promoção de autonomia de adolescentes e jovens;
- vinculação dos adolescentes com um profissional de referência
- atendimento individual, psicoterapêutico e medicamentoso (se necessário);
- promoção de cidadania e orientação de direitos, incluindo suporte social;
- além de busca ativa e suporte às famílias.

Para organização dos serviços e atendimentos sugere-se o planejamento das ações e discussão de casos pelas equipes em reuniões técnicas, a articulação com outros equipamentos e serviços do território (escolas e centros culturais, etc), relacionados ao tema da adolescência e da juventude, à luta antimanicomial; a realização conjunta de atividades voltadas a promoção da

Saúde Mental, redução de estigmas, e prevenção do uso de álcool e drogas e atividades voltadas à inclusão e à reabilitação de adolescentes e jovens.

No que tange ao acesso de adolescente e jovens, é importante que os CAPS<sup>16</sup>:

“...sejam “porta aberta”, de modo que poderão ser procurados diretamente por adolescentes e jovens, ou também encaminhados por outros serviços. (...) Nos casos em que adolescentes ou jovens procuram o CAPS, mas a consideração é de que o atendimento em CAPS não é necessário, garantir o acesso à LCA&J por meio de referência rotineira à UBS (informando qual é a UBS de referência da pessoa, seu endereço e modo de funcionamento)” (p.51).

Para este cuidado, é necessário articular referências locais ou regionais e atuar em parceria com outros serviços, incluindo UBSs, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAEs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Em caso de necessidade de afastamento social<sup>16</sup>:

*“Solicitar, quando adequado, atenção residencial de caráter transitório, em Unidade de Acolhimento (UA) infantojuvenil (12-18 anos) ou adulto (para maiores de 18 anos) para usuários de álcool, crack e outras drogas e em situação de vulnerabilidade, com necessidade de acompanhamento terapêutico protetivo. Articular-se com serviços hospitalares para casos de abstinências e intoxicações severas (eventuais internações devem ser de curta duração até a estabilidade clínica e sempre no âmbito do PTS). No momento da alta,*

referir e vincular usuários ao CAPS que assumirá o caso. Adotar estratégias de desinstitucionalização (Residências Terapêuticas, moradias inseridas na comunidade) e oferecer o auxílio financeiro de reabilitação para progressiva inclusão social de pessoas egressas de internação de longa permanência” (p.51).

Nos serviços de saúde em geral, pode-se atuar junto às escolas, inclusive em seus espaços, na prevenção e no encaminhamento de casos relativos ao consumo de álcool e drogas, utilizando-se para isso a orientação de Redução de Danos para a promoção de saúde<sup>16</sup> (p.143), orientados pelo/a (p.165):

- diálogo com os adolescentes e jovens;
- utilização de linguagem menos formal;
- atendimento a suas singularidades e contextos;
- reconhecimento dos adolescentes como sujeitos de direitos, conforme orienta o ECA<sup>17</sup>;
- promoção da autonomia e participação social;
- trabalho com as diretrizes de Redução de Danos;
- definição de procedimentos e atendimentos que tenham necessidade de agendamento em outros serviços.

#### - para serviços especializados:

A orientação geral é que sejam prestados cuidados baseados na integralidade, no atendimento multiprofissional, inclusive em apoio à Atenção Primária e aos CAPS <sup>16</sup> (p.53).

Com relação a questões relacionadas à Saúde Mental com uso de álcool e drogas, pode-se atuar com os próprios médicos, psicólogos e assistentes sociais do serviço, conforme sua disponibilidade e também encaminhar casos para

os CAPS infantojuvenil e CAPS-ad.

De forma geral, os temas álcool e drogas fazem parte do universo dos adolescentes<sup>20</sup>, por isso, recomenda-se que o tema seja abordado em grupos educativos, rodas de conversa; espaços de vivência e de atividades educativas, culturais (p.53);

#### - sobre a importância do sigilo – para todos os serviços:

A Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)<sup>16</sup> salienta a importância do sigilo de informações entre profissionais de saúde e pacientes, inclusive adolescentes:

*“Profissionais de saúde não devem comunicar informações, mesmo quando solicitadas por familiares, responsáveis ou parceiros(as) íntimos(as), sem o consentimento dos(as) adolescentes e jovens (inclusive divulgação de consumo experimental de álcool e drogas ilícitas, atividade sexual, estatuto sorológico, gravidez, etc.)” (p.63).*

Essa garantia de sigilo é fundamental no atendimento a adolescentes e jovens, muito além dos temas considerados tabus, pois o medo de que informações sejam comunicadas aos pais e responsáveis é um dos principais motivos pelos quais adolescentes e jovens evitam frequentar serviços de saúde. A garantia do direito ao sigilo e à confidencialidade é uma questão ética, como apontam Queiroz e colegas<sup>21</sup>, e visa garantir a procura dos serviços pelos adolescentes, o estabelecimento de vínculos, garantir a privacidade, a assistência de qualidade e o acompanhamento.

Assim, recomenda-se que:

*“Nos casos em que os(as) profissionais, dialogando com adolescentes,*

*julgarem que estes(as) estão em situação de risco ou não têm capacidade plena de discernir ou se cuidar, devem conversar com eles(as) sobre essa percepção para compreender melhor a situação. Ainda junto com os(as) adolescentes, devem definir o melhor modo de proceder, o que poderá envolver a quebra do sigilo – isto é, o compartilhamento, com algum adulto responsável, de informações sobre a consulta. Essa quebra deve obrigatoriamente ser consentida pelo(a) adolescente...*<sup>16</sup> (p.63).

Enfim, é importante realizar avaliações das condições de saúde nos territórios, buscando identificar adolescentes e jovens que não acessam os serviços e compreender as possíveis situações de vulnerabilidade envolvidas nessa falta de acesso que podem incluir aspectos familiares, condições sociais, relações de gênero, questões escolares e o uso de álcool e outras drogas, sere portadores de deficiências, entre outros.

### **Considerações finais**

Adolescentes e jovens são sujeitos de direitos. O fato de serem mais novos não altera este princípio; ao contrário, apenas pode contribuir com a maior vulnerabilidade para situação de risco à saúde ou agravos durante seu desenvolvimento e maior inserção social.

Como o uso de bebidas alcóolicas faz parte da cultura nacional e o uso de drogas ilícitas também é representado na maioria das comunidades, os adolescentes sempre estarão em contato com esses comportamentos. Por isso a abordagem do tema, promovendo atitudes preventivas e Redução de Danos deve ser feita sistematicamente, além de ser ofertado apoio e atenção para aqueles que vierem a utilizá-las de forma prejudicial.

Assim, o uso de álcool e drogas deve ser visto pelos profissionais da área da Saúde, como uma questão complexa, correlacionada a outros fatores de vulnerabilidade em saúde<sup>22</sup>, porém relevante para a atuação do SUS. Deve ser objeto de atuação de caráter técnico e assistencial, dentro de uma perspectiva de promoção de direito, em lugar da abordagem por meio de julgamentos morais.

Este cuidado tem implicações que vão além da estrita atuação em saúde e necessitam de uma organização intersetorial, mas, de forma nenhuma exime a responsabilidade dos serviços de saúde de ouvir, acolher e atender os adolescentes e jovens quanto ao tema. Muito pelo contrário torna essa tarefa essencial para o bom atendimento deste público e a promoção de sua saúde, bem-estar e cidadania.

### **Referências**

1. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2017. (on line). [acesso em: 20 dez 2020]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/339385911\\_III\\_Levantamento\\_Nacional\\_sobre\\_o\\_uso\\_de\\_drogas\\_pela\\_populacao\\_brasileira](https://www.researchgate.net/publication/339385911_III_Levantamento_Nacional_sobre_o_uso_de_drogas_pela_populacao_brasileira)
2. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID). V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino em 17 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2005.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama. Cidades (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>
4. Ministério da Saúde. DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS. (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). (on line). [acesso em: 26 nov 2020]. Disponível em: [http://sistema.saude.sp.gov.br/consulta\\_cnes/](http://sistema.saude.sp.gov.br/consulta_cnes/)
6. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centros de Atenção Psicossocial. (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-drogas/enderecos-dos-centros-de-atencao-psi-cossocial-caps-do-estado-de-sao-paulo>.
7. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/693-aco-es-e-programas/41146-centro-de-atencao-psi-cossocial-caps>
8. Garcia GYC, Santos DN, Machado DB. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad. Saúd. Públ.* 2015; 31(12):2649-54.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. Brasília; 23 dez 2011. (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/images/sismob2/pdf/saude-mental/Portaria%203088\\_2011\\_republicada.pdf](http://www.saude.gov.br/images/sismob2/pdf/saude-mental/Portaria%203088_2011_republicada.pdf)
10. Santa, R.T. Perfil dos usuários de CAPS-AD III. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 1, p.1343-1357 jan./feb. 2020.
11. Ministério da Saúde. Plano integral de enfrentamento ao crack. Brasília: Ministério da Saúde; Comissão de Intergestores Tripartite; 2010. (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/dilma-rousseff/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>
12. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Políticas Sobre Drogas. Programa Recomeço (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. <https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/programa-recomeco-seis-anos-de-atendimento-no-estado-de-sao-paulo/>
13. Fossi BF; Guareschi NMF. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estud. pesqui. psicol.* 15(1):94-115.
14. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. *Ciênc. saúde Colet.* 2014; 19(2):569-580. (on line). <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>.
15. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Saúde Mental. (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>
16. Nasser M. et al. Linha de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem para o SUS do Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.
17. Brasil. Ministério de Direitos Humanos. Estatuto da criança e do adolescente – lei no 8.060 de 13 de julho de 1990. Brasília; 2019.
18. Brasil. Presidência da República. Lei no 12.852. institui o Estatuto da juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Brasília: Casa Civil; 5 ago 2013.
19. Vivendo a Adolescência. Fase da vida? Faixa etária? Construção social? Afinal, o que é Adolescência?. [www.adolescencia.br](http://www.adolescencia.br) (on line). [acesso em: 23 dez 2020]. Disponível em: <http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/adolescencia#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde,15%20aos%2019%20anos%20completos> [acesso em: 26 nov 2020].
20. Feffermanna M, Figueiredo. Redução de Danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens. *BIS.* 2006; 40:39-42.
21. Queiroz LB Aspectos históricos da institucionalização da atenção à saúde do adolescente no estado de São Paulo, 1970-1990. *Hist. Ciênc. Saúde-Mang.* 2013; 20(1):49-66.
22. Nasser MA. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2015.

# Redução de Danos e Educação

## Harm Reduction and Education

Marcelo Sodelli<sup>1</sup>

### Resumo

A relação entre a área de Educação e o uso de drogas é fortemente atravessada pelos pressupostos proibicionistas. A consequência disso é que os projetos preventivos desenvolvidos no âmbito educacional balizados por esta postura de “guerra às drogas” fracassam, pois não conseguem alcançar o seu principal objetivo: impedir o consumo de drogas (abstinência total). Além de ineficazes, esses projetos preventivos contribuem negativamente para aumentar o estigma e o preconceito ao usuário de drogas, disseminando informações equivocadas sobre esse complexo fenômeno. Assim, o presente artigo tem como objetivo desenvolver um estudo de aproximação da noção de vulnerabilidade e da abordagem de Redução de Danos como novos fundamentos para a área de Educação, reafirmando a importância do rompimento definitivo com os pressupostos proibicionistas.

**Palavras-chave:** Educação; Prevenção, Redução de danos; Vulnerabilidade

### Abstract

The relationship between the area of Education and the use of drugs is strongly crossed by the prohibitionist assumptions. The consequence of this is that the preventive projects developed in the educational field marked by this “war on drugs” posture fail, as they fail to achieve their main objective: to prevent drug use (total abstinence). In addition to being ineffective, these preventive projects contribute negatively to increasing the stigma and prejudice of drug users, disseminating misinformation about the phenomenon of drug use. This article aims to develop a study of the approximation of the notion of vulnerability and the Harm Reduction approach as new foundations for the area of Education, reaffirming the importance of the definitive break with the prohibitionist assumptions.

**Keywords:** Education, Prevention, Harm reduction, Vulnerability.

### Introdução

Embora a perspectiva da Redução de Danos seja mundialmente reconhecida como uma importante estratégia para lidar com os possíveis problemas decorrentes do uso de risco e dependência de drogas, na área da Educação e, especificamente, na área da prevenção primária, esta abordagem ainda não conseguiu se desenvolver. Considerando o cenário nacional, podemos observar que são poucos os projetos preventivos que se balizam na perspectiva de Redução de Danos. Pelo contrário, grande parte

dos projetos de prevenção ainda são fortemente influenciados pela Postura Proibicionista, aquela balizada em máximas como estas: “diga não às drogas” e “guerra às drogas”. Um exemplo disso é o Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), desenvolvido pela Polícia Militar desde 1992, presente em todos os estados brasileiros<sup>1</sup>.

Entretanto, existem vários estudos que apontam para a ineficácia dos trabalhos preventivos pautados pelo Proibicionismo<sup>1</sup>. Essas críticas abarcam tanto o plano teórico quanto o desdobramento prático na área de Educação. Forçoso é admitir que a base teórica da postura

<sup>1</sup> Marcelo Sodelli (msodelli@pucsp.br) é psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), professor-pesquisador do curso de Psicologia desta mesma instituição.

proibicionista careça de uma fundamentação mais consistente. Sinteticamente, as principais críticas são: as diretrizes proibicionistas ferem princípios básicos de respeito à liberdade; assume um caráter moral e preconceituoso em relação aos usuários de drogas; preconiza como única alternativa a abstinência total de drogas<sup>1</sup>. Como postura educativa utiliza-se do método do amedrontamento, ou seja, parte-se da hipótese de que, ao instaurar o sentimento de medo nos alunos em relação ao uso de drogas, esses ficariam mais propensos a se prevenir. No campo do trabalho prático, a postura proibicionista não consegue alcançar seu principal objetivo: promover e manter a abstinência completa de seu público alvo.

Ainda mais importante do que entender o fracasso da Postura Proibicionista, é ter a clareza de que essa postura de guerra às drogas causa mais danos para as pessoas, do que o próprio consumo de drogas; as estatísticas mostram nitidamente que morrem mais pessoas por consequência da repressão ao comércio (tráfico) de drogas do que efetivamente dos possíveis problemas de saúde gerados pelo uso nocivo das substâncias psicoativas<sup>1</sup>. Na verdade, temos que ter a lucidez de que de fato não existe “guerra às drogas”, mas sim, guerra às pessoas e, principalmente, guerra às populações mais vulneráveis, seja pela via do encarceramento massivo, seja pela produção de óbitos (política de genocídio de jovens pobres)<sup>1</sup>.

Nesta esteira, se contrapondo à Postura Proibicionista, a abordagem de Redução de Danos vem sendo utilizada como uma importante alternativa para nortear as ações preventivas. Embora não exista um único modo de desenvolver projetos preventivos a partir desta abordagem, é possível identificar quatro diretrizes gerais<sup>1</sup>:

- as drogas não são apontadas *a priori*

como algo danoso ou benéfico, mas procura-se compreendê-las sempre na relação com o ser humano;

- as ações são desenvolvidas com base no conhecimento científico;
- o trabalho é realizado sistematicamente com duração de médio ou longo prazo;
- objetiva promover no público alvo o fortalecimento da autonomia e a preconização dos direitos humanos.

Fortalecendo teoricamente a prática de Redução de Danos, temos a noção de vulnerabilidade. Esse constructo teórico vem contribuindo para deixar mais claro o quanto o fenômeno do uso de drogas se dá de forma complexa, revelando a importância de olharmos para três eixos norteadores: o ser humano, as drogas e o mundo.

Partindo deste contexto, o presente artigo tem como objetivo desenvolver um estudo de aproximação da noção de vulnerabilidade e da abordagem de Redução de Danos como novos fundamentos para a área de Educação, reafirmando a importância do rompimento definitivo com os pressupostos proibicionistas.

### **Noção de vulnerabilidade**

O termo vulnerabilidade é originário da área da advocacia internacional dos Direitos Universais do Homem e significa: grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção ou garantia de seus direitos de cidadania<sup>2</sup>. Foram definidos três planos interdependentes de determinação da vulnerabilidade<sup>3</sup>:

- componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades

efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras;

- componente social: diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos, como acessos a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas;

- componente programático: para que os recursos sociais de que os indivíduos necessitam para não se expor ao vírus HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção.

Podemos resumir a noção de vulnerabilidade ao HIV/aids, definindo-a como:

*“...o “esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/AIDS, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), pragmáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento” (p.121)<sup>4</sup>.*

A noção de vulnerabilidade não deve ser compreendida de maneira binária, unitária e estável. Isto quer dizer que, em uma mesma situação, estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros; o que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto, pode nos proteger sob outro; estamos sempre vulneráveis em diferentes graus e as dimensões e os graus de nossas vulnerabilidades mudam, constantemente, ao longo do tempo.

### **Vulnerabilidade e a prevenção ao uso de risco e dependência de drogas**

O processo de disseminação da droga é decorrente do que se denomina “equação triangular”, isto é, da combinação de três fatores: o produto (droga), o pessoal; e o momento sociocultural. A demanda por drogas seria, para Ayres e colegas<sup>4</sup>, não apenas consequência de sua oferta no mercado, mas de uma procura ativa e deliberada, nem sempre consciente de parcelas crescentes da população, cuja motivação principal se encontra na fuga de cerceamentos múltiplos<sup>5</sup>.

Nesta direção, podemos dizer ainda que as experiências dos usuários de drogas não são empreendidas de forma solitária ou voluntariamente. Eles as realizam no interior de uma história, de um contexto socioeconômico, imersos em momentos socioculturais, vinculados a sistemas familiares e condicionados pela manipulação e apelo da sociedade na qual vivem. A ingestão de drogas funde-se, portanto, com os dados dessa história. O uso de drogas não deve ser entendido como decorrente apenas de mero ato volitivo do indivíduo. Assim, mostra-se evidente a interrelação e a interdependência existentes entre o usuário e o contexto que o circunda.

Pensar nesta teia de vulnerabilidades e nos determinantes socioculturais em relação ao uso de drogas, em nossa sociedade, certamente amplia e torna mais complexa a abordagem deste fenômeno. Devemos evitar, contudo, uma tônica irracionalista e indevidamente simplificadora no tratamento de tais questões<sup>6</sup>. Portanto, no que tange à prevenção ao uso de risco e dependência de drogas, utilizar a noção de vulnerabilidade poderia se tornar uma ferramenta valiosa, ampliando significativamente o modo de compreender e intervir nesta questão, além do que, ganhar mais relevância quando resgatamos a sua origem, no campo dos direitos humanos, que, por sua vez,

confere, ao Modelo de Redução de Danos, argumentos éticos e possibilidades de legitimação para a efetiva implementação. Por isso, a aproximação do Modelo de Redução de Danos e da noção de vulnerabilidade se dá, antes de tudo, no plano da ética, da cidadania e dos direitos humanos.

A compreensão de que ninguém é vulnerável, mas está (no momento) vulnerável, resultante da dinâmica relação entre os componentes individuais, sociais e programáticos, provoca novas reflexões sobre a prevenção ao uso nocivo de drogas, particularmente, em relação a projetos desenvolvidos no âmbito escolar. Se nós entendermos que a vulnerabilidade não é algo estático e pontual, mas dinâmico e contínuo, projetos preventivos pontuais, meramente informativos, terão resultados limitados.

Os principais objetivos da prática preventiva não deveriam ser apenas os de alertar as pessoas sobre algum problema específico, “mas também para que, além disso, respondam de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis mesmo quando avisados individualmente”<sup>4</sup>.

Torna-se evidente, então, que os projetos preventivos ao uso de risco e dependência de drogas e que levam em conta a noção de vulnerabilidade deveriam, preferivelmente, ser iniciados já na Educação Infantil ou, pelo menos, no Ensino Fundamental I, para que percorresse toda a vida estudantil até chegar ao Ensino Médio.

Quando nos apoiamos na noção da vulnerabilidade para desenvolver intervenções preventivas, estamos, na verdade, procurando ampliar os horizontes normativos que orientam esta ação, quer dizer, estamos buscando a subsunção do ideal de controle de uma doença (ou comportamento) para dialogar com interesses de natureza estética, emocional, moral, entre outros. Ao

dialogar com outros interesses, sem ser o de controle, o sentido da prática preventiva se modifica, assim como o seu modo de dialogar<sup>7</sup>. Portanto, não é o técnico (professor, psicólogo, médico, etc.) que determinará como o sujeito-alvo (aluno, professor) deverá se prevenir, mas é o próprio sujeito, após intensa reflexão, que se colocará em questão, buscando formas e apoio para reduzir suas vulnerabilidades. É nesse sentido, que entendemos o entrelace da prevenção ao uso de risco e à dependência de drogas com a noção de vulnerabilidade e, mais especificamente no âmbito escolar, na possibilidade da construção permanente de uma rede cuidadora entre o professor e o aluno. Isto nos parece fundamental: prevenção na escola é trabalhar no sentido de construir uma rede cuidadora permanente entre professor e o aluno.

Nesta direção, a aproximação da noção de vulnerabilidade com a problemática do uso de drogas inaugura outra possibilidade de compreensão do trabalho preventivo: em vez da prevenção ao uso de risco e dependência de drogas, podemos propor agora uma nova expressão: ações redutoras de vulnerabilidades ao uso de risco e dependência de drogas<sup>8</sup>.

A expressão “ações redutoras de vulnerabilidades ao uso de risco e dependência de drogas” privilegia o campo do fazer e não somente o do falar. Este é um aspecto fundamental na área da Educação Preventiva, pois denota claramente que trabalhos expositivos, teóricos e pontuais, embora sejam relevantes, não são suficientes para atender à complexidade da relação do ser humano com as drogas.

Por último, esta expressão sinaliza que o trabalho preventivo deveria ter como objetivo reduzir vulnerabilidades ao uso de drogas e não a pretensão de acabar com o uso destas substâncias. Como já discutimos, entendemos que

reduzir vulnerabilidades está no horizonte do possível, enquanto que acabar com as drogas está no horizonte do impossível. Este aspecto ganha um significado fundamental, quando discutimos quais são os elementos que facilitam ou dificultam a apropriação do professor para a tarefa preventiva. Ou seja, qual objetivo preventivo está mais próximo do sentido de educar, a prevenção proibicionista ou a noção de vulnerabilidade?

### **Redução de Danos e Educação**

Sabe-se que a prevenção pode ser dividida em três modos de intervenção<sup>1</sup>:

- a prevenção primária, que refere-se ao trabalho feito com pessoas (alunos) que ainda não experimentaram ou que estão na idade em que possivelmente pode-se iniciar o uso de uma droga lícita ou ilícita;
- a prevenção secundária, que tem como objetivo atingir as pessoas que já experimentaram ou que fazem um uso ocasional de drogas, com o intuito de evitar que este padrão de uso se torne problemático ou abusivo (uso habitual);
- a prevenção terciária, que corresponde ao trabalho com usuários que já apresentam problemas (uso problemático, uso habitual), intervenção preventiva que é feita para que eles não cheguem à dependência.

Ao descrever esses três modos de prevenção, poderíamos nos perguntar se seria possível um trabalho de Redução de Danos na prevenção primária? Se a prevenção primária é destinada às pessoas que ainda não tiveram nenhuma experiência com o uso de drogas, questionamos se faria sentido propor um trabalho de Redução de Danos. Se a resposta for positiva, como seria um trabalho de Redução de Danos na escola, considerando um projeto preventivo desenvolvido na Educação Infantil ou no Ensino Fundamental I?

Considerando que o conceito proibicionista está arraigado em nossa cultura educativa por

meio de uma narrativa utilizada largamente no âmbito escolar, resumida no conceito “não pode porque não pode”, uma das principais dificuldades seria não saber qual pressuposto colocar no lugar desta mera proibição. Possivelmente, muitos argumentariam que, se não trabalharmos os conceitos de proibição e abstinência, na prevenção primária, com aqueles que ainda não experimentaram alguma droga, o consumo de drogas iria aumentar consideravelmente na adolescência, correndo-se o risco de perder o pouco controle sobre os jovens que ainda se tem.

A idéia de relacionar a Redução de Danos, como prevenção primária, é para reafirmar a posição de que o objetivo da prevenção não deveria ser o de acabar com o uso de drogas<sup>9</sup>. Logo, trabalhos preventivos que preconizam somente a proibição do tipo “não pode porque não pode”, vêm se mostrando ineficazes no lidar com a problemática do uso de drogas. Por isso, a prevenção deveria, fundamentalmente, assumir a tarefa de intervir na redução dos níveis de vulnerabilidade ao uso nocivo dessas substâncias psicoativas.

Pouco adianta trabalhar, na prevenção primária, orientados pelo objetivo de que o indivíduo nunca utilize drogas, já que sabemos, por meio dos dados epidemiológicos, que a maioria das pessoas experimentará, durante a vida, algum tipo de droga, seja ela lícita ou ilícita. Neste sentido, trabalhar a prevenção às drogas na perspectiva da abordagem de Redução de Danos na prevenção primária é compreender que o melhor caminho para lidar com o fenômeno do uso de drogas não é o de decidir e definir pelos outros quais os comportamentos mais adequados e corretos, mas sim construir, junto com o outro, as possibilidades de escolhas mais autênticas e mais livres, diminuindo vulnerabilidades.

Porém, antes de se pensar em trabalhar na prevenção ao uso nocivo de drogas na escola,

teríamos que aprender a lidar com as representações que as pessoas têm em relação ao tema “drogas”. Salientamos que a representação da maioria das pessoas leigas sobre a questão das drogas está relacionada a aspectos negativos, principalmente, aos sentimentos de medo e impotência<sup>10</sup>.

Do mesmo modo, estudos apontam que os sentimentos de medo e impotência também estão presentes na representação dos professores sobre o tema drogas<sup>11</sup>. Nessas pesquisas, é possível perceber o quanto o modelo preventivo de “Guerra às Drogas” faz parte da vida do educador, dificultando uma compreensão mais integrada da tarefa preventiva ao uso nocivo de drogas e a própria função de ser educador. A Placco e colegas<sup>11</sup> explicam que o sentimento de medo do professor está relacionado à possível violência que poderia vir a sofrer por parte das pessoas contrárias ao trabalho de prevenção, como os traficantes e os alunos/usuários de drogas, apontados pelos próprios professores como impedimento deste trabalho.

Esses autores também afirmam que o sentimento de impotência se origina da compreensão do professor sobre a sua falta de competência técnica e de autoridade para lidar com a questão. Esta falta de competência técnica está relacionada com a percepção de que, por mais que trabalhe na prevenção, objetivando a abstinência (como postulam os dois modelos preventivos citados), o uso de drogas continua a crescer na escola em que leciona, acarretando-lhe, assim, o entendimento de sucessivas derrotas, ou seja, de que ele não é capaz de lidar com esta problemática. O outro aspecto relacionado ao sentimento de impotência se refere à competência de autoridade, que, por sua vez, se divide em duas noções: falta de autoridade médica e falta de autoridade jurídica. Assim, podemos resumir que

estas representações sobre as drogas acabam reafirmando, no professor, a posição de que a educação preventiva não faz parte de sua função educativa e que, tanto o modelo da “Guerra contra as Drogas” como o da “Prevenção que Convive com a Diferença”, ao que tudo indica, não vêm oferecendo para o educador um horizonte no qual ele possa encontrar subsídios para superar essas dificuldades<sup>11</sup>.

Ao considerarmos a trama de sentido que orienta a compreensão do professor, na sua vida profissional, podemos observar que, um dos elementos fundamentais é o conceito de abstinência. Assim, como vínhamos discutindo, se quisermos desenvolver um novo modelo preventivo ao uso nocivo de drogas, é imprescindível revelar ao professor outras possibilidades preventivas além da proibição e da abstinência. É neste ponto, que entra, com sua abordagem diferenciada, o modelo de Redução de Danos. Entretanto, sugerimos também que apenas a desconstrução do conceito de abstinência não é suficiente para que o professor se aproprie da tarefa preventiva. Sustentamos que é essencial propiciar, na formação inicial do professor, a aproximação deste modelo preventivo (Redução de Danos) com uma proposta político-pedagógica afinada com este modo singular de compreender o homem e o mundo. Reconhecemos na pedagogia dialógica e libertadora de Paulo Freire esta possibilidade<sup>8</sup>.

Ao relacionar o Modelo de Redução de Danos à proposta pedagógica dialógica e libertadora de Paulo Freire, estamos oferecendo ao professor muito mais que um modelo preventivo: estamos oferecendo um modelo de educação preventiva. Em outras palavras, que homem desejamos formar e que sociedade pretendemos construir.

### **Considerações finais**

Identificamos, na noção de vulnerabilidade,

oriunda da área de direitos humanos, um terreno fértil para firmarmos um novo objetivo preventivo: reduzir vulnerabilidades ao uso nocivo de drogas. Estabelecemos, assim, um contraponto à abordagem proibicionista, ou seja, em vez de trabalhar a abstinência e a repressão, o sentido da prevenção deveria ser o de promover ações redutoras de vulnerabilidades ao uso de risco e de dependência às drogas.

É nesse sentido que entendemos o entrelaçamento da prevenção às drogas com a noção de vulnerabilidade e, mais especificamente, no âmbito escolar, a possibilidade da construção permanente de uma rede cuidadora entre o professor e o aluno. Desse modo, a noção de vulnerabilidade é compreendida como um elemento fundamental para o trabalho de prevenção.

Em suma, este artigo procura demonstrar a importância da superação do modelo proibicionista, propondo em seu lugar uma compreensão mais realista da relação do homem com as drogas, inaugurando outro paradigma para a tarefa preventiva: a redução dos níveis de vulnerabilidade ao uso de risco e dependência às drogas, trabalho inspirado na proposta de Redução de Danos.

Neste sentido, torna-se fundamental pensar a formação de professores a partir de um continuum. A singularidade da profissão de ser professor exige uma formação que deveria ser sempre cuidada, seja por um processo de uma efetiva supervisão escolar, seja pelo processo da formação continuada.

À luz de toda a discussão realizada neste estudo, consideramos que a formação do professor para o desenvolvimento de ações redutoras de vulnerabilidades ao uso nocivo de drogas na escola deve ser compreendida na sua complexidade, pois a simplificação deste fenômeno vem trazendo conseqüências desastrosas, tanto para

os professores, como para os maiores prejudicados: os alunos.

A insistência em preconizar o modelo proibicionista e da pedagogia do controle, poderá custar a todos nós a perpetuação da inexistência de um autêntico trabalho de prevenção ao uso nocivo de drogas no âmbito escolar. Ou seja, o esquecimento de um dos sentidos mais próprios da educação: reduzir vulnerabilidades...

#### Referências

1. Sodelli M. Aproximando sentidos: formação de professores, educação, drogas e ações redutoras de vulnerabilidade. [Tese]. Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica. São Paulo; 2006.
2. Alves JAL. Os direitos humanos como tema global. São Paulo: Perspectiva; 1994.
3. Mann J., Tarantola DJM, Netter TW. (Orgs). A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS-UERJ; 1993.
4. Ayres JRCM., França Júnior I, Calazans GJ. Aids, vulnerabilidade e prevenção. II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABIA; 1997. p.20-37.
5. Bucher R. Drogas e sexualidade nos tempos da aids. Brasília: UnB; 1996.
6. Macrae E. A excessiva simplificação da questão das drogas nas abordagens legislativas. In: Ribeiro MM, Seibel SD. (Orgs.). Drogas: hegemonia do cinismo. São Paulo: Ed. Memorial; 1997. p.327-334.
7. Ayres JRCM, França Júnior I.; Calazans G J.; Saletti Filho HCS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa RM, Parker RG. Sexualidade pelo avesso; direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: Editora 34; 1999.p.49-72.
8. Sodelli M. Uso de drogas e prevenção: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. São Paulo: Via Verita; 2016.
9. Sodelli M, Cavallari C. A Redução de Danos enquanto estratégia para a prevenção ao uso de drogas na escola. In: Seibel S. Dependência em drogas. São Paulo: Atheneu; 2006.
10. Escotado A. História general de las drogas. 3ª ed. Madrid: Alianza; 2000.
11. Placco VMNS, Lima FFT, Sodelli M, Morgado TR P. Representações sociais de professores do Ensino Fundamental sobre drogas: primeiras impressões de uma análise. VI Encontro de Pesquisa em Educação - região sudeste, 2004. Rio de Janeiro; 2004.

# Educação para a Moderação: Redução de Danos na abordagem educacional de crianças sobre produtos químicos e drogas

*Education for the Moderation : Harm Reduction in education approach for children about chemicals and drugs*

Regina Figueiredo<sup>I</sup>, Maria Luísa Eluf<sup>II</sup>

## Resumo

O artigo relata o desenvolvimento de materiais educativos visando o estímulo ao desenvolvimento de noções de autocuidado em saúde e de moderação de consumos e usos de diversas substâncias, favorecendo uma abordagem de autorresponsabilidade, a partir da perspectiva de Redução de Danos e não amedrontadora, para a educação em saúde de crianças. São apresentados os cadernos de exercícios para Ensino Fundamental I, que, através de exercícios e estímulo a pesquisa e análise, abordam o contato com produtos químicos de higiene pessoal e limpeza doméstica, a atenção no consumo alimentar e a moderação do consumo de alimentos prejudiciais, o contato e uso de medicamentos e os perigos de automedicação e ingestão dos mesmo sem acompanhamento de profissionais de saúde, a importância do autocuidado e da frequência à serviços de saúde, enquanto saúde preventiva, e o consumo social e prejuízos do álcool e do cigarro, enquanto drogas legalizadas que necessitam de atenção e moderação de uso.

**Palavras-chave:** Crianças e Adolescentes; Educação em saúde; Alimentação; Medicamentos e drogas; Redução de danos.

## Abstract

The article reports the development of educational materials aimed at encouraging the development of notions of self-care in health and moderation of consumption and use of various substances, favoring an approach of self-responsibility, from the perspective of Harm Reduction and neither frightening, for health education of children and adolescents. Handouts for Elementary School I are presented, which, through exercises and stimulating research and analysis, address contact with personal hygiene and household cleaning chemicals, attention to food consumption and moderation of harmful food consumption, contact and use of medications and the dangers of self-medication and ingestion of them without monitoring of health professionals, the importance of self-care and the frequency of health services, as preventive health, and the social consumption and consequences of alcohol and cigarettes, as drugs that require attention and moderation of use.

**Keywords:** Children and adolescents; Health education; Food; Medications and drugs; Harm reduction.

## Introdução

O século XX marcou a construção de uma sociedade de caráter individualista e hedonista, onde, segundo Morin<sup>1</sup>, aprendemos a buscar a autossatisfação dos desejos pessoais rumo a um suposto bem-estar. Essa objetivação da vida, como aponta Bourdieu<sup>2</sup> não se constitui com “liberdade”, mas configura-se como

<sup>I</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e pesquisadora científica e coordenadora de projetos do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e autora de diversos materiais educativos em Educação em Saúde.

<sup>II</sup> Maria Luísa Eluf (luisa@semina.com.br) é graduada em Ciências Políticas e Sociais e Doutorado em Psicologia Social na Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP) e é Diretora da Semina Educativa, onde desenvolve materiais educativos em saúde e cidadania.

uma perspectiva constituída em direção a determinados quereres socialmente estabelecidos e almejados, ou seja, não somos plenamente livres, optamos dentro de um “leque” de opções que nos é ofertado e valorizado em determinado grupo a qual pertencemos.

Essa característica de satisfação individual, com a criação e disseminação da cultura de massa, foi, como aponta Toscani<sup>3</sup>, extremamente aproveitada pela publicidade, de forma a não só, inicialmente, promover a venda de produtos para atender essas satisfações e desejos, mas também, numa segunda dinâmica, criá-los, incentivando associações conscientes ou inconscientes de ideias, valores para criar quereres e o desejo de adquirir tal e tal produto.

Vários autores têm aprofundado a percepção dessa nova estrutura social, baseando-se em Bauman<sup>4</sup>, como uma sociedade “líquida”, que produz relações “líquidas”, onde as estruturas sociais e, inclusive individuais tradicionais, se flexibilizam rumo a uma pós-modernidade de característica fugaz, superficial e descartável. Assim, bases sociais de família, relacionamentos afetivos e sociais, o modo e o ritmo de vida, perderam seu contorno, sendo passíveis de ser constituídos de qualquer maneira, a partir de uma noção temporária, que, por vezes, tira do indivíduo as bases de sua própria vida em sociedade.

A partir dessa sugestão hedonista que as drogas legais ou ilegais se inserem na vida das maiorias dos discursos sociais de classe média, alegando o direito ao consumo, ao prazer e a uma experimentação “voluntária”, que, por vezes, não condiz com escolhas reais, visto que tanto a propaganda, quanto a presença e as características do consumo dessas substâncias na sociedade estão constituídas. Entender este aspecto é fundamental nos discursos educacionais que preparam/prepararão os indivíduos para o

consumo dessas substâncias; assim, crianças e adolescentes necessitam orientações educacionais quanto ao consumo e as drogas, de forma a construir um arcabouço base para suas percepções e decisões individuais futuras.

### **Bases Educacionais para a Abordagem de Drogas na Escola**

A ideia de moderação tem como base a máxima de Paracelso “a diferença entre o remédio e o veneno é a dose”, ou seja, a ideia de que o problema do consumo abusivo ou malefício das drogas não está na substância em si, no fármaco, mas na dosagem<sup>5</sup>; ou seja, como se dará a frequência, a quantidade, a forma, contextualizando como ocorre o seu uso. Sem dúvida, essa abordagem remete a intervenção educacional de promoção à Redução de Danos, enquanto estratégia que inclui um conjunto de práticas e políticas coletivas ou individuais, visando diminuir os problemas ligados ao uso de drogas psicoativas legais ou ilegais<sup>6</sup>.

É importante não confundir a ideia de moderação com a de temperança defendida por movimentos cristãos da sociedade civil americana do início do século, pautada nas quatro virtudes, caracterizada pelo domínio de si e pela moderação dos desejos e que era contra o consumo de bebidas alcoólicas, procurando aboli-las, o que originou a “Lei Seca” nos Estados Unidos, que vigorou durante os anos 1920 a 1933<sup>7</sup>. Esses movimentos, ao contrário do sentido próprio da palavra temperança, procuravam abolir os usos e a substância psicotrópica em si, ideia que sabemos atualmente ser totalmente impossível, devido a diversidade de drogas existentes, das diferentes culturas, dos diferentes usos, além do insucesso da estratégia americana de Guerra às Drogas promovida desde a década de 1980 em todo o mundo<sup>8</sup>.

A introdução dessa ideia na área de Educação, articula os chamados temas contemporâneos e de promoção da cidadania na base curricular, principalmente os com ênfase na promoção da saúde. Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996<sup>9</sup>, a temática das drogas, assim como a da violência e sexualidade, deveriam compor os antes denominados Temas Transversais<sup>10</sup> da área de saúde no Ensino Fundamental, de abordagem transdisciplinar, com o objetivo de promover a prevenção de riscos e do uso indevido de drogas. Em 2017, essa lei foi alterada e retirada a explicitação do conteúdo sobre drogas, orientando genericamente e sem nenhuma especificação a abordagem de “Conteúdos relativos aos direitos humanos e à prevenção de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente”<sup>11</sup>.

Já a Base Nacional Comum Curricular de Ensino Médio, alterada em 2018, suprimiu a abordagem das drogas<sup>12</sup>, apesar dessas bases se colocarem como responsáveis por estimular os alunos a

*“... a construção de projetos de vida envolve reflexões/definições não só em termos de vida afetiva, família, estudo e trabalho, mas também de saúde, bem-estar, relação com o meio ambiente, espaços e tempos para lazer, práticas das culturas corporais, práticas culturais, experiências estéticas, participação social, atuação em âmbito local e global etc.” (p.480).*

Nesse sentido, poderia-se perfeitamente incluir o tema das drogas, não só por estar relacionado à saúde e bem-estar, na relação com o meio e atualmente presentes em qualquer espaço de lazer, o que estava explicitado na versão anterior de 2017, como “prevenção ao uso e abuso de drogas”<sup>13</sup>.

No estado de São Paulo, a orientação para

abordagem de drogas nos currículos de Ciências da Natureza do Ensino Fundamental II e do Ensino Médio, aponta para a educação sobre os perigos sobre as drogas permitidas por lei, o fumo e o álcool, além da forma como agem as drogas psicoativas no corpo humano<sup>14</sup>, inclusive as ilegais, o que inclui:

*“Reconhecer que estímulos externos, como abuso de drogas, automedicação e uso inadequado de hormônios, entre outros, afetam o delicado equilíbrio entre o estado de saúde e o estado de doença” (p.64).*

### **A proposta de uma Educação para a moderação frente às drogas**

Aqui defende-se a construção de uma proposta de promoção de educação em moderação e redução de danos com relação às drogas psicotrópicas para crianças que seja significativa, ou seja, que respeite seu universo e fase de desenvolvimento e, obviamente que não recorra a estratégias de educação que incutam o medo<sup>15</sup> e a repressão e inibam a estratégias que estimulem reflexão, tal como os discursos de “guerra às drogas” utilizados para convencer e sem base científica, como os adotados pelo PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência<sup>16</sup>.

Obviamente, com crianças pequenas, na faixa de 5 a uns 9 anos, a abordagem direta sobre as drogas ilegais não faz sentido, porque inclui uma temática que não necessariamente faz parte de seu universo real, com exceção de crianças inseridas em contexto de comunidades onde o tráfico de drogas é realizado por parentes ou conhecidos<sup>17</sup>. De qualquer jeito, deve-se considerar que a criança muito pequena não atenta para aspectos proibitivos que sejam realizados com naturalidade por adultos que lhe rodeiam, visto que

se encontra numa fase que é heterônoma, ou seja, se comporta e constrói compreensão pelo comando de mais velhos<sup>18</sup>.

Por isso, outras formas abordagens podem contribuir para a construção de estratégias de Redução de Danos no consumo de drogas, que se pautem na vivência de seu cotidiano que é, fundamentalmente, familiar e escolar. Nesse sentido outras experiências, como o contato com outras substâncias e drogas se fazem presente, como os produtos químicos, os próprios alimentos e as drogas legalizadas (álcool e cigarro).

Já no final da infância e início da adolescência, abordar drogas diretamente se faz fundamental, visto que a característica dessa faixa etária inclui a socialização e a tendência a almejar “comportamentos adultos”, de forma que adolescentes se sintam “promovidos” e distanciados do rótulo de crianças e testem comportamentos socialmente existentes na sociedade adulta.

Isso é importante e significativo do ponto de vista da saúde, já que dados mostram que o contato (e até ingestão) de substâncias químicas domésticas, principalmente produtos de limpeza, provoca recorrentes e significativamente problemas de saúde envolvendo crianças, da mesma forma que se observam dados de consumo de alimentos, como o açúcar<sup>19-20</sup> - como comprovado potencial de droga psicotrópica, é extensamente consumido entre as famílias brasileiras, bem como o uso de abusivo de medicamentos entre as famílias em comportamentos de automedicação, além do próprio consumo de drogas legais, principalmente bebidas alcólicas.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vem recorrentemente apontando os perigos que os produtos químicos de uso doméstico representam nas famílias<sup>21</sup>, isso inclui obviamente os acidentes e intoxicações infantis, que chegaram a 1.540 registros apenas de janeiro a abril

de 2020, o que motivou que essa agência emitisse uma nota técnica sobre o assunto<sup>22</sup>.

Dados de uso de medicamentos e acidentes com medicamentos em casa. Estudo realizado em 2016 aponta que a prevalência de automedicação no Brasil girava em torno de 16%, sendo maior principalmente feminina, principalmente de analgésicos e relaxantes musculares, sem necessidade de prescrição<sup>23</sup>. Esse hábito de consumo de medicação impacta significativamente nos filhos dessas mulheres, já que estudos realizados em 2013 mostraram que cerca de 11% das pré-adolescentes e adolescentes os utilizavam regularmente<sup>24</sup>. Nesse sentido, iniciativas escolares de orientação sobre esses são fundamentais, como sugerem algumas propostas para a abordagem pela disciplina de Química<sup>25</sup>. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem dado destaque aos perigos do consumo de medicamentos, salientando a automedicação como desnecessária em 50% dos casos, além do contato facilitado nos lares a esses produtos por parte das crianças e adolescentes, publicando em 2017 um alerta mundial sobre o tema<sup>26</sup>.

Estudos têm apontado o crescimento da obesidade no mundo e no Brasil; entre as crianças os fatores relacionados ao sobrepeso são, a menor escolaridade materna, a falta da percepção materna sobre o problema do sobrepeso, má alimentação e sedentarismo da criança<sup>27</sup>. O alto consumo de açúcar, assim como os alimentos refinados são apontados como os fatores alimentares determinantes desde a infância, provocando sobrepeso em cerca de 3,7% dos adolescentes brasileiros<sup>28</sup>.

Dados de consumo familiar de álcool e cigarro também afetam comportamentos de consumo infantil e adolescente<sup>29-30</sup>. Esses hábitos reafirmam o consumo corriqueiro de álcool e tabaco observado entre este público, crescendo entre as

meninas<sup>24</sup>. Por fim, sabemos que o consumo de drogas ilegais é feito por 3,2% dos brasileiros, conforme pesquisa nacional realizada pela Fundação Oswaldo Cruz<sup>30</sup>.

Todas essas questões que de forma ou outra rondam os temas de saúde, mostram-se como fundamentais para a necessidade de se abordar com as próprias crianças as necessidades de autocuidado e a valorização de comportamentos preventivos, incluindo o destaque para as unidades básicas de saúde tão presentes no cotidiano da maioria das crianças brasileiras, que as utilizam para vacinação, atenção ao próprio cuidado e, também, de seus familiares, sobretudo as mulheres.

Desta forma, para as crianças, foi desenvolvida, em 2013, a proposta de adaptação do caderno de exercício “Temas Transversais – Vida Nova”, desenvolvido pela Semina Educativa<sup>31</sup>, dividindo-o nos 5 anos escolares que compõem o Ensino Fundamental I, em que a idade média das crianças vai de 5 a 10 anos, buscando incluir orientações de pesquisa, prevenção e discussão para estimular a construção da noção de moderação de consumo entre as crianças quanto às substâncias químicas que as rodeiam e as drogas legais, facilitando atitudes de redução de danos. Nesse sentido priorizou-se, a partir da vivência observada das respectivas idades: produtos de higiene íntima pessoal e da casa; produtos alimentares, dando destaque ao consumo de açúcares; o contato das crianças com medicamentos de uso rotineiro das famílias brasileiras; a abordagem do cuidado preventivo da saúde e autocuidado, através de orientações sobre os serviços de saúde presentes nos diversos bairros residenciais como unidades básicas de saúde; e, finalmente a abordagem do consumo de álcool e cigarros observados socialmente e que se constituem como drogas legais.

### **Resultados – a criação de um material educativo que estimula comportamentos de moderação e consciência de uso de substâncias e drogas**

A adaptação do caderno de exercício “Temas Transversais – Vida Nova” da Semina Educativa<sup>31</sup>, de 2001, para o Ensino Fundamental I, buscando incluir, a partir de 2003, orientações de pesquisa, prevenção e discussão para estimular a construção da noção de moderação nas crianças quanto às substâncias e drogas legais presentes em seu cotidiano, além do desenvolvimento de noções de autocuidado e prevenção em saúde, facilitando atitudes de redução de danos.

#### **- Caderno do 1º ano do Ensino Fundamental I – Higiene e Limpeza:**

Para o novo caderno “Vida Nova 1: saúde e cidadania para o 1º Ano”<sup>32</sup> foram incluídos o tema higiene, procurando atingir a reflexão sobre o uso cuidadoso e ponderado dos produtos de limpeza; conforme as intencionalidades explicitadas na “Base Nacional Comum Curricular”<sup>33</sup>, que estimula a autonomia nas “práticas de cuidados pessoais (alimentar-se, vestir-se, higienizar-se)...” (p.39).



Assim, esse caderno que aborda a higiene, tem como características, ser um material que estimula a pesquisa sobre a higiene e limpeza, iniciando por um questionamento do que as crianças utilizam para a higiene pessoal. Nesse sentido, o intuito é que as crianças verifiquem os produtos de limpeza que têm contato no cotidiano: sabone, shampoo, pasta de dente, alguns citam fio dental, cotonete, escova de unha, etc.

A partir dessa constatação comparada pelo educador, coletivamente, é sugerida uma

pesquisa com a família de quais produtos de limpeza são utilizados para limpar a casa, de forma a preencher um quadro que contém os itens: para limpar a louça, para limpar o chão, para limpar o banheiro, etc. Nessa etapa as crianças trazem as informações de vários materiais (pano, vassoura, aspirador, rodo), mas principalmente de produtos químicos (que descartamos as marcas comerciais): detergente, desinfetante, água sanitária, álcool etc.

Para uma discussão de grupo é feita a comparação de quanto os produtos de higiene pessoal e de limpeza são utilizados, comparando a frequência diária versus limpeza da casa, discutido com as crianças quem mexe com os produtos de limpeza, o porquê de não serem adequados para serem mexidos pelas crianças, a diferença de sua potência que é diferente dos produtos de higiene pessoal que não fazem mal por isso podem ser manuseados por todos e usados diariamente. Uma concretização importante dessa diferença é discutir e se possível mostrar o cheiro forte desses produtos de limpeza caseira, apontando que contém muitos elementos químicos quando são feitos para tirar a sujeira “pesada”, por isso não devem ser manuseados por crianças e, até adultos, o fazem esporadicamente e com cuidado.

Nesse sentido, o material traz as primeiras noções de moderação: há coisas que só são utilizadas por adultos e coisas (produtos) fortes não são/devem ser utilizados com frequência e este uso requer cuidado. Esse trabalho pode ser complementado pela sugestão de uma visita (com a família ou com a própria escola) a um supermercado, de forma a verificar os itens do exercício.

*- Caderno do 2º ano do Ensino Fundamental II – Alimentação e Nutrição:*

Para o caderno de exercício “Vida Nova 2 - Saúde e Cidadania para o 2º Ano”<sup>34</sup>, é abordado

o tema da alimentação, conforme as intencionalidades explicitadas na “Base Nacional Comum Curricular”<sup>33</sup>, focando o grande consumo de açúcar verificado no país.

Assim, o material tem como características, ser um material que estimula a pesquisa sobre a alimentação e nutrição, iniciando por um questionamento do que as crianças consomem no dia-a-dia em sua alimentação, incluindo todas as refeições e lanches, tanto na escola, quanto em suas casas. Nesse sentido, as crianças são abordadas com um quadro, explicando a importância da alimentação para a vida e a saúde e classificando os alimentos em naturais-saúdáveis, industrializados, fast-foods e guloseimas.

A partir dessa constatação o educador, coletivamente orienta que as crianças façam o levantamento de todos os alimentos presentes em suas vidas, inclusive os que consomem aos finais de semana e festas, por meio de uma pesquisa em casa, de forma que preencham um Quadro de Refeições.

A tarefa é trazida para a escola e agrupada pelo professor num grande quadro que une o consumo dos alunos (não é necessário a inclusão dos itens que se repetem), para formar uma discussão de grupo sobre a importância do equilíbrio alimentar, moderação de sal e açúcar e carboidratos que podem trazer prejuízos a saúde.

A partir daí é proposta a construção de uma mini-horta, em potes de plástico e/ou garrafas pet cortadas, que deve ser feita pela classe e cuidada; até que nasçam verduras e legumes (se possível), ou pelo menos temperos e chás que possam ser colocados na refeição escolar quando brotarem. Também é sugerida a verificação de árvores frutíferas e classificação das árvores,



(caso haja), no pátio escolar, já que sabemos que muitas escolas possuem pés de fruta, como amoreiras, pitangueiras, goiabeiras, etc.

A participação dos alunos na construção prática de pratos equilibrados de refeições e também da plantação e consumo de algo que façam e cuidem, contribui para a conscientização do cuidado alimentar, estimulando a moderação do consumo dos itens pouco nutritivos que geralmente são utilizados, como fast-foods, guloseimas e massas e bolachas.

Nesse sentido, o material acrescenta a noção de moderação em mais uma esfera da vida: há coisas que devem ser consumidas com moderação, por isso, menos frequentemente e/ou apenas em poucas doses. E os alimentos nutritivos e mais naturais devem compor a maior parte da alimentação, pois auxiliam na boa saúde. Esse trabalho pode ser complementado pela sugestão de uma visita (com a família ou com a própria escola) a um supermercado, de forma a verificar os itens do exercício.

#### *- Caderno do 3º ano do Ensino Fundamental II – Doenças e Medicamentos*

Para o caderno de exercício “Vida Nova 3 - Saúde e Cidadania para o 3º Ano”<sup>35</sup>, é abordado o tema das doenças da família, com foco no uso de medicamentos, dando destaque aos perigos de automedicação e contato facilitado das crianças com esses produtos em seus lares, conforme aponta o alerta da Organização Mundial de Saúde de 2017<sup>26</sup>.

Assim, esse caderno estimula a pesquisa sobre os males e doenças comuns da própria família dos estudantes e do acompanhamento em saúde e se há uso de medicação orientada por

profissional ou não.

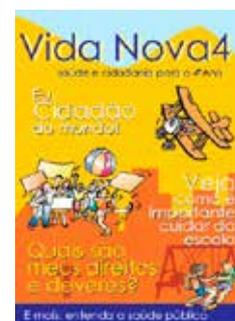
A partir dessa constatação comparada pelo educador, coletivamente, é feito um quadro das doenças mais comuns, incluindo informações sobre a prevenção ou bom cuidado dos males crônicos, e discutida a importância do uso orientado dos medicamentos, informando os males e os perigos do uso não orientado e a importância de orientação de profissionais de saúde no uso dessas substâncias.

Essa discussão traz elementos que comumente são passados despercebidos nas rotinas familiares para a discussão pedagógica, permitindo a discussão da necessidade de certas substâncias perigosas para casos específicos e que precisam ser feitas por profissionais que estudam para administrá-las (o uso moderado sob orientação), alertando os perigos do uso frequente não orientado, errôneo ou não acompanhado dos medicamentos e a atenção de que as crianças não devem nunca fazer uso sozinha dos mesmos.

#### *- Caderno 4º ano do Ensino Fundamental II – Saúde Pública*

Para o caderno “Vida Nova 4 - Saúde e Cidadania para o 4º Ano”<sup>36</sup>, é abordado o tema da prevenção de doenças e saúde pública, conforme orientações de autocuidado e conhecimento dos serviços públicos essenciais de saúde orientados na “Base Nacional Comum Curricular”<sup>33</sup>.

Assim, esse caderno, que aborda a higiene, tem como características, ser um material que estimula a pesquisa sobre a presença dos equipamentos e profissionais de saúde na vida das crianças e suas famílias, salientando o papel importante destes na prevenção de doenças e no



cuidado do bem-estar de todos.

O material estimula a pesquisa em casa sobre o acesso aos serviços de saúde, principalmente às unidades básicas de saúde pública, realizando um levantamento da frequência dos familiares a esses serviços e quais especialidades utilizam. Assim, o educador pode, coletivamente, construir um quadro de profissionais e especialidades, informando sobre o que atuam, por exemplo: médicos clínicos gerais, cuidam da saúde total das pessoas; pediatras, são médicos de crianças; dentistas são médicos que cuidam dos dentes; oculistas, dos olhos; ginecologistas, dos cuidados da mulher, como gravidez, parto, uso de contraceptivos, etc., estimulando a visualização dos cuidados necessários à saúde e sua importância e função na vida social coletiva, podendo ser acrescentada a prática de visitas de agentes de saúde, de fiscalização sanitária, como a que ocorre frente às epidemias de dengue e zika, vacinação, etc.

Esse fechamento é importante porque várias alunos se lembrarão das vacinações que são recomendadas e obrigatórias no Brasil, além de se prepararem para as futuras que serão administradas a partir da pré-adolescência, como por exemplo a contra o papiloma vírus humano (HPV)<sup>37</sup>, bem como outras que venham a surgir frente a doenças epidêmicas novas (como a tão esperada vacina para o coronavírus, a dengue, entre outras) que constam ou que passem a constar no Calendário Nacional de Vacinação orientado pelo Ministério da Saúde.

A partir daí o material estimula a construção de um mapeamento do bairro, sugerindo a localização do serviço de saúde principal, para que todos tenham ciência e destacando sua importância na comunidade. Também é sugerido, se possível, um passeio pelo bairro, para que as crianças sigam os caminhos do “mapa” até este

serviço.

Nesse sentido, o material traz noções sobre a importância da prevenção em saúde como um elemento controlador e de moderação de doenças e futuros males.

### - Caderno 5º ano do Ensino Fundamental II – Drogas Legais

Para o caderno de exercício “Vida Nova 5 - Saúde e Cidadania para o 5º Ano”<sup>38</sup>, é abordado o tema das drogas legais utilizadas pelos adultos, como as bebidas alcoólicas e o cigarro.



Assim, o caderno do 5º ano do Ensino Fundamental I, focando as drogas legais, estimula uma pesquisa sobre o consumo de álcool e cigarro entre as famílias, favorecendo para que o educador tenha elementos para introduzir orientações do material sobre as consequências do uso abusivo do fumo e bebidas alcoólicas para a saúde.

Nesse sentido, o material traz as primeiras noções de moderação nas escolhas, observando que vários comportamentos sociais presentes no “mundo adulto” são prejudiciais e podem gerar consequências para a saúde de todos, seja através do impacto da saúde de quem os consome, seja no impacto sobre a família ao favorecer ocorrências secundárias, como comportamentos agressivos, acidentes de trânsito, etc. Além de orientar a visão do uso abusivo como uma doença que precisa de tratamento de saúde via unidades básicas de saúde e/ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), desmistificando a abordagem desses temas e naturalizando a importância da assistência à Saúde Mental entre os estudantes e sua coletividade.

### Considerações Finais

O desenvolvimento do material apresentado e seus conteúdos, demonstra que é possível fazer uma educação com relação ao consumo de substâncias prejudiciais à saúde como as drogas. Essa educação em saúde pode se dar através da construção de noções de autocuidado e moderação de substâncias que já estão no cotidiano das crianças, de suas famílias e hábitos, como nos comportamentos de higiene, alimentação, cuidado com a saúde, uso de medicamentos, até chegar a discussão das drogas propriamente ditas.

Ao mesmo tempo que é possível desenvolver uma abordagem que respeite as percepções das diferentes fases e idades das crianças e que, por isso, tenha significado para as suas percepções e experiências, favorecendo exercícios aplicados em sua realidade; abandona-se os terríveis discursos pseudopedagógicos que utilizam do amedrontamento para expor as crianças a temas que nem sempre lhes são significativos.

Com relação às drogas, o cotidiano é cheio delas; e enfatiza-se que na infância, para a maioria das crianças, o primeiro contato será com essas substâncias do cotidiano e também com as drogas legais. Por isso a ênfase em todas essas são fundamentais para proporcionar atitudes prudentes e preventivas e de autorregulação pessoal que todas as pessoas devem aprender.

### Referências

1. Morin E. O método 5: a humanidade da humanidade a identidade humana. Trad. Machado Juremir Silva. 3a ed. Porto Alegre: Sulina; 2005. 312p.
2. Bourdieu P. Coisas Ditas. São Paulo: Brasiliense; 2004.
3. Toscani O. A publicidade é um cadáver que nos sorri. Rio de Janeiro: Ediouro-Singular; 1995.
4. Bauman Z. A modernidade líquida. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Ed. Zahar; 2001.
5. Derrida J. A Farmácia de Platão. Trad. Rogério da Costa.

São Paulo: Iluminuras; 1997.

6. International Arm Reduction Association (IHRA). O que é redução de danos? - uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). (on line). [acesso em: 3 dez 2020]. Disponível em: [https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf). Acesso em: 24 abr 2020.

7. Carneiro, H. S.(2009). Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. (on line). [acesso em: 3 dez 2020]. Disponível em: [http://www.neip.info/downloads/t\\_henrique\\_historia.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_henrique_historia.pdf). Acesso 14 abr 2020.

8. Lemgruber J, Boiteux L. O fracasso da guerra às drogas. In: Lima RS, Ratton JL, Azevedo RG. (orgs.). Crime, polícia e justiça no Brasil. São Paulo: Contexto; 2014. pp. 357-362.

9. Brasil. Presidência da República. Lei no 9.393. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília; 20 dez 1996. (on line). [acesso em 24 abr 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm).

10. Brasil. Ministério da Educação. Objetivos e conteúdos de saúde para terceiro e quarto ciclos objetivos. In Parâmetros Curriculares Tradicionais. Brasília: MEC/SEF; 1998. (on line). [Acesso em 24 abr 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf>. Acesso em 14 abr 2020. Pp.269-283.

11. LDB Lei de diretrizes e bases da educação nacional. Edição atualizada até março de 2017. Brasília: Senado Federal; 2017. (on line). [acesso em 24 abr 2020]. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529732/lei\\_de\\_diretrizes\\_e\\_bases\\_1ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529732/lei_de_diretrizes_e_bases_1ed.pdf)

12. Brasil. Ministério da Educação. A base nacional comum curricular – educação é a base – Ensino Médio. Brasília; 2018.

13. Lika GJR, Ribeiro LMO. A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e a sua articulação com a legislação para a formação inicial do professor de língua portuguesa. Trem de Letras. 2017; 3(1):81-108.

14. São Paulo. Secretaria do Estado da Educação. Currículo do estado de São Paulo e suas tecnologias ciências da natureza. Ensino Fundamental – Ciclo II e Ensino Médio. 1ª edição atualizada. São Paulo; 2011.

15. Carlini-Cotrim B A Escola e as Drogas: Realidade Brasileira e Contexto Internacional. [Tese]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo; 1992.

16. Domingues PV. Educação e Guerra às Drogas: uma reflexão sobre o PROERD na escola. *Alabastro*. 2016; 1(7):56-72.
17. Downdney L. Crianças do tráfico – um estudo de caso de crianças em violência armada organizada no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2004.
18. Piaget J. O juízo moral na criança. (Trad. E. Lenardon). São Paulo: Summus; 1994.
19. Vargas EV. Viana. Por uma genealogia das 'drogas'. In: XXVI Encontro Anual da ANPOCS, 2002, Caxambu - Minas Gerais. Anais eletrônicos da XXVI Encontro Anual da ANPOCS. São Paulo: ANPOCS; 2002
20. Rosa MAC, Slavutzky SMB, Pechansky F, Kessler F.. Processo de desenvolvimento de um questionário para avaliação de abuso e dependência de açúcar. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(8):1869-1876.
21. Agência Brasil NSC Total. Anvisa alerta sobre aumento de intoxicação por produtos de limpeza - de janeiro a abril deste ano os CIATox receberam 1.540 registros de intoxicação devido a produtos de limpeza envolvendo adultos. NSCtotal. 18 mai 2020, 08h55hs. (on line). [acesso em 24 abr 2020]. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/anvisa-alerta-sobre-aumento-de-intoxicacao-por-produtos-de-limpeza>. Acesso em: 01 jul 2020.
22. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica 11 Brasília; 2020. (on line). [acesso em 24 abr 2020]. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/SEI\\_ANVISA+-+1013428+-+Nota+T%C3%A9cnica+11+2020+GHBIO.pdf/8e4347ead766-493e-aed8-923880530928](http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/SEI_ANVISA+-+1013428+-+Nota+T%C3%A9cnica+11+2020+GHBIO.pdf/8e4347ead766-493e-aed8-923880530928). Acesso em 1 jul 2020.
23. Arrais PSD, Fernandes MEP, Dal Pizzo TS, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL & cols. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(supl.2):13s. (on line). [acesso em 24 abr 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt\\_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006117.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006117.pdf). Acesso em: 1 jul 2020.
24. Abrahão RC, Godoy JA; Halpern R. Automedicação e comportamento entre adolescentes em uma cidade do Rio Grande do Sul. *Aletheia*; 2013. 41: 134-153.
25. Richetti GP, Alves Filho JP. Automedicação: um tema social para o Ensino de Química na perspectiva da Alfabetização Científica e Tecnológica. Alexandria: Revista de Educação em Ciência e Tecnologia. 2009; 2(1):85-108.
26. World Health Organization (WHO). Medication without harm - WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva; 2017. (on line). [acesso em: 4 nov 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>
27. Francisca Michelli Medeiros Linhares FMM, Sousa KMO, ENX Martins, Barreto CCM. Obesidade infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos. *Temas em Saúde*. 2016; 16(2):460-481.
28. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em adolescentes na região centro-oeste do estado de São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15(supl.2):3175-3184.
29. Moreno RS, Ventura RN, Brêtas JRS. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. *Rev. Paul. Pediatr*. 2009; 27(4):354-360.
30. Fundação Oswaldo Cruz. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro; 2017. (on line). [acesso em 24 abr 2020]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em 1 jul 2020.
31. Semina Educativa. Vida nova. São Paulo; 2001.
32. Semina Educativa. Vida nova 1 – saúde e cidadania para o 1º ano. São Paulo; 2003.
33. Ministério da Educação. Base nacional comum curricular – educação é a base. Brasília; 2019.
34. Semina Educativa. Vida nova 2 – saúde e cidadania para o 2º ano. São Paulo; 2013.
35. Semina Educativa. Vida nova 3 – saúde e cidadania para o 3º ano. São Paulo; 2013.
36. Semina Educativa. Vida nova 4 – saúde e cidadania para o 4º ano. São Paulo; 2013.
37. Ministério da Saúde. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília; 2014. (on line). [acesso em: 6 nov 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)
38. Semina Educativa. Vida nova 5 – saúde e cidadania para o 5º ano. São Paulo; 2013.

# Traficando informação: o caso “Baladaboa” e os processos de criminalização da Redução de Danos

*Trafficking information: the “Baladaboa” case and the processes of criminalizing Harm Reduction*

Cristiano Avila Maronna

## Resumo

O presente artigo busca analisar caso concreto envolvendo estratégia de redução de danos em pesquisa científica que redundou na instauração de inquérito policial para apurar instigação ao uso de drogas e apologia ao crime, a partir da perspectiva crítica em relação à guerra às drogas e ao proibicionismo, cujo pilar central, o absenteeísmo, o não uso de drogas, é desafiado pela amplitude do conceito de redução de danos, que abrange formas de incremento na qualidade de vida de usuários de drogas que não querem ou não conseguem deixar de usá-las. Transformar informação sobre drogas em ilícito representa uma afronta à liberdade de expressão e científica, mas o direito penal das drogas e sua aplicação prática são exemplos do uso distorcido e simbólico da lei penal para perseguir objetivos alheios aos previstos em lei.

**Palavras-chave:** Drogas; Redução de danos; Guerra às drogas; Proibicionismo.

## Abstract

This article seeks to analyze a specific case involving a harm reduction strategy in scientific research that resulted in a police investigation about instigation of drug use and apology for crime, from a critical perspective in relation to the war on drugs and prohibition, whose central pillar, absenteeism, non-use of drugs, is challenged by the breadth of the concept of harm reduction, which encompasses ways of increasing the quality of life of drug users who do not want or cannot stop using them. Turning information about drugs into illicit represents an affront to freedom of expression and science, but the criminal law of drugs and their practical application are examples of the distorted and symbolic use of criminal law to pursue goals outside the scope of the law.

**Keywords:** Drugs; Harm reduction; War on drugs; Prohibitionism.

## Introdução

Na década de 1990, na cidade de Santos, estado de São Paulo, um inovador programa de troca de seringas foi implementado pela Área de Saúde do Governo Municipal, como forma de enfrentar a disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis. O Ministério Público determinou a instauração de inquérito policial sob a alegação de que haveria nessa

iniciativa indícios da prática do crime de estímulo ao uso de drogas. Com a palavra Fábio Mesquita<sup>1</sup>:

*“A Redução de Danos como conceito propriamente dito, começou a ser discutida no Brasil em 1989 quando na liderança da Secretaria Municipal de Saúde de Santos o brilhante sanitarista Dr. David Capistrano da Costa Filho anunciou publicamente um projeto de distribuição de seringas (que tive a honra de elaborar e coordenar*

<sup>1</sup> Cristiano Avila Maronna (cmaronna@msm.adv.br) é Graduado em Direito, Mestre e Doutor em Direito Penal pela Universidade de São Paulo (USP) e Secretário Executivo da Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPDP).

na condição de Coordenador do Programa de Aids da Cidade de Santos) para controlar a epidemia de AIDS entre pessoas que injetavam drogas. Essa era a maior causa da epidemia na cidade naquela época.

O Ministério Público Estadual nos processou com base na Lei vigente de então, a 6.368/1976, pelo crime de tráfico, previsto no art. 12 da mesma.

As autoridades de saúde que queriam evitar a disseminação de uma doença foram levemente confundidas pelo Ministério Público com pessoas que ajudam as outras a consumir drogas.

Vencemos com o arquivo do processo e isso abriu um debate nacional que foi paulatinamente influenciando as mudanças subsequentes da Lei”.

O posterior arquivamento do inquérito não apagou as deletérias consequências sofridas por quem se viu injustamente investigado por apenas tentar salvar vidas.

Décadas depois, a Redução de Danos continua transitando no “fio da navalha”, justamente por desafiar a premissa mais fundamental do proibicionismo, que é o absenteísmo, o não uso como único objetivo perseguido pela política de drogas. Não por acaso, a autointitulada “Nova Política de Drogas”<sup>2</sup> atualmente defendida pelo Executivo Federal, tem foco exclusivo na abstinência e demoniza a Redução de Danos.

### **Redução de Danos X Incentivo ao Uso**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a redução de danos como uma estratégia legítima<sup>3</sup>, enquanto o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) se recusa a fazer o mesmo, por pressão dos Estados Unidos e da Rússia. Afinal, reconhecer a legitimidade da

redução de danos implica reconhecer a possibilidade de usar drogas ilegais com qualidade de vida, o que contraria o puritanismo proibicionista.

“Dinheiro público, da Fapesp, é usado para ensinar o “consumo responsável” de ecstasy”. Essa foi a forma pela qual o jornalista Reinaldo Azevedo noticiou, em 18 de junho de 2007, a pesquisa científica realizada por Stella Pereira de Almeida sob a orientação de Maria Teresa de Araújo Silva, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em seu blog, na época hospedado no sítio eletrônico da Revista Veja<sup>4</sup>.

“Você, leitor, aí na faina diária, está sustentando, com o seu dinheiro, por meio da Faculdade de Psicologia da USP e da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) uma “pesquisa” voltada para a chamada política de redução de danos no consumo de ecstasy. O projeto tem até um site, chamado baladaboa. O que os caras fazem? Não acreditem em mim. Acreditem neles. Segue a síntese do projeto, que coleí do site:

O projeto prevê a elaboração, impressão e distribuição de material de Redução de Danos para o uso de ecstasy em locais onde usuários são encontrados com frequência. Essa intervenção será avaliada através de questionário on-line acessado voluntariamente por participantes, do impacto nos meios de comunicação e de entrevistas com informantes-chave. A partir da avaliação realizada o projeto será sistematizado e poderá ser replicado em contextos que justifiquem uma intervenção preventiva para o uso de ecstasy.

Site e programa são uma glamorização disfarçada, fingindo-se de linguagem científica, do consumo de ecstasy. Nada mais é do que uma variante da cultura da

droga, agora financiada com dinheiro público. Na home, vem uma advertência patética: “Um princípio básico do projeto Baladaboa é a transmissão de informações comprovadas baseadas na ciência e não em ideologias morais ou políticas.” Só esse trecho deveria levar a Fapesp a suspender seu vergonhoso patrocínio. Quer dizer que “ideologias morais ou políticas” são sempre as dos outros? À parte o fato de a expressão “ideologia moral” ser coisa de analfabeto ideológico e moral, é evidente que também as pessoas que se dedicam a esse trabalho têm uma ideologia, têm uma moral. A festa é comandada pela professora doutora Maria Teresa Araujo Silva.

#### Flyers

Se você não sentiu náuseas até aqui, ainda terá a oportunidade. O projeto distribui oito flyers em baladas com informações sobre o consumo do ecstasy. Se você entrar no site dos valentes, terá acesso a cada um deles. A estética já deixa evidente a galmourização do consumo. Opta-se por um visual um tanto, como direi?, lisérgico. É uma espécie de pedagogia de Paulo Freire voltada para analfabetos morais: já que falam de droga, usam a linguagem de um drogado — ao menos a visual. Na composição, nas cores, nas imagens, tudo lembra uma festa pop.

Li cada um dos flyers. Acredite, leitor. Em nenhum deles, em nenhum momento, há ao menos a sugestão para que não se consuma ecstasy. Ao contrário: TUDO É FEITO PARA QUE O LEITOR CONSUMA A DROGA SEM DESCONFORTO. Leia você mesmo, julgue você mesmo. Os males decorrentes do ecstasy são tratados sempre

como probabilidades, possibilidades — no máximo, riscos. Jamais como uma certeza. O Baladaboa acha que ainda não há ciência disponível que confirme os prejuízos da droga.

Em um deles, a coisa chega a ser perversa. Está escrito lá: “Droga ‘leve’ ou ‘segura’ é um termo inadequado a qualquer droga. A interação droga-organismo é algo particular. Uma droga pode trazer prejuízos para uns, sendo inócua ou benéfica para ambos”. Eu nada entendo de química, mas de linguagem eu entendo. E esse texto é delinqüente. Num país decente, seus responsáveis seriam acionados judicialmente; num país que se respeitasse, o Ministério Público chamaria a FAPESP e a USP, que financiam esse despropósito, às falas”.

Chamada às falas, a Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPESP) decidiu suspender o financiamento da pesquisa. A respeito da liberdade de investigação científica, em primoroso editorial intitulado “Danos à FAPESP”, o jornal Folha de S. Paulo, edição de 03 de julho de 2007<sup>5</sup>, analisando o caso ora debatido, assinalou com acerto o seguinte:

“Não é assim que a ciência deve funcionar. **Se dependesse do que pensavam seus pares Copérnico não teria postulado o modelo heliocêntrico.** Se dependesse da ‘vox populi’, dinheiro público dificilmente seria destinado a áreas como a física de partículas, que demandam recursos vultosos e cuja ‘utilidade’ é difícil explicar até para iniciados. (...) O conceito de redução de danos é difícil de assimilar. Para alguns, sempre soará como chancela oficial às drogas. **Do ponto de vista da saúde pública, no entanto, trata-se de reconhecer a**

**complexidade da dependência – e a relativa intratabilidade em certas fases e tentar evitar os impactos mais deletérios. É uma estratégia que tem o aval da OMS, do Ministério da Saúde, é utilizada em países como Holanda, Reino Unido e Canadá e já se provou útil, por aqui, para reduzir a incidência de infecções pelo vírus da aids”** (negritos do autor).

A Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC) divulgou nota<sup>6</sup> sobre o caso em tela, na qual aponta o paradoxo contido na tentativa de incriminar a política de redução de danos:

*“...ou fingimos que não há nenhum consumo de drogas sintéticas ou outras drogas em danceterias e deixamos as pessoas se desidratarem, usarem de forma letal a droga, ou optamos pelo cumprimento de nosso papel: favorecer o acesso às informações que primam pela saúde, a fim de salvarmos vidas”* (negrito do autor).

Além da FAPESP, as distorcidas acusações feitas pelo jornalista também seduziram o então Promotor de Justiça do Grupo de Atuação Especial de Saúde Pública e da Saúde do Consumidor (GAESP) do Ministério Público de São Paulo, que requisitou a instauração de inquérito policial:

*“para apurar eventual responsabilidade criminal de Stella Pereira de Almeida e Maria Teresa Araújo Silva, já que sua conduta pode ter configurado, em tese, os crimes previstos no art. 286 do Código Penal (incitação ao crime) e no art. 33, § 2º, da Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006 (indução, instigação ou auxílio ao uso indevido de drogas)”*<sup>7</sup>.

Segundo o mencionado membro do

parquet, a pesquisa científica em nível de pós-doutorado<sup>8</sup> no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) formulada sob a ótica do estudo a respeito da estratégia de Redução de Danos a usuários de ecstasy, “teve o seu foco principal na orientação de jovens em como utilizar o entorpecente ecstasy, substância entorpecente proibida no Brasil”, em função das frases contidas em *flyers*<sup>9</sup>, quais sejam:

*“Uma forma de diminuir os riscos do consumo do ecstasy é tomar metade da dose planejada, aguardar os efeitos (pode demorar até 1h) e então decidir se tomará a outra metade.*

*(...) Tenha cuidado com ‘pastilhas’, cápsulas e líquidos desconhecidos. Procure informações com pessoas que já tenham usado o que você decidiu consumir.*

*(...) Se você pretende consumir ecstasy, evite fazê-lo sozinho, tome líquidos não-alcoólicos sem exagero, vista roupas leves e descanse a cada meia hora, quando dança.*

*(...) Existem vários mitos relativos ao consumo de ecstasy. Caso você decida usá-lo, procure fontes de informação confiáveis, para assumir com responsabilidade as conseqüências dessa escolha..*

*(...) Portar drogas é crime, relatar seu consumo não é”*

Na requisição de instauração do inquérito<sup>10</sup> transcreve-se e encampa-se manifestação do então Delegado de Polícia Diretor do DENARC, na qual consta que:

*“Defender essa ‘metonímia química’, onde o todo é trocado pela parte (‘tome metade da dose planejada de ecstasy, aguarde os efeitos e então decida se*

**tomará a outra metade' – sic), seria fechar os olhos ao óbvio (no caso, o consumo de droga, mesmo que fracionado) e desprezar o bom sendo – *rectius bom senso*" (negrito do autor).**

A oração “tome metade da dose planejada de ecstasy, aguarde os efeitos e então decida se tomará a outra metade”, seguida da expressão latina *sic*, abreviatura de *sic et simpliciter*, é usada, como se sabe, para evidenciar que o uso incorreto ou incomum de pontuação, ortografia ou forma de escrita presente em uma citação, provém do autor original da mesma.

Ocorre, porém, que não há nos *flyers* a frase posta entre aspas pela autoridade policial (“tome metade da dose planejada de ecstasy, aguarde os efeitos e então decida se tomará a outra metade”), mas sim a frase “uma forma de diminuir os riscos do consumo de ecstasy é tomar metade da dose planejada aguardar os efeitos (pode demorar até 1h) e então decidir se tomará a outra metade”<sup>9</sup>. A diferença faz toda a diferença: o *flyer* não emprega o modo verbal imperativo, mas tão somente explicita o óbvio, sem estimular ou encorajar o uso de drogas ilegais: consumir metade da dose planejada e posteriormente decidir se tomará a outra metade diminui os riscos decorrentes do consumo de ecstasy.

Igualmente, não há nos *flyers* “orientação de jovens em como utilizar o entorpecente ecstasy”, nem tampouco ensinamento acerca da “forma ‘correta’ de se consumir droga tão violenta como o ecstasy”, menos ainda sugestões de “cautelares para comprá-la de um traficante de confiança”<sup>10</sup>. Tudo isso só existe na mente de quem ignora o texto dos *flyers* e se permite lucubrar a partir de suposições sem qualquer suporte fático e ainda valendo-se do preconceito e do fanatismo ideológico próprio da fracassada e maniqueísta *war on drugs*<sup>11</sup>.

Tentar buscar mensagens subliminares para justificar a instauração de inquérito policial não se afigura razoável. As informações veiculadas através dos *flyers* são bastante diretas e claras, baseadas em informações científicas e no bom senso. Não há nas mensagens qualquer incitação ao uso de drogas, nem mesmo subliminarmente.

Nesse sentido, sugerir a quem usou *ecstasy* e se sente mal que procure auxílio médico e conte que substância utilizou, não representa qualquer incentivo ao uso. O correto sentido contido nessa orientação, ao se afirmar que “você não pode ser criminalizado por utilizar drogas ilegais”<sup>9</sup>, é o de que o uso pretérito de substância ilegal não pode ser objeto de incriminação.

Dentro do contexto do trabalho desenvolvido, a frase “portar drogas é crime, relatar seu consumo não é”, inscrita em um dos *flyers*<sup>9</sup>, complementa a informação acima referida. Trata-se de medida que estimula o usuário a buscar ajuda ao invés de sofrer sozinho e eventualmente ser vítima de dano irreparável – como a morte, por exemplo – por não ter procurado socorro a tempo.

Afinal, a lei penal não pune o uso de drogas, mas tão somente as condutas de adquirir, guardar, ter em depósito, transportar ou trazer consigo, a teor do que dispõe o artigo 28 da Lei nº 11.343 de 2006<sup>11</sup>.

Sob a égide da lei anterior (Lei nº 6.368 de 1976<sup>12</sup>), o cenário era exatamente o mesmo, vale dizer, o uso de drogas não era considerado uma conduta típica. Confira-se:

**“Não pune a lei, in casu, o uso de substância entorpecente, mas o trazê-lo consigo para tal fim”** (Apelação Criminal 13.909/94 do Tribunal de Justiça do Distrito Federal, relatado por Pingret de Carvalho, em 1994, p.13.427)<sup>13</sup> (negrito do autor).

<sup>11</sup> Em tradução: guerra às drogas.

Da mesma forma, o uso pretérito (era e ainda) é conduta atípica:

*“A lei não pune o agente por haver feito uso de entorpecente, mas sim pela posse do mesmo, exigindo sua apreensão”* (Ação Cautelar 200.837-3, do Tribunal de Justiça de São Paulo, relatado por Gomes de Amorim)<sup>14-15</sup>.

*“Não se pune, por não se enquadrar no tipo legal, o indivíduo sob os efeitos de tóxicos, mesmo quando pelos resíduos se possa afiançar a utilização pretérita.*

*(...) Mas o sistema de combate aos tóxicos teve perspectivação muito específica quanto aos utentes; não se dirigiu preferentemente a eles; mas, apenando o porte e a guarda, teve em mente, como idéia principal, a disseminação, direta ou indiretamente. Não o uso, especialmente; principalmente quando já exaurido”* (Apeação Criminal 53.006-3 do Tribunal de São Paulo, relatado por Ary Belfort)<sup>16-17</sup> (negrito do autor).

Ainda que assim não fosse, há respeitáveis vozes que defendem a idéia de que a nova lei de drogas, ao deixar de sancionar com pena privativa de liberdade o porte de drogas para consumo pessoal, deixou de considerar criminosa tal conduta.

Luiz Flávio Gomes sustenta que a “Lei 11.343 de 2006 (artigo 28) aboliu o caráter ‘criminoso’ da posse de drogas para consumo pessoal. Esse fato deixou de ser legalmente considerado ‘crime’”<sup>18</sup>.

Tramita no Supremo Tribunal Federal (STF), desde 2011, o Recurso Extraordinário 635.659<sup>19</sup>, no qual se discute a legitimidade da intervenção penal em relação a posse de pequena quantidade de drogas para uso pessoal. O julgamento está suspenso desde 2015, mas já

há três votos favoráveis à declaração de inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei nº 11.343 de 2006<sup>III</sup>.

Ora, por mais contorcionismo intelectual que se tente fazer, é evidente a intenção de informar com vistas a reduzir danos. O estímulo que se busca é no sentido de orientar quem se sente mal em razão do consumo de ecstasy a procurar ajuda sem receio de sofrer qualquer retaliação.

Não se pretende incentivar o uso de drogas, mas sim **salvar vidas!**

Nem mesmo em relação “à primeira experiência” com ecstasy é possível vislumbrar incentivo ao consumo na frase<sup>9</sup>:

“Uma forma de diminuir os riscos do consumo do ecstasy é tomar metade da dose planejada, aguardar os efeitos (pode demorar até 1h) e então decidir se tomará a outra metade”.

Não se quer atestar que os riscos do ecstasy são minimizados se for consumida apenas metade da dose planejada, mas sim que os riscos são **reduzidos**, o que é óbvio ululante!

Informar a respeito dos efeitos das drogas **não se confunde** com incitar a prática de crime, nem com a instigação ou induzimento ao uso de drogas ilegais. **Não há** na ordem jurídica vigente o crime de “traficar” informação!

Observe-se que **não há qualquer restrição ou exigência prévia relacionada à realização de pesquisa científica**. A Constituição da República<sup>21</sup> é expressa ao garantir a liberdade de pesquisa científica, assegurando que “é livre a expressão da atividade intelectual (...) e científica (...), independentemente de censura ou licença” (art. 5º, inciso IX).

A distribuição de *flyers* com informações sobre Redução de Danos decorrentes do uso de

<sup>III</sup> Sobre o tema, ver “Apontamentos a respeito do debate sobre a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal no Brasil”<sup>20</sup>.

ecstasy, expressamente prevista no projeto de pós-doutorado aprovado pela FAPESP, tinha o objetivo de estimular o público alvo a avaliar o projeto respondendo o questionário existente no sítio da Internet mencionado nos mencionados flyers<sup>IV</sup>.

O inquérito policial foi instaurado e tramitou no Núcleo de Apoio e Proteção à Escola da Divisão Estadual de Narcóticos (DENARC), órgão da Polícia Civil paulista responsável pelo combate ao tráfico de drogas.

Por conta desse quadro, impetrou-se *habeas corpus* no Tribunal de Justiça de São Paulo, objetivando o trancamento da inquisição por falta de justa causa. A ementa do pedido era a seguinte<sup>22</sup>:

*“Inquérito policial. Pesquisa científica. Divulgação de informação sobre drogas com vistas a obter dados sobre usuários de ecstasy e com isso permitir o incremento de estratégias de intervenção preventiva. Exercício regular da livre atividade científica. Inexistência de incitação ao crime ou encorajamento ao uso de drogas. Atipicidade verificável de pronto, sem maiores indagações. Habeas corpus para trancar o inquérito policial por falta de justa causa. Possibilidade.*

*Requisição de instauração de IP feita por Promotor de Justiça para apurar os crimes previstos no art. 286 do Código Penal (incitação ao crime) e no art. 33, § 2º da Lei nº 11.343/06 (indução, instigação ou auxílio ao uso indevido de drogas). Pesquisa científica de pós-doutorado no Instituto de Psicologia da USP. Projeto de ‘Implementação e Avaliação de Programa de Redução de Danos para o Uso de Ecstasy na Cidade de São Paulo’. Trabalho de campo objetivando coletar dados a respeito do comportamento de usuários com vistas ao*

*incremento de intervenções preventivas. Distribuição de flyers em casas noturnas e festas com informações sobre redução de danos decorrentes do uso de ecstasy e divulgação de sítio na internet para avaliação do projeto. Encorajamento do uso de drogas inexistente. Informar não é crime, antes é direito. Ausência de obrigação de sugerir o não uso de drogas em se tratando de pesquisa científica. A estratégia de redução de danos, política pública reconhecida pela Organização Mundial da Saúde e pelo ordenamento jurídico pátrio, tem por escopo reduzir riscos decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente exigir o absentismo. Disponibilizar informação sobre modos mais seguros de uso de drogas não significa incitar a prática de crime nem incentivo ao uso de drogas. Atipicidade da conduta caracterizada. Exercício regular da livre manifestação do pensamento e da livre expressão de atividade científica, independentemente de censura ou licença (CF, art. 5º, incisos IV e IX). Ausência de justa causa”.*

O ilustre Desembargador Di Rissio Barbosa, relator sorteado, deferiu a liminar pleiteada a fim de suspender o andamento do inquérito até julgamento do mérito do writ em decisão vazada nos seguintes termos (*Habeas Corpus nº 990.08.036670-0*)<sup>22</sup>:

*“Vistos. Trata-se de habeas corpus com pedido de liminar impetrado pelos advogados Cristiano Avila Maronna e Carlos Alberto Pires Mendes em favor de Stella Pereira de Almeida e Maria Teresa Araújo Silva, apontando como autoridade coatora o Dr. Promotor de Justiça do Grupo de Atuação Especial de Saúde Pública e da Saúde do Consumidor, o qual requisitara*

<sup>IV</sup> Na época site [www.baladaboa.org](http://www.baladaboa.org), atualmente desativado.

à autoridade policial abertura de inquérito para apuração de eventual delito previsto na Lei nº 11.343/06 e/ou do art. 286 do Código Penal, inexistente, sustentam, justa causa, tratando-se de pesquisa científica sobre uso e conseqüência do produto conhecido como ecstasy, em 'nível de pós-doutorado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo'. Resumidamente, pretendem trancamento do indigitado inquérito policial, enfatizando necessidade de liminar para sobrestamento até decisão de mérito. Incidente delicado. De um lado, notícias sobre condutas preocupantes, relativas ao uso de substância proscria; de outro, pesquisa científica a cargo de reconhecidas autoridades, com respeitáveis currículos. Conquanto indiscutível que inquérito policial é instaurado para, em primeiro lugar, saber-se da existência de infração penal, e, em caso positivo, indicar autoria, e bem por isso indesejável sua obstrução, não menos verdade é que em hipóteses especiais, previsível repercussão negativa sem possibilidade de resgate, algumas providências podem ser prudentemente adotadas, mui especialmente quando o periculum in mora é notável. Por tais motivos DEFIRO, em caráter excepcional, a liminar no sentido da imediata paralisação do inquérito policial a que alude a impetração, determinando, ao mesmo tempo, o recomendável sigilo sobre o mesmo, – óbvia exceção aos Ds. Advogados constituídos – requisitando-se, para tanto, as informações do artigo 662, do Código de Processo Penal junto à D. Autoridade, ora apontada como coatora, no prazo de 48 horas, acompanhadas das peças de interesse no julgamento, após à Procuradoria Geral de Justiça. São Paulo, 15 de julho de

2008. Di Rissio Barbosa RELATOR”.

Em 05 de janeiro de 2010, por conta de sua aposentadoria, o eminente Desembargador Di Rissio Barbosa encaminhou os autos para redistribuição à sua substituta, a preclara Desembargadora Maria Tereza Amaral. Com a nova relatora, o **habeas corpus** foi julgado em 12 de maio de 2010 e, por maioria de votos, a egrégia 11ª Câmara Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo denegou a ordem, cassando a liminar, vencido o eminente Desembargador Aben-Athar, que a concedia nos termos do pedido formulado na impetração<sup>22</sup>.

Em 19 de outubro de 2010, o Ministério Público em primeiro grau pediu o arquivamento do inquérito policial, apontando ser<sup>22</sup>

“...nítida a finalidade do estudo desenvolvido pelas suspeitas: orientar os usuários da substância entorpecente ecstasy a diminuir os riscos resultantes desse consumo. Alertar sobre os efeitos nocivos do consumo, ainda que implicitamente, e oferecer orientação para reduzir os malefícios decorrentes da ingestão de substância entorpecente são ações que não traduzem intenção de incitar, auxiliar ou induzir alguém a consumi-la. Para o efeito de tipificação de ilícito penal não é cabível a discussão acerca da pertinência e eficácia do estudo em relação ao fim colimado, tampouco a respeito de sua adequação como medida de política de saúde pública do Estado. Atípica a conduta das suspeitas em relação aos tipos penais em apuração, diante da falta de dolo”.

O magistrado acolheu o pedido ministerial e em 27 de outubro de 2010, o caso foi arquivado (autos nº 050.08.0539811-5).

As plurissignificações dos artigos 287 do Código Penal<sup>23</sup> e artigo 33, parágrafo 2º da Lei de

Drogas<sup>11</sup> exigem uma interpretação em harmonia com as liberdades fundamentais de reunião, de expressão e de petição. Em face do conteúdo polissêmico dos referidos dispositivos legais, motivados por abordagens hermenêuticas diversas e muitas vezes apartadas do texto constitucional, o STF deu, com efeito vinculante, interpretação conforme à Constituição ao artigo 287 do Código Penal e ao artigo 33, parágrafo 2º, da Lei nº 11.343 de 2006, “de forma a excluir qualquer exegese que possa ensejar a criminalização da defesa da legalização das drogas, ou de qualquer substância entorpecente específica, inclusive através de manifestações e eventos públicos”<sup>24</sup>. Na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4274, relatada por Ayres Britto<sup>25</sup>, o STF deu ao parágrafo 2º do artigo 33 da Lei nº 11.343 de 2006 interpretação conforme à Constituição, para dele excluir qualquer significado que enseje a proibição de manifestações e debates públicos acerca da descriminalização ou legalização do uso de drogas ou de qualquer substância que leve o ser humano ao entorpecimento episódico, ou então viciado, das suas faculdades psico-físicas.

### Considerações finais

Ao fim e ao cabo, ontem como hoje, a Redução de Danos transita em um território nebuloso, na fronteira entre o legal e o ilegal e não raro termina no banco dos réus, graças ao abuso de poder que caracteriza a aplicação prática do direito penal das drogas no Brasil.

Sendo a proibição das drogas pela via penal uma espécie de ortopedia moral, um empreendimento que visa educar moralmente pessoas adultas, não surpreende que, nesse contexto autoritário, a redução de danos seja perseguida e indevidamente identificada com práticas ilícitas.

### Referências

1. Mesquita F. A perspectiva da redução de danos. IBC-CRIM. Boletim Ed. Especial Drogas. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: [https://arquivo.ibccrim.org.br/boletim\\_artigo/4746-A-perspectiva-da-reducao-de-danos](https://arquivo.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4746-A-perspectiva-da-reducao-de-danos)
2. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 9.761. Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Brasília; 11 abr. 2019. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#:~:text=0%20planti%2C%20o%20cultivo%2C%20a,de%20drogas%20I%C3%ADcitas%20ou%20il%C3%ADcitas.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#:~:text=0%20planti%2C%20o%20cultivo%2C%20a,de%20drogas%20I%C3%ADcitas%20ou%20il%C3%ADcitas.)
3. World Health Organization (WHO). Public health dimension of the world drug problem. Report by the Secretariat. Genebra; 17 mar 2017. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_29-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_29-en.pdf)
4. Azevedo R. Dinheiro público, da Fapesp, é usado para ensinar o “consumo responsável” de ecstasy. Sim, você leu direito! Revista Veja. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/dinheiro-publico-da-fapesp-e-usado-para-ensinar-o-consumo-responsavel-de-ecstasy-sim-voce-leu-direito/>
5. Folha de S. Paulo. Danos à FAPESP. Folha de S. Paulo; 3 jul 2017. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0307200702.htm>
6. Labate B. REDUC lança nota protestando contra medidas da FAPESP. In News; 18 jun 2007. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: <https://www.bialabate.net/news/reduc-lanca-nota-protestando-contra-medidas-da-fapesp>
7. Capriglione L. Cientistas tentam manter estudo sobre ecstasy. Folha de S. Paulo; 2 jul 2007. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: <https://forum.hardmob.com.br/threads/307645-Cientistas-tentam-manter-estudo-sobre-ecstasy>
8. FAPESP. Implantacao e avaliacao de programa de reducao de danos para o uso de ecstasy na cidade de sao paulo. Bv-CDI FAPESP. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: <https://bv.fapesp.br/pt/auxilios/22076/implantacao-e-avaliacao-de-programa-de-reducao-de-danos-para-o-uso-de-ecstasy-na-cidade-de-sao-paulo/>
9. Harnik S. Flyer polêmico ensina estudantes como reduzir efeito do ecstasy. G1, 16 jun 2007. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Vestibular/0,,MUL53019-5604,00-FLYER+POLEMIC>

O+ENSINA+ESTUDANTES+COMO+REDUZIR+EFEITO+DO+E  
CSTASY.html

10. Inquérito Policial nº 10/08, 1ª Delegacia - Núcleo de Apoio e Proteção à Escola do DENARC.

11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.343. 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. Brasília; 23 ago 2006. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)

12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 6.368. Brasília; 21 out 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. (on line). [acesso em: 16 dez 2020]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6368-21-outubro-1976-357249-publicacaooriginal-1-pl.html>

13. Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJ/DF). AC 13.909/94, relator Pingret de Carvalho. DJU. 26 out 1994:13427.

14. Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP). Apelação Criminal (AC) 200.837-3, relatado por Gomes de Amorim, JTJ-SP 181 Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP). AC 200.837-3, relatado por Gomes de Amorim, JTJ-SP 181.

15. Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP). Apelação Criminal (AC) 200.837-3, relatado por Gomes de Amorim, JTJ-SP 286.

16. Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP). Apelação Criminal (AC) 53.006-3 do Tribunal de São Paulo, relator Ary Belfort. RT-SP. 1987; 76(624).

17. Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP). Apelação Criminal (AC) 53.006-3 do Tribunal de São Paulo, relator Ary Belfort. RT-SP. 2019. 44(289).

18. Gomes LF. Nova lei de drogas - descriminalização da posse de drogas para consumo pessoal. Jus.com.br. (on line). [acesso em 17 dez 2020]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9180>

19. Supremo Tribunal Federal (STF). Recurso Extraordinário (RE) 635659, relatado por Gilmar Mendes. (on line). [acesso em: 17 dez 2020]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/>

<portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4034145&numeroProcesso=635659&classeProcesso=RE&numeroTema=506>

20. Maronna CA. Apontamentos a respeito do debate sobre a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal no Brasil. In: Figueiredo R, Feffermann M, Adorno R. Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017, pp. 203/236.

21. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [acesso em: 17 dez 2020]. (on line). [acesso em: 17 dez 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

22. São Paulo. (estado). Justiça. Habeas Corpus nº 990.08.036670-0. DJSP. 26 jul 2010:938. (on line). [acesso em: 17 dez 2020]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/11055171/pg-938-judicial-2-instancia-diario-de-justica-do-estado-de-sao-paulo-djsp-de-26-07-2010>

23. Brasil. Código Penal. (on line). [acesso em: 17 dez 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)

24. Supremo Tribunal Federal (STF). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 187, rel. Celso de Mello. Stj.jus.br. 15 jun 2011. (on line). [acesso em: 17 dez 2020]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=182091>

25. Supremo Tribunal Federal (STF). STF afasta criminalização da “marcha da maconha” pela Lei de Tóxicos. Stj.jus.br. 23 nov 2011. (on line). [acesso em: 17 dez 2020]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=194435>

### Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de 2 mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, médicos, psicólogos e demais integrantes da equipe multidisciplinar, pesquisadores e gestores da área da Saúde.

**Fontes de indexação:** Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina I, II e III, Ciências Ambientais, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Odontologia e Psicologia.

**Copyright:** é permitida a reprodução parcial ou total dessa publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

**Patrocinadores:** o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Resumo:** os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br), antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com três palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

**Submissão:** os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e ter entre 15 mil e 25 mil caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. **Figuras e gráficos devem ser enviados em arquivos separados (JPG), em alta resolução.**

**Título:** deve ser escrito em *Times New Roman*, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

**Autor:** o crédito de autoria deve estar à direita, em *Times New Roman*, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição à qual pertence. Também deve ser

disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

**Subtítulos do texto:** nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

**Corpo do texto:** o corpo do artigo deve ser enviado em *Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Transcrições de trechos dentro do texto:** devem ser feitas em *Times New Roman*, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

**Citação de autores no texto:** deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

**Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros):** devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

**Referências bibliográficas:** preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser numeradas seguindo a ordem de citação, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

**Espaçamento das referências:** deve ser igual ao do texto, ou seja, *Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Termo de autorização para publicação:** o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

**Obs.:** no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da Resolução CNS 466/2012 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

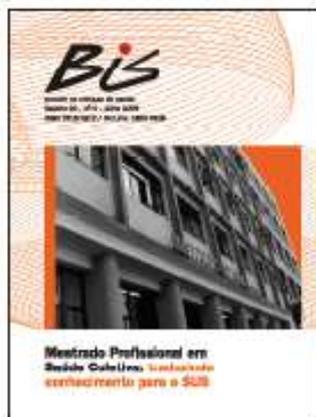
**Avaliação:** os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas *ad hoc*, a cada edição, de acordo com a sua área de atuação.

**Acesso:** a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a Bireme, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

## BIS – números já editados



(v. 20 - nº 2) / 2019  
Síntese de evidências qualitativas para informar políticas de saúde



(v. 20 - nº 1) / 2019  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: traduzindo conhecimento para o SUS



(v. 19 - suplemento) / 2018  
32º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo



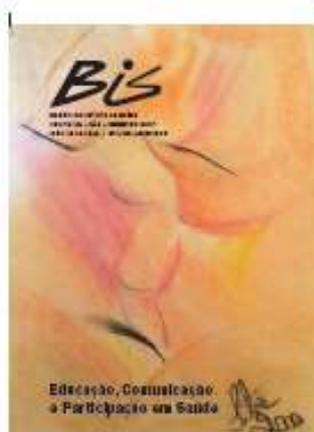
(v. 19 - nº 2) / 2018  
Diversidade Sexual e de Gênero



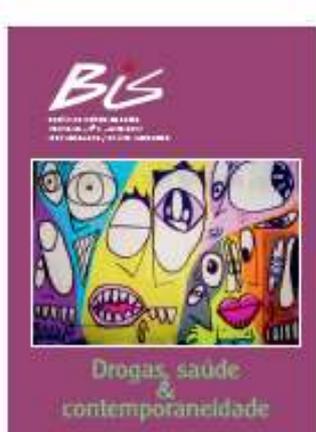
(v. 19 - nº 1) / 2018  
São Paulo pela Primeiríssima Infância – Mapeamento de Práticas



(v. 18 - suplemento) / 2017  
31º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo



(v. 18 - nº 02) / 2017  
Educação, Comunicação e Participação em Saúde



(v. 18 - nº 01) / 2017  
Drogas, saúde & contemporaneidade



(v. 17 - suplemento) / 2016  
VI Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas dos Municípios Paulistas



**Reduc**  
Rede Brasileira  
de Redução de Danos  
e Direitos Humanos



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**



**GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO**