



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**NARA ALBUQUERQUE GOES**

**PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS RELATIVA AO USO DE DROGAS NO  
TERRITÓRIO: possibilidades e desafios.**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2017**

2017

NARA ALBUQUERQUE GOES

PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS RELATIVA AO USO DE DROGAS NO  
TERRITÓRIO: possibilidades e desafios.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção de Grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

Fortaleza-Ceará

2017

## Duas de Cinco

Compro uma pistola do vapor  
Visto o jaco califórnia azul  
Faço uma mandinga pro terror  
E vou

É o cão, é o cânhamo, é o desamor  
É o canhão na boca de quem tanto se humilhou  
Inveja é uma desgraça  
Alastra ódio e rancor  
E cocaína é uma igreja gringa de Le Chereau  
Pra cada rap escrito uma alma que se salva  
O rosto do carvoeiro é o Brasil que mostra a cara  
Muito blá se fala e a língua é uma piranha  
Aqui é só trabalho  
Sorte é pras crianças

Que vê o professor em desespero na miséria  
Que no meio do caminho da educação havia uma pedra  
E havia uma pedra no meio do caminho  
Ele não é preto véio  
Mas no bolso leva um cachimbo  
É o sleazestack do zóio branco

Repare o brilho  
Chewbacca na Penha  
Maizena com pó de vidro  
Comerciais de Tv  
Glamour pra alcoolismo  
E é o kinect do Xbox por duas buchas de cinco  
Chega a rir de nervoso  
Comédia vai chorar

Compro uma pistola do vapor  
Visto o jaco califórnia azul  
Faço uma mandinga pro terror  
E vou

´Criolo

## Agradecimentos

A todos os moradores da Barra do Ceará, em especial do Morro de Santiago, que me acolheram e me ensinaram tanto.

Ao projeto Aqui Tem Sinal de Vida que me ensina a acreditar no inédito viável de Paulo Freire e me encanta com a simplicidade e potência que constrói em sua história. É tudo vida!

A todos os profissionais que participaram da pesquisa, que atuam nas redes assistenciais (CUCA Barra, UAPS Lineu Jucá, CAPS AD Airton Monte, CRAS Barra do Ceará) da Regional 1 do Município de Fortaleza -CE, e que têm bravamente feito seu papel nos equipamentos e construíram esse estudo junto comigo.

Aos colegas e professores do Programa de Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo convívio e aprendizado.

Às amigas construídas e fortalecidas no Mestrado, do grupo OKAIDA, que foi rede de força e carinho e não deixou ninguém cair.

Aos queridos professores Rocineide Ferreira- Neidinha, Lúcia Conde-Lucinha e Andrea Caprara, que fazem a diferença nesse Programa, e mostram que a Academia pode e precisar ser um espaço mais acolhedor, participativo e de verdadeira construção de conhecimento.

Aos colegas de trabalho pela partilha diária, paciência e torcida nesses momentos finais desse trabalho.

À equipe do NPAZ pela dedicação, compromisso e parceria na correria do dia a dia.

À Pousada Pôr do Sol da praia de Barra Nova e seus moradores (Selma, Vitor, Ulisses, índio e China) que me acolheram por 14 dias, num clima de tranquilidade e leveza, o que me ajudou e inspirou na escrita desse trabalho.

À minha família, vovó, mãe, Pepeu, Tio Valdemar e Tia Joana. E, em especial a Juliana e Thiago, primos que se fazem irmãos. E ao Théo e Elis pelo afago dos momentos de lazer.

Aos amigos, e aqui é impossível nomeá-los todos, pelo amor e apoio incondicional, que de tantas formas contribuíram com esse trabalho. E mais ainda pelos últimos dois anos da minha vida, por me ajudarem a sustentar bem mais que o Mestrado, mas a seguir em frente.

A CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por financiar essa pesquisa.

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé, que em tempos tão confusos, teve paciência e compreensão necessárias, e contribuiu para o direcionamento e realização dessa pesquisa.

Aos professores Rocineide Ferreria, Andrea Caprara, Horácio Frota e Antônio Júnior Rodrigues que gentilmente aceitaram participar da construção e enriquecimento desta pesquisa, com suas considerações e críticas, compondo a banca examinadora.

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu pai, que certamente estaria me apoiando com sua serenidade de sempre e feliz com essa conquista. Saudade!

## RESUMO

As políticas brasileiras que tratam de Políticas sobre Drogas tiveram desde a sua constituição forte influência do modelo norte americano de Guerra às Drogas. No entanto, a partir da década de 80, diante do fracasso desse modelo e do advento da epidemia da Aids, começaram ser desenhadas as primeiras iniciativas na perspectiva da Redução de Danos, inicialmente direcionadas aos UDI. Durante uma década o Ministério da Saúde financiou e incentivou a criação de Programas de redução de Danos em todo país. Nos últimos anos houve um enfraquecimento do apoio a esses programas. Além disso, assistiu-se a uma mudança no cenário de uso de drogas no Brasil, principalmente, no que se refere a emergência do fenômeno crack. Isso trouxe novamente o debate acerca da política de Redução de Danos e o desenvolvimento de suas práticas. Percebe-se que mesmo essa sendo Diretriz previstas na Rede de Atenção Psicossocial, percebe-se uma convivência com a perspectiva Proibicionista nos serviços, direcionando suas práticas. Dessa forma, a pesquisa objetiva analisar essas práticas desenvolvidas no território sob a perspectiva da Redução de Danos. O cenário de estudo ocorreu na Regional I do município de Fortaleza-Ceará, onde foram investigados serviços da Saúde Mental, Atenção Primária em Saúde, Proteção Social Básica e equipamento da Rede de Juventude, além de projetos sociais do território. Sujeitos participantes da pesquisa eram profissionais e usuários vinculados a esses serviços, bem como pessoas atuantes nos projetos sociais do território. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o grupo focal, a entrevista semiestruturada, somada ao registro no diário de campo, durante os meses de agosto a dezembro de 2016. A análise do material empírico realizou-se à luz da hermenêutica dialética, a partir de categorias estabelecidas segundo a literatura, numa perspectiva crítica do confronto das significações, das contextualizações e das interlocuções. Respeitaram-se os preceitos ético-legais, enquanto extensão de um projeto de pesquisa cujo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa por meio de sistema da Plataforma Brasil, sob número CAEE 17343113.8.0000.5534, respeitando os princípios norteadores da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Construíram-se três grandes categorias para compreensão do objeto: Percepção e atuação no território; vulnerabilidade e maximização dos danos; práticas e concepções de Redução de Danos. Os resultados revelam que há diferentes formas de percepção e atuação no território, compreendendo os fatores que fazem uso de drogas sob a perspectiva do risco ou vulnerabilidade e direcionando, assim, as práticas. Essas vão se constituir desde um Paradigma Proibicionista, atravessadas pelo discurso jurídico moral e médico sanitário, até uma perspectiva libertadora da Redução de Danos. A pesquisa também desvelou alguns desafios para a efetivação dessas práticas, como: a atuação do crime organizado no território; a precarização dos serviços e das redes assistenciais e a disputa com o Paradigma Proibicionista na constituição dessas práticas. Dessa forma, para garantirmos a efetivação da Política de Redução de Danos nos serviços, é preciso dar condições a esses equipamentos para sua atuação, bem como garantir capacitação aos profissionais acerca da temática. Além disso, é importante criar espaços nos serviços e na sociedade de discussão acerca do fenômeno do uso de drogas e suas diferentes perspectivas.

Palavras-chaves: Proibicionismo, Redução de Danos, práticas.

## ABSTRACT

The Brazilian policies that deal with Drug Policy have since their establishment been strongly influenced by the North American model of the War on Drugs. However, since the 1980s, facing the failure of this model and the advent of the AIDS epidemic, the first initiatives aimed at Reducing Harm, initially targeted the UDI. For a decade the Ministry of Health has financed and encouraged the creation of harm reduction programs throughout the country. In recent years there has been a weakening of support for these programs. In addition, there was a change in the scenario of drug use in Brazil, especially as regards the emergence of the crack phenomenon. This has again brought the debate about Harm Reduction policy and the development of its practices. It can be seen that even this being a guideline foreseen in the Psychosocial Attention Network, one perceives a coexistence with the Prohibitionist perspective in the services, directing their practices. In this way, the research aims to analyze these practices developed in the territory from the perspective of Harm Reduction. The study scenario was in Regional I of the city of Fortaleza-Ceará, where Mental Health, Primary Health Care, Basic Social Protection and Youth Network equipment were investigated, as well as social projects in the territory. Subjects participating in the survey were professionals and users linked to these services, as well as people involved in social projects in the territory. The focus group, the semi-structured interview, and the field diary record, were used as data collection instruments during the months of August to December 2016. The analysis of the empirical material was carried out in the light of dialectical hermeneutics, from categories established according to the literature, in a critical perspective of the confrontation of meanings, contextualizations and interlocutions. The ethical-legal precepts were respected as an extension of a research project whose opinion of the Research Ethics Committee through the Brazil Platform system under number CAEE 17343113.8.0000.5534, respecting the guiding principles of Council Resolution 466/12 National Health. Three categories were created to understand the object: Perception and performance in the territory; Vulnerability and use of drugs; Practices. The results reveal that there are different forms of perception and action in the territory, including the factors that make use of drugs from the perspective of risk or vulnerability and thus directing practices. This will consist of a Prohibitionist Paradigm, crossed by the legal moral and medical sanitary discourse, to a liberating perspective of Harm Reduction. The research also revealed some challenges for the effectiveness of these practices, such as: the performance of organized crime in the territory; The precariousness of services and assistance networks and the dispute with the Prohibitionist Paradigm in the constitution of these practices. Thus, in order to guarantee the effectiveness of the Damage Reduction Policy in the services, it is necessary to give conditions to these equipments for their performance, as well as to guarantee qualification to the professionals on the subject. In addition, it is important to create spaces in services and in the discussion society about the phenomenon of drug use and its different perspectives.

Keywords: Prohibitionism, Harm Reduction, practices.



## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| ACS     | Agente Comunitário de Saúde.   |
| CAPS    | Centro de Atenção Psicossocial.  |
| CAPS-AD | Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas.  |
| CEP     | Comitê de Ética em Pesquisa.   |
| CNS     | Conferência Nacional de Saúde.   |
| CNSM    | Conferência Nacional de Saúde Mental.  |
| CRAS    | Centro de Referência em Assistência Social.  |
| CT      | Comunidade Terapêutica   |
| CUCA    | Cetros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte.  |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família.   |
| GT      | Grupo de Trabalho.   |
| MEP     | Movimento de Engajamento Político.   |
| OMS     | Organização Mundial da Saúde.  |
| PEAD    | Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS. |
| PTS     | Projeto Terapêutico Singular.  |
| RAPS    | Rede de Atenção Psicossocial.  |
| RD      | Redução de Danos.  |
| SENAD   | Secretaria Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas.  |
| SR      | Secretarias Regionais.   |
| SUS     | Sistema Único de Saúde.  |
| UDI     | Usuário de Drogas Injetáveis   |

## LISTA DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| FIGURA 1 - Cenário dos programas de Redução de Danos no Brasil .....                      | 40  |
| FIGURA 2 - Mapa municipal de Fortaleza. Secretarias Regionais.....                        | 85  |
| FIGURA 3 - Mapa dos bairros que fazem parte da Regional I do Município de Fortaleza ..... | 88  |
| FIGURA 4 - Rede de serviços na Regional I do município de Fortaleza.....                  | 90  |
| FIGURA 5 - Localização do Bairro Barra do Ceará no município de Fortaleza.....            | 91  |
| FIGURA 6 - Triângulo representativo dos padrões de uso de drogas, proposto pela OMS...    | 121 |
| FIGURA 7 - Vértices de múltipla determinação do padrão de uso de drogas.....              | 127 |

## **LISTA DE QUADROS**

|   |    |
|---|----|
| QUADRO 1 - Risco e vulnerabilidades na produção das práticas.....   | 70 |
| QUADRO 2 - Comparação entre as características de intervenção com base nos conceitos utilizados em prevenção .....                        | 71 |
| QUADRO 3 - Análise das Unidades Analíticas.....   | 84 |
| QUADRO 4- Caracterização dos cenários que compõe o contexto de pesquisa.....  | 95 |
| QUADRO 5 - Caracterização dos profissionais das redes assistenciais, sujeitos da pesquisa.  | 97 |
| QUADRO 6- Caracterização dos atores de projetos/movimentos sociais, sujeitos da pesquisa.....   | 98 |
| QUADRO 7 - Caracterização dos usuários dos serviços ou participantes das ações dos projetos/movimentos sociais, sujeitos da pesquisa..... | 98 |

## Sumário

|    |   |     |
|----|---|-----|
| 1. | Introdução.....   | 13  |
| 2. | Objetivos.....  | 23  |
|    | 2.1. Objetivo geral.....  | 23  |
|    | 2.2. Objetivos específicos.....   | 23  |
| 3. | Marco Teórico.....  | 24  |
|    | 3.1. Uso de drogas na humanidade: das guerras às drogas à redução de danos..... | 24  |
|    | 3.2. Políticas sobre Drogas no Brasil: a emergência da Redução de Danos.....    | 33  |
|    | 3.3. Redução de Danos: uma visão paradigmática.....                             | 47  |
|    | 3.4. A Redução de Danos enquanto prática no campo da Saúde Coletiva.....        | 59  |
| 4. | Caminho Metodológico.....   | 73  |
|    | 4.1. Natureza do Estudo.....  | 73  |
|    | 4.2. Métodos de construção de dados.....  | 75  |
|    | 4.2.1. Grupos focais.....   | 75  |
|    | 4.2.2. Entrevistas Semi estruturadas.....                                       | 77  |
|    | 4.2.3. Observação Participante e Diário de Campo.....                           | 78  |
|    | 4.3. Processo de construção dos dados e Análise do Material Empírico.....       | 81  |
|    | 4.4. Contexto da Pesquisa.....  | 84  |
|    | 4.5. Participantes da Pesquisa.....   | 95  |
|    | 4.6. Aspectos éticos da pesquisa.....   | 100 |
| 5. | Territórios e movimentos.....   | 101 |
|    | 5.1. A inserção e atuação no território.....                                    | 101 |
|    | 5.2. O uso de drogas no território.....   | 116 |
| 6. | Vulnerabilidades do território e maximização dos danos.....                     | 125 |
| 7. | Práticas e concepções de Redução de Danos.....                                  | 148 |
|    | 7.1. Práticas no cenário do CAPS AD.....  | 149 |
|    | 7.2. Práticas no cenário da Atenção Primária a Saúde.....                       | 162 |
|    | 7.3. Práticas na Rede Sócio Assistencial.....                                   | 167 |
|    | 7.4. Práticas no cenário da Rede CUCA.....                                      | 169 |
|    | 7.5. Práticas no cenário dos movimentos comunitários.....                       | 181 |
|    | Considerações Finais.....   | 189 |
|    | Referências Bibliográficas.....   | 194 |
|    | Apêndices.....  | 199 |

## 1. Introdução

O projeto apresentado aqui é fruto das inquietações construídas ao longo da minha trajetória profissional e que encontrou na pesquisa um lugar para sistematizar a vivência, os aprendizados, as trocas, os erros, as tantas dificuldades enfrentadas e acima de tudo o encontro com tantas possibilidades e potências.

O “mundo das drogas” surgiu no meu caminho profissional desde cedo, atuando na abordagem de rua, nas realidades dos territórios da Saúde da Família, e inclusive na docência, onde atuo como professora do CRR- Centro Regional de Referência<sup>1</sup> que tem o desafio de formar profissionais das diversas políticas para atuação junto aos problemas relacionados ao uso de drogas. Diante desses diversos cenários, encontrei múltiplos olhares sobre o fenômeno do uso de drogas na sociedade, mas com algo em comum, a preocupação e o sentimento de impotência dos profissionais diante da questão.

A fragilidade dos profissionais em acolher e acompanhar esses casos relacionados ao uso de drogas expressa-se no sentimento de angústia, retratado por Oliveira e Furlan (2010) como “ampliação paralisante”, onde esses profissionais não conseguem produzir intervenções diante situações complexas, como a questão do uso de drogas que é permeada de preconceitos e medos.

Faz-se necessário, então, investigar essas práticas que são reflexo de uma política e mais profundamente de um olhar sobre o uso de drogas. Assim, antes de aprofundar sobre essa questão, é importante compreender como o fenômeno do uso de drogas tem sido enxergado pela sociedade e como vem se configurando as políticas sobre drogas e suas práticas.

O consumo de drogas, que nada mais são que substâncias psicoativas extraídas da natureza ou fabricadas em laboratórios, acompanha a história da civilização. Desde os primórdios da humanidade convivemos com o uso de substâncias que provocam alterações no estado de consciência. Seja em contextos ritualísticos e religiosos, em contextos de festas e sociabilidade, e mesmo em contextos terapêuticos e medicinais, o

---

<sup>1</sup> CRR- Centro Regional de Referência, projeto ligado ao Programa Crack é possível Vencer da SENAD- Secretaria Nacional sobre Drogas do Ministério da Justiça que tem objetivo de capacitar profissionais das redes de saúde, segurança pública, educação, assistência social, justiça, operadores do direito, lideranças religiosas e comunitárias, agentes do Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (BRASIL, 2010).

uso dessas substâncias assumem múltiplos significados culturais, graus de relevância na vida simbólica, religiosa, ideológica das sociedades (NIEL, SILVEIRA, 2008).

Compreendida dessa forma, a questão do uso de drogas não se constitui necessariamente como um "problema". Podemos considerá-la, então, um fenômeno que faz parte da cultura humana como um instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção e intensificação do convívio social. Por exemplo, o álcool é uma substância que acompanha a humanidade desde seus primórdios e sempre ocupou lugar privilegiado em todas as culturas, em rituais religiosos, em momentos de confraternização, em culinária e mesmo na produção de alguns medicamentos (LARANJEIRA, 2014).

Foi somente no último século com as alterações no padrão de consumo dessas substâncias que se deu por mudanças sócio culturais na sociedade que o uso de drogas passou a ser encarado como um problema para manutenção do status quo e das necessidades do modo de produção capitalista. Dessa forma, a droga passa a ocupar simbolicamente um papel de ameaça à sociedade, ora ligada ao crime, ao pecado ou a doença (MOTA, 2009).

É nesse contexto que emerge um olhar sobre o fenômeno que condena o uso de drogas pela sociedade e propõe um mundo sem drogas, de onde então, partem propostas de intervenção baseadas no proibicionismo e abstinência. Chama-se de modelo de Guerra às Drogas que vai, então, atender às necessidades do capitalismo em garantir sua massa trabalhadora.

O modelo de Guerra às Drogas traz a lógica em que a substância e o usuário são culpabilizados por todos os males causados pelo uso de drogas. Dessa forma, sob o ideal do mundo sem drogas, tem-se nesse modelo, a abstinência como único caminho possível. Percebe-se, também que prevalece uma visão sobre as drogas como um mal à sociedade, onde a experiência com a droga, outrora com múltiplos significados, ganha um caráter negativo de degradação e destruição e o usuário é visto como marginal e/ou doente (MOTA, 2009).

Essa perspectiva tem um forte alinhamento moral, onde o usuário de drogas, e fala-se em especial do crack, é marginalizado e visto como sujeito perigoso à sociedade. Diante dessa visão, constituem-se práticas de isolamento e que fortalecem o estigma e marginalização do usuário.

Durante muitos anos foi esse o modelo que dominou as ações, em vários países do mundo, inclusive no Brasil, ao lidar com a questão do uso de drogas na sociedade. No entanto, os resultados desejados por esse modelo, um mundo sem drogas, não foi alcançado. Apesar de muito investimento financeiro em estratégias de repressão ao uso de drogas, o que se viu foi o aumento do consumo de substâncias e também dos danos físicos e sociais, individuais e coletivos. O fracasso desse modelo, então, possibilitou a emergência e fortalecimento de outra perspectiva: a Redução de Danos.

A partir dos anos 80 programas de saúde, inicialmente, voltados para reduzir a contaminação pela hepatite B entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e, posteriormente, pela contaminação pelo HIV, organizam-se como estratégias de redução de danos. No Brasil, após algumas experiências exitosas, em São Paulo e na Bahia, a Redução de Danos evolui para a concepção atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas têm como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados no protagonismo da população alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo (ANDRADE, 2011).

A perspectiva da Redução de Danos propõe um novo olhar sobre o usuário, visando incluí-lo como sujeito de direitos e pensar estratégias de cuidado que independam do seu desejo ou capacidade de interromper o uso das drogas, mas que tem como objetivo acolher o usuário e fornecer cuidado integral ao mesmo. Quinderé (2013) traz que:

A Redução de Danos é uma proposta alternativa de saúde pública para os modelos morais e criminais que abordam a dependência química. Difere do modelo de tratamento pautado na doença e na dependência química como uma patologia biológica, que considera a abstinência total do uso como única meta aceitável de tratamento e avança numa perspectiva de que as sociedades, de um modo geral, fazem uso de drogas e, portanto, tem-se que reduzir os danos negativos do seu uso.

A Redução de Danos é uma proposta mais pragmática de ações sobre os sujeitos que tem problemas relacionados a uso de drogas, sem depositar sobre eles valores morais, propondo ações a fim de reduzir os danos do uso e ampliando as possibilidades de práticas a serem construídas junto a essa questão.

No entanto, é importante destacar que mesmo com a emergência dessa nova perspectiva em lidar com o fenômeno do uso de drogas, a prática proibicionista permanece com um paradigma dominante frente a essa questão. Assim, assistimos ao

longo da história das políticas sobre drogas no mundo e no Brasil a convivência nem sempre pacífica do modelo proibicionista e da perspectiva da Redução de Danos.

O debate em torno dessa questão torna-se ainda mais forte a medida que se percebe a mudança do cenário de uso de drogas nas últimas décadas no Brasil, caracterizada por um aumento do consumo do uso de drogas a medida que se agravam as vulnerabilidades sociais e as marginalidades criadas pelas políticas e ações pautados no proibicionismo.

As repercussões do abuso destas substâncias são múltiplas e percebidas em vários setores, uma vez que afeta tanto a saúde individual quanto a coletiva. O uso do álcool, por exemplo, é apontado como fator determinante de mais de 10% do total dos problemas de saúde do país (ALVES, LIMA, 2013).

Acerca do cenário atual do uso de Drogas no Brasil, destaca-se, um aumento no consumo, principalmente entre os jovens o uso de maconha e solventes, onde o percentual estimado de dependentes de maconha e de solventes corresponde a 1,2% e 0,2%, respectivamente (LARANJEIRA, 2014). No entanto, o álcool e o tabaco continuam a se destacar como as substâncias mais consumidas e com maiores porcentagens de dependentes. Alves e Lima (2013) apontam em seus estudos que 12% da população brasileira apresentam problemas com o álcool.

Alem disso, nas últimas décadas, o fenômeno de crack tem sido acompanhado de uma rápida expansão de seu consumo e de dependência em diferentes segmentos sociais e em todas as regiões do país. A pesquisa da SENAD<sup>2</sup> realizada pela Fiocruz apresentou que a estimativa encontrada nas capitais do país e Distrito Federal para a população desses municípios que consomem crack e/ou similares de forma regular é na proporção de, aproximadamente, 0,81%, o que representaria cerca de 370 mil usuários. A pesquisa trouxe, também, que os usuários de crack e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do país (BRASIL, 2013).

No Brasil, o crack tornou-se um problema nas grandes cidades, onde os bolsões geográficos do tráfico e do consumo de droga se associam a outras vulnerabilidades, como violência e criminalidade, as quais expõem as populações de usuários ou não de drogas a sérios riscos, o que refortalece o caráter multifatorial da dependência química para

---

<sup>2</sup> Estudo, idealizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), um que pudesse delinear o perfil da população usuária de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e “oxi”) no país e também estimar o número desses usuários, trabalho que foi realizado em parceria com Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (BRASIL, 2013).



além apenas do prejuízo individual do usuário (GALLASI; SANTOS, 2013).

Diante desse quadro, evidencia-se de forma clara a emergência de problemas relacionados ao uso de drogas nas grandes cidades do país. O uso regular de drogas mostra-se muito relacionado à condição de vulnerabilidade social dos usuários.

Tal realidade encontra terreno fértil na fragilidade e no preconceito existente em torno da questão das drogas, ganhando ênfase diante dos discursos inflamados em torno de uma suposta epidemia de crack, bem como na ânsia de nossa sociedade por soluções simples e rápidas (MONTANARI, 2009).

Essa questão tem sido bastante retratada pela mídia, muitas vezes apresentando o crack e as crackolândias como ameaças à sociedade. Essa situação alerta o Estado e preocupa a sociedade, por vezes, criando um clima de terror, fomentado pela perspectiva de Guerra às Drogas e pressionando o governo a dar respostas urgentes.

Isso faz ressurgir de maneira muito forte a visão ligada ao proibicionismo quando se trata do uso de drogas fazendo com que as práticas relacionadas a Redução de Danos seja vista com desconfiança pela sociedade, profissionais e muitas vezes pelos próprios usuários que reproduzem o discurso midiático da internação e da abstinência.

A temática das drogas, então, tem sido fruto de muitos debates desde o campo da política até entre profissionais de saúde, bem como na comunidade. Essa questão envolve diferentes perspectivas que vem se constituindo ao longo dos anos e direcionando os olhares sobre o usuário e a construção de práticas no campo da saúde.

Ao mesmo tempo que se assiste a expansão de dispositivos chamados de alta exigência que funcionam sob a lógica da abstinência, como as comunidades terapêuticas, vivencia-se, também, um período de intensa formulação de políticas públicas e de planos relacionados às drogas.

Dessa forma, o cuidado a usuários de crack, álcool e outras drogas tem ganhado esforços governamentais, como a proposta da Rede de Atenção Psicossocial, que amplia e diversifica os serviços direcionados aos usuários. Essa Rede surge com o propósito de ampliar o acesso da população em serviços de saúde, promover a articulação e a integração entre seus pontos de atenção no território, além de estimular a vinculação destes, com os usuários, sendo constituída por seis componentes de atenção à saúde, atenção residencial de caráter transitório, atenção psicossocial especializada e atenção básica à saúde, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação

psicossociais, os quais possuem equipamentos com funções e objetivos diversificados conforme as respectivas abordagens exijam (BRASIL, 2011).

Esse movimento de ampliar os serviços a partir da criação e fortalecimento da rede procura corrigir uma lacuna histórica da invisibilidade do usuário de drogas, a superação das décadas sem resultados das políticas proibicionistas e uma compreensão ampliada do problema, que contemple a complexidade do fenômeno das drogas (MACHADO, BOARINI, 2013).

Uma pesquisa sobre a realidade da rede de serviços direcionados às pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de drogas contou com uma predominância de instituições não governamentais, com 55,2% de Comunidades Terapêuticas, e 12,9% de grupos de Ajuda Mútua, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos. Um cenário onde os CAPS AD<sup>3</sup> representavam somente 33,7% (ALVES, LIMA, 2013).

Reconhece-se a importante contribuição das iniciativas da sociedade civil frente às questões relacionadas ao uso de drogas, num sentido de se uma corresponsabilidade social possível no Estado Democrático de Direito. No entanto, faz-se necessário maior diversidade de opções assistenciais, conferindo aos usuários e seus familiares o acesso às diferentes modalidades de atenção e práticas referenciadas em conhecimentos científicos e apresentarem efetividade comprovada.

Além disso, faz importante pensar numa rede articulada de atenção que englobe instituições governamentais e não governamentais, da saúde e de outros setores (assistência social, educacional, jurídico etc.), para, assim, responder de forma mais efetiva à complexidade da problemática do uso abusivo e dependência de drogas.

A Redução de Danos também vai atuar numa perspectiva de articulação em Rede, favorecendo o acesso às políticas públicas e potencializando a Rede Social de Apoio do território. Sobre essa questão, Quinderé (2013, p.122) aponta que “as linhas de cuidado não podem estar cristalizadas aos diagnósticos clínicos, pautado em modelos biomédicos”, assim elas devem conter pontos de cuidado que abrangem a rede intersetorial e comunitária, “uma rede de suporte social solidária, inclusiva, corresponsável e protagonista da produção de cuidado e da atenção psicossocial aos usuários no território” (BRASIL, 2013, p. 124).

---

<sup>3</sup> Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Ela apresenta-se como diretriz da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011) e da Política de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003), bem como integra o Plano Crack é possível Vencer do governo federal (BRASIL, 2010).

Essa perspectiva também é apontada pelas políticas do SUAS-Sistema único de Assistência Social, que traz que “o atendimento sócio assistencial rompe com as práticas da medicina social e visa à diminuição das situações de conflito e violência decorrentes do consumo de álcool e outras drogas” (BOLOGNINI, 2011).

No entanto, ao mesmo tempo que a estratégia de Redução de danos está prevista nas políticas que tratam da questão do uso de drogas no Brasil, ainda se vê ações no sentido da repressão ao uso e a inclusão de estratégias de cuidado baseadas no isolamento do sujeito e na abstinência. Esses modelos por vezes contraditórios convivem dentro da sociedade e nos serviços de saúde.

Quinderé (2013) aponta em sua pesquisa, onde pôde apreender a percepção dos profissionais quanto ao cuidado a usuários de crack, que as abordagens dos profissionais de saúde mostravam-se com uma perspectiva moralista e punitiva em relação aos consumidores desta droga, ofertando um cuidado reducionista que visava a abstinência como praticamente única possibilidade.

Os profissionais de saúde, em geral, também apresentam a visão negativa do consumo de drogas, como foco na substância e uma percepção patológica sobre o uso de drogas, distanciando-os dos usuários que na maioria das vezes não buscam os serviços de saúde. Muitos profissionais compartilham com a sociedade o imaginário do usuário de drogas como marginal e violento. Assim, “este aspecto reforça nos serviços de saúde práticas segregacionistas e de dificuldades em lidar com a população de usuários que procuram estes equipamentos” (QUINDERÉ, 2013, 21).

Percebe-se, assim, que os serviços ainda têm enfrentado dificuldades em acolher essa demanda, dado o aumento dos problemas relacionados ao consumo de crack e outras drogas. A pesquisa realizada pela Fiocruz revela que o CAPS AD, principal dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial direcionado a essa questão, era acessado por somente 6,3% dos usuários entrevistados (BRASIL, 2013). Além disso, Passos e Souza (2011) apontam que “apesar dos incentivos criados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental para implementação de ações de Redução de Danos (DN) em CAPS

AD, não houve uma adesão significativa que permitisse uma nova institucionalidade para a Redução de Danos”.

Essas dificuldades e contradições vêm ganhando relevo e se expressando no cotidiano do próprio trabalho, procedimentos e condutas dos serviços (MONTANARI, 2009). Impõe-se, assim, como desafio para os profissionais abordar de forma dinâmica e integral os diferentes aspectos constituintes do processo do uso problemático de drogas.

Percebe-se, dentro do cenário dos serviços de saúde, a prevalência da perspectiva do combate às drogas no direcionamento das práticas dos profissionais. Dentro da constituição das políticas direcionadas a essa problemática essa contradição de modelos também pode ser percebida. Trata-se de “uma convivência contraditória - o proibicionismo tolerando uma visão mais ampla de tratamento” (ACSELRAD, 2011).

Esse paradoxo em relação às políticas sobre drogas dar-se diante na implementação de uma estratégia como Redução de Danos que traz como prerrogativa a liberdade e autonomia do usuário no cuidado bem como o reconhecimento do direito a uso de drogas num cenário de governamentalidade neoliberal que incide sobre os indivíduos “através de sujeições e assujeitamentos que visam arrebanhar os “bêbados” e “drogados” (DE ANDRADE, 2004), e ainda num contexto de forte avanço das forças conservadoras e moralistas no país.

Alem disso, não há um conceito de consenso acerca da Redução de Danos dentro na literatura nem entre os técnicos que o operacionalizam (DE ANDRADE, 2004), produzindo por vezes atuações conflituosas dentro dos serviços e práticas contraditórias. Assim, os projetos e ações de Redução de Danos “permanecem no fio da navalha havendo o risco de legitimar as ações nem sempre esclarecidas” (ACSELRAD, 2011).

Ao longo da minha experiência profissional atuei em diferentes dispositivos das políticas públicas que lidavam direta ou indiretamente com a questão do uso de drogas. Uma das experiências refere-se a um serviço, na época da Secretaria de Direitos Humanos de Fortaleza, de abordagem de rua a crianças e adolescentes, contexto em que a questão do uso de drogas era bastante presente. O projeto que se chamava Ponte de Encontro tinha a perspectiva da Redução de Danos como linha de atuação.

Outra atuação profissional se deu no acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, política regulada pelo SINASE- Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, que também prevê em seu eixo Saúde

“assegurar que as ações de prevenção ao uso/abuso de drogas sejam incluídas nos grupos de discussão dentro dos programas de atendimento socioeducativo, privilegiando ações de redução de danos e riscos à saúde” (BRASIL, 2006).

No cenário da Atenção Primária em Saúde, em que atuei, primeiramente como psicóloga residente do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família e depois como tutora do processo formativo do governo federal direcionado aos ACS- agentes comunitários e técnicos de enfermagem, chamado Caminhos do Cuidado<sup>4</sup>, a perspectiva da Redução de Danos era a norteadora das ações junto às pessoas que apresentavam problemas relacionados ao uso de drogas no território. Conforme podemos ver no Caderno de Saúde Mental na Atenção Básica que traz que a atuação de Saúde Mental e álcool e outras drogas é inspirada no trabalho e na construção de projetos do campo da Redução de Danos (BRASIL, 2013, p. 57).

Dessa forma, a perspectiva da Redução de Danos sempre se apresentou como uma norteadora da minha atuação em diferentes contextos das políticas públicas. No entanto, muitos desafios operavam-se nesse cenário. Ao fundo dessas dificuldades encontram-se as diferentes compreensões acerca da estratégia de Redução de Danos, aliada aos preconceitos sobre essas práticas e uma forte carga moral sobre o uso de drogas, herança do modelo proibicionista.

Nesse sentido sempre me inquietou compreender como essa estratégia transversal a diferentes políticas públicas tem construído suas ações nos diferentes dispositivos das redes assistenciais. Além disso, é relevante compreender como a Redução de Danos é entendida pelos sujeitos que integram suas práticas, profissionais e usuários, que estão imersos num contexto de forte influência do modelo proibicionista e submetidos aos anseios de parte da sociedade e do Estado de um mundo livre das drogas.

Diante disso surgem alguns questionamentos: “Como a Redução de Danos é compreendida pelos profissionais e usuários?; Como tem se efetivado a construção de práticas na questão do uso de drogas nas redes assistenciais sob a perspectiva da Redução de danos?; Quais são as práticas mais presentes nas redes assistenciais sob a lógica da Redução de danos?; Até que ponto essas práticas romperam com a lógica

---

<sup>4</sup> Caminhos do Cuidado é uma ação se insere no eixo do Cuidado do plano integrado de combate às drogas ‘Crack: é Possível Vencer’, sob responsabilidade do Ministério da Saúde e articulado pela Casa Civil. Trata-se da formação de trabalhadores da Saúde, que receberam informação sobre os melhores procedimentos e as práticas mais eficientes para o atendimento aos usuários de drogas, visando sempre a redução de danos.

proibicionista?; Que contradições e que acordos encontramos entres as práticas, visto as diferentes perspectivas?; Que potencias essa práticas tem produzido para efetivação da Redução de Danos?''.

Espera-se com o estudo, então, alguns apontamentos sobre essas questões. Assim, pode-se diminuir a distância entre a perspectiva paradigmática da Redução de Danos quando se trata do fenômeno do uso de drogas e as práticas operacionalizadas pelos profissionais e usuários no cotidiano dos serviços das redes assistenciais, desvelando, assim, as suas contradições bem como as potencialidades e iniciativas criativas que possam emergir dessa investigação.

Ao longo do estudo buscaremos entender como as políticas de drogas se constituíram no mundo e, especialmente, no Brasil, desde o modelo de Guerra às Drogas até a emergência da Redução de Danos.

Faz-se necessário também compreender a Redução de Danos sob uma visão paradigmática, para além de uma resposta pragmática diante da epidemia de HIV entre os usuários de drogas injetáveis na década de 80. Mas sim como uma racionalidade norteadora das políticas sobre drogas, que deverá direcionar as práticas e o olhar de profissionais e usuários sobre o fenômeno.

E por fim, ao investigar práticas relacionadas ao uso de drogas em diferentes dispositivos das redes assistências de um território, poderemos nos deparar em como se dá a concretização da Redução de Danos no território.

Esse estudo pretende, então, compreender como essa estratégia tem se efetivado nas políticas públicas, que desafios elas encontram e que potências têm sido produzidas. Assim, poderá contribuir com o debate acerca das políticas sobre drogas e apontar caminhos de superação para essas contradições.

## **1. Objetivos**

### **2.1. Objetivo Geral**

Analisar sob a perspectiva da Redução de danos o desenvolvimento de práticas por profissionais das redes assistenciais e usuários relacionadas ao uso de drogas no território.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Compreender o cenário de uso de drogas no território;
- Descrever as ações relacionadas à questão do uso de drogas realizadas pelas redes assistenciais do território sob a perspectiva da Redução de Danos.
- Compreender como os atores envolvidos (profissionais, usuários e redutores de danos) concebem as ações relacionadas à questão do uso de drogas realizadas pelas redes assistenciais do território sob a perspectiva da Redução de Danos.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1. Uso de drogas na humanidade: das guerras às drogas à redução de danos**

Para compreender como as políticas sobre drogas foram construídas no mundo e especialmente no Brasil faz-se necessário inicialmente realizar um percurso histórico acerca do fenômeno do uso de drogas na humanidade. Para isso é importante caracterizar o termo droga que, por vezes, ganha um tom pejorativo e ligado ao ilícito. Segundo conceito da Organização Mundial da Saúde -OMS droga é qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afete sua estrutura ou função. Esse conceito amplia as possibilidades de substâncias que compõem hábitos em diversas culturas que se enquadrariam como droga. Além disso não faz nenhuma menção acerca da legalidade da substância para considerá-la como droga, o que nos indica a presença de uma carga ideológica sobre esse termo.

Percebe-se de antemão que as drogas, substâncias que alteram o funcionamento do organismo, sempre fizeram parte da relação do homem com a natureza e com outros sujeitos, como um hábito ora relacionado a rituais religiosos, práticas terapêuticas ou ainda como busca de prazer.

Outra constatação importante é que a droga se caracteriza como fenômeno cultural ou seja em cada período histórico, lugar e povo ela terá um papel nessas relações com o mundo e entre os homens. Alves e Lima (2013, p.11) trazem que “a relação do homem com tais substâncias perpassa a história da humanidade e as mudanças observadas quanto ao padrão de consumo refletem profundas transformações socioculturais”. Dessa forma, o padrão sócio cultural de um povo indicará certas formas de se relacionar com as drogas, bem como substâncias utilizadas e seus padrões de uso influenciarão o funcionamento da sociedade e seus aspectos sócio culturais. As drogas, então, não se caracterizam como um sintoma ou como uma causa de um modelo de sociedade, mas a compõem enquanto fenômeno sociocultural inerente a humanidade. Assim,

O que a história da humanidade parece indicar é que as drogas, em geral, sempre estiveram presentes na sociedade humana, e, considerando-se essa história, certamente continuarão acompanhando o caminhar da humanidade (MACHADO, BOARINI, 2013, p.581).



Segundo informações do OBID- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, estudos arqueológicos indicam que o consumo do álcool data de 6.000 a.C, (BRASIL, 2011). Além do álcool, tem-se como dados históricos o uso das chamadas plantas de poder, datada de milênios, cujo os princípios ativos de algumas delas só foram identificados, isolados e alguns reproduzidos a fim de comercialização no último século (ACSELRAD, 2011).

Destaca-se, o uso de substâncias na Roma Antiga permeando os hábitos e costumes da sociedade, desde os cidadãos do império, para os quais o uso de vinho e o ópio eram privilégio, até a cerveja era usada pelos bárbaros e estrangeiros. O hábito de beber acontecia sempre depois das refeições e tinha uma função de promover a sociabilidade. Além disso há relatos de uso em contextos religiosos e terapêuticos, onde, por exemplo, o uso do ópio, em gotas, era recomendado às crianças a fim de se garantir um bom sono.

Ao longo da história da humanidade, a utilização de substâncias psicoativas para fins terapêuticos esteve presente e com advento da medicina enquanto ciência, as drogas foram legitimadas em seu potencial terapêutico por esses profissionais, ganhando um caráter científico e sendo prescrito em diversos contextos e à diferentes públicos. Acselrad, 2011 nos traz alguns exemplos:

Em 1885, recomendava-se o uso terapêutico da cocaína para combater a dor de dentes nas crianças, assegurada sua cura imediata; (...). Em 1914, na França, o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas Vidal e Georges, na sua primeira edição, sugeria o uso da Heroína Vicário cujas propriedades terapêuticas contra todas as afecções respiratórias são assinaladas, sendo regulamentado o seu preço (ACSELRAD, 2011, p.2).

Assim, houve um período em que a droga era compreendida como um remédio, uma vez que tinha a capacidade de eliminar a dor e de afastar os problemas (MACHADO, BOARINI, 2013). No entanto, o lugar da droga na sociedade foi se transformando a partir de mudanças intensas que aconteceram como advento da Revolução Industrial. O aumento da população nas grandes cidades e a crescente urbanização fomentou um mercado de comercialização e distribuição dessas substâncias para amplas camadas da população (MOTA, 2009). Como exemplo temos a produção do ópio na China, que por volta do ano de 1900, ganhou uma dimensão semelhante aos

complexos industriais “que faziam inveja aos empresários modernos” (ACSELRAD, 2011, p.2).

As altas jornadas de trabalho e as vulneráveis condições de vida da população que se aglomerava nas grandes cidades exigiam cada vez mais de fontes de alívio para as dores e estimulantes para suportar a vida nesse novo contexto. Assim as substâncias psicoativas e seu poder de fuga ou cura mostraram-se ainda mais necessários para nova classe social que emergia na sociedade.

A necessidade de superar as consequências do mundo moderno, como as guerras, exploração, mal-estar, fez-se como que se desenvolvessem drogas cada vez mais eficazes (MOTA, 2009). Assim, a tecnologia emergente na época e o surgimento da indústria química permitiram o aprimoramento do processo de destilação do álcool, o isolamento de princípios ativos e a produção de novas substâncias (ALVES, LIMA, 2013), o que alterou o padrão de uso de drogas da população e de acesso às substâncias psicoativas.

Dessa forma, a partir do século XVIII, com a Revolução Industrial na Europa, vê-se uma crescente popularização do uso de drogas entre diferentes segmentos sociais, o que provoca um aumento do consumo de drogas incitando um debate entre a defesa da abstinência ou da tolerância e da educação para o uso moderado.

A Revolução Industrial não “inventou” as drogas, entretanto, provocou mudanças socioculturais e o incremento de substâncias psicoativas mais potentes, fazendo com que o uso de drogas que inicialmente mostrava-se como artifício de alívio ou escape para as consequências do modelo industrial, começasse a intervir na massa trabalhadora, mão de obra do sistema. Havia, então, a necessidade de adestramento do sujeito, para que homem pudesse se tornar mais exercitado (utilidade) e mais submisso (obediência) (MOTA, 2009). Assim, o “bêbado” ou o “drogado” escapavam deste modelo disciplinar.

Somava-se a isso uma forte ideologia religiosa puritana, igreja que ganhou força nos Estados Unidos e na Europa, em que trazia que o uso de drogas como uma ameaça aos valores da família, afastando os jovens do convívio escolar, da religião, do mercado de trabalho.

A sociedade capitalista necessitava, agora, de mão-de-obra disponível, disciplinada e sóbria para cumprir as funções de reprodução do capital, sob forte espírito

puritano (MOTA, 2009). Diante disso, ganha força nos Estados Unidos, um movimento liderado por grupos religiosos, que decretam "guerra às drogas".

É nesse contexto político que são formuladas as legislações proibicionistas, de início, a Lei Seca e a Lei Federal Antidrogas dos EUA, de 1988, apontou como meta a 'criação de uma América livre de drogas' e fez uma declaração formal de 'Guerra às Drogas'. Essa lei criou o Office of National Drug Control Policy (Divisão de Política de Controle de Drogas - ONDCP), com a função de estabelecer prioridades e objetivos para o controle de drogas no país, formular anualmente a estratégia nacional de controle de drogas e implementar esta estratégia (FONSECA et.al, 2005). Vê-se então a determinação do que seriam as "drogas perigosas", que ameaçavam a sociedade, e elas passam a ser proibidas e seus usuários criminalizados.

Assim, a comercialização e o consumo de drogas passaram a ser criminalizados e o fenômeno passou a ser abordado como uma questão de segurança pública e de polícia. A concepção proibicionista e as políticas de guerra contra às drogas ganharão uma escala planetária, influenciando, principalmente a América Latina e, em especial, o Brasil.

No entanto, a lógica da Guerra às Drogas mostra-se, ao longo dos anos, fracassada. Análises publicadas na década de 80 evidenciaram os efeitos contraprodutivos dessas intervenções repressivas (FONSECA et.al, 2005), pois não diminuiu o comércio e uso de drogas na população e, por vezes, aumentou os danos relacionados ao uso se considerarmos o circuito de violência gerado pelo tráfico de drogas e as ações de repressão ao uso.

A exemplo da Lei Seca, primeira experiência de política pública proibicionista dos EUA, contra as bebidas alcoólicas, implantada em 1920 e revogada em 1933, que segundo Acselrad (2011) redundou em retumbante fracasso, pois não conseguiu coibir produção, comércio, uso; provocou a falta de controle de qualidade das bebidas alcoólicas; fomentou a organização clandestina, favorecendo formações criminosas; e agravou a falta e/ou dificuldade de circulação de informação confiável sobre os eventuais danos decorrentes do uso abusivo (ACSELRAD, 2011).

A Guerra contra às drogas também provocou um sub financiamento de políticas de tratamento a usuários de drogas. As ações repressivas desse modelo, como apenação e encarceramento de usuários de drogas custou ao governo americano, ao longo de dez

anos, 20 milhões de dólares, dez vezes mais que o que foi investido em tratamento a esses usuários (2 milhões de dólares) (FONSECA ET.AL, 2005).

Essa ênfase nas penalidades criminais ao invés de no tratamento reforça a visão jurídico-criminal e a estigmatização dos usuários de drogas, o que faz com que as ações da Guerra contra as Drogas sejam legitimadas, muitas vezes, pela própria sociedade.

A penalização do consumo de drogas reforça a visão do público dos usuários de drogas como 'pessoas más' e de ser o uso de drogas um problema criminal, e não uma questão de saúde ou psicossocial. Essa orientação repressiva tem determinado um incremento no número de condenações e prisões (FONSECA ET.AL, 2005, 764).

A Guerra às Drogas, segundo Acselrad (2011), também trouxe prejuízos nos países que seguiram a linha norte americana do proibicionismo. Como exemplo, temos a Colômbia que sofreu interferência direta dos EUA nas décadas de 80 e 90, cujas ações refletem diretamente na sua dinâmica política e social, além de ter fomentado conflitos e guerrilhas internas no país. O autor destaca ainda que:

A partir do Plano Colômbia, são destruídas plantações de coca e, por extensão, a agricultura familiar, a fauna e a flora do país, com efeitos danosos, individuais e coletivos, com repercussão no meio ambiente e no imaginário infantil (ACSELRAD, 2011, p.6).

Essa questão fica ainda mais evidente no Brasil que recebeu influências diretas do modelo americano de Guerra às Drogas e assistiu no último século a emergência do uso de drogas na sociedade de forma exponencial. E junto ao aumento do consumo de drogas pela população brasileira, tem-se o fortalecimento de um circuito de violência, que pode ser expresso, hoje, claramente no alto índice de mortes entre jovens no Rio de Janeiro, muito maior do que o constatado em outras cidades e países em situação de guerra explicitamente declarada (ACSELRAD, 2011).

Assim, fica claro que a Guerra contra as Drogas não corresponde a uma caça às substâncias, mas a seus consumidores, que sendo alvo dessa lógica jurídico-criminal passam a ser enxergados como marginais e uma ameaça à sociedade.

Em contraposição a esse modelo, algumas experiências no mundo ganham um caráter mais pragmático diante dos problemas causados pelo consumo de drogas. Pensa-se, então, sob essa lógica, em reduzir os danos e prejuízos causados pelo uso de drogas, sem fazer julgamentos sobre as condutas individuais das pessoas, ganhando assim, um caráter de intervenção coletiva.

Na Inglaterra era uma preocupação para o governo o uso abusivo e de opiáceos e os danos causados à população de usuários dessa substância. Assim, o Reino Unido adotou uma resposta ágil a esses desafios, disparando diversas ações antes mesmo da epidemia de HIV/Aids se tornar mais expressiva naquele país (FONSECA ET.AL, 2005). Iniciou-se, por exemplo, a prescrição médica de que opiáceos pelos médicos clínicos para os dependentes dessas drogas como forma de ajudá-los a levar uma vida mais estável e socialmente útil (DE ANDRADE, 2004). Assim:

As políticas de redução de danos tiveram início com o relatório de Rolleston, implementado na Inglaterra em 1926, que estabelecia um princípio segundo o qual o médico poderia prescrever legalmente substâncias derivadas do ópio para os dependentes de alguns tipos de drogas (ROSA, 2014, p.49).

Apesar de os estudos sobre Redução de Danos terem iniciado na Inglaterra já na década de 20, foi só bem mais tarde, na década de 80, inicialmente em Amsterdã, Holanda, que a estratégia de redução de danos começou a ganhar corpo (MACHADO, BOARINI, 2013). Essa ampliação das estratégias para reduzir os danos aos usuários de drogas foi articulada pelos próprios usuários que demandavam melhores condições de vida e saúde e passaram a reivindicar cuidados num movimento social denominado Liga de Dependentes, ou *Junkiebond*.

Com a epidemia de AIDS ao redor do mundo e a constatação da transmissão do vírus em usuários de drogas injetáveis que compartilhavam seringas, a estratégia da Redução de Danos ganha espaço e passa a ser utilizada em vários países do mundo.

Os Programas de Troca de Seringas (PTS), uma das estratégias que integram as políticas de RD, e que têm por objetivo fornecer seringas novas/estéreis, mediante a troca por seringas usadas, recolhidas da comunidade, têm sido amplamente divulgados e implementados, a partir de sua avaliação positiva em países da Europa e na Austrália (FONSECA, et.al., 2005, p.765).

Dessa forma diversas estratégias de Redução de Danos, como PTS, forma implantadas em diversos países dentre, inclusive os EUA. No entanto, desde seu início, a redução de danos foi de encontro à estratégia proibicionista norte-americana de *guerra às drogas*, uma vez que não priorizava a abstinência como meta de suas ações (MACHADO, BOARINI, 2013).

Nos EUA chegou-se a ter 135 programas de Programas de Troca de Seringas. No entanto, percebe-se que o incentivo financeiro a essa política era ínfimo diante da

prevalência do modelo de Guerra às Drogas que acabavam, também, por impor regras muito restritivas para os usuários inserirem-se nos programas, como leis aprovadas, nos EUA, restringindo a compra e posse de equipamentos usados para preparar e administrar a injeção de drogas. Como resultado, temos que, no ano de 2000, dos 600.000 dependentes de opiáceos nos EUA, apenas 115.000 (19,2%) estavam engajados em programas de manutenção por metadona (FONSECA, et.al., 2005).

Mesmo com os efeitos positivos comprovados ao redor do mundo das estratégias de RD junto a usuários de opiáceos e UDI's, e inclusive nos poucos contextos em que foram implementadas nos EUA, as medidas de reabilitação e redução de danos não têm sido estimuladas no contexto norte americano.

A elite política americana ao invés de utilizar o corpo de conhecimentos acumulados para subsidiar a formulação de soluções alternativas, segue recorrendo fundamentalmente às políticas repressivas e a medidas jurídicas e policiais (FONSECA, et.al., 2005, p. 769).

As políticas norte-americanas, então, mesmo com o advento da Redução de Danos, conservam um caráter marcadamente repressivo, fruto da história social americana de demonização das drogas. A resistência da sociedade norte-americana aos programas de redução de Danos representada pela lógica do “*not-in-my-backyard* (não-no-meu quintal) – representa uma importante limitação das oportunidades de implementar ações desta natureza” (FONSECA, et.al., 2005).

Essa questão soma-se aos problemas decorrentes de um sistema de saúde fragmentado, com um acesso, o mais das vezes, restrito aos beneficiários de seguros privados, e uma tradição individualista (FONSECA, et.al., 2005).

Na Inglaterra vimos uma ascendência da Redução de Danos, bem mais proeminente. Depois dos experimentos iniciais com usuários de opiáceos na década de 20, a Inglaterra passou um longo período de clara predominância das políticas repressivas.

Somente na década de 80, com o fortalecimento da RD no mundo assiste-se a uma reemergência das políticas de RD no Reino Unido, inicialmente na região de Merseyside, região industrial tradicional que atravessava, à época, forte crise social e econômica. Essa região que presenciou um crescimento de número de usuários de drogas injetáveis desenvolveu um PTS, onde foram distribuídas mais de 27 milhões de seringas por ano no Reino Unido. Já a manutenção por metadona constitui um

tratamento alternativo, prescrito para mais de 98% dos usuários britânicos de heroína que estão em tratamento ‘não abstinente’.

Destaca-se também, o papel estratégico das Farmácias de Merseyside, no sistema de acesso ampliado a seringas e agulhas estéreis e drogas sob prescrição, onde os farmacêuticos aviam receitas para drogas fumadas, como os cigarros contendo drogas diversas, bem como drogas sob a forma de ampolas ou em aerossol.

Desenvolveu-se ainda, na Inglaterra, uma política de educação sobre drogas voltadas para a adoção de comportamentos mais seguros e menos danosos, como reduzir o compartilhamento de equipamentos de injeção; reduzir o uso injetável; reduzir o uso de ‘drogas de rua’; reduzir o uso de drogas de um modo geral; e alcançar a abstinência (FONSCECA et.al., 2005).

Alem disso, o Reino Unido desenvolveu uma política integrada sobre drogas buscando combinar, de forma mais equilibrada, a coerção e a prevenção. Uma ‘estratégia de 10 anos’ para combater o abuso de drogas no Reino Unido, publicada sob a designação de Tackling Drugs to Build a Better Britain.

O controle das drogas ilegais continuou sendo uma meta, embora o foco tenha sido direcionado para as drogas mais prejudiciais à saúde dos seus consumidores, como a heroína e a cocaína. Implementar atividades coordenadas em um nível local, e contempla quatro objetivos: políticas direcionadas aos jovens às comunidades, ao tratamento (incluindo as ações de redução de danos) e à repressão (FONSCECA et.al., 2005, p. 769)

As ações junto às pessoas que fazem uso de drogas na Inglaterra têm financiamento anual de US\$ 2,3 bilhões e são organizadas localmente em nove equipes regionais Drug Action Teams (DATs), compostos por representantes das autoridades locais de saúde, do serviço penitenciário e voluntários, responsáveis pela Estratégia Nacional de Drogas em âmbito local.

O sucesso da estratégia da Redução de Danos na Inglaterra se deu pela postura pragmática do governo diante da disseminação da epidemia de Aids, construindo respostas do âmbito da Saúde Pública, e não jurídico-criminal, e embasadas cientificamente. Além disso destaca-se a retaguarda para os usuários de drogas inseridos nos programas de Redução de Danos do Sistema Nacional de Saúde Britânico e dos serviços sociais britânicos, incluindo as políticas públicas de bem-estar que funcionam adequadamente e têm boa cobertura.

Alem disso apesar de algumas resistências ideológicas, a perspectiva da Redução de Danos na Inglaterra, não enfrenta grandes obstáculos legais ou políticos, como nos EUA, para implementação dessa política, tendo aceitação de grande parte da sociedade (FONSCECA et.al., 2005).

O Canadá também se destaca na implementação das Políticas de Redução de Danos apresentando-se, atualmente, como um dos países onde essa questão encontra-se mais avançada. A política canadense de Redução de Danos, assim como da Inglaterra, é constituída a partir de bases científicas e resultados de experiências promissoras que embasam a elaboração de ações. Além disso, percebe-se uma priorização financeira do governo, garantindo a constituição de uma política integral e de continuidade.

Além de um sistema de saúde, em especial da Atenção Primária, capacitado a dar respostas no acolhimento a pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, o Canadá oferta serviços de PTS aos usuários de drogas injetáveis e de prescrição de metadona a usuários de opiáceos. Alem disso, destaca-se os LIDI, lugares onde, sob uma supervisão médica, pessoas podem injetar substâncias tais como heroína e cocaína proveniente do mercado ilícito, sem ficar sob alvo pela polícia, e possibilitando melhoraria o acesso aos serviços de saúde e terapêuticos entre UDI's marginalizados (CARRIER, QUIRION, 2003).



### 3.2. Políticas sobre Drogas no Brasil: a emergência da Redução de Danos

As políticas sobre drogas no Brasil sofreram ao longo da história e ainda sofrem forte influência política proibicionista norte americana, reflexo de uma subordinação cultural científica e política do Brasil e da América Latina como um todo, à força dominante dos EUA. No entanto, “até a década de 20, não havia qualquer regulamentação oficial sobre as drogas ilícitas no país” (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 583).

Como em outros países, o uso de drogas no Brasil era tolerado na sociedade e ocupava seu papel seja ela terapêutico, ritualístico ou mesmo de socialização e promoção de prazer. Os povos indígenas originários usavam as plantas de poder em seus rituais religiosos, bem como para fins curativos. A planta Ayuaska, da qual se fabrica um chá, faz parte do ritual de várias religiões como Santo Daime e União do Vegetal, com bastante adeptos atualmente.

No início do século XX, nas grandes cidades que começavam a se formar com o desenvolvimento da industrialização, o uso de drogas fazia parte dos hábitos e cotidiano das pessoas. A naturalidade com que era tratada o uso de drogas na sociedade brasileira neste período histórico era expressa em obras literárias de Olavo Bilac, Lima Barreto, Álvaro Moreyra, Patrícia Galvão/Pagu que faziam referência ao uso de haxixe, da cocaína, do lança perfume e em canções como na canção tango que Sinhô compôs em 1923, chamada “A cocaína” (ACSELRAD, 2011, p. 2).

Só o vício me traz/ Cabisbaixa me faz/ Reduz-me a pequenina/  
Quando não tenho à mão/ A forte cocaína/ Quando junto de mim  
/Ingerida em porção/ Sinto só sensação / Alivia-me as dores/ Neste  
meu coração (...)

O processo de industrialização do Brasil e o aumento da população nas cidades proporcionou alteração no padrão de consumo de drogas pela sociedade, em semelhança com o que aconteceu no advento da Revolução Industrial na Europa no século XIX. Assim, a indústria que se desenvolvia na época preocupava-se em garantir sua classe trabalhadora e as drogas passaram a ser compreendidas como uma ameaça.

Na década de 20 surgiram as primeiras medidas de caráter jurídico-criminal em relação ao uso de drogas no Brasil. Nessa época, as drogas combatidas eram,

principalmente, o ópio e a cocaína, e recomendava-se para os usuários de drogas ilícitas, internação e isolamento social.

Constituiu-se como o marco inicial no Brasil do controle sobre drogas, e resultou na publicação de uma lei restritiva ao consumo dessas drogas, com punições àqueles usuários “que não seguissem as recomendações médicas (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 583).

Em 1938, foram incluídas na classe de drogas ilícitas, a maconha e a heroína, a partir do Decreto Lei n.º 891, que além de condenar o uso dessas substâncias e ratificar a proibição de cocaína e o ópio, previa a Toxicomania como “doença de notificação compulsória”, que não podia ser tratada em domicílio. Assim, internação em hospital psiquiátrico era tida como obrigatória quando determinada pelo juiz e a alta era condicionada a avaliação médica, por meio de testes e de exames acerca da cura do toxicômano (MACHADO, BOARINI, 2013).

Essas determinações jurídicas foram incorporadas ao Código Penal de 1941, elaborado no governo de Getúlio Vargas “para conter comportamentos desviantes, tendo como foco o trabalhador” (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 583).

Em 1976, sob forte influência da política de Guerra às Drogas, foi publicada a Lei n.º 6.368/1976 que regulamentava sobre o uso de drogas no Brasil e recomendava ações de prevenção e repressão ao tráfico e ao uso indevido de substâncias entorpecentes causadoras de dependência física ou psíquica.

Essa lei, por três décadas, foi a única regulamentação que ditava sobre a questão do uso de drogas no Brasil, demonstrando que em grande parte de sua história, as políticas sobre drogas estavam mais conectadas às questões de segurança do que às de saúde pública, tendo como enfoque a repressão em detrimento da prevenção, ficando a preocupação com o tratamento dos usuários de drogas em último plano.

Até a década de 80, as ações de redução da oferta diminuíram ou até mesmo anularam os investimentos em saúde pública e em prevenção, tratamento e reinserção social, concentrando nos âmbitos da Justiça e da segurança pública grande parte dos recursos públicos destinados à problemática das drogas (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 584).

No entanto, apesar de existir uma legislação desde o início do século que tinha como intenção reprimir o consumo de drogas no país, até a década de 80, o consumo de drogas ilícitas não era considerado um problema da saúde pública ou de

responsabilidade governamental. Essa preocupação, até então, só ocupava um grupo de médicos que compunham a Liga Brasileira de Higiene Mental, que preocupados com o uso abusivo de álcool que fazia com que grande parte dos sanatórios da época fossem ocupados por usuários dessa substância, chegou a propor ao Poder Legislativo medidas para a contenção desse fenômeno, porém não foram atendidos.

Assim, percebe-se uma grande lacuna de espaços e estratégias de cuidado às pessoas que apresentavam problemas relacionados ao uso de drogas na história das políticas públicas brasileiras. A Saúde Pública não assumia, até então, a responsabilidade junto a essa questão o que permitiu a expansão de outros serviços da sociedade civil e que ganhou um espaço na esfera do cuidado, disputado com o setor público, até hoje. Como exemplo disso temos as comunidades terapêuticas (MACHADO, BOARINI, 2013).

Até a década de 90, o principal órgão relacionado às questões sobre drogas, no Brasil, responsável por fiscalizar as atividades realizadas na área de drogas e propor o aperfeiçoamento de uma política específica eram os Conselhos de Entorpecentes, que atuavam tanto na esfera federal, estadual e municipal. Esses conselhos tinham ligação direta com o poder judicial e a polícia.

Esse domínio da esfera jurídico criminal sobre a saúde pública na questão do uso de drogas era reflexo do modelo de Guerra às Drogas que ganhava força nos EUA e influenciava os países como o Brasil.

No entanto, na segunda metade da década de 80, o modelo proibicionista começa a demonstrar seus primeiros sinais de fracasso. Junto a isso, a epidemia de AIDS exigiu a emergência de novas estratégias de controle de uso de drogas, emergindo a perspectiva da Redução de Danos no mundo, e assim, também, no Brasil. A partir daí, rompeu-se o hiato criado na esfera do cuidado aos usuários e a Saúde Pública no Brasil e começou a se promover ações a fim de reduzir os danos do uso, principalmente em usuários de drogas injetáveis, e assim prevenir o risco de doenças como a AIDS.

A partir da constatação da falência da estratégia de *guerra às drogas*, ante o aumento da variedade e do uso e a precocidade do consumo de drogas, o Estado brasileiro, apoiado pelos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, criou políticas públicas direcionadas às pessoas que usam drogas, principalmente aquelas ilícitas (MACHADO, BOARINI, 2013, p.584).

É consenso entre os estudiosos que o uso das estratégias de redução de dano teve início em 1989, na cidade de Santos, no Estado de São Paulo, onde se concentrava grande parte dos casos de AIDS decorrentes do uso de drogas injetáveis (PASSOS, SOUZA, 2011; MACHADO, BOARINI, 2013; ROSA, 2014). Santos era conhecida como “capital da AIDS”, por ser uma cidade portuária a maior da América Latina, lugar de trocas e encontros de todas as ordens (PASSOS, SOUZA, 2011), onde seus frequentadores estavam expostos a riscos, inclusive o de contrair doenças seja através de relações sexuais sem proteção ou pelo compartilhamento de seringas de drogas entre usuários de drogas injetáveis. Além disso, era ponto estratégico do tráfico internacional de drogas, facilitando o acesso às drogas injetáveis.

Segundo dados epidemiológicos 51% dos casos de contaminação de HIV/AIDS em Santos estavam relacionados ao compartilhamento de seringa para o uso de drogas injetáveis (PASSOS, SOUZA, 2011). Essa situação assim, como em outros países, exigia uma resposta pragmática do âmbito da Saúde Pública. Dessa forma, o médico sanitário David Capistrano, então secretário de saúde do município de Santos, como apoio do Coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, implementou o primeiro PTS-programa de trocas de seringas- brasileiro.

No entanto, essa primeira tentativa de implementar estratégias de redução de danos no Brasil provocou a reação da sociedade e do Ministério Público de São Paulo que gerou ações civis e criminais contra os organizadores do programa e da cidade governo de Santos (FONSECA, 2006), acusados de incentivarem o uso de drogas.

Essas iniciativas de RD entravam em conflito com as disposições da Lei nº 6.368/1976, que até então, regulava questões sobre o uso de drogas no Brasil e colocava como ilícito o uso de drogas injetáveis como a cocaína e heroína, bastante consumidas na época. Essa situação, então, expõe a contradição dentro do próprio Estado Brasileiro, a medida que uma instância pública, a política de Saúde, propõe e financia estratégias de Redução de Danos, garantindo atenção àqueles usuários de drogas injetáveis, o poder judiciário age no sentido de suspender essa ação.

A ação judicial que David Capistrano sofreu não será tomada como um episódio de uma história pessoal, mas sim como um acontecimento político que evidencia o encontro entre as forças conservadoras que sustentam uma política antidrogas e as forças progressistas que adotavam a RD como uma estratégia em defesa da vida e da democracia (PASSOS, SOUZA, 2011, p. 156).

Assim, desde seu ingresso no Brasil, a estratégia de redução de danos provocou polêmicas e resistências, sob a alegação de facilitar o uso/consumo de drogas e de levar a gastos indevidos do dinheiro público. Esse enfoque era e é até hoje corroborado por segmentos do próprio governo como a polícia federal e por segmentos da sociedade civil com grupos religiosos e a Igreja Católica (MACHADO, BOARINI, 2013). E foi então nesse mesmo cenário de uma hegemonia do modelo de Guerra às drogas, que se deram as primeiras ações sob a perspectiva da Redução de Danos no Brasil.

Esse paradoxo mostra-se ainda mais evidente quando se analisa o contexto político, econômico e social do país na década de 80, onde assistiu-se a falência do milagre econômico brasileiro. Por anos, o Brasil vivenciou uma série de políticas desenvolvimentistas a espelho do bem estar social norte americano, mas que produziu também uma enorme dívida externa e um alto índice da inflação, promovendo um desemprego conjuntural no cenário brasileiro. A crise econômica gerada nesse cenário tornava-se ainda mais grave diante da explosão demográfica dos grandes centros urbanos que havia ocorrido nas últimas décadas no Brasil, aumentando os cinturões de pobreza nas periferias e favelas.

Essa situação aprofundou as grandes desigualdades sociais existentes no país e deu margem ao crescimento do mercado ilícito, inclusive o mercado de drogas. Dessa forma, “no final da década de 80 e início da década de 90, o tráfico de drogas, sobretudo de cocaína, ganha projeção tanto no mercado nacional quanto no mercado internacional” (PASSOS, SOUZA, 2011).

Assim, ao mesmo tempo que havia iniciativas de implementação da Redução de Danos, assistia-se a um fortalecimento de políticas de “combate à droga”, a partir das pressões geradas sobre o governo em detrimento do aumento no tráfico de drogas e da violência nas grandes cidades. Vê-se, então, a coexistência entre políticas totalitárias e políticas democráticas (PASSOS, SOUZA, 2011) que serão plano de fundo para os embates travados pela Redução de Danos no Brasil.

O lento processo de abertura política no Brasil foi acompanhado de rearranjos macropolíticos que possibilitaram a manutenção de práticas autoritárias no interior do próprio Estado Democrático. As políticas de drogas passaram a assumir uma posição estratégica nesta reforma estatal, impondo impasses para o amplo processo de democratização e restrições para a atenção equânime, integral e universal as pessoas usuárias de drogas (PASSOS, SOUZA, 2011, p. 155).

O jogo de forças democráticas e totalitárias que envolvem tais questões, tornam-se ainda mais evidentes quando na constituição de 1988, marcada pela garantia de direitos universais para a população brasileira, o texto da lei 6368/76, que criminalizava o uso de drogas, proferida em pleno período ditatorial e com caráter autoritário, não foi reformulado. A Constituição, então, garante direito a liberdades individuais e uma lei do Direito Penal impede que as pessoas usem certas substâncias (PASSOS, SOUZA, 2011).

E foi, exatamente, pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, cuja determinação é: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2009), que o COFEN permitiu, posteriormente, a ampliação das ações de Redução de Danos no país, ainda que não a salvo das forças conservadoras do Estado e da sociedade.

Em 1994, diante dos boletins preocupantes do Ministério da Saúde que indicavam que 25% dos casos de AIDS no Brasil estavam associados ao uso indevido de drogas injetáveis, e a partir da cooperação com o UNODC – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e do financiamento do Banco Mundial (FONSECA, 2006), as ações de Redução de Danos são ampliadas.

Essa realidade epidemiológica relacionada a transmissão do HIV na população brasileira exigia que a RD deixasse de ser uma ação pontual do município de Santos e se tornasse uma ação dentro da política nacional (PASSOS, SOUZA, 2011). Dessa forma, o Ministério da Saúde reconheceu a redução de danos como estratégia de saúde pública no Brasil. Assim, iniciou-se um projeto de articulação política em torno da interface AIDS e Drogas chamado “Projeto Drogas” de onde partiram diferentes linhas de intervenção que deram origem aos Programas de Redução de Danos (PRDs) em todo o país.

No final da década de 1980 e início dos anos 1990, as estratégias circunscritas às políticas de redução de danos em nosso país situavam-se no controle sobre o consumo injetável de cocaína, assim como em práticas preventivas realizadas por meio da difusão de uma educação sexual que possuía o preservativo como principal mecanismo a minimização dos índices de HIV (ROSA, 2014, p.6).

O primeiro programa de Troca de Seringas brasileiro é implementado, em Salvador, Bahia, em 1995, decorrente de uma iniciativa do Centro de Abuso de Drogas Estudos E Terapia sobre Drogas Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Bahia, com o apoio dos governos estadual e municipal. Além do apoio das Universidades como nesse programa, muitas outras iniciativas de Redução de Danos foram criadas e desenvolvidas por ONGs que desempenharam um papel fundamental na história da RD no Brasil.

Na pesquisa realizada por Fonseca (2006), pode se perceber o cenário dos programas de Redução de Danos no Brasil e suas principais características. O estudo identificou 134 programas de Redução de Danos, com predomínio na região sudeste (ver Figura 1) e em grande parte com financiamento público federal. Além disso, dentre os 45 programas estudados, constatou boa adesão dos usuários aos programas (68,2% com uma boa ou muito boa adesão) e também algumas dificuldades como vínculos dos profissionais fragilizados (54,6% autônomos, 31,2% voluntários e somente 6.7% contratados por CLT) e a insuficiência de estratégias de monitoramento e avaliação das ações.

Figure 1

Location of syringe-exchange programs (SEP), by municipality and state, data referring to 116 programs\*, 2005.

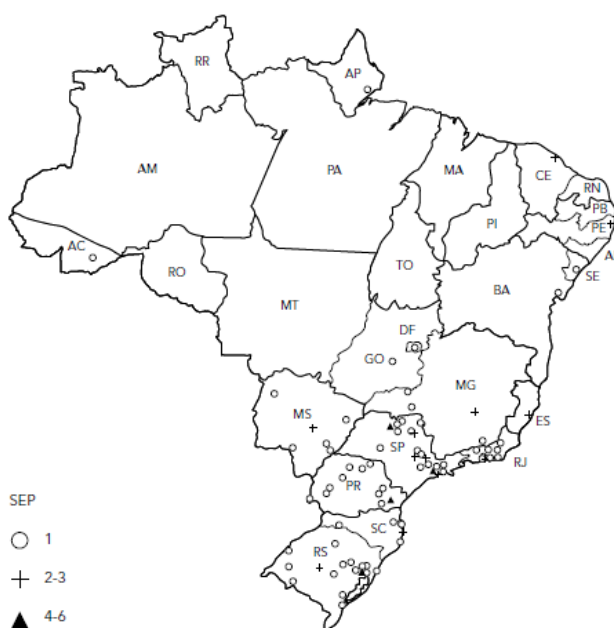


Figura 1: Localização dos Programas de Redução de Danos no Brasil (FONSECA, 2006)

Esses programas, segundo um estudo realizado em 2001 no Rio de Janeiro, contribuíram consideravelmente para a redução substancial nas taxas de infecção por HIV (prevalência e estimativas de incidência) de 25% a, aproximadamente, 8% (FONSECA, 2006).

Alem disso, a significativa expansão dos Programas de Redução de Danos no Brasil, bem como o fomento a grupos, associações e encontros acerca da temática, que mobilizou politicamente redutores de danos e usuários, geraram ainda mais tensões no Estado, desvelando mais suas contradições e a convivência não tão pacífica da Redução de Danos com a perspectiva proibicionista.

Dentre as associações destaca-se a ABORDA- Associação Brasileira de Redução de Danos e a APRENDA, associação de São Paulo, criadas em 1998, a partir da 9ª Conferência Internacional sobre a Redução dos Danos Relacionados às Drogas. Essas organizações contribuíram para articulação de “uma rede cooperativa e democrática de redutores de danos” (PASSOS, SOUZA, 2011, p. 159).

Esses movimentos políticos da Redução de Danos tencionaram o governo e como resultado tivemos a implementação de algumas leis estaduais que legitimavam as práticas de Redução de Danos. A primeira foi em São Paulo em 1998 (Estatuto Estadual nº. 9.758 / 97), em seguida em Santa Catarina (Lei Estadual nº 11.063/98), Rio Grande do Sul (Lei Estadual nº 11.562/00) e Mato Grosso do Sul (Lei Estadual nº 2.404/01).

Essas leis estaduais são bastante relevantes, pois afastam essas ações do âmbito de proibição das normas criminalizadoras de comportamentos relacionados às drogas ilícitas e enfatizam a necessidade de uma abordagem de saúde pública (FONSCECA et.al., 2005, p. 299)

Apesar desses avanços na direção da Redução de Danos ainda predominava uma perspectiva proibicionista na política sobre drogas no Brasil. No governo do Fernando Henrique Cardoso, os Conselhos de Entorpecentes foram substituídos pelas Secretarias Antidrogas, que eram assim denominadas seguindo a lógica da política norte-americana de Guerra às Drogas, e estavam sob direção militar (ACSELRAD, 2011). Percebe-se, ainda, um forte domínio da lógica jurídico-criminal sobre a questão do uso de drogas no Brasil.

No entanto, esse cenário acerca da lógica sobre o uso de drogas tem uma mudança significativa a partir da aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, que



legitimou o movimento da reforma psiquiátrica na área da saúde mental, e incluiu os usuários de drogas como responsabilidade da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental (MACHADO, BOARINI, 2013).

Essa lei, além de reconhecer a questão do uso de drogas como responsabilidade da Saúde, o faz sob a ótica dos princípios da Reforma Psiquiátrica, o que redireciona as práticas de cuidado aos usuários de drogas para uma rede extra hospitalar, que terá como serviço de referência os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD, de caráter ambulatorial e comunitário.

Contraditoriamente a esse avanço, é aprovada, no mesmo ano, a Política Nacional Antidrogas – PNAD, propagando o discurso proibicionista e idealizando uma sociedade livre do uso de drogas (MACHADO, BOARINI, 2013). Essa Política prevê a implementação de estratégia de Redução de Danos para o indivíduo, grupo social ou comunidade, com enfoque na prevenção das doenças infecciosas (BRASIL, 2001). Porém, apresenta-se com enfoque restrito à prevenção de doenças infecciosas e não se posiciona em relação aos programas de troca de seringas.

Outras críticas à PNAD é a não definição do conceito de Redução de Danos em seu conteúdo e a ausência de menção aos direitos do usuário de drogas, como o faz a lei da Reforma Psiquiátrica. Desse modo, não se afirma com essa Política um direcionamento claro acerca das políticas sobre drogas no Brasil. Segundo Machado e Boarini (2013, p.588) “essa omissão foi resultado da articulação das comunidades terapêuticas, até então hegemônicas na abordagem dos usuários de álcool e de outras drogas no âmbito da saúde”.

Considerada como um avanço nas políticas sobre drogas de perspectiva mais progressistas, em 2003 é publicada a Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003), onde a estratégia da Redução de Danos ganha mais visibilidade e é afirmada enquanto diretriz das políticas sobre drogas em detrimento da lógica da abstinência e do proibicionismo, que são criticados.

As ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental (PASSOS, SOUZA, 2011, p.154)

Diante dos direcionamentos dados, então, a nova Política sobre Drogas (BRASIL, 2005) traz um alinhamento claro com os princípios do SUS, principalmente

no que se refere à universalidade do acesso à assistência, à descentralização e a afirmação dos direitos do usuário. Além disso, afirma a redução e danos como princípio (MACHADO, BOARINI, 2013).

Essas mudanças refletirão também na alteração do nome da PNAD que passa a chamar-se de Política Nacional sobre Drogas e não mais Antidrogas. Essa troca significativa de expressão remete, claramente, um deslocamento que, finalmente, parece querer afastar-se do Paradigma da Guerra às Drogas e caminha na direção da Redução de danos e do cuidado em liberdade.

Esse caminho da Redução de Danos é afirmado novamente na Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007), na qual o Governo desenvolveu uma série de ações educativas na perspectiva da RD; no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD (BRASIL, 2009); bem como no Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* (BRASIL, 2010). Além disso a redução de Danos é afirmada como diretriz de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 como objetivo de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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) (BRASIL, 2011).

A partir da concepção de aproximação do usuário, essa rede articulada pelos CAPS – preferencialmente especializados em álcool e drogas – pode incluir uma série de iniciativas, como cuidado intensivo, próximo e pessoal, atendimento 24h, experiências de redução de danos, leitos de desintoxicação, programas de saúde da família, consultórios de rua, casas de reabilitação e centros de convivência, por exemplo (SOTTILI, ZYLBERSZTAJN, p.3).

No início do século XXI, a experiência brasileira da Redução de Danos era referência para os demais países da América Latina e mostrava resultados importantes no Brasil, como a redução número de casos de contaminação de HIV entre UDI em 62%, de acordo com dados do Boletim Epidemiológico de DST/Aids 2005 depois de dez anos do início das ações de trocas de seringas (ROSA, 2014). Assim, em seu estudo Fonseca et. al. (2005, p.18) apontou que “a resposta brasileira vem propondo iniciativas criativas, adaptadas à realidade local e que não estão restritas à replicação das experiências internacionais”.

No entanto, a partir de 2003, “o movimento da RD mostrou uma certa fragilidade e dificuldade de se manter ativo frente às descontinuidades e instabilidades das políticas de financiamento do PN – DST/AIDS” (PASSOS, SOUZA, 2011, p. 161). Neste ano, os Programas de Redução de Danos até então financiados e acompanhados pela Coordenação Nacional DST/AIDS passaram por um processo de descentralização técnica e financeira, ficando a cargo dos estados e municípios financiar programas e ações de redução de Danos.

Porém, o que ocorreu foi uma descontinuidade das ações, visto que os governos estaduais e municipais não tinham a expertise e militância necessárias para garantir a solidificação dessa estratégia no campo de políticas sobre drogas. Além disso, assistia-se a uma mudança no quadro epidemiológico de transmissão dos casos de HIV, que se deu pela diminuição do número de casos e também pela mudança nos indicadores que relacionavam os casos de HIV aos UDI usuários de drogas (PASSOS, SOUZA, 2011). Assim, as ações como os PTS perderão a importância e urgência necessária da década anterior. Soma-se a isso, pressões políticas para o redirecionamento dos recursos em outras estratégias das políticas sobre drogas.

Tem-se presenciado um intenso debate sobre o direcionamento do dinheiro público para o financiamento de comunidades terapêuticas, em contraposição às decisões da *IV Conferência Nacional de Saúde Mental* e em transgressão dos direitos do usuário de drogas, reforçando sua segregação social e desconsiderando toda a rede de saúde mental articulada para o cuidado dos usuários, como já alerta o Conselho Federal de Psicologia (Abaixo-assinado Manifesto Drogas, 2011) (MACHADO, BOARINI, 2013, 590).

Percebe-se, então, que apesar do respaldo histórico e científico da estratégia da Redução de Danos na questão do uso de drogas, a RD tornou-se “uma política de governo com pretensão de vir a ser política de Estado, encontrando forte tensionamento com outros setores da máquina posicionados a favor de uma política antidrogas” (PASSOS, SOUZA, 2011).

O estudo de Fonseca (2006) apontava para essa situação e sinalizava que o quadro de assistência e financiamento exclusivo eram preocupantes, especialmente no caso de programas com estruturas mais frágeis e aqueles que não são capazes de diversificar suas fontes financeiras

Desde então, as ações de redução de danos por todo país perderam força, visto que houve um subfinanciamento e elas passaram a sobreviver, algumas vezes, quase que

somente com recursos de ONG's. Passo e Souza (2011) relatam que foi na esfera municipal, no plano concreto das ações que a RD sofreu as maiores restrições.

Em 2006, exatamente 30 anos depois da promulgação da Lei de Drogas, houve a mudança da legislação sobre drogas. No entanto, mesmo a nova lei propondo penas alternativas para os usuários, ele ainda se encontra no capítulo Dos Crimes e das Penas e manteve o discurso jurídico-repressivo sobre essa questão (ACSELRAD, 2011). Além disso, a nova legislação aprofundou as penas para os que se envolvem na produção/comércio das drogas tornadas ilícitas, e não especificou claramente a diferença entre usuário e traficante, deixando, assim, espaço para a criminalização do usuário.

Apesar da fragilização das ações de RD e a diminuição dos investimentos federais nessas ações, destaca-se, em 2007, a Política Nacional sobre o Alcool (BRASIL, 2007) que apoiou ações na perspectiva RD como o treinamento de garçons e a orientação e a informação sobre o consumo seguro de álcool; a promoção de cultura e o fornecimento gratuito de água potável em boates; e a campanha *Não beba se for dirigir* (MACHADO, BOARINI, 2013).

A pesquisa de Fonseca (2006) avaliou os PRD atuantes no Brasil e destacou, dentre outras questões que, a origem de grande parte dos programas e ações de Redução de Danos no país, “ao contrário do que ocorreu em muitos países do mundo, esses programas não foram executados por iniciativa direta das comunidades-alvo nem por associações de usuários locais” (FONSECA, 2006, p. 762). Esse fator tem inferência direta na sustentabilidade das ações, visto que essa forma verticlaizada de estruturação dos programas deixa as ações mais dependentes dos direcionamentos e financiamento do Estado.

Alem disso “por serem, inicialmente, aparelhos estatais, os PRDs encontravam-se inseridos num contexto institucional que impunha obstáculos à nascente militância dos redutores de danos e usuários de drogas” (PASSOS, SOUZA, 2011, p.159), sendo assim os movimentos de ONG's, profissionais e usuários envolvidos nas ações de RD não tiveram força suficiente para exigir maior financiamento e estrutura para a sustentabilidade dos PRD's.

Outra fragilidade indentificada no estudo supracitado e que está presente desde a implementação das primeiras ações de Redução de Danos no Brasil são aquelas “criadas

pelas forças locais conservadoras, quando não está em conflito com processos judiciais ou policiais” (FONSECA, 2006).

Essas forças se encontram no próprio governo e principalmente na sociedade que ainda conserva uma visão proibicionista e higienista sobre essa questão, alimentada pelas preocupações de que esses programas podem estimular a utilização do uso de drogas e a violência. Trata-se da lógica “Não no meu quintal”, que representa “o desejo de manter populações indesejáveis eparado de moradores e áreas de lazer ou de trabalho” (FONSECA, 2006, p. 766).

Enquanto muitos países europeus optaram, ainda que em meio à manutenção do proibicionismo, por políticas compreensivas, seja em relação à descriminalização do uso da maconha ou de todas as drogas, seja em relação ao seu uso medicinal, seja desdobrando formas inovadoras e afirmativas da redução de danos - abrindo espaço para tratamentos substitutivos, abrigos, salas de uso, financiados pelo poder público, o Brasil permaneceu dependente do proibicionismo de inspiração norte-americana (ACSELRAD, 2011, p. 13).

Na última década, as políticas de redução de danos produzidas no Brasil se focalizaram nos dependentes de crack. Isso se deve a mudança no cenário de uso de drogas no Brasil que combina padrões tradicionais de consumo de drogas como a maconha, drogas psicofarmacológicas vendidas sem controle, substâncias inalantes e drogas ilícitas prevalentes em países ocidentais, como a cocaína e o crack (FONSECA et. al. 2005).

As alterações relativas às drogas mais consumidas na atualidade referem-se também aos padrões de uso e manipulação de substâncias, algumas já presente no cenário de drogas, como no caso do crack, que se refere a uma outra composição da cocaína só que fumada. O uso do crack fumado, geralmente, em cachimbos ou latas, apresenta-se como risco, visto que mais de 70% dos usuários no Brasil disseram compartilhar os apetrechos utilizados para o uso, como contatou a pesquisa da SENAD Fiocruz (BRASIL, 2013).

Essas novas configurações do consumo de drogas produzem novos danos físicos e sociais. Como exemplo desses danos biológicos identificados na atualidade temos a disseminação da tuberculose entre usuários de crack, que apresentam uma tosse frequente para aqueles que fazem uso regular e por vezes, fazem uso de forma coletiva e em locais fechados e mal ventilados para fumar (FOSNCEA et. al. 2005). Além disso

destaca-se que o consumo de crack está estreitamente relacionado à disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (DST) e à gravidez não desejada, como aponta a pesquisa da SENAD Fiocruz, onde a prevalência de doenças infecciosas entre usuários regulares de crack/similares é oito vezes maior que na população geral e 10% das mulheres entrevistadas na pesquisa encontravam-se em gravidez não programadas (BRASIL, 2013).

Em relação aos danos sociais destaca-se que 47,3% dos usuários regulares de crack e/ou similares nas capitais estão em situação de rua (BRASIL, 2013), o que demonstra uma forte marginalização desses usuários.

Outra situação preocupante no atual quadro do uso de drogas no Brasil se refere ao aumento de uso de anabolizantes, fruto da pressão da sociedade com forte influência da mídia por determinados padrões corporais. O uso dessas substâncias produz riscos devido ao compartilhamento de seringas utilizadas na autoadministração e também à natureza dos produtos utilizados para o aumento de massa corporal (alguns de origem veterinária) (FONSECA et. al, 2005).

Percebe-se riscos também em travestis, devido tanto ao compartilhamento de seringas utilizadas para injetar silicone quanto ao risco de infecção por contaminantes presentes no próprio silicone.

Em relação aos usuários de drogas injetáveis percebe-se que alguns municípios no litoral de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, entre eles Itajaí e Balneário de Camburiú têm registrado mais de 50% de todos os casos de Aids entre UDI no Brasil (FONSECA et. al, 2005).

Esse novo cenário de uso de drogas, entre novas substâncias, padrões e danos associados ao uso, vai exigir também novas estratégias de Redução de danos. A partir de construção de práticas de acordo com a realidade dos territórios e às necessidades dos usuários.

Dessa forma, os PRD's de São Paulo tem distribuído aos usuários de crack filtros para serem adaptados aos cachimbos, reduzindo a quantidade de fuligem e outras impurezas vaporizadas. Porém, nem todos os usuários utilizam cachimbos e aqueles que portam o próprio cachimbo, como é recomendado, denunciam-se como usuários de crack, deixando, por vezes, vulneráveis a repressão policial e ao estigma da sociedade (FONSECA et. al., 2005).

Percebe-se aí que o grande desafio é construir estratégias de Redução de danos que reduzam esses danos sociais causados não necessariamente pelo uso da droga, mas principalmente pela marginalização que sofre o usuário diante do Paradigma Proibicionista que contribuiu para uma postura higienista da sociedade e por vezes do próprio Estado.

Dessa forma, esses programas devem funcionar como uma ponte para as redes das diversas políticas públicas, sejam elas a fim de garantir tratamento com relação a condições clínicas como em questões relacionadas ao abuso de drogas, além de acesso a direitos sociais (documentação, benefícios financeiros e etc.), reduzindo, assim, a estigmatização ao usuário de drogas nos serviços, bem como na sociedade.

O sucesso dessa estratégia será reflexo da integração entre o governo e a sociedade civil na luta pela inclusão social e no combate a marginalização do usuário de drogas (FONSECA et. al., 2005). No entanto, atualmente, são as divergências paradigmáticas existentes em relação à Redução de danos que dificultam sua consolidação, a disseminação de seus princípios e sua aplicação na saúde pública e demais redes (MACHADO, BOARINI, 2013).

### **3.3. Redução de Danos: uma visão paradigmática**

A disputa que se assiste hoje entre concepções de práticas junto a pessoas que fazem uso de drogas, entre quais projetos será investido o financiamento das políticas sobre drogas do país, e principalmente até que ponto se considera o direito ao usuário, são questões que expressam um olhar sobre o fenômeno do uso de drogas na sociedade.

Esse olhar é quem dita o desenho das políticas sobre drogas, mas principalmente, as práticas que serão construídas no cotidiano dos serviços das redes assistências. Assim, não podemos compreender a diversidade de práticas no que se refere a questão do uso de drogas, por vezes opostas em suas concepções e objetivos, somente como fruto da operacionalização de diferentes sujeitos, mas sim como o reflexo de uma construção sócio histórica acerca do fenômeno do uso de drogas na sociedade. Trata-se, portanto, de uma discussão paradigmática.

Inicia-se, então, essa discussão com o Paradigma do Proibicionismo ou Guerra às Drogas que se fundamenta numa visão romantizada ou mascarada de um mundo sem drogas e conserva um ideal de controle sobre os sujeitos, suas ações e seus desejos.

Há na sociedade somente um conjunto limitado de modos de agir de pensar e de se comportar que é tolerado, aquilo que ultrapassa esses limites começa a ser visto com desconfiança (CRP, 2011), como desvio. Assim, a lógica de controle sobre a sociedade é apresentada como uma forma de controlar o objeto desviante, que é aquele que provoca movimentos contra os padrões estabelecidos por diferentes instituições sociais - prisão, escola, fábrica, etc. (CARRIER, BASTIEN, 2003).

No entanto, destaca-se que a decisão sobre o que será tolerado ou não está nas mãos de forças dominantes e submetida aos interesses do modo de produção. As lógicas de controle são fomentadas pelas micropolíticas das relações e macropolítica da sociedade.

Esse jogo de forças pode ser explicado a partir da Dialética Dominação Opressão (DUSSEL, 2000), que trata de relações de poder, definidas por Martín-Baró (1985) como relações sociais dadas numa distribuição desigual de recursos, que impõe a vontade de um sobre a vontade de outros. A dialeticidade dessa questão está no fato de a Dominação e a Opressão, mesmo dadas como categorias opostas, serem fundamentadas uma na outra. Assim, a dominação exercida de um lado contribui para a situação de opressão do outro, e esta por sua vez, reforça a condição de dominado (GOES, et. al., 2015).

Essa dialética, enquanto paradigma, também é construída sócio historicamente, pautada, inicialmente, numa relação de dominação de países de centro<sup>5</sup> sobre países de periferia<sup>6</sup>, que se trata da sobreposição de uma cultura sobre a outra, onde os países periféricos, a exemplo da América Latina, sofrem uma dominação cultural política e econômica de nações dominantes, a exemplo dos EUA. Assim, ocorre com a política de Guerra às Drogas norte americana, importada para o Brasil no século XX, e que domina o olhar sobre o fenômeno do uso de drogas e orienta às práticas junto aos usuários até hoje.

---

<sup>5</sup> Países de centro: Aqueles que dominam a produção cultural, econômica no mundo e exercem influência sobre os demais países. Como exemplo temos a prática colonizadora da Europa e o imperialismo norte americano.

<sup>6</sup> Países de periferia: Aqueles que são dominados por países de centro, e acabam absorvendo seu modo de produção, sua cultura e ideologias. Foram colonizados pelos países de centro e encontram-se numa situação de dependência deles. Como exemplo os países da América Latina.



É importante destacar que a Guerra às Drogas não atinge igualmente a todas as drogas comercializadas e conseqüentemente a toda a população usuária de substâncias. Assim, a classificação de determinadas drogas como lícitas ou ilícitas não responde necessariamente ao seu “potencial farmacológico de destruição”, como tenta convencer o discurso dominante, mas relaciona-se à produção de marginalidades em torno de determinadas substâncias. Desde modo, ao fundo da proibição de determinadas substâncias encontram-se uma intenção de atender a interesses de uma classe dominante e à lógica da exploração e dominação de povos e populações subalternas.

As plantas, das quais são extraídas algumas drogas, durante muito tempo, fizeram parte do patrimônio histórico e cultural de diversas populações minoritárias que hoje são socialmente marginalizadas e culturalmente discriminadas por grupos dominantes que consideram arcaicos os seus consumos, tanto rituais quanto terapêuticos, chegando ao ponto de demonizá-las (ROSA, 2014, p.7).

A Guerra às drogas não se trata, portanto, de uma luta indiscriminada a toda e qualquer substância psicoativa utilizada pela humanidade, mas sim a um combate a determinadas substâncias que tem uma ligação direta a grupos específicos da população que de alguma forma possam representar uma ameaça ao discurso dominante e ao sucesso da produção capitalista. Assim, a partir do século XX, os Estados dominantes organizaram o controle internacional de algumas drogas, tornadas ilícitas (ACSELRAD, 2011).

Essas relações de dominação entre Estados, caracterizada como dialética Dominação Opressão, vai se expressar mais profundamente nas relações interpessoais da sociedade. Percebe-se, então, uma sociedade construída por vencedores que alcançam seu lugar ao sol e por anônimos. Os primeiros são donos dos meios de produção e dominam a vida político, econômica, cultural e intelectual. Os últimos são sujeitos que se tornaram indivíduo-objeto, mercadoria eleitoral (PIVATTO, 2000). Esse tipo de relação é típico da sociedade de consumo onde há um estímulo de projetos pessoais de afirmação máxima da individualidade (ACSELRAD, 2011).

Assim, quando se fala do estereótipo do drogado, reconhece-se nele, esse indivíduo objeto, ou identidade de oprimido (GOIS, 2008). Guzzo e Lacerda Jr. (2012, p. 135) tratam dessa identidade como: “un sujeto alienado: una existencia en-sí, o sea, en la que no hay consciencia de la articulación individuo, clase y género humano”.

A dialética dominação-opressão nega esse sujeito como sujeito dono de sua história e o afirma como incapaz de ler o mundo, falar e agir sobre ele. Dessa forma ele

não será capaz de exercer controle sobre si e sobre o seu uso de drogas, exigindo, então, um controle de uma força externa, como se expressa a lógica Proibicionista.

O dependente químico é impotente diante da supremacia da ação da substância no Sistema Nervoso Central, responsabilizado pela violência do comércio de drogas tornado clandestino e de outras que se seguem (ACSELRAD, 2011, p. 5).

O Paradigma proibicionista traz ainda uma visão reducionista acerca do fenômeno do uso de drogas e dos problemas relacionados a essa questão, atribuindo à substância a maior responsabilidade pelos prejuízos causados no usuário e desconsiderando seu contexto sócio histórico e suas condições de vida.

A drogadição vem associada a muito sofrimento (...) e, além dos aspectos psicofísicos, a questão da droga tem intrínseca relação com os aspectos sociais, como “miséria, esfacelamento de laços, incapacidade de diálogo, desestruturas familiares, omissão estatal na implementação de políticas públicas contínuas”. Esses elementos são *causa* e não *efeito* da droga, e precisam ser enfrentados como tal (SOTTILI, ZYLBERSZTAJN, p. 2)

E é exatamente na tentativa de desviar a atenção dessas desigualdades, contradições e prejuízos advindos do modelo capitalista que se atribui à droga como culpada pelos males da sociedade e daí, então, emerge a política de Guerra contra às Drogas: “O problema não estava nas relações sociais assimétricas que acirravam a exploração capitalista, mas nas drogas” (MOTA, 2009, p.90).

A partir dessa lógica, sob o ideal do mundo sem drogas, e onde observa-se um foco sobre a substância, a abstinência mostra-se como único caminho possível para aquele que faz uso de drogas. No entanto, essa proposta não atinge quem não consegue, não pode e/ou não que se abster – deixando, portanto, a maioria da população órfã de orientação e ajuda (ACSELRAD, 2011) e fortalecendo a condição de marginalizado.

Para Góis (2008, p. 48), Marginalização significa “deixar povos e classes oprimidos a margem das possibilidades reais de desenvolvimento, mesmo eles estando no interior das próprias estruturas que os marginalizam”. Dessa forma, se é justamente a ausência de direitos que propicia o uso abusivo de drogas, privar mais direitos e a autonomia da pessoa não vai melhorar a situação (SOTTILI, ZYLBERSZTAJN).

É exatamente isso que se vê no contexto da sociedade de consumo, onde se vende uma ideia de cidadania, em que todos possam ter acesso a compra de bens e

serviços, impostos pela mídia e outras superestruturas, numa cidadania do consumo sem limites. No entanto, esse sujeito, que não consegue alcançar essa cidadania pela via do consumo desses bens e serviços de desejo da sociedade, exercerá a cidadania às avessas (ACSELRAD, 2011).

A droga será seu ingresso de entrada no mundo do consumo, onde ele será um consumidor compulsivo e acrítico, que dispensa intermediários na sua relação direta com a substância (ACSELRAD, 2011). No entanto, esse consumidor às avessas está condenado à marginalização mesmo tendo se inserido de alguma forma na estrutura da sociedade de consumo. Evaldo Melo<sup>7</sup> na Série Fora de Si (CFP, 2011) vai nomear o drogado como Paradigma da sociedade moderna, pois expressa em sua condição de existência as contradições desse modelo de sociedade.

Dessa forma, a condição de marginalizado não é uma opção do marginalizado, e sim, uma consequência histórica da dialética (FREIRE, 1979) imposta pelo modelo de sociedade e o modo de produção capitalista, que tem em seu cerne, a perspectiva da desigualdade entre os sujeitos, onde uns produzem bens de consumo, aos quais não terão acesso, e serão, assim, consumidos por outros sujeitos.

Dentro da sociedade opressora, essa desigualdade entre os sujeitos desenha o jogo de papéis, onde uns, a exemplo do drogado, ocupam seu papel de oprimido que sustenta o opressor, a partir da dialética dominação-opressão, e vice e versa. Quanto mais marginalizado estiver o usuário, mais se justifica a lógica do Proibicionismo, que utiliza a alegação da cura ou da proteção da sociedade para exercer sua força opressora sobre ele. O Proibicionismo, então, se caracterizará como discurso punitivo hegemônico que se organizou como instrumento de poder que fortalece o Estado autoritário, repressivo, apoiado na manutenção da proibição de certas drogas tornadas ilícitas e consequentemente da estigmatização do usuário (ACSERAD, 2011).

Configurando-se a dialética da dominação, é preciso uma superestrutura na sociedade que produza e reproduza uma ideologia e uma cultura a serviço da classe opressora. Em relação a lógica de Guerra às drogas observa-se um forte papel da mídia e da Igreja como superestruturas que constroem e alimentam a lógica do terror em relação ao uso de drogas. Como, podemos perceber em relação a ideia de epidemia de

---

<sup>7</sup> Evaldo Melo é psiquiatra, consultor do Ministério da Saúde, Consultor da SENAD (Secretaria Nacional de Políticas para o Álcool e outras Drogas), Presidente da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD).

crack instaurada pela mídia e que não se configura como um fato, como traz a pesquisa SENAD Fiocruz que apontou que os usuários de crack regular representam somente 0,8% da população brasileira (BRASIL, 2013).

Desse modo, essa ideologia dominante condena a utilização de algumas drogas e, assim, a estigmatização de alguns sujeitos. “Pintam-se as drogas ilícitas como a representação do demônio, atribui-se a elas poderes e efeitos para além de suas possibilidades farmacológicas, e difunde-se que elas são” (DE ANDRADE, 2004). Dessa forma, o Estado e a sociedade se autorizam a tomar medidas drásticas a fim de combater essa ameaça, como a internação compulsória ou involuntária.

A instrumentalização das drogas ilícitas como *o grande mal* justificará as medidas que deverão ser tomadas: destruição e demonização de algumas substâncias psicoativas, tornadas ilícitas, e a de alguns grupos de pessoas; desinformação patológica; fabulação pseudocientífica que nega a memória de outros usos no passado e busca, de forma obsessiva e irreal, um mundo que de fato nunca existiu (ACSELRAD, 2011, p. 4).

Além disso, essa perspectiva ideológica que alimenta o poder destruidor das drogas, negando sua capacidade de produzir sensações prazerosas, apresenta-se como uma irresponsabilidade, ao se divulgar esta mentira entre os jovens. Esses ao se depararem na sua realidade com essas substâncias, como a maconha, cujo experimentação pode gerar prazer e que o controle de uso se faz mais facilmente, eles concluem que se trata de uma mentira generalizada e passam ao consumo de outras drogas como crack e cocaína, cujo consumo controlado é sabidamente mais difícil (DE ANDRADE, 2004). Dessa forma, o esforço das superestruturas de dizer “não às drogas” não só não funciona, como ainda expõe a população, especialmente, adolescentes e jovens, a um uso mais abusivo e com mais riscos, visto que a ideia do mundo em drogas fracassou.

O diga não às drogas, com mensagens do tipo droga mata, não se dão conta do perigo que provocam – como a maioria não morre, a mensagem é desqualificada totalmente, ficando a impressão que não há problema em usar drogas, quando de fato o risco ainda que eventual é real (ACSELRAD, 2011, p. 11).

Esses valores dominantes, ideológicos e culturais da Guerra às Drogas são interiorizados pelos indivíduos, contribuindo para que eles ocupem os mesmos papéis na dialética dominação-opressão, acarretando, assim, a permanência da situação de

opressão. Tem-se que a sociedade, os profissionais das redes assistenciais, os usuários e familiares absorvem essa lógica.

Ficam órfãs as famílias – não conseguem ver e lidar com “o problema”, envergonham-se de seus parentes envolvidos, optam por afastar o usuário do âmbito familiar, reafirmam dessa forma a ideia de um “mundo sem drogas (ACSELRAD, 2011, p.15).

Esse discurso é também reproduzido entre os usuários, que supervalorizam o poder da substância em destruir vidas, e sentem-se assim impotentes em lidar com essa questão. Essa ideologia reforça, então, o caráter do indivíduo subalterno, serviçal e incapaz de superar essas amarras ideológicas e protagonizar sua vida (CIDADE, MOURA JR, XIMENES, 2012).

Dessa forma, os próprios usuários de droga apropriam-se desse discurso coletivo, em que se oferece indiscriminadamente a todos uma única possibilidade, a abstinência e a internação, necessárias para um mundo sem drogas. Nega-se, assim, o caráter pessoal e singular da relação do sujeito com a substância e com o contexto em que vive. Percebe-se, então, “a primazia do ideológico, sobre o psicológico, do cultural sobre o individual” (GOIS, 2008, p. 50). A ideologia é, portanto, um instrumento mantenedor dessa dialética, capaz de forjar indivíduos que vivem sob a ótica dominação-opressão.

Esse sistema ideológico vai se expressar em discursos presentes na sociedade que apontarão para as práticas de intervenção sobre a questão do uso de drogas em diferentes perspectivas. Carrier e Bastien, (2003) reforçam a importância de comparar modos contemporâneos de produção discursiva da realidade a fim de compreender como se expressam nos discursos o Paradigma Proibicionista, oscilando entre o discurso jurídico-repressivo e o de cunho médico-sanitário.

O primeiro discurso aponta para a abolição do uso de substâncias não médicas proibidas, ignorando o reconhecimento de usos medicinais comprovados e criminaliza quem produz, comercializa e usa drogas, assim identificado como criminoso e enredado num mundo clandestino com conseqüências danosas que crescem em espiral (ACSELRAD, 2011).

Esse discurso jurídico-repressivo e criminal está para além do escopo de leis que regulamentam sobre o uso de drogas na sociedade. Assim, por mais que as vezes haja leis que descriminalizem o uso de drogas, esse discurso ainda pode dominar o olhar da

sociedade, criminalizando o usuário por meio de outras forças que estão no campo do ideológico.

Essa distinção legal/ilegal opera sobre o usuário de drogas, sem levar em conta os hábitos de uso (quantidade, frequência e modos) dos indivíduos (CARRIER, BASTIEN, 2003). Assim, alguém que faz uso recreativo de substâncias também vai sofrer um olhar criminalizante da sociedade, mesmo não havendo prejuízos ou danos associados a esse uso.

Esse discurso opera sob a lógica de controle da sociedade, produz assim o "desvio criminalizado" (CARRIER, BASTIEN, 2003) e constrói a identidade do criminoso, “visto que ele pode ser induzido pelas contingências de sua dependência a cometer delitos, além de fazer uso de substâncias proibidas por lei” (MOTA, 2009, p. 22). Assim, esse modelo moral e criminal legitima o encarceramento dos usuários (MACHADO, BOARINI, 2013).

Apresenta-se também o discurso médico-sanitário, também chamado de modelo da doença, segundo o qual o uso de drogas é tratado como uma patologia (MACHADO, BOARINI, 2013). Esse modelo surge como influência da Psiquiatria, enquanto novo campo do saber médico, assim, a Organização Mundial da Saúde afirma que a dependência química seria “um transtorno cerebral tanto quanto como qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica” (OMS, 2003, p.14).

Percebe-se nesse discurso uma subjugação do social ao biológico, com uma predominância das teses das neurociências sobre as apreciações sociológicas. Assim, “os problemas sociais e criminais decorrentes do abuso de drogas são consequência de problemas cerebrais individuais” (MOTA, 2009).

Essa patologização, então, será considerada no aspecto biológico, psicológico e sociológico, com uma supremacia acerca do primeiro como origem dos demais. O termo doença corresponde a um *desvio* da condição “normal” de funcionamento de um determinado organismo, sendo esta apreciação passível de aplicar-se tanto às enfermidades causadas por bactérias, como às doenças mentais (MOTA, 2009). Assim, esses três campos de patologização representam, a partir do modelo médico-sanitário o desvio patológico (CARRIER, BASTIEN, 2003).

Essa distinção dada pela concepção do desvio entre normal e patológico faz emergir a figura do Doente (MOTA, 2009), que vai assumir uma posição passiva frente

a seu problema. Assim, como no discurso jurídico moral identificamos a mesma identidade de oprimido, subjugada a um saber e um fazer dominante.

O desvio patológico pode ser expresso na noção de vício que se manifesta como um conjunto de sintomas de exclusão social, de distúrbios intrapsíquicos ou patologias biológicas (CARRIER, BASTIEN, 2003). Assim, as intervenções, a partir desse discurso, devem ser direcionadas no sentido de voltar para um estado de normalidade (CARRIER, BASTIEN, 2003). Assim, na perspectiva da biopatologização será ofertado para os usuários de drogas, tratamento e internação. No campo da psicopatologização oferta-se reabilitação, trabalho com autoestima. E no caso de uma sociopatologização tem-se a reinserção social, assistência de pesquisa de emprego, etc.

Esse discurso opera sob a lógica de controles e baseia-se na premissa que o Estado Clínico que controla os corpos, substituto laico do poder religioso de controle sobre as almas. Assim, sob essa lógica, a Medicina, enquanto "grande instituição" de controle social será o "olho que governa e controla essas patologias. Assim, sob falsas alegações de neutralidade e objetividade esse modelo propõe a "medicalização da vida cotidiana" rotulagem os diversos aspectos da vida na perspectiva "saúde ou doença. Seguindo essa linha, os médicos seriam "agentes de controle social" como objetivos de produzir indivíduos controle que escapem dos devios patológicos, como as drogas (CARRIER, BASTIEN, 2003).Essa mesma perspectiva é abordada por correntes da ciência psiquiátrica que acreditam que os tratamentos podem curar as pessoas que apresentam transtornos mentais, a exemplo do uso da ECT (Terapia Eletroconvulsiva) e a lobotomia, utilizadas em desviantes sociais, que cometiam crimes (CARRIER, BASTIEN, 2003).

Sob essa lógica propõe-se então a "medicalização do desvio" (CARRIER, BASTIEN, 2003) que direcionará as práticas junto as pessoas que usam drogas, caracterizadas como Terapêuticas direcionadas a abstinência " (CARRIER, BASTIEN, 2003) ou seja que busca m a cura ou a eliminação dos fatores causadores do problema. Essa perspectiva inspira-se:

no modelo das doenças infecciosas – droga/vírus; sujeito frágil sem defesas; meio ambiente propicio à *contaminação* - torna a todos nós vulneráveis e a única proteção será a proibição legal/vacina (ACSELRAD, 2011, p. 10).

O desvio patológico do uso de drogas acaba por carregar o mesmo estigma de outros “flagelos da humanidade”, como a lepra, a sífilis, a tuberculose, etc. Esse discurso dialoga com o modelo Higienista Campanhista (OLIVEIRA, FURLAN, 2010) da história da Saúde Pública no Brasil, onde a população pobre considerada portadora das doenças infecciosas e demais mazelas, tornou-se alvo da política. Trata-se da concepção moderna de doença remete à *teoria do germe*, desenvolvida no final do século XIX, segundo a qual existe um agente específico (MOTA, 2009). Nessa perspectiva identifica-se os fatores etiológicos causadores da doença e a intervenção baseia-se na eliminação desse fator identificável para cada moléstia.

Assim, pensando do fenômeno do uso de drogas sob essa óptica, identifica-se a droga como agente etiológico da doença dependência, e propõe-se a abstinência como objetivo de um mundo sem drogas e campanhas antidrogas que ajudariam na prevenção do problema.

Assim como no caso dessas outras moléstias não bastava somente buscar a cura biológica, mas seria necessário desenvolver meios cada vez mais eficazes visando ao controle social destas doenças, lançando mão de estratégias de prevenção e isolamento dos doentes para evitar-se o contágio, ao mesmo tempo em que se propunha um tratamento moral para os membros (MOTA, 2009, p. 111).

Nesse discurso médico sanitário assim como no jurídico-repressivo percebe-se uma visão estigmatizada desse usuário, onde a linha entre legal e ilegal ou normal e patológico determinarão sua marginalização. Assim, tanto a representação do criminoso como a do doente correspondem a identidade de oprimido, onde não será considerada a autonomia e participação do usuário em seu processo, ficando sujeito às intervenções do Estado, seja sob justificativa da segurança ou da saúde pública.

(...) ora é aprisionada, caso de quem produz e comercializa, ora é “protegida” por internações, tratamentos compulsórios, caso dos adolescentes usuários identificados como dependentes, ainda que de fato se reconheçam como envolvidos no comércio ilícito com resultados de cura rápida e de sucesso, absolutamente fictícios, mas divulgados de forma recorrente (ACSELRAD, 2011, p. 11).

Assim, ambos os discursos refletem uma ideológica da Dialética Dominação Opressão, característica da lógica proibicionista. Ora assumindo uma postura jurídico-moral – são criminosos os que se envolvem com drogas -, ora através de um discurso médico-sanitário – são doentes, dependentes, todos os que usam drogas, o objetivo



permanece o mesmo - *um mundo sem drogas* (ACSELRAD, 2011). Percebe-se então que não há uma mudança paradigmática em relação a esses discursos.

A opção cíclica entre um e outro discurso, faz pensar um avanço que de fato é ilusório, já que em ambos somos dependentes. Em ambos os discursos, nossa razão permanece entorpecida é mais do mesmo (ACSELRAD, 2011, p. 11).

Diante do fracasso da política proibicionista emerge outra perspectiva de se perceber o fenômeno do uso de drogas: a Redução de danos. Essa é como uma terceira faixa junto ao Proibicionismo e seu discurso jurídico-repressivo e a perspectiva sanitária da terapia orientada a abstinência (CARRIER, BASTIEN, 2003).

Na perspectiva da Redução de Danos, esta vista não somente enquanto um conjunto de ações, mas como um olhar sobre o fenômeno, compreende a droga como elemento pertencente a cultura da humanidade e os eventuais problemas advindos do seu uso como consequência mais direta das condições de vida do sujeito do que da substância. Além disso, sob essa perspectiva tem-se a visão de sujeitos de direitos e não como marginal, doente ou pecador.

Na verdade, redução de danos é considerada por muitos analistas como a manifestação de questionamento do horizonte normativo que apresenta o ideal de uma sociedade livre de drogas, caracterizando-se como um colapso paradigmático (CARRIER, BASTIEN, 2003) diante dos discursos Proibicionistas.

Essa mudança paradigmática é fruto do rompimento com a dialética da Dominação Opressão e a emergência de outra ótica que pautará as relações na sociedade. Trata-se da Libertação que representa uma nova atitude no enfrentamento das práticas de dominação. A libertação é caracterizada como:

la emancipación de aquellos grupos sociales que sufren opresión y carencia, de aquellas mayorías populares (populares en el sentido, poblacional, demográfico) marginadas de los medios y los modos de satisfacer dignamente las necesidades tanto básicas como complementarias (MONTERO, 2004, p.129).

Assim, o maior intuito dessa mudança paradigmática é a Libertação do sujeito que permitirá que ele expresse “sua vocação biocêntrica e ontológica de ser livre e ser sujeito, que é seu potencial de vida e sua capacidade de fazer florescer o valor pessoal e o poder pessoal, sua condição de Ser vivo e sujeito de si e da comunidade” (GOIS, 2008, p.97).

Essa visão de sujeito, então, supera as visões de criminoso, doente e mesmo pecador, que representavam uma identidade do oprimido. Assim, aquele que faz uso de drogas será agora reconhecido como sujeito de direitos. Como afirma a *Carta de Lisboa*:

O dependente de drogas é um cidadão, com direitos e deveres. A dependência expressa um sofrimento que leva a dificuldades diversas – físicas, psíquicas e sociais –, e, mesmo prolongada, deve ser considerada como uma situação transitória (ACSELRAD, 2011, p. 9).

Essa nova perspectiva então afirma o reconhecimento da cidadania dos usuários de drogas, somando à competência técnica, o compromisso político com a construção coletiva de direitos e deveres relacionados à droga (ACSELRAD, 2011).

Libertação e cidadania, constituem, portanto, a negação da negação do indivíduo ou povo de serem mais. (...) Libertação e vida irrompem na consciência dos indivíduos e dos povos, notadamente quando o cativo em que vivem é descoberto por eles (GOIS, 2008, p. 46)

Nessa perspectiva, Cidade, Moura Jr. e Ximenes (2012) compreendem que as pessoas inseridas em condições de estigmatização portam movimentos de resistência a partir de processos criativos, de fortes laços de solidariedade e de cooperação.

Há, assim, um caráter latente de libertação, uma força inerente aos sujeitos revela o que Freire (1979) chama de vocação ontológica de “ser mais”, a qual é tratada por Boff (1976) como “abertura ilimitada”. Isso significa que todas as pessoas, inclusive aquelas que fazem uso problemático de drogas, são sujeitos de direitos simplesmente por serem pessoas, e, portanto, dotadas de dignidade (ACSELRAD, 2011). Assim, “nunca deveria ser motivo para a exclusão do tratamento a recusa da pessoa em se tornar abstêmia” (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 587).

Esse caráter libertador inerente do sujeito vai direcioná-lo para autonomia, onde serão capazes de determinar sua vida e transformar sua realidade para mudança social. Guareschi (2009, p.54) afirma que “essas transformações não seriam simples adaptações, influenciariam concretamente a vida cotidiana das pessoas e mexeriam nas estruturas e na máquina da sociedade, nas relações”.

Essas transformações profundas nas relações e no olhar sobre o fenômeno droga implicarão diretamente nas práticas construídas sob a ótica da Redução de Danos, como uma proposta na contramão do discurso punitivo hegemônico (ACSELRAD, 2011).

Essa nova perspectiva de compreender o fenômeno do uso de drogas sob a lógica da Libertação, apresenta a Redução de Danos como uma forma de “abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga (MACHADO, BOARINI, 2013).

Percebe-se aí um diálogo da Redução de Danos com a Saúde Coletiva pois desfoca da doença/droga, escapa da perspectiva curativa/abstinência, reconhece os direitos do usuário e o coloca como corresponsável pelo seu processo. Além disso, essa perspectiva vai propor estratégias de cuidado territorializadas, que vai de encontro a internação sob uma perspectiva higienista. Assim, na perspectiva da Redução de Danos, as ações devem ser planejadas de acordo com o contexto sociocultural em que seriam aplicadas (MACHADO, BOARINI, 2013).

A lógica da Redução de Danos dialoga diretamente também com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que prevê o cuidado em liberdade, garante direito dos usuários e desconstrói a ideia de doente mental, ultrapassando o debate do normal patológico, e, assim, contribuindo para desestigmatização das pessoas que apresentam problemas de saúde mental. A inclusão da saúde mental no campo de álcool e drogas não é novidade, mas como todo processo histórico de construção de direitos, precisa ser fortalecido como conceito e reunir esforços para sua realização (SOTTILI, ZYLBERSZTAJN).

Assim sob a lógica de uma perspectiva Libertadora e em diálogo direto com a Saúde Coletiva e a Reforma Psiquiátrica desenham-se as premissas da Redução de Danos enquanto discurso e ação sobre o fenômeno do uso de drogas.

### **3.4. A Redução de Danos enquanto prática no campo da Saúde Coletiva**

A perspectiva da Redução de Danos ao configurar-se como política e ação no campo da Saúde Coletiva vai estar mais diretamente relacionada com o Paradigma da Libertação. No entanto, percebe-se ainda que a Redução de Danos se expressa, muitas vezes, sob forte influência do discurso médico sanitário.

Dessa forma esses diversos discursos atravessam as práticas ditas de Redução de Danos desenvolvidas nos territórios, produzindo uma diversidade de ações que, por

vezes, dialogarão com diferentes perspectivas a esse respeito. Essa questão é ainda mais complexa por não se ter alinhamento conceitual acerca da Redução de Danos que direcionem essas práticas.

Assistimos assim ao longo do desenvolvimento da estratégia de Redução de Danos no Brasil, diversas formas de operacionalização da mesma em políticas, programas e ações. Multiplicidade que está presente atualmente na expressão de inúmeras possibilidades de ações.

O caráter dessas ações é reflexo de um modelo de Atenção em Saúde que opera sob alguns conceitos, dentre eles o risco e a vulnerabilidade. Ayres (2013) trata dessa questão distinguindo as formas de se perceber um agravo ou fenômeno que direcionarão práticas diferenciadas sobre esses objetos.

Inicialmente, sob um Modelo de Atenção em Saúde Higienista Campanhista (OLIVEIRA, FURLAN, 2010), tem-se como predominante o conceito de risco, que caracteriza-se como o próprio agente etiológico da doença ou como a substância que produz a dependência ao uso de drogas no indivíduo. Percebe-se aí que o fator de risco terá uma relação causal direta sobre o agravo.

Nesse contexto as práticas caminham no sentido de extinguir o fator de risco, combatendo o agente etiológico, que tratando-se do objeto desse estudo caracterizaria-se como a própria droga. Essa lógica alimenta, então, a idealização, típica do Paradigma Proibicionista, do “mundo sem drogas” e corrobora para o desenvolvimento de ações focadas na substância e não nos sujeitos.

Na década de 80, com advento da epidemia de Aids, e a dificuldade de alcançar e eliminar um fator de risco virtual e incorpóreo (AYRES, 2013), como o vírus HIV, as estratégias de Prevenção seguiram outra linha, agora sob o conceito de grupos de risco, que conservava o mesmo raciocínio causal.

A noção de grupo de risco difundiu-se amplamente, especialmente por meio da grande mídia, e agora não mais como categoria analítica abstrata, mas como verdadeira categoria ‘ontológica’, como uma identidade concreta (AYRES, 2013, p. 126).

O exemplo mais representativo de grupos de riscos relacionados a um agravo, são quatro H’s, grupos diretamente relacionados, à época, com a epidemia de HIV. Eles eram representados pelos homossexuais, os hemofílicos, os haitianos e os viciados em heroína, para quem eram direcionadas a grande parte das ações.

Produziu-se, então, práticas que se baseavam, na ideia de criar barreiras entre agentes infecciosos e novos hospedeiros potenciais, que se configuravam como grupos de risco (AYRES, 2013).

Desenvolvem-se e fortalecem ações que buscam isolar ou separar esses grupos “mais suscetíveis” do agente infeccioso/droga, bem como também da população menos suscetível a esse agravo (doença; dependência de drogas).

Produz-se, então, práticas segregacionistas e isolacionistas, como exemplo as práticas da quarentena, ou mesmo as longas internações de usuários de drogas, em espaços isolados da família e da vida comunitária. Ainda percebe-se aí, então, uma forte influência do Modelo de Atenção em Saúde Higienista.

Ayres (2013) traz que as estratégias voltadas para lógica do grupo de risco, implementadas, por exemplo, junto aos grupos de quatro H's no caso da epidemia de HIV, mostraram-se equivocadas e ineficazes, do ponto de vista epidemiológico. Além disso, trouxeram efeitos adversos, produzindo preconceitos e iniquidades em torno dos grupos de risco.

Identities baseadas em uma interpretação rápida demais e repleta de preconceitos sobre dados preliminares e regionais de distribuição de incidências, assim como propostas de intervenção eivadas de irracionalidade e temor, tiveram, como já apontamos anteriormente, estigma e discriminação como o mais significativo efeito para os diretamente afetados pela epidemia e negligência e descaso em relação aos não imediatamente afetados (AYRES, 2013, p. 128).

No caso das pessoas que se caracterizam como grupos de risco para o agravo da dependência de uso de drogas, como moradores de rua, jovens da periferia e etc., as práticas sob essa lógica, além de supor uma falsa homogeneidade de um grupo de risco, contribuem para processo de estigmatização e criminalização desses grupos.

A prevenção gravitou, nessa época, predominantemente em torno dos grupos de risco e do tema da abstinência e do isolamento: os ‘pertencentes’ a esses grupos tiveram êxitos técnicos muito restritos e produziram em grande escala estigma e preconceito.

Diante disso, o conceito de grupo de risco sofreu bastante crítica. Percebia-se sua inadequação diante do caráter pandêmico que a Aids ganhou, não respeitando limites geográficos, sexo ou orientação sexual. Bem como, foi alvo de severos ataques dos grupos mais atingidos pela estigmatização e exclusão (AYRES, 2013).

Propõe-se, então, o conceito de comportamento de risco que trata dos hábitos de vida que podem trazer prejuízos à Saúde. Assim, não haveria um tipo ou grupo de pessoas que carregassem o risco, mas sim comportamentos de risco que podem estar associados a todas as pessoas, sem determinar grupos específicos.

O conceito-chave aqui, também em estreita relação com o saber epidemiológico, passa a ser o de comportamento de risco. A superioridade desse novo conceito em relação ao seu predecessor é evidente. Ele tende a retirar o peso do estigma dos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada, universaliza a preocupação com o problema e estimula um ativo envolvimento individual com a prevenção (AYRES, 2013).

Sob esse conceito as ações deixaram de ter a perspectiva segregacionista de dividir a população entre ‘indivíduos atingidos e/ou perigosos’ e ‘indivíduos a proteger’. Agora, o que pretende-se é minimizar a exposição da população em geral ao agravo ou à droga, que vai se dá a partir de mudanças nas práticas das pessoas.

Dessa forma, as estratégias de abstinência/isolamento cederam lugar, assim, às chamadas estratégias de redução de risco, baseadas na difusão de informação, estímulo e adestramento para o uso de preservativo e outras práticas de “sexo mais seguro”, estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis como as práticas de distribuição ou troca de agulhas e seringas, bem como reeducação alimentar, práticas de exercício físico e etc..

Trata-se do estabelecimento e fortalecimento de hábitos mais saudáveis, perspectiva prevista no conceito de Promoção da Saúde da OMS.

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (...). Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986)

Carrier e Bastien (2003) criticam essa política de Promoção da saúde pela perseguição romântica de uma saúde biopsicossocial. Compreendendo que pela perspectiva da Redução de Danos não existe um mundo sem exposição a possíveis riscos e danos, ou livre de drogas, o ideal da Promoção da Saúde mostra-se inalcançável.

Percebe-se, também, que sob essa lógica do comportamento de risco, há uma maior consideração dos aspectos individuais, como hábitos e práticas do sujeito, em detrimento dos aspectos sociais. Assim, o processo de mudança do sujeito para um comportamento “mais saudável” será resultante essencialmente de dois fatores: informação acerca do agravo/droga e vontade individual.

Dessa forma, recai-se sobre esse sujeito a responsabilidade quase que total pelo seu processo saúde-doença-cuidado, sendo ele, então, independente do seu contexto, responsável pela sua proteção ao agravo, a partir de suas práticas e hábitos. Assim, uma pessoa que faz uso de drogas terá seu padrão de consumo e os agravos relacionados a esse uso relacionados diretamente às suas escolhas individuais acerca dessa prática, desde a opção por fazer uso de droga, pelo tipo da substância, bem como a forma e padrão de uso.

Sob essa perspectiva, considerando o uso de drogas como comportamento de risco à saúde. As estratégias de prevenção e redução de danos serão normativamente orientadas para a abolição dos perigos decorrentes das práticas.

Assim, nesse contexto, a construção da estratégia de Redução de Danos para certas formas de uso de drogas ilícitas, ditas como comportamentos de risco, levará à produção do escopo das estratégias de redução de danos, como uma receita para a saúde (CARRIER, BASTIEN, 2003). Essa perspectiva aplicada à questão do uso de drogas terá, então, uma prática tecnicista, como um rol de ações preestabelecidas que serão classificadas como estratégias de redução de danos (CARRIER, BASTIEN, 2003).

As intervenções tornaram-se muito genéricas, com mensagens e estratégias pouco sensíveis às particularidades culturais, morais, políticas e econômicas envolvidas na construção de práticas seguras (AYRES, 2013, p.136).

Trata-se aqui do modelo de Atenção à Saúde Técnico Assistencial que trata de uma prestação de um serviço específico de uma área de conhecimento científico, que se caracterizam em projetos e programas que podem ser aplicados em qualquer realidade, sem considerar o caráter dinâmico do território e um processo participativo mais profundo dos usuários.

O modelo Tecnicista Assistencial da Saúde pode se mostrar eficiente no controle de alguns agravos da saúde ou aplicáveis a determinados cenários de uso de drogas, no

entanto “não confere discernimento suficiente sobre os contextos singulares presentes no território” (OLIVEIRA, FURLAN, 2010, p.4).

Sabe-se que a relação de cada sujeito com a substância e seu contexto é singular. Assim, é preciso conhecer essa relação mais profundamente para que possa delimitar qual dano se pretende minimizar e como será feito. Logo, ações como a distribuição de filtros para cachimbos num contexto em que grande parte dos usuários de crack faz uso em latinhas não terá sucesso, assim, como a recomendação de fazer uso de drogas em lugar protegido será mais difícil ao se tratar de pessoas em situação de rua.

Nesse modelo, visto que o conhecimento científico será o principal orientador dessa prática, o estabelecimento dos hábitos de vida saudáveis e dos riscos à saúde fica sujeito ao poder biomédico para determinar o que se caracterizará como comportamentos de risco ou não. Há, então, uma determinação ideológica sobre o que é saudável ou não para determinada sociedade. Dessa forma, esse modelo também pode produzir estigmatizações sobre os sujeitos que apresentem esses comportamentos que não se adequam a normalidade estabelecida.

Essa questão é facilmente percebida na questão do uso de drogas, em que para alguns povos, o uso de algumas substâncias é considerado um hábito saudável e até terapêutico, já em outros contextos pode ser tratado como comportamento de risco para o sujeito e para sociedade, tornando, por vezes, o usuário alvo de criminalização.

Observa-se assim, que, o estabelecimento da ordem do que é saudável ou não se dá por um saber científico, que expressa uma determinada dominação ideológica sobre a sociedade. Dessa forma, o sujeito estará submetido a esses valores pré estabelecidos e não terá a legitimação do seu saber enquanto sujeito. O saber popular, embora possa ser reconhecido, ficará subjugado ao saber científico do profissional especialista.

Trata-se, então, de uma Cultura do Silêncio, que responde a essa dominação ideológica, mantendo a relação de dependência, onde o sujeito tem voz, mas não é ouvido. “Ser silencioso não é não ter uma palavra autêntica, mas seguir as prescrições daqueles que falam e impõem sua voz” (FREIRE, 1979, p.33).

A intervenção Tecnicista mostra, então, seus limites ao lidar com essa questão visto que os profissionais colocam-se no lugar de suposto saber e distantes da população, por vezes não se inserindo no contexto e afastando o sujeito de uma participação mais ativa do processo. Isso não permite a apropriação da tecnologia pela comunidade, o que gera uma dependência dela aos profissionais detentores do



conhecimento técnico e pode levar a uma recorrência do problema, visto que a produção de hábitos saudáveis determinado por outrem, por vezes, não integrará o repertório comportamental daqueles sujeitos.

Assim, a ótica do comportamento de risco também provoca críticas, como do movimento pelos direitos das mulheres, que propõe a noção de *empowerment*, empoderamento, numa perspectiva crítica positiva para os modelos que embasam os conceitos e práticas ligados ao comportamento de risco (AYRES, 2013), propondo uma postura mais ativa do sujeito diante do seu cuidado.

Nesse sentido, o conceito de risco provoca uma falha na perspectiva da Redução de Danos e corrobora para que ela se apresente como mais uma lógica de controle, identificando comportamento de riscos e perseguindo um ideário de qualidade de vida, proposto pela Promoção da Saúde. Essa análise põe em cheque a afirmação de que a redução de danos é uma alternativa às duas outras lógicas (criminalização e patologização) (CARRIER, BASTIEN, 2003), visto que ela, sob essa análise, não supera a perspectiva do controle.

Percebe-se aí uma visão de aceitação parcial da Redução de danos, em que ela servirá somente como um paliativo “reduzir até parar”. Conserva-se, então, um ideal de mundo sem drogas e uma visão romantizada da saúde. Sob essa ótica tecnicista:

(...) pautado no conceito de *comportamento de risco*, visto que só há aceitação se a redução de danos buscar prevenir a AIDS por meio dos programas de troca de seringas ou da abstinência como meta final do tratamento” (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 589).

Nesse contexto, então a Redução de Danos é percebida de forma mais pragmática como uma estratégia da Saúde Pública em reduzir danos riscos à saúde bem como riscos sócias das pessoas que fazem uso de drogas, buscando, assim, alcançar melhor qualidade de vida e garantir menor exposição a agravos,

Essa visão é herança da origem de como a RD se constitui no Brasil, que ao contrário do que ocorreu na Holanda em que partiu do movimento dos próprios usuários, a Redução de Danos surgiu no cenário nacional como iniciativa governamental diante de um problema de saúde Pública que preocupava às autoridades na época, a epidemia da AIDS. Assim, focou seus esforços em atuar sobre os riscos que envolviam tais questões.

As críticas a esse modelo baseado em risco foram então se tornando mais consistentes à medida que ele não dava mais respostas para lidar com os principais agravos, como a epidemia de Aids, visto que esta, nas últimas décadas, se espalhou geograficamente, demonstrando uma tendência à pauperização, difundindo-se mais rapidamente nos países pobres e nas periferias e bairros pobres das grandes cidades, mesmo entre as nações ricas. Isso mostra um forte componente social ligado a essa questão que ultrapassa os comportamentos individualizados dos sujeitos.

É nesse momento que passam a ganhar mais espaço as proposições que vinham defendendo estratégias de prevenção não restritas à redução individual de riscos, mas apontavam para outras, de alcance social ou estrutural.

Dessa forma, percebe-se que conceito de risco é ampliado e incorporado ao conceito de vulnerabilidade (AYRES, 2003), que pensa estratégias de acordo com o contexto sócio cultural do usuário, aproximando-se, assim, o viés libertador da Redução de Danos.

No que se refere ao fenômeno das drogas, a transição do conceito de um comportamento de risco a uma situação de vulnerabilidade permitiu o reconhecimento de que, além da perspectiva individual, a droga perpassa outras esferas, tais como a social, a econômica e a política, que também determinam e influenciam o comportamento individual (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 586).

É importante destacar que essa mudança de perspectiva não tem intenção de nomear novos grupos de risco, como as pessoas que vivem no contexto da pobreza, mas de incluir novos elementos na percepção do processo saúde doença cuidado que escapam o cunho individual. Assim, apresentar ou não um agravo é determinado por diversos fatores pra além de “um risco que as pessoas decidem correr” (AYRES, 2013, p.138).

Não se trata aqui, obviamente, de aceitar o risco como condição constitutiva da pobreza, da miséria, da falta de recursos, mas, ao contrário, trata-se de não se conformar com a falta de alternativa – da qual o risco dos comportamentos é, então, apenas uma expressão (AYRES, 2013, p.38).

Ayres (2013) alerta, então, para o perigo de “continuar promovendo uma discriminação negativa dos grupos mais afetados, agora não mais pelo estigma, mas pela sua vitimização e correlativa tutela” (p. 138). Para evitar essa questão, propõe-se,

então, reconhecer os contextos, territórios e grupos de maior vulnerabilidade para direcionar esforços e construir possibilidades.

Além disso, deve se considerar que esses sujeitos são parte dessa ação e não somente alvo da mesma, por ser vítima de um contexto opressor, evitando, assim, uma visão maniqueísta da sociedade e uma análise superficial dos contextos de vulnerabilidade.

Assim, a emergência da categoria vulnerabilidade demarca algumas diferenças quanto a perspectiva de práticas sob ótica do risco. Primeiramente a vulnerabilidade supera a intenção de construção de uma linha ou rede causal, e, então, complexifica esse desenho trazendo elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento, elementos que se inter-relacionam com mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, inferências, circunscritas no tempo e no espaço (AYRES, 2013). Aspectos, que segundo Ayres (2013), sob a ótica do risco, “deveriam ser cuidadosamente deixados de fora” (p. 138) por não ser unívoco, constante e permanente.

Percebe-se, também, sob essa perspectiva, que a expressão de determinado agravo ou mesmo a configuração do uso de drogas não se dá de forma homogênea na população em geral. E que portanto, as possibilidades de mudança de práticas que exponham menos os sujeitos a esses agravos “não dependem apenas da vontade individual, mas do contexto em que essas individualidades se conformam e manifestam” (AYRES, 2013, p. 139).

Era preciso sim, apreender o peso dos diferentes contextos sociais como determinante de diversas suscetibilidades e criar alternativas técnicas sensíveis a essas diferenças (AYRES, 2013, p.138)

Faz-se necessário, então, pensar em ações estratégias mais focalizadas nas diferentes suscetibilidades que envolvem o agravo assim se prevê ações de intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica, direitos humanos (AYRES, 2013). Ratifica-se, então, que essas ações, que tem como alvo esses contextos de vulnerabilidade, serão consideradas práticas de prevenção e cuidado dos sujeitos.

Sob essa ótica da vulnerabilidade, a resposta produzida não está no plano da individualidade privada mas nas mãos de sujeitos sociais, transformando para além de comportamentos individuais, as práticas sociais e os contextos dos territórios.

Assim, na intervenção junto a pessoas que tem problemas relacionados ao uso de drogas, faz-se necessário a superação dessa dialética que é composta “por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial desigualmente distribuídos” (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 587). Não se trata, portanto, de uma intervenção de cunho individualista, como no modelo tradicional de Saúde, mas de um rompimento de uma lógica opressiva sobre os sujeitos.

Percebe-se, então, um caráter libertador da prática sob a ótica da vulnerabilidade, pois sugere a superação de realidades sociais opressoras. Além disso, usa como estratégia a mobilização e envolvimento direto dos sujeitos sociais, que ganham um caráter ativo e protagonista no seu processo de cuidado.

Diante dessas premissas, pode-se dizer que essas práticas, orientadas a partir da ótica da vulnerabilidade e ancoradas no campo da Saúde Coletiva, caracterizam-se como práticas comunitárias libertadoras (GOIS, 2008). Elas, além de fomentar a participação dos usuários, tem como objetivo a emancipação deste e a transformação da realidade, superando a Dialética Dominação Opressão.

O objetivo, então, amplia-se e além de reduzir danos relacionados ao uso de drogas deseja-se a emancipação dos usuários, reconhecendo-os como sujeitos de direitos, e não sob a identidade de oprimido, criminoso ou doente. Assim tem-se como premissa dessa perspectiva a garantia de acesso às redes e direitos sociais e até o debate acerca do direito do sujeito sobre o uso de drogas.

Além disso, esses sujeitos sociais, sob essa perspectiva, assumem um compromisso ético de transformação da própria realidade. Percebe-se, então, que o sujeito rompe a situação de opressão em que se encontra e ganha uma fala legítima. Trata-se do “Y el sujeto de conocimiento, cualquiera que sea su procedencia, es también un sujeto que critica, actúa y reflexiona desde la propia realidad que cosntruye, a aprtir del discurso y de las acciones” (MONTERO, 2004, p.95).

Dessa forma, o usuário deve participar de todas as ações elaboradas, “o que a caracteriza como uma medida formulada de baixo para cima, construída em conjunto e em defesa daqueles que usam drogas” (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 587).

No campo da Saúde Coletiva isso também se afirma, visto que “ações sociais e de saúde no território implicam a ideia de reconhecimento do outro como interlocutor do processo” (OLIVEIRA, FURLAN, 2010, p. 23). A participação efetiva dos usuários

na estratégia da Redução de Danos possibilita compreender mais profundamente suas necessidades e amplia as possibilidades de intervenção.

Ao abrirem espaço para o saber popular, ampliam as possibilidades de construir uma nova visão de saúde, focada nas condições de enfrentamento do sujeito, e não exclusivamente no binômio prevenção/doença. (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 587).

A Redução de Danos aí tende a uma formatação mais humanitária, caracterizando-se como uma medida de baixa exigência, visto que não tem a abstinência do uso da droga com condição para o tratamento, visto que vai considerar outras possibilidades a partir do contexto singular de casa sujeito.

Tem-se a aceitação total da estratégia, pois não limita as ações aos programas de troca de seringas, nem estabelece como meta final a abstinência do usuário, tampouco compreende que a redução de danos seja contra a abstinência do uso de drogas (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 589)

Abaixo, apresenta-se um quadro sintetizando as práticas sob suas diferentes perspectivas, do risco à vulnerabilidade, onde alcança um aspecto libertador.

QUADRO 1- Quadro de risco e vulnerabilidades na produção das práticas.

| CONCEITO               | PROBLEMA ALVO                        | RESULTADOS ESPERADOS   | INTERESSES DA PRÁTICA  | DIFICULDADES DA PRÁTICA                                   |
|------------------------|--------------------------------------|------------------------|--|---|
| Grupo de risco         | Contato entre infectado e suscetível | Barreira à transmissão | Capacidade de Particularização tecnicamente operacional        | Estigma; discriminação; negligência.                      |
| Comportamento de risco | Exposição ao Vírus                   | Práticas seguras       | Universalização do compromisso com a Prevenção                 | Intervenções inespecíficas;<br>Culpabilização Individual; |
| Vulnerabilidade        | Suscetibilidades populacionais       | Resposta Social        | Universalidade do compromisso com particularização operacional | Vitimização; tutela;<br>Ampliação Paralisante;            |

Fonte: Ayres, 2003.

Com o agravamento das desigualdades sociais, na atualidade, advindas das contradições impostas pela sociedade de consumo, são produzidos novos e mais

complexos contextos de vulnerabilidade, o que reforça a exigência de práticas de Redução de Danos sob a perspectiva libertadora.

No entanto, percebe-se que essa perspectiva libertadora não é hegemônica, visto que a Redução de Danos ao encontrar-se com outros discursos como do âmbito tecnicista da Saúde pode assumir uma lógica mais pragmática.

Tem-se, ainda, que a Redução de Danos não conseguiu minar a sustentabilidade do modelo proibicionista definitivamente. Dessa forma, “a política proibicionista é uma pedra no meio do caminho da educação, porque propõe a norma da abstinência e não dá condições de sua realização” (ACSELRAD, 2011). Assim, além de não ter eficácia na questão dos problemas relacionados às drogas, ela impõe obstáculos ideológicos e subjetivos para consolidação da Redução de Danos enquanto novo paradigma.

Independentemente da aceitação parcial ou total, o rompimento com o paradigma proibicionista é visível no âmbito acadêmico, embora não se tenha clareza sobre a configuração do novo paradigma de abordagem do fenômeno das drogas (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 590)

O que se percebe, então, é uma coabitação das lógicas Proibicionistas em seus discursos jurídico-criminal e sanitário, e da perspectiva da Redução de Danos, sob viés tecnicista ou libertador. Esse cenário, produz, então, uma pluralidade das orientações de dispositivos de cuidados que, por vezes, pode criar situações paradoxais (CARRIER e BASTIEN, 2003).

Faz-se necessário, então, diferenciar essas práticas, especialmente, a prática pautada na vulnerabilidade que apresenta esse viés libertador das práticas ainda baseadas no conceito de risco, fruto do discurso médico sanitária pelo qual se expressa o Proibicionismo. Para tal, Ayres (2003) apresenta o quadro abaixo, do qual destacaremos os principais pontos.

QUADRO 2: Comparação entre as características de intervenção com base nos conceitos utilizados em prevenção.

| CARACTERÍSTICA     | REDUÇÃO DE RISCO    | REDUÇÃO DE VULNERABILIDADE |
|--------------------|---------------------|----------------------------|
| Alvo               | Indivíduos expostos | Populações suscetíveis     |
| Finalidade         | Alertar             | Capacitar                  |
| Meios              | Informação          | Mobilização                |
| Processo Educativo | Modelador           | Construtivista             |
| Base Institucional | Saúde               | Intersetorial              |

|                       |                           |  |
|-----------------------|---------------------------|--|
| Agentes Privilegiados | Técnicos                  | Pares  |
| Resultados Esperados  | Mudanças de Comportamento | Transformação de contextos de Intersubjetividade |

Fonte: Ayres, 2003.

Dentre os pontos apresentados no quadro, já apresentados aqui, ressaltamos algumas questões. Inicialmente chama-se a atenção para o alvo. Quando falamos de vulnerabilidade nos referimos a um contexto ou território específico, assim, o alvo da intervenção será a comunidade que compõe esse cenário, a população, então, que está suscetível a essas vulnerabilidades.

Em relação à finalidade da prática, na perspectiva da redução de vulnerabilidades, percebe-se uma vocação libertadora, visto que assume uma responsabilidade de transformação de uma realidade a partir do empoderamento dos sujeitos. Assim, “além de alertar sobre o problema, é preciso fortalecer esses sujeitos sociais para que eles possam, então, “superar os obstáculos, materiais, sociais e políticos que os mantêm vulneráveis mesmo que quando individualmente alertas” (AYRES, 2003). Trata-se, ai, portanto, da superação da Dialética Dominação Opressão (GOIS, 2008).

Para tal missão, será necessário mais que o repasse de informações e sim a mobilização dos sujeitos, facilitada por um processo educativo de base construtivista, que permita o diálogo e um papel ativo do sujeito nesse processo. Dessa forma, o usuário será sujeito da própria ação e atuará junto a seus pares.

É importante ressaltar que, diante do novo papel assumido pelo usuário, o técnico não mais será protagonista da ação. Assim, ele deverá ressignificar sua atuação diante do contexto, agora enquanto “um mediador do encontro que deve se dá entre a população e o conjunto de recursos (serviços, informações, insumos e etc) que a sociedade dispõe para construir sua saúde” (AYRES, 2003).

Temos, ainda, que à medida que se amplia o objeto da prática, não mais fatores ou comportamentos de risco, mas sim uma gama complexa de vulnerabilidades forjadas sócio historicamente, também amplia-se o objetivo dessa prática que se faz na transformação de contextos sociais a partir das relações entre os sujeitos e entre esses e o território. Dessa forma, exige-se ir além do campo da Saúde, alcançando outros setores para atuar nesse cenário, na perspectiva da Intersetorialidade.

Por fim, ressalta-se que um processo de mudança da realidade, a partir das vulnerabilidades, é, também, um processo de transformação desses sujeitos e das suas relações. Assim, como traz Ayres (2003) “o caráter intersubjetivo de construção de novas identidades pode nos ajudar a conceber novas estratégias e técnicas de atuação”.

Há, então, diferentes linhas de desenvolvimentos dessas práticas, o que complexifica esse cenário de possibilidades de atuação na perspectiva da Redução de Danos.

Além disso, assistiu-se, ao longo dos anos, a mudança no cenário do uso de drogas no mundo e, especialmente, no Brasil, o que provocou-se a pensar novas estratégias de Redução de Danos. Assim, “a configuração atual da estratégia de redução de danos já não corresponde fidedignamente àquela da década de 80” (MACHADO, BOARINI, 2013, p. 590). Amplia-se, então, as possibilidades dessas práticas no campo da Redução de Danos.

Assim, são essas práticas plurais e ainda contraditórias que se objetivou alcançar com esse estudo. Identificando sob que lógica tem operado as redes assistenciais no que se refere a questão do uso de drogas e sob que Paradigma profissionais e usuários têm operado.



#### 4. Caminho Metodológico

Compreendemos a metodologia a partir de Minayo (1994, p. 16) como etapa que “inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”. Nesta etapa o pesquisador delimita os passos dados ao longo da pesquisa de modo a fim de atender os objetivos do estudo, considerando por um lado, o rigor científico e, por outro, a criatividade necessária para realizar um trabalho inovador.

Pretende-se aqui, então, apresentar esse percurso, descrevendo desde a natureza da pesquisa e o cenário do estudo, até o processo para que ele ocorresse, a entrada em campo, as estratégias para construção de dados bem como método de análise do material apreendido.

Um caminho metodológico que apesar de resguardar as exigências científicas e éticas, por vezes, foi redirecionado pela realidade do território em que deu o estudo e pelos próprios sujeitos de pesquisa que apontavam novas possibilidades para se aproximar e apreender o objeto da pesquisa.

##### 4.1. Natureza do estudo

A pesquisa caracterizou-se por uma abordagem qualitativa numa perspectiva de compreensão das experiências de cuidado junto a pessoas que fazem uso de drogas no campo das políticas públicas e do território. É possível, por meio desta opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais que permeiam esse campo.

Pope e Mays (2009) enfatizam que a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como compreendem este mundo. Busca, assim, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos etc.), em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem; em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa.

A pesquisa qualitativa:

(...) se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008, p.21).

Assim, também é tratada por Denzin e Lincoln (2009, p. 23), que trazem que a pesquisa qualitativa dá ênfase sobre os “processos e significados que não são examinados e medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência”, levando em consideração que a natureza é socialmente construída. Para esses autores, as observações em pesquisa não são completamente objetivas porque o observador lança seu olhar através de múltiplas lentes sobre um mundo socialmente formado por quem observa e por quem é observado.

Nessa visão, os sujeitos através das suas explicações sobre o vivido não conseguem contemplar a complexidade da experiência humana, mas formar um recorte desta. Assim, a pesquisa qualitativa busca através dos métodos interpretativos formas de compreender melhor essas experiências.

O estudo das relações, das representações, das opiniões e percepções da produção interpretativa humana, sobre como estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos) encontra no método qualitativo a guarida necessária para que o pesquisador possa adentrar neste universo complexo e ativo (MINAYO, 2008).

Sendo assim, optamos por uma pesquisa qualitativa em nosso estudo por compreendermos que através da descrição e interpretação da realidade podemos eficazmente contribuir na construção de um conhecimento não quantificável e que consiga apresentar a realidade estudada de forma mais condizente a ela e aos significados atribuídos pelos sujeitos que a compõe.

Além disso, a opção por uma etapa qualitativa em nossa pesquisa se fez também por uma concepção ideológica que considera o aspecto de empoderamento do sujeito de pesquisa no próprio ato de pesquisar. Neste sentido, Groulx (2010, p. 108) afirma que “Alguns atribuem à pesquisa qualitativa um papel de ‘esclarecimento’ (enlightenment), no sentido de que ela contribui indiretamente para a discussão democrática pela ampliação e diversidade das perspectivas e dos pontos de vista”. Esse é um aspecto que reforça a escolha por esse método, uma vez que ele possibilita um espaço para que os

sujeitos produzam conhecimentos, além de facilitar a emergência de múltiplas vozes que ainda não foram escutadas, tudo isso é um ato não só científico, mas também político.

Compreendemos a Saúde Coletiva, bem como as políticas sobre drogas, como campos complexos, nos traz a exigência de uma abordagem profunda e compreensiva. Além disso, identificamos os sujeitos implicados nesses cenários como atores políticos cujas vozes merecem e devem ser ouvidas. Dessa forma, a perspectiva qualitativa de um estudo nesse campo mostra-se muito pertinente.

Este tipo de pesquisa envolve a interação pesquisador-participante, a qual lida com questões muito particulares, com o universo dos significados, e com as interpretações das realidades sociais, buscando explorar espectros de opiniões em um grupo social específico. Para Minayo (1996, p.101), “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”.

Dessa forma, o estudo exigiu uma intensa aproximação do pesquisador com campo de estudo e os sujeitos que o compõe, bem como a adaptação do pesquisador à realidade do campo de pesquisa e suas particularidades. Foi muito importante uma atenção vigilante do pesquisador a esse campo, observando os direcionamentos apontados por ele e os significados emergentes desse cenário.

Imerso no campo de pesquisa, o estudo buscou compreender como se dão as práticas de redução de danos de profissionais e usuários em um território do regional do município de Fortaleza, deparando-se com possibilidades, desafios e contradições.

## **4.2. Métodos de construção de dados**

### **4.2.1. Grupos focais**

O Grupo Focal, procedimento de coleta de dados que utiliza a interação grupal para geração destes dados, sendo indicado para o desenvolvimento de pesquisas de cunho qualitativo. Essa estratégia utiliza sessões grupais para facilitar a expressão de características psicossociológicas e culturais de um grupo (DALL’AGNOLL;

TRENCH, 1999) bem como para compreender a linguagem e as perspectivas do grupo, obtendo informações sobre os fenômenos e conceitos produzidos por ele.

Bakhtin (1986, apud MINAYO,1992, p.110) considera a palavra “o fenômeno ideológico por excelência” e define o “caráter histórico e social da fala como campo de expressão das relações e das lutas sociais que ao mesmo tempo sofre os efeitos da luta e serve de instrumento e de material para a sua comunicação”. Assim, torna-se possível, a partir da palavra apreender o conteúdo simbólico das práticas.

Os grupos focais foram realizados a fim de capturarmos o fenômeno estudado com a obtenção de dados subjetivos que vão sendo construídos processualmente. De acordo com Montero (2006, p. 15)

Os grupos focais combinam aspectos provenientes da teoria e dinâmica de grupos, da entrevista e dos estudos do discurso. Centram seu enfoque em uma forma de conversação livre delimitada. Esta condição aparentemente contraditória se deve a que cada participante pode dizer o que queira, mas sobre um tema previamente escolhido por um investigador.

Ao mesmo tempo em que há um clima de informalidade e liberdade, deve-se considerar a necessidade de que a discussão no grupo tenha como referência a questão apresentada pelo pesquisador, a fim de conseguir guiar as interações grupais a partir do propósito da sua pesquisa. Para isso, é necessário lançar mão de um roteiro com os temas propostos para a discussão (APÊNDICE B).

Segundo Barbour (2009, p. 21) “o estímulo ativo à interação do grupo está relacionado, obviamente, a conduzir a discussão do grupo focal e garantir que os participantes conversem entre si em vez de somente interagir com pesquisador”, sendo necessário para isso a facilitação de um espaço onde as pessoas se sintam confortáveis e seguras para se manifestarem. Breakweall et al (2012, p. 290) afirmam que “o objetivo é maximizar a disposição para se manifestar de modo franco, engajando ativamente todos os participantes da discussão, minimizando os vieses e a dinâmica de status do grupo”.

Os grupos focais permitiram ao pesquisador, a partir das discussões geradas, compreender os significados formulados e reformulados a respeito de uma determinada questão levando em consideração a perspectiva de vários sujeitos, ampliando os horizontes do fenômeno em estudo.

Pretendia-se nesse estudo realizar dois grupos focais, um com usuários e outro com profissionais. No entanto, a partir do contexto do campo no momento da coleta de

dados só foi possível a realização de um grupo focal com usuários. Esse grupo foi composto por sete usuários do CAPS AD, que integravam o grupo de Redução de Danos do serviço. Os participantes do grupo focal foram indicados pelos profissionais do serviço e o grupo seguir roteiro proposto para Grupo Focal (APÊNDICE B).

Em relação ao grupo focal dos profissionais as dificuldades para sua realização referem-se principalmente à indisponibilidade de agenda dos mesmos, visto horários e regimes de trabalho diferentes nos diferentes serviços. Além disso, a Rede de Saúde, em especial os profissionais do CAPS e alguns profissionais da Rede de Sócio Assistencial estavam, no momento do estudo, em desligamento do serviço, visto finalização de contrato temporário em que eram empregados pela prefeitura. Esse quadro chama a atenção e fez emergir reflexões importantes acerca da efetivação das práticas nesses serviços, produzindo discussões a serem apresentadas mais adiante acerca do cenário desse estudo.

Importante destacar que o grupo realizado com usuários do CAPS ocorreu com o apoio de estudantes de Psicologia que participaram como voluntárias da pesquisa. Todos os usuários participaram voluntariamente dos grupos bem como autorizaram a gravação dos relatos, conforme previa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

#### **4.2.2. Entrevistas semiestruturadas**

Segundo Minayo (2008), a entrevista semi-estruturada se caracteriza por combinar perguntas fechadas e abertas, o que facilita o surgimento de informações que não estejam condicionadas a um determinado padrão de respostas. Ela permite a produção de informações em profundidade acerca da subjetividade humana, através da compreensão das atitudes, opiniões, valores, emoções e comportamentos dos sujeitos entrevistados (HAGUETTE, 2010).

Ela tem como característica uma estruturação prévia, a qual surge dos questionamentos e reflexões baseados em teorias ou pressupostos que emergem do marco teórico do estudo, formulados antes do processo de aplicação do instrumento, o que possibilitará o aumento da amplitude investigativa (TRIVIÑOS, 1992).

As entrevistas semiestruturadas possibilitam que o informante tenha a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto de forma mais livre, ainda que ela seja guiada por um roteiro (APÊNDICE C). Isso faz com que o entrevistador fique atento para dirigir a discussão para o assunto que o interessa quando for oportuno, fazendo perguntas adicionais para esclarecer pontos que ficaram confusos ou evasivos (BONI, QUARESMA, 2005).

A escolha desse método se deu pela necessidade de favorecer e garantir a fala dos sujeitos participantes, compreendendo-os como protagonistas dessa pesquisa e ao mesmo tempo garantir a emergência de questões centrais desse estudo.

Foram realizadas, então, 25 entrevistas com profissionais, usuários e pessoas atuantes em movimentos e projetos sociais do território. Elas foram realizadas individualmente, em local apropriado para resguardar o sigilo das informações, a partir de um roteiro com as principais questões abordadas na entrevista, as quais investigavam a percepção dos profissionais e/ou usuários acerca do território e a relação com uso de drogas, bem como buscava descrever as práticas direcionadas a reduzir danos do uso de drogas e compreender a concepção do participante acerca de Redução de Danos.

Aplicou-se o instrumento aos sujeitos da pesquisa, dentre profissionais, usuários dos serviços e pessoas vinculadas a movimentos e projetos sociais atuantes no território. Vale salientar que o instrumento foi submetido a um pré-teste, a fim de identificar eventuais inadequações e realizar as mudanças necessárias, com o intuito de aprimorá-lo. Assim, ele foi adaptado a partir da inserção da pesquisadora em campo.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelhos eletrônicos com a permissão dos participantes da pesquisa, que também autorizaram a utilização das informações para o estudo e, posterior utilização e divulgação científica, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

#### **4.2.3. Observação participante e Diário de Campo**

Creswell (2010) define dentro dos procedimentos de coleta de dados o que vêm a ser observações qualitativas:

Observações qualitativas são aquelas em que o pesquisador faz anotações de campo sobre o comportamento e as atividades dos indivíduos no local da pesquisa. Nessas anotações de campo, o pesquisador registra de uma maneira não estruturada ou semi-estruturada as atividades no local da pesquisa. Os observadores

qualitativos também podem se envolver em papéis que variam desde um não participante até um completo participante (p. 214).

Dentre as modalidades de observação, escolhemos nesta pesquisa a observação participante, que é um método que se caracteriza pelo mergulho do pesquisador no campo a ser observado, o qual será influenciado pela sua participação (FLICK, 2009). Assim, o pesquisador interage com os participantes no aqui e agora das situações em que observa/participa, estando em um processo constante de coleta de dados e construção de conhecimento ao mesmo tempo em que interfere no campo de pesquisa através do seu olhar e de suas intervenções.

A entrada no campo deve favorecer que o pesquisador consiga se aproximar cada vez mais do objeto da pesquisa à medida que vai conhecendo a complexidade do campo e conseguindo selecionar aquilo que for de seu maior interesse. Para Marconi e Lakatos (2010, p. 79), há dois tipos de observação participante, a natural em que “o observador pertence à mesma comunidade ou grupo que investiga” e a artificial em que “o observador integra-se ao grupo com a finalidade de obter informações”.

Os momentos de observação participante se deram durante o período de cinco meses e foram registradas em um diário de campo, mediante a utilização de um roteiro de observação (APÊNDICE D). Vale ressaltar que os diários de campo devem ser o mais descritivo possível e devem incluir, como afirma Frizzo (2010, p. 179) “os retratos dos sujeitos, a reconstrução do diálogo, a descrição do espaço físico, o relato de acontecimentos particulares, a descrição de atividades e o próprio comportamento do pesquisador”.

É importante destacar duas questões referentes a essa técnica e vivenciada nessa pesquisa. Flick (2009) refere-se a importância de garantir acesso ao campo e o auxílio de pessoas-chave para chegar nos locais adequados para a pesquisa. Essa questão foi facilitada pela proximidade que a pesquisadora já tinha com o campo do estudo e alguns atores que facilitaram uma maior inserção no campo e possibilitam a inserção e participação em algumas atividades.

Assim, a medida que se aproximava do campo mais possibilidades de observação participante emergiam. Dessa forma, um outro desafio foi selecionar as situações em que o problema investigado pudesse ser visualizado de forma relevante, principalmente diante do cenário diverso dessa pesquisa. Isso foi sendo superado a

medida que havia uma maior inserção no campo de pesquisa, que apontava para as atividades mais pertinentes para alcançar o objeto do estudo.

Foram diversos os momentos de observação participante da pesquisadora em campo. Dentre eles cita-se: acompanhamento do Reggae que ocorre no CUCA, da atividade de Redução de Danos “A caixa é nossa”; Rodas de Conversas e exibição de curta, atuação dos educadores sociais; participação da atividade do ambulatório do adolescente da UAPS Lineu Jucá em parceria com CUCA; acompanhamento atividades CAPS como acolhimento, Grupo de Redução de Danos, recepção; atividade de Educação em Saúde da UAPS Lineu Jucá no território; participação em atividades do projeto Aqui tem Sinal de Vida e do MEP- Movimento de Engajamento Político; caminhadas no território e outros momentos do cotidiano dos serviços e território. Essas atividades serão explicitadas mais adiante.

Além dos diários de campo, foram feitos diversos registros desses momentos a partir de fotografias que buscavam apreender imagens e símbolos significantes das práticas investigadas no estudo.

Ressalta-se que a participação da pesquisadora nesses espaços, bem com os registros foram previamente pactuados com os sujeitos da pesquisa e autorizados pelo gestor do serviço e/ou responsável pela atividade.

Por fim, destaca-se que as observações participantes nas atividades supracitadas foram essenciais para facilitar o contato e a aproximação com os sujeitos de pesquisa, bem como para construção da relação de confiança mútua entre pesquisadora e pesquisados, possibilitando o interesse e adesão desses atores à pesquisa, e sua participação no grupo e entrevistas. Além disso foi a partir dessas vivências que ampliou-se o cenário do estudo para além das redes assistências bem como se deparou com outros atores do território com atuação relevante para a pesquisa.



#### 4.3. Processo de construção dos dados e Análise do Material Empírico

Inicialmente houve uma aproximação da pesquisadora com o campo da pesquisa, a fim de conhecer mais profundamente o cenário do estudo (serviços da rede CUCA, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Sócio Assistencial) bem como o próprio território de atuação desses equipamentos. Foram identificados atores chave para apreensão desse cenário e facilitação para inserção nas atividades.

A partir daí pode se identificar nos serviços e também no território, as principais práticas e ações direcionadas à questão do uso de drogas desenvolvidas por esses dispositivos. Pode-se, então, identificar os possíveis sujeitos de pesquisa e as atividades pertinentes à observação participante.

Após a construção de dados em campo, as informações apreendidas acerca das práticas relacionadas ao uso de drogas foram analisadas sob a perspectiva da Redução de Danos, percebendo o quanto se aproximavam ou se afastavam dessa lógica e identificando possibilidades e desafios.

Minayo (1992) aponta três finalidades para a etapa de análise na pesquisa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

Para análise do material empírico (entrevistas, grupos focais e observação participante), foi utilizada como referência Minayo (1999), cujo objeto de análise é a práxis social, e o sentido que se busca é a afirmação ético-política do pensamento.

Trata-se de uma abordagem teórica da hermenêutica dialética, inspirada em Assis e Jorge (2010) e Minayo (2010), que propõe a produção de uma análise compreensiva e crítica em que as práticas sociais são percebidas, refletidas e interpretadas, à luz de uma abordagem dialética.

A perspectiva da abordagem hermenêutica procura entender a multiplicidade de significados contidos no texto, de forma a clarear o que é confuso, e trazer à tona aquilo que se encontra escondido e fragmentado. A orientação dialética destaca o dissenso, a mudança, exigindo de qualquer análise “realizar uma crítica das ideias expostas nos produtos sociais buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao acolhimento e às transformações” (MINAYO, 2010, p.347).

Ainda segundo a autora supracitada, na hermenêutica as práticas sociais são percebidas, refletidas e interpretadas, à luz de uma abordagem dialética, nas quais o ser humano é marcado pelo espaço e tempo no qual vive, sendo suas expressões um reflexo do seu momento histórico. Inspirada em Gadamer, Minayo (2010) destaca que a compreensão não é um processo mecânico, mas um processo que se dá em uma relação baseada na intersubjetividade. Deste mesmo modo, o sujeito investigado nunca conseguirá dizer totalmente quem é no seu texto, ao passo que o pesquisador não conseguirá abranger o sentido total e definitivo do outro sobre o qual se debruça.

Assim, o objeto da hermenêutica repousa sobre o sentido atribuído a comunicação que se dá entre os seres humanos, na qual a linguagem transversaliza as relações subjetivas que estão impregnadas por limitações históricas e culturais. Desta forma o pesquisador não deve buscar nos textos uma verdade dissociada do seu contexto maior, uma vez que o sentido do discurso encontra-se sempre aberto a múltiplas possibilidades e profundamente marcado pela conjuntura social. Dito isto, a interpretação não deve se limitar a quem escreveu o texto, indo além de seu autor, pois este ao elaborá-lo, não tinha consciência da dimensão do que permite ser lido nele acerca de seu tempo (MINAYO, 2010).

Para esta dissertação, foi utilizado os passos sugeridos por Minayo (1999): na primeira etapa, de ordenação dos dados, onde foram feitas as transcrições das entrevistas e dos grupos focais gravados, bem como os relatos dos diários e campo, em seguida, releitura do material.

A partir daí foi feita a organização e classificação dos dados em dois momentos: a leitura horizontal e exaustiva do texto, seguida da leitura transversal. A primeira iniciou-se com várias leituras de cada entrevista e dos registros das observações, não sendo necessário realizar nenhuma análise contextual, realizou-se apenas uma leitura flutuante.

Na segunda etapa, de classificação dos dados, foi realizada uma leitura exaustiva e repetida dos textos, onde deverão ser levantadas ideias centrais e as questões relevantes que ajudaram a formar as categorias empíricas. Assim, a partir disso, tínhamos as categorias específicas que foram utilizadas na análise do material apreendido, que emergiram a partir dos pressupostos teóricos e dos objetivos da pesquisa, bem como dos discursos dos sujeitos da pesquisa.

Assim, pôde se dá a organização e classificação dos dados contemplados nessas duas técnicas, um mapeamento horizontal e vertical do material empírico coletado no campo e estudo, organizando-o em diferentes conjuntos e categorias.

Para emergência dessas categorias, inicialmente fez levantamento de principais temas tratados na pesquisa. Daí foram delimitados sub temas que contribuiriam na elaboração das categorias de análise. Destacam-se, então, três grandes categorias: a relação com território; Vulnerabilidades e maximização dos danos; as práticas e concepções acerca da Redução de Danos.

Daí surgiram as Unidades Analíticas, que compuseram os quadros de análise junto a trechos dos discursos dos participantes da pesquisa aos quais se relacionam. Para essa etapa foi utilizado como suporte o software *Atlasti*<sup>8</sup> que possibilita a codificação do material empírico nas categorias de análise, facilitando a sistematização e organização desses dados. Nesse software, foram elencados códigos de sentido (*codes*), que eram associados às falas dos sujeitos e relatos do Diário de Campo. Esses *codes* foram então associados e daí emergiram as categorias do estudo.

Após esse momento, foi realizada uma leitura transversal dos dados categorizados, buscando o confronto de ideias nas Unidades Analíticas, agrupando –as em convergentes, divergentes, complementares e diferentes, a exemplo do quadro abaixo.

QUADRO 3: Quadro de análise das Unidades Analíticas.

| Vulnerabilidade e maximização dos danos |              |                    |            |                    |
|---|--------------|--------------------|------------|--------------------|
| Convergências                           | Divergências | Complementaridades | Diferenças | Síntese horizontal |
|   |              |                    |            |                    |
|   |              |                    |            |                    |
|   |              |                    |            | Síntese vertical   |

Fonte: Minayo, 2008.

<sup>8</sup> O uso do software Atlas Ti é indicado para análise longitudinal em que se usam instrumentos diversos e complementares, e tem como principal objetivo ajudar o pesquisador a organizar, registrar e possibilitar o acompanhamento dos registros efetuados, contribuindo para a confiabilidade do estudo.

Na última etapa, da análise final, foram feitas as conexões entre os dados e os referenciais teóricos a fim de responder às perguntas feitas pela pesquisa (GOMES, 1994). Dessa forma, a análise exigiu um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador, sempre contextualizando a construção dos danos ao momento sócio histórico do estudo bem como às condições do cenário de prática.

#### 4.4. Contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, local de moradia e cenário de atuação da pesquisadora. O município de Fortaleza, é quinta capital do país, com uma população estimada pelo IBGE de 2.452.185 habitantes, e área de 314,930 km<sup>2</sup>, em 2005 sua densidade demográfica encontrava-se em torno de 6.818 habitantes por km<sup>2</sup> (FORTALEZA, 2008).

O município organiza-se administrativamente em seis Secretarias Regionais (SRs) e cada uma delas é responsável pela gestão da rede de serviços de políticas públicas existentes na sua área geográfica, como mostra a Figura 2.

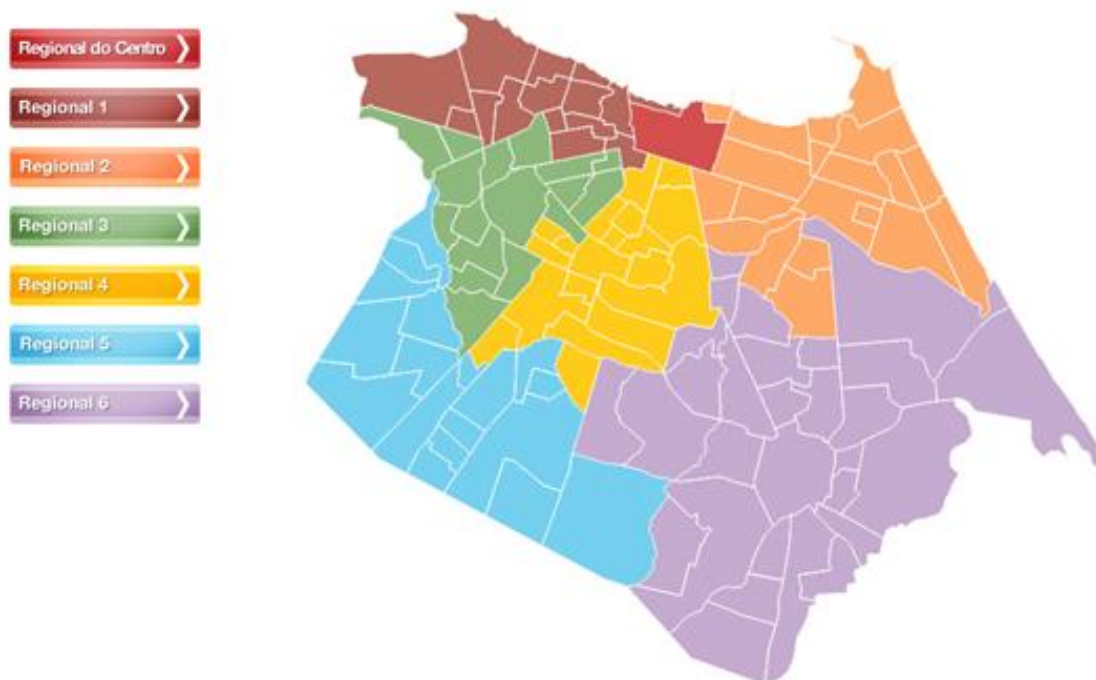


FIGURA 2 - Mapa municipal de Fortaleza. Secretarias Regionais.

Fonte: Fortaleza, 2014.

Sua rede de saúde é composta por 92 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A rede hospitalar municipal tem 956 leitos, sendo 553 nos hospitais secundários e 403 no hospital terciário – Instituto José Frota (IJF) – que mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. O atendimento de urgência e emergência é feito também pelo SAMU.

As ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se espalhadas em seis Secretarias Regionais nos respectivos Distritos de Saúde. Os postos de saúde ou Unidades de Atenção primária (UAPS) oferecem a atenção básica ou primária à população, tendo como referência o Programa Saúde da Família, e são portas de entrada dos serviços de saúde.

Atualmente, o município dispõe de uma rede de saúde mental que conta com o serviço fundamental de 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 6 CAPS Gerais, 6 CAPS-ad e 2 CAPS-i, os quais buscam preservar os objetivos da reforma psiquiátrica. Em Fortaleza, os CAPS têm recebido pessoas, de todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves, em situação de risco, e pessoas com transtornos decorrentes do abuso de crack, álcool e outras drogas (FORTALEZA, 2008).

Em relação a Rede Sócio Assistencial, Fortaleza conta com 26 CRAS – Centro de Referência em Assistência Social, que são responsáveis pelo acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade, registradas no Cadastro única do Sistema único de Assistência Social; oito CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social, responsáveis pelo acompanhamento de famílias e indivíduos em situação de violação de direitos. Dentro dos CREAS, existem dois serviços direcionados à população em situação de rua de Fortaleza, sendo chamados de Centros Pop. Além disso, a Rede conta com diversos serviços de acolhimento institucional, com tipificações de Pousada Social, Casa de Passagem e abrigos direcionados a grupos populacionais específicos (crianças e adolescentes, mulheres, homens e famílias) (FORTALEZA, 2008).

O município conta ainda com uma rede de equipamentos e serviços da Secretária de Juventude, operacionalizados pelo Instituto CUCA, constituindo a Rede de Cultura, Arte, Educação e Esporte (Rede Cuca), são equipamentos situados em áreas de extrema vulnerabilidade social (Barra do Ceará – SER I, Mondubim – SER V e Jangurussu – SER VI), que tem o propósito de promover a inclusão sociocultural e econômica dos jovens da cidade através de ações capazes de reduzir os níveis de vulnerabilidade dessa população fortalecendo a rede de proteção social e promoção dos direitos da juventude. Os Cucas (Cuca Barra, Cuca Jangurussu e Cuca Mondubim) ofertam diversos cursos de formação em áreas profissionais e atividades diversificadas de esporte e lazer voltados para jovens. Dessa forma, são extremamente atrativos para o público jovem, a diversificada programação nas áreas de cultura, arte e esporte, a qualidade da infraestrutura com uma amplitude de espaços com diversas funcionalidades (quadra de areia, ginásio, teatro, cinema, sala de artes cênicas, estúdio, de vídeo, fotografia, rádio-escola) transformam os equipamentos em potentes ferramentas de acesso do público jovem à política pública.

No contexto do município de Fortaleza, foi feita a escolha da Regional I de Fortaleza como campo para esse estudo. Essa escola foi motivada por conta do fortalecimento de ações junto a pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de drogas no território, que, de acordo com seus participantes, vêm se dando na perspectiva da Redução de Danos, que as caracterizam como objeto da pesquisa.

Esse contexto de fortalecimento da RD nesse território foi favorecido pelo desenvolvimento do projeto Juventude e Redução de Danos articulado pela rede Cuca no território desde início de 2015. Esse projeto tem como objetivo ofertar ações direcionadas aos jovens do território da Rede Cuca, em especial o Cuca Che Guevera, localizado na Regional I de Fortaleza, possibilitando assim reduzir os danos físicos, psicológicos e sociais causados pelo uso de drogas por esses sujeitos. O projeto tem um caráter intersetorial, por isso envolveu profissionais de diversas políticas do território, bem como movimentos sociais e os próprios usuários dos serviços (REFERENCIA).

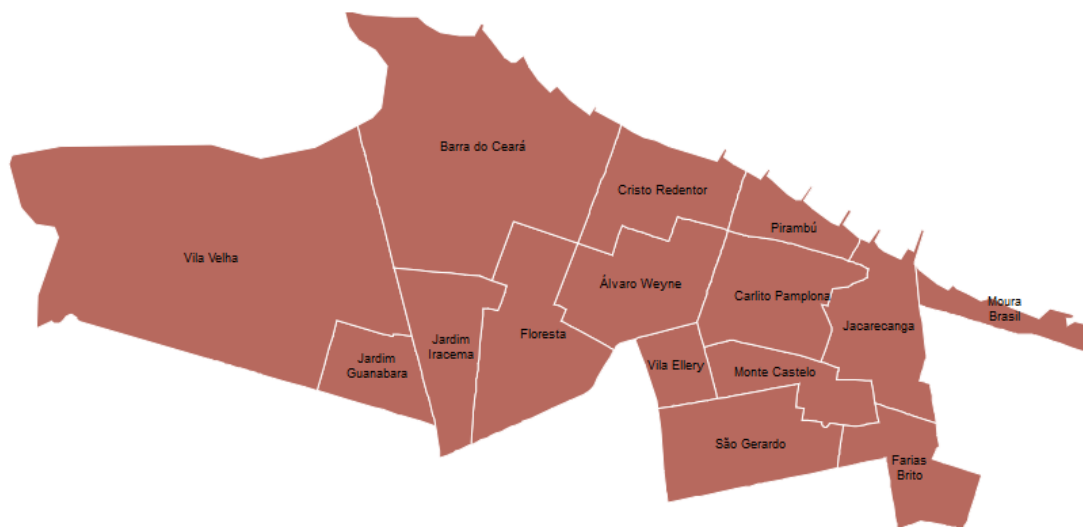
O CAPS AD de referência do território mostrou-se, também, como potencial cenário para o desenvolvimento de práticas de Redução de Danos, bem como as UAPS- Unidades de Atenção Primária em Saúde localizados na regional. Além disso,

dispositivos de outras redes, como CRAS, e atividades desenvolvidas diretamente no território apontavam-se como cenários desse estudo.

Outro motivo que direcionou a escolha para esse cenário de estudo, foi a aproximação prévia da pesquisadora com alguns serviços território, elemento que pode facilitar a realização do estudo, visto que era necessário algum conhecimento do cenário para que fosse garantida a viabilidade de execução da pesquisa.

Assim, quanto à caracterização do campo de trabalho, temos que a Regional I é composta por quinze bairros compõem a regional I de Fortaleza são: Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Barra do Ceará, Floresta, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Vila Ellery, São Gerardo, Monte Castelo, Carlito Pamplona, Pirambu, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil. A Regional I conta com uma população total de 363.912 pessoas (IBGE, 2010), correspondente a 16,5% do total de habitantes da Capital.

Figura 3 – Mapa dos bairros que fazem parte da Regional I do Município de Fortaleza



Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-I>

A Regional I é localizada no extremo Oeste da Cidade e foi onde nasceu a cidade de Fortaleza, havendo aí as primeiras construções e por onde se iniciou a ocupação do município. Tem uma área total de 2.538,20 hectares, do qual somente 2,48% é composto por praças, áreas verdes, áreas livres e parques. Além disso, possui uma densidade demográfica de 156,7, o que demonstra um processo de crescimento dessa área da cidade e de urbanização que se deu de forma desordenada (FORTALEZA, 2014).

Diante do cenário desses estudos, profissionais e usuários das redes assistenciais, faz-se muito importante descrever as redes de políticas públicas presente regional I de Fortaleza. No que se refere à Educação, em 2006, a Secretaria Regional I possuía 111.074 alunos matriculados em todos os níveis de ensino das redes públicas (municipal, estadual e federal) e privada. Os estudantes desta região estão distribuídos em 38 escolas estaduais, 39 escolas municipais e 97 escolas privadas. A média de anos de estudo do chefe de família é de 7,12 anos, conforme Censo 2000 do IBGE (BRASIL, 2010b).

Em relação a Rede de Saúde, segmento relevante para esse estudo de onde emergiram parte dos participantes da pesquisa, a Regional é atendida por 12 Unidades de Atenção Primária em Saúde- UAPS (Álvaro Weyne, Barra do Ceará- 3 unidades, Jardim Iracema, Jacarecanga, Monte Castelo, Vila Velha, Jardim Guanabara e Pirambu). Possui um hospital municipal, o Hospital Distrital Gonzaga Mota (Barra do Ceará), o Instituto de Psiquiatria do Ceará (Farias Brito) e o Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (Barra do Ceará). Conta ainda com um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), na Barra do Ceará, e um Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS), no Cristo Redentor, serviços de referência em Saúde Mental, Álcool e outras drogas do território da regional I de Fortaleza.

No campo da Assistência Social existem dois Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) - com sedes no Pirambu e na Barra do Ceará, uma unidade social de Proteção Social Especial (PSE) no CREAS Monte Castelo e um Conselho Tutelar.

No que concerne à Cultura e Lazer a SER I com o núcleo do SESI (Serviço Social da Indústria) no mesmo bairro; sede do SESC (Serviço Social do Comércio), situada na Av. Duque de Caxias. A Regional também dispõe de um teatro, o Emiliano de Queiroz. Além destes equipamentos, a Regional dispõe dos pólos de lazer da Barra do Ceará e o do Sargento Hermínio, no Bairro Ellery.

Em relação a equipamentos, enquanto política pública, voltados para a Juventude, há na regional I, um dispositivo da Rede de Cultura, Arte, educação e Esporte, chamado de CUCA Che Guevara.

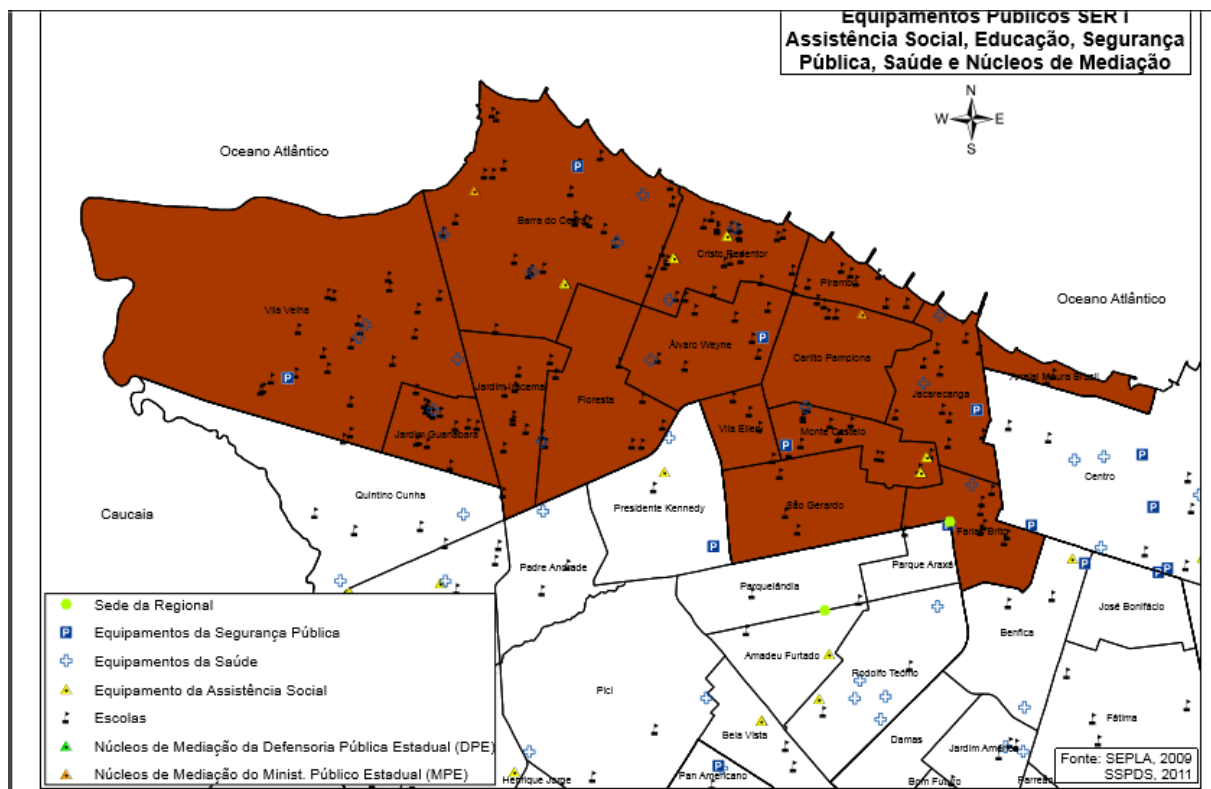
Além disso, o estudo Brasil et. al (2010) mapeou também acerca da rede informal desse território. Assim, identificou, na regional I, sete organizações não-



governamentais (ONGs), quatro projetos sociais e uma entidade filantrópica. Foram localizados ainda 16 sedes de sindicatos, associações ou conselhos de classe.

Abaixo, podem perceber a distribuição dos dispositivos das redes de políticas públicas da Regional I de Fortaleza, cenário desse estudo. Percebe-se a presença de muitos equipamentos das diversas redes, no entanto, esses mostram-se ainda insuficientes diante do tamanho da população e de sua demanda. Quando se trata dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial<sup>9</sup> e Rede Sócio Assistencial<sup>10</sup> que são mais diretamente responsáveis em cuidar da problemática do uso de drogas, essa situação mostra-se ainda mais preocupante, inferindo diretamente no agravamento da questão no território.

Figura 4: Rede de serviços na Regional I do município de Fortaleza.



<sup>9</sup> Rede de Atenção Psicossocial conjunto de serviços direcionados às 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), instituída pela Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011.

<sup>10</sup> Rede Sócio Assistencial conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios, regulamentado pelo Sistema Único de Assistência Social devendo realizar-se de forma integrada às demais políticas públicas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e acesso aos direitos sociais (FERREIRA et. al).

Fonte: Pesquisa Cartografia da Criminalidade e da Violência na cidade de Fortaleza

Dentre os bairros da Regional o estudo acabou por direcionar-se à Barra do Ceará (FIGURA 5), principal área referenciada pelos profissionais e usuários das redes assistenciais que participaram da pesquisa. A Barra do Ceará é um bairro populoso, cerca de 72 mil habitantes, um bairro com população jovem bastante significativa e que já foi considerado o bairro mais violento da cidade, quando trata-se de homicídios dolosos, como aponta estudo do IPECE (2013).

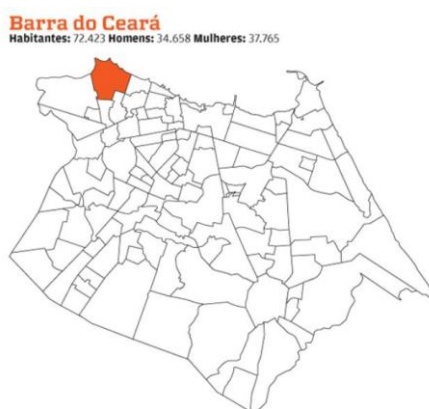


Figura 5: Localização do Bairro Barra do Ceará no município de Fortaleza.

Compreendendo que os problemas relacionados ao uso de drogas extrapolam o setor da Saúde, fez-se necessário investigar essa questão em outras redes. Dessa forma, nessa pesquisa teremos como cenário uma amostra de serviços de diferentes redes referente ao território. Assim dentre todos os equipamentos das políticas públicas da regional I caracterizados na descrição do cenário da pesquisa, faz-se a escolha, inicialmente, por dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, visto que contem serviços direcionados às 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 (BRASIL, 2011); a Rede Sócio Assistencial, pois ela foi apontada pelo Plano “Crack é possível vencer”, lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2011, “com um importante papel, no enfrentamento à questão do uso e dependência de crack e outras drogas, particularmente no que diz respeito às ações de prevenção e reinserção

social” (FERREIRA et.al); e a Rede CUCA que tem desenvolvido nos últimos meses programa específico direcionado aos jovens do território que fazem uso de drogas.

Dessa forma, os pontos de atenção da rede da regional I que integraram o estudo, conforme justificado acima, correspondem a um serviço de CAPS AD do tipo III, 1 Unidade de Atenção Primária em Saúde, que está diretamente envolvida com as ações de Redução de Danos no CUCA; um CRAS-Centro de Referência em Assistência Social de referência para Barra do Ceará; e um dispositivo da Rede CUCA, Cuca Che Guevara, localizado na Barra do Ceará.

Ao longo do processo poderão foram inseridos outros cenários identificados a partir a inserção em campo e dos discursos dos sujeitos implicados no território que apontaram projetos e ações que dialogavam com objeto da pesquisa, por desenvolverem ações na perspectiva da Redução de danos no território. Essas iniciativas acabam por compor uma Rede informal de promoção de cidadania e cuidados no território. Assim, é importante também apresentar outras iniciativas, para além dos serviços das políticas públicas, que integraram a pesquisa.

O coletivo Balance Ceará é formado por voluntários e realiza ações de Redução de Danos em festas de música eletrônica junto às pessoas que fazem uso de drogas, especialmente as sintéticas. Esse coletivo foi convidado pela Diretoria de Promoção de Direitos Humanos da Rede CUCA a desenvolver ações de Redução de Danos junto ao jovens que participavam de atividades no equipamento.

Essa iniciativa se deu a partir da percepção de um uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas por jovens e por vezes, crianças, em eventos e atividades do CUCA ou em seu entorno. Dessa forma, além do coletivo Balance outros equipamentos e grupos foram convidados a integrar as ações que compõe o Projeto Juventude e Redução de Danos, articulado pela Rede Cuca na Regional I.

Dessa forma, o Balance iniciou suas atividades nesse território no início de 2015, planejando ações de Redução de Danos e atuando junto à equipe do CUCA, realizando intervenções no território e abordagens aos jovens no equipamento na perspectiva da Redução de Danos.

Esse coletivo surgiu como uma expansão das atividades do coletivo Balance em Salvador, proposta originária em 2006, a partir de um projeto de pesquisa do Departamento de Ciências Humanas da UFBA, ligado ao CETAD-UFBA (Centro de

Estudos e Terapia do Abuso de Drogas) e ao GIESP (Grupo Interdisciplinar para o Estudo de Substâncias Psicoativas).

O Núcleo cearense do Balance utiliza estratégias já consagradas nos 5 anos de história do Balance: distribuição de preservativos, kits-sniffs (material de redução de danos para uso de cocaína) e materiais educativos sobre as principais substâncias psicoativas. O grupo conta ainda com o SOS “Bad Trip”, um espaço para acolhimento e acompanhamento terapêutico dos usuários que passam por experiências subjetivas difíceis com o uso de drogas, as chamadas “viagens-ruins” (BAQUIT, 2013).

Além dos cuidados com os usuários no conceito amplo de Saúde, o Balanceará visa ainda levantar uma discussão sobre a Política de Drogas no Brasil, alertando sobre as falhas da atual política proibicionista, e suas consequências danosas não só para os usuários, mas para toda a sociedade. É também objetivo do grupo buscar articular-se com outros Coletivos e atores focados na discussão sobre a saúde dos usuários e uma Política de Drogas mais honesta, adequada e eficaz (BAQUIT, 2013).

O projeto Aqui tem Sinal de Vida atua no Morro de Santiago e foi criado a partir da iniciativa da equipe de saúde da família local, em especial com uma médica, e jovens voluntários moradores da área com movimento da equipe de Saúde. O profissional da UAPS Lineu Jucá fala sobre essa iniciativa:

Já nasceu com o interesse da comunidade, entendeu? Então, é um espaço da comunidade, né? Que foi alugado por um preço simbólico, que várias pessoas contribuem, né? Que muitas pessoas ajudam com doação e tudo mais, né? O Sinal de Vida ele tá no coração do negócio, ele tá em cima do morro (P1, )

O projeto iniciou com uma construção de uma Biblioteca Comunitária, onde a comunidade foi bastante ativa nessa mobilização e hoje conta com uma série de atividades realizadas por pessoas do próprio território, voluntários e apoio de profissionais da equipe de saúde e do CUCA. Dentre as atividades destacam-se contação de História, reforço escola, atendimento médico e atividades de educação em Saúde, organização de um time de futebol local, exibição de filmes e debates (Cine São Tiago) e a promoção de Reggae (Santiago Roots). Nessas atividades supracitadas a equipe de voluntários atua junto aos jovens, em sua grande parte usuários de drogas, orientando e promovendo ações na perspectiva da Redução de Danos.

O Projeto MEP, movimento de Engajamento Político, vinculado a ONG Pequeno Nazareno, prevê a contratação, apoio e acompanhamento de jovens da periferia de Fortaleza que possam atuar como protagonistas no seu próprio território, promovendo discursões junto a outros jovens e promovendo ações acerca das temáticas que emergem desse território; Assim, há um jovem MEP que atua na Barra do Ceará, visando empoderar jovens enquanto sujeito de direitos e superar suas principais vulnerabilidades, dentre elas a relação com o uso de drogas e seus possíveis danos. Sobre o MEP um dos nossos participantes descreve:

Um grupo de jovens que também são articuladores comunitários. Mas esses jovens além do trabalho da perspectiva da discussão sobre política, eles também atuam como pontes entre outros jovens. Então a gente acaba não trabalhando só essa questão da formação. Mas quando aparece um jovem que precisa de uma orientação, de um apoio, de um encaminhamento a gente também faz (M1 )

Deparou-se também no território com o projeto Pequeno Cidadão, que se localiza nas proximidades da Vila do Mar, numa área chamada de Polo, onde equipe amarela da UAPS Lineu Jucá tem atuação. A ONG atua junto a crianças e adolescentes, ofertando diversas atividades. Dentre esse público, percebe-se muitos adolescentes com uso abusivo de drogas, questão que demanda esforços da equipe do projeto. Na ocasião da pesquisa algumas atividades estavam interrompidas pela quebra de repasse de recursos da Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos de Fortaleza, com a qual o projeto tem parceria. Mas ainda sim foi possível acompanhar algumas atividades e estabelecer diálogos importantes para a pesquisa. O médico da UAPS supracitada ressalta a atuação do projeto no território: “E hoje tem muito trabalho exatamente voltado pra criança e pro jovem, né? Que ajuda muito a reduzir os danos desses meninos que usam drogas. Por que lá eles acolhem todos e insere nessas atividades” (P1 ).

Outros cenários importantes da pesquisa que se mostraram importantes na inserção em campo são reggaes que ocorrem no território, onde percebe-se o uso de drogas e há algumas iniciativas de redução de danos junto às pessoas que fazem uso de drogas nesses cenários. Trata-se do Reggae chamado “Quarta Roots”, que ocorre no calçadão da Vila do Mar e além disso promove atividades sócio ambientais no território, como limpeza de praia, oficina de reciclagem e rodas de conversa. Há também o Reggae “Segue o Baile” que ocorre nos arredores do CUCA e tem apoio da Secretaria de Juventude de Fortaleza.

Abaixo sintetizamos alguns serviços, projetos e ações cuja atuação foi objeto desse estudo (QUADRO 4).

QUADRO 4- Caracterização dos cenários que compõe o contexto de pesquisa.

| <b>CENÁRIO</b>                             | <b>CARACTERIZAÇÃO</b>   |
|--|---|
| UAPS Lineu Jucá                            | Serviço de Atenção Primária da Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza   |
| CAPS AD Airton Monte                       | Serviço da Atenção Psicossocial da Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza   |
| CRAS Barra do Ceará                        | Serviço da proteção Social Básica da Rede Sócio Assistencial da Secretaria do Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à fome de Fortaleza.                           |
| CUCA Che Guevara Barra do Ceará            | Equipamento da Rede CUCA- Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte da Secretaria de Juventude de Fortaleza   |
| Coletivo Balance Ceará                     | Coletivo organizado que atua com Redução de Danos ao uso de drogas em festas eletrônicas em Fortaleza e Salvador.   |
| Projeto Aqui tem sinal de Vida             | Projeto Social da Barra do Ceará de iniciativa da própria comunidade e voluntários, atua junto a jovens, adolescentes e crianças.                                       |
| Projeto Pequeno Cidadão                    | ONG da Barra do Ceará que tinha convênio com Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos de Fortaleza. Atua junto a famílias, jovens, adolescentes e crianças. |
| Projeto MEP-Movimento engajamento Político | Projeto da ONG Pequeno Nazareno que trabalha com protagonismo juvenil de jovens da periferia de Fortaleza, inclusive Barra do Ceará.                                    |
| Projeto Quarta Roots                       | Projeto da iniciativa da própria comunidade que promove festa de Reggae na Barra do Ceará e promove ações socioambientais no bairro.                                    |

#### 4.5. Participantes da pesquisa

Deslandes (1997, p. 43) afirma que para a escolha dos sujeitos na pesquisa qualitativa é necessário questionar “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?”. Nesse sentido, o limite quanto ao número de sujeitos participantes se deu através de saturação teórico-empírica, como também pela relevância das informações e das observações que possam contribuir significativamente para o objeto de pesquisa. A amostragem qualitativa possibilita ao pesquisador fazer uma seleção dos sujeitos que possuem os atributos necessários que desejam ser investigados, fazendo uma escolha de um número de participantes que considere necessário para ter um alcance amplo do fenômeno estudado.

Os participantes da pesquisa estão vinculados aos serviços, projetos ou iniciativas descritas acima, que desenvolvam ou participem de atividades relacionadas que discutam a questão do uso de drogas na perspectiva da Redução de Danos. A amostra desse estudo, então, é composta por profissionais, pessoas atuantes em projetos e iniciativas comunitárias ou movimento social e usuários do serviço ou atores comunitários que participem dessas práticas. Totalizando uma amostra de 32 sujeitos de pesquisa que participaram diretamente de entrevistas ou grupo focal.

Como critérios de inclusão de participantes, ressalta-se que: o segmento profissional participante da pesquisa deveria apresentar no mínimo seis meses de atuação no serviço; os representantes dos movimentos sociais ou de projetos e ações comunitárias deverão estar integrados às ações desenvolvidas há pelo menos seis meses; e os usuários, enquanto sujeitos de pesquisa, deverão estar sendo atendidos em algum ponto de atenção ou integrados às ações dos projetos pelo mesmo período supracitado. Para integrar o estudo, pensa-se em alcançar em cada serviço, os profissionais mais diretamente envolvidos com as práticas de Redução de Danos.

Abaixo segue uma síntese dos participantes da pesquisa categorizados em três segmentos: profissionais das redes assistenciais; atores promotores de ações dos projetos e/ou movimentos sociais no território; usuários dos serviços ou moradores participantes das atividades nos projetos.

Acerca dos primeiros (QUADRO 5), ressalta-se algumas características como sexo, idade, escolaridade, rede assistencial e serviço que atua, tempo de serviço, e função no serviço, e forma de vinculação ao trabalho. Esses profissionais são:

- Profissionais do CUCA Che Guevara da Regional I (membros da equipe de acompanhamento psicossocial, que inclui educadores sociais, supervisor e técnicos);
- Profissionais da rede de Atenção Psicossocial- UAPS e CAPS (agentes de saúde, médicos; profissionais do CAPS-AD, como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional);
- Equipe dos dispositivos da Rede Sócio Assistencial – CRAS (técnicos como psicólogo e assistente social, educadores sociais);

Em relação ao segundo grupo (QUADRO 6) destaca-se sexo, idade, escolaridade, movimento ou projeto social que atua, tempo de atuação na iniciativa e forma de vinculação ao projeto/movimento. Por fim o terceiro grupo (QUADRO 7) representado pelos usuários dos serviços ou participantes dos projetos e movimentos, que são pessoas que fazem uso de drogas que integrem às práticas investigadas no estudo. Eles são caracterizados a partir do sexo, idade, escolaridade, serviço, projeto ou movimento social que está vinculado, tempo de acompanhamento e/ou participação no serviço, projeto ou movimento social, e padrão do uso de drogas.

QUADRO 5: Caracterização dos profissionais das redes assistenciais, sujeitos da pesquisa.

| Identificação | Rede Assistencial /Serviço             | Sexo | Idade   | Formação       | Função equipamento          | Tempo de serviço | Vínculo empregatício |
|---------------|--|------|---------|----------------|-----------------------------|------------------|----------------------|
| P1            | Atenção Primária<br>UAPS<br>Lineu Jucá | M    | 32 anos | Especialização | Médico equipe Amarela       | 4 anos           | concurado            |
| P2            | Atenção Primária<br>UAPS<br>Lineu Jucá | F    |         | Doutorado      | Medica equipe Rosa          |                  | concurado            |
| P3            | Atenção Primária<br>UAPS               | F    | 38 anos | Ensino médio   | Agente comunitário de Saúde | 8 anos           | concurado            |



|     |  |   |         |                          |   |              |                         |
|-----|--|---|---------|--------------------------|---|--------------|-------------------------|
|     | Lineu Jucá                             |   |         |                          |   |              |                         |
| P5  | Atenção Primária<br>UAPS<br>Lineu Jucá | M |         | Ensino médio             | Agente comunitário de Saúde                 |              | concurado               |
| P6  | Atenção Primária<br>UAPS<br>Lineu Jucá | M |         | Especialização           | Médico                                      |              | Contrato CLT            |
| P7  | CAPS AD                                | F | 26 anos | Graduação especialização | Enfermeira                                  | 2 anos       | Seleção pública sem CLT |
| P8  | CAPS AD                                | M | 26 anos | Graduação                | Psicólogo                                   | 2 anos       | Seleção pública sem CLT |
| P9  | CAPS AD                                | F |         | Especialização           | Psicólogo                                   | 2 anos       | Seleção pública sem CLT |
| P10 | CAPS AD                                | M | 39 anos | Graduação especialização | Farmacêutico                                | 4 anos       | Contrato CLT            |
| P11 | CAPS AD                                | F | 29 anos | Graduação especialização | Terapeuta Ocupacional                       | 2 anos       | Contrato CLT            |
| P12 | CUCA                                   | M | 31 anos | Estudante serviço social | Supervisor psicossocial e Promoção da Saúde | 3 anos       | Contrato CLT            |
| P13 | CUCA                                   | F | 33 anos | Mestrado                 | Psicóloga social                            | 1 ano e meio | Contrato CLT            |
| P14 | CUCA                                   | M | 28 anos | Ensino médico completo   | Educador social                             | 3 anos       | Contrato CLT            |
| P15 | CUCA                                   | M |         | Ensino médico completo   | Educador Social                             |              | Contrato CLT            |
| P16 | CUCA                                   | M | 28 anos | Ensino médico completo   | Educador Social                             |              |                         |
| P17 | CUCA                                   | F | 26 anos | Estudante serviço social | Educador Social-redução de Danos            | 6 meses      | RPA- Prestação Serviço  |
| P18 | Rede Sócio Assistencia                 | F | 35 anos | Graduação                | Assistente Social                           |              | Contrato CLT            |

|     |                               |   |         |           |                   |  |              |
|-----|-------------------------------|---|---------|-----------|-------------------|--|--------------|
|     | 1 CRAS                        |   |         |           |                   |  |              |
| P19 | Rede S3cio Assistencia 1 CRAS | F | 32 anos | Gradua33o | Assistente Social |  | Contrato CLT |

QUADRO 6: Caracteriza33o dos atores de projetos/movimentos sociais, sujeitos da pesquisa.

| Identifica33o | Movimento Social/Projeto | Sexo | Idade   | Forma33o                 | Tempo de atua33o na atividade | V3nculo empregat33cio |
|---------------|--------------------------|------|---------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| M1            | Pequeno Nazareno         | M    | 36 anos | Gradua33o                | 3 anos                        | Contrato CLT          |
| M2            | Balance Cear3            | F    | 21 anos | Estudante Psicologia     | 8 meses                       | Volunt3rio            |
| M3            | Balance Cear3            | M    |         | Estudante Psicologia     | 8 meses                       | Volunt3rio            |
| M4            | Aqui tem Sinal de Vida   | M    | 22 anos | Estudante servi3o social | 3 anos                        | Volunt3rio            |
| M5            | Projeto Quarta Roots     | M    | 29 anos | DJ                       | 1 ano                         | Volunt3rio            |

QUADRO 7: Caracteriza33o dos usu3rios dos servi3os ou participantes das a33es dos projetos/movimentos sociais, sujeitos da pesquisa.

| Identifica33o | Servi3o /projeto/movimento social de vincula33o | Sexo | Idade   | Escolaridade                  | Tempo de acompanhamento/participa33o no servi3o, projeto/movimento social | Padr3o de uso de drogas antes do acompanhamento | Padr3o uso de drogas atual |
|---------------|---|------|---------|-------------------------------|---|---|----------------------------|
| U1            | CAPS AD   | F    | 44 anos | Ensino Fundamental            | 6 meses   | Coca3na e 3lcool                                | Abstin3ncia                |
| U2            | CAPS AD   | M    | 76 anos | Ensino Fundamental incompleto | 1 ano e meio  | 3lcool  | Abstin3ncia                |
| U3            | CAPS AD   | M    | 55 anos | Ensino Fundamental            | 6 meses   | 3lcool  | Abstin3ncia                |
| U4            | CAPS AD   | M    | 42 anos | Ensino Fundamental incompleto | 6 meses   | 3lcool e crack                                  | Abstin3ncia                |

|     |                        |   |         |                               |         |                                  |  |
|-----|------------------------|---|---------|-------------------------------|---------|----------------------------------|--|
| U5  | CAPS AD                | F | 38 anos | Ensino Fundamental incompleto | 9 meses | Álcool e cocaína                 | Abstinência                            |
| U6  | CAPS AD                | M | 36 anos | Graduação Especialização      | 8 meses | Cocaína e Álcool                 | Redução do uso                         |
| U7  |                        |   |         |                               |         |                                  |  |
| U8  | CUCA                   | M | 20 anos | Ensino Médio Incompleto       | 3 anos  | “Clínico geral”- uso abusivo     | Redução do uso- Uso controlado maconha |
| U9  | CUCA                   | M | 21 anos | Ensino Médio Incompleto       | 3 anos  | Maconha e cocaína                | Redução do uso- Uso controlado maconha |
| U10 | Aqui Tem sinal de Vida | M | 18      | Ensino Fundamental Incompleto | 1 ano   | Maconha e anti respingo de solda | Redução do uso- Uso controlado maconha |

Todos os participantes selecionados a partir dos critérios de inclusão que participaram da pesquisa, o fizeram voluntariamente, garantindo-lhe segurança quanto a exposição aos riscos da pesquisa e sigilo ético, conforme descrito no TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE A).

É importante ressaltar que outros sujeitos do território, inseridos nesses diversos cenários, e implicados diretamente ou indiretamente com as ações desenvolvidas que contribuíram significadamente para compreensão desse campo de estudo. Assim, a pesquisadora pôde interagir com esses sujeitos, a partir das vivências e diálogos em campo, que integraram os momentos de observação participantes e foram registrados nos diários de campo. Dentre eles, profissionais e usuários dos serviços, participantes dos projetos sociais do território, moradores da Barra do Ceará e etc.

Minayo (1999) traz que essa construção dos dados da pesquisa dada a partir da interação com diferentes sujeitos, com perfis diversos e de diferentes cenários, complexifica a análise dos dados, mas também possibilitou uma intersecção de diferentes olhares o que pode possibilitar uma maior verificação e validação da pesquisa.

#### 4.6. Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisadora teve o compromisso de seguir todos os passos necessários para garantir que a pesquisa seja realizada dentro dos parâmetros éticos. Deve, com isso, prestar os devidos esclarecimentos a respeito desta pesquisa para todos os participantes, gerando o mínimo de transtornos e conflitos para a instituição pesquisada e para os participantes.

A pesquisadora apresentou a proposta da pesquisa às gestões das referidas redes assistenciais que compõe o cenário de estudo para conseguir a autorização dos referidos serviços. A pesquisa enquanto extensão do projeto “Uso e consumo de crack por adolescentes: enfrentamentos e empoderamentos na interface com a cultura, políticas públicas e redes sociais e assistenciais de apoio” utilizou parecer do Comitê de Ética em Pesquisa por meio de sistema da Plataforma Brasil, sob número CAEE 17343113.8.0000.5534, respeitando os princípios norteadores da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde tais como autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Ressaltamos que todos os sujeitos incluídos na pesquisa devem ter aderido ao estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados produzidos pela pesquisa serão apresentados aos participantes do estudo das diversas redes assistências bem como dos cenários do território em reuniões e rodas de conversa a fim de contribuir para uma melhor compreensão das representações e impactos da estratégia de redução de danos nos territórios onde se insere o projeto. É de suma importância a publicação dos resultados desse estudo com o intuito de fortalecer no âmbito acadêmico a temática em questão.

## 5. Territórios e movimentos

### 5.2. A inserção e atuação no território

*“É preciso saber entrar e sair da favela” M4*

A pesquisa propõe analisar práticas relacionadas ao uso de drogas sob a perspectiva da Redução de Danos que ocorrem no território. Assim, faz-se exigência desse estudo uma aproximação e apropriação desse cenário.

Para compreender o cenário de uso de drogas no território, faz-se importante, então, aprofundar-se sobre esse território e entender como se dá a relação dos sujeitos com ele.

Gois (2013) propõe o método dialógico-reflexivo-vivencial como estratégia de inserção na comunidade. Assim, a atuação da pesquisadora se deu ao inserir-se nesse cenário, construir diálogos, produzir reflexões e vivenciar ações e momentos pertinentes ao objeto desse estudo.

Para compreensão desse processo de aproximação com cenário da pesquisa faz-se importante esclarecer qual a concepção de território tratada aqui. A forma de olhar para esse território diz sobre o direcionamento desse estudo e também sobre sua intencionalidade.

Território é um tema presente no campo de diversas ciências como traz Haesbaert (2007): na Geografia o conceito enfatiza a materialidade do território incluindo a interação sociedade-natureza; na Ciência política – enfatiza a construção do território a partir das relações de poder (na maioria das vezes ligadas à concepção de Estado); na Economia, prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases de produção (enquanto “força produtiva”); na Antropologia destaca-se a dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades tradicionais; na Sociologia enfoca a partir da intervenção nas relações sociais; na Psicologia incorpora o debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoas, ampliando-o até a escala do indivíduo.

Nesse estudo a apreensão desse território é dada a partir da perspectiva de Milton Santos, que traz uma visão geocrítica, onde:

O território deve ser considerado enquanto um espaço geográfico, mas também social e político, que se encontra em permanente transformação,

onde vivem grupos sociais definidos, em que se integram e interagem as condições de trabalho, de renda, de habitação, de educação, o meio ambiente, a cultura e as concepções acerca da saúde e da doença. (OLIVEIRA E CASANOVA, 2009, p. 931).

O território, então, é concebido nesse estudo em sua dinâmica e fluxos, como território vivo, reflexo de processos políticos, históricos, sociais, culturais e econômicos. Assim, têm-se a ideia de território-processo, que portanto, deve se apresentar para além de informações geográficas e indicadores socioeconômicos, mas principalmente pelas relações ali constituídas, pelo modo de vida comunitário e pela sua história.

Esse conceito de território aqui tratado escapa, então, de uma descrição meramente técnica e ganha vida aproximando-se do conceito de comunidade abordado pela Psicologia Comunitária. Fala-se do lugar de vivências comuns entre os sujeitos que compartilham valores, crenças e um modo de vida cotidiano, no qual eles vão se forjando, sóciohistoricamente, enquanto sujeitos. A participação na mesma cultura refere-se aos valores e crenças compartilhados. Isso possibilita que os sujeitos da comunidade compartilhem significados e sentimentos em relação à realidade em que vivem

Ainda segundo Góis (2005), outras características também são contempladas no atual debate sobre comunidade: espaço de convivência direta e duradoura, nível sócio econômico semelhante de seus moradores, laço histórico comum, e um sistema próprio de representações sociais.

A comunidade reflete, então, os aspectos históricos, culturais, sociais, econômicos, políticos e ideológicos de uma sociedade maior, mas também se diferencia dela por revelar aspectos que refletem uma particularidade, um modo de vida próprio da comunidade (GOIS,2005).

A comunidade é um território com história e valores compartilhados e um modo de vida social, além de um mesmo sistema de representação social, um sentimento de pertença e uma identidade social. São características construídas ao longo do tempo, mediante relações sociais diretas e íntimas em um mesmo espaço físico-social de uma sociedade maior (GÓIS, 2008, p. 60)

Outra autora que conceitua comunidade, ressaltando o caráter dinâmico da mesma, é Maritza Montero. Esse conceito condiz com o conceito de território vivo de Milton Santos.

Una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución, que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de si como grupo, y fortaleciendo-se como unidad y potencialidad social. (MONTERO, 2004, p. 207)

O território da Barra do Ceará, cenário da pesquisa, demonstrou essa complexidade, apresentando-se composto de vários territórios singulares, comunidades que tinham suas particularidades mas que também compartilhavam de um contexto social comum.

O território constitui-se de muitos territórios, singulares e com suas próprias dinâmicas, a Barra do Ceará me chamou, e chegando mais perto pude perceber, ainda mais territórios que a compõe, Santo Antônio, Cruzeiro, Pólo, Marco Zero, Leblon, Beira Rio, Beco, Morro de Santiago e etc. (Diário de Campo).

Além disso, foi possível perceber, ao longo do estudo, esse caráter de mutabilidade do território/comunidade, que fez com que o processo de pesquisa não fosse linear, exigindo uma postura ativa do pesquisador e atenta aos movimentos desse território. Deixando-se, assim, ser guiada por ele e não tentando dominá-lo ou enquadrá-lo em um modelo, visto que esses movimentos do território, são expressões autênticas dessa realidade e, portanto, também compõe objeto de estudo.

A vivência de cinco meses de campo possibilitou, então, a apreensão desse cenário de forma mais subjetiva a partir das observações e vivências da pesquisadora, bem como pelas falas e significações dos atores acerca desse território. Além disso, foi possível acompanhar e sentir seus movimentos e ser então atravessada de afetos que contribuíram para direcionamento dessa pesquisa.

A partir dessa análise, pôde-se também compreender como esse território é percebido pelos profissionais das redes assistenciais e como se dá a relação destes e também dos demais sujeitos da pesquisa, usuários e atores ligados aos movimentos e projetos sociais, com esse território.

Em outubro de 2016, iniciou o trabalho de campo do estudo, com idas aos serviços das redes assistenciais e os primeiros contatos com os sujeitos de pesquisa. Vale ressaltar que a pesquisadora já conhecia o cenário, tendo participado, em 2015 de

atividades no CUCA e no CAPS AD. Esse conhecimento a priori facilitou a chegada em campo, mas também exigiu, uma atenção da pesquisadora em não construir análises precipitadamente a partir de conceitos pré estabelecidos.

O estudo, então, iniciou pelos serviços onde foi apresentada a proposta da pesquisa aos gestores e profissionais e esclarecidos acerca de seus cuidados éticos. Percebeu-se, no geral, uma acolhida à proposta. Chama-se atenção, no entanto, para um certo estranhamento percebido nos serviços da Rede Sócio Assistencial. Isso apontou “uma distância desses equipamentos à temática, ou mesmo receio de tratar dessa questão” (Diário de Campo).

Essa situação influenciou na disponibilidade dos profissionais dos serviços da Assistência Social em participarem mais diretamente do estudo. Além disso, o CRAS passava há pouco por um momento de transição de parte da equipe, o que limitou a possibilidade de participação de alguns profissionais, visto o critério de inclusão estabelecido para esse estudo, estar a no mínimo seis meses atuando no serviço.

A inserção nos demais serviços foi facilitada pelo prévio conhecimento da pesquisadora e pela identificação dos equipamentos com a temática da pesquisa. O CAPS AD tem como objeto de trabalho o cuidado para pessoas com problemas com uso de drogas e tem a Redução de Danos como perspectiva da sua atuação. Já o CUCA tem o direcionamento da gestão, em especial da Diretoria de Direitos Humanos e Promoção da Saúde, para uma atuação frente a questão do uso de drogas de seus usuários que vem sendo desenvolvida desde o final de 2015 com projeto “Juventude e Redução de Danos”. Percebia-se, então, uma disponibilidade e vocação desses serviços em falar sobre o tema (Diário de Campo).

O contato com serviço de Atenção Básica se deu através do CUCA, visto que funciona nesse equipamento um ambulatório de adolescentes em parceria com a UAPS Lineu Jucá. Uma estratégia encontrada pela equipe de Saúde da Família da área para aproximar-se desse público que normalmente não acessa a unidade de saúde. Assim, inicialmente foi feito contato com profissionais da UAPS que integravam o ambulatório, em especial, da equipe Amarela, e a partir desse contato, então, foi possível acessar outros profissionais desse serviço.

Participamos, ainda, de dois momentos de atividades de Educação em Saúde no território, especificamente, no Morro de Santiago, junto a equipe Rosa da UAPS Lineu



Jucá e estudantes da área da Saúde de projeto de extensão Liga Saúde da Família<sup>11</sup>. As principais questões abordadas, prevenção e tratamento de piolhos, bicho de pé e problemas de pele, estavam diretamente relacionados à condição de vida dos moradores do Morro, visto que nessa comunidade não há saneamento, as casas são construídas em cima da areia e muitas eram de papelão, madeira e plástico, em condições insalubres.

Nessas atividades foi possível perceber mais profundamente o quadro de vulnerabilidades desse território, bem como a ausência do Estado em garantir serviços básicos à população. Além disso, pudemos ter um contato mais direto com as pessoas do Movimento.

Subir no Morro, ainda nesse clima tenso, foi muito importante. Para sentir o grau de confiança que esses profissionais têm com o território, visto que eles fizeram contato direto com o Comando local para autorizar minha subida bem como dos estudantes (...). Ao chegar na base do Morro, havia uma pessoa enviada para nos receber, O D.R., que compunha a gerência do movimento, subiu conosco e agradeceu pela ajuda à comunidade” (Diário de Campo).

No CUCA acompanhei a discussão do Grupo de Trabalho sobre Juventude, drogas e violência, promovido por grupo de estudantes e professores do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, na qual discutem temática acerca do contexto da Juventude e também planejam e avaliam atividades a serem realizadas junto a equipe CUCA com os jovens do território.

Pudemos, ainda, vivenciar o dia a dia do equipamento, presenciando e acompanhando, conversas da equipe, em especial da DDPH, abordagens e intervenções junto aos jovens. A partir desse acompanhamento foi possível perceber bastante vínculo da equipe com os jovens, além de boa capacidade de mediação e negociação com os mesmos. Foi identificado, também, um alinhamento da equipe em relação ao entendimento e abordagem de algumas situações. Cita-se aqui o relato de uma situação descrita no diário de campo.

Era sábado, por volta das dez e meia, havia muitos jovens, estava quente, eles tinham vindo da praia, queriam dá um mergulho e ficar fumando maconha em volta da piscina. Nada de muito anormal. Esse é um desejo comum a muitos jovens, em diferentes contextos. No entanto, após muitas negociações havia sido feito um acordo entre a equipe do CUCA e os jovens, acerca do uso da piscina. Havia ficado

---

<sup>11</sup> Liga de Saúde da Família: projeto de extensão das faculdades das áreas da Saúde, que prevê a inserção alunos de diversos cursos, como Psicologia, Medicina, Enfermagem, Odontologia e etc., para uma atuação multiprofissional no contexto a Atenção Primária em Saúde.

acertado o uso da piscina pela manhã por crianças, supervisionada pelo professor de natação, e a tarde pelos jovens, com horários determinados junto a eles. Além disso havia sido acertado que não haveria uso de maconha dentro do equipamento. Nesse dia, os jovens insistiram em pular na piscina, bem como fazer uso da maconha no equipamento. Os educadores do CUCA, então, interviram, a partir do diálogo lembraram do acordo e conversaram sobre as possíveis consequências da “quebra da palavra”, e reforçaram o sentido da corresponsabilidade do cuidado com o CUCA e suas atividades pelos jovens. Dessa forma, apesar da insistência de alguns jovens, a situação foi contornada e reafirmado ao acordo realizado. Não foi preciso usar de ameaça de punições ou apelar para intervenção da segurança do equipamento. O vínculo e a capacidade de diálogo conseguiram mediar. (Diário de Campo)

Na sociedade brasileira de um modo geral a tônica é a de que as pessoas precisam deixar de usar drogas para praticarem algum esporte, e isso acaba sendo uma iniciativa excludente, ou você usa drogas ou você pratica esporte, o que acaba afugentando os usuários que passam a integrar coletivos sociais que se distanciam das práticas esportivas e culturais como se fossem impostos socialmente criando um gueto de outsider (desviantes). A iniciativa de não segregar estes usuários por parte dos educadores por que estas pessoas fizeram uso de maconha e foram tomar banho de piscina nos mostra que podemos atuar sobre estas pessoas mesmo elas fazendo uso de drogas e inseri-los socialmente em atividade que por vezes pensamos que não são capazes. Isso pode se dar com pactuações construção de vínculos, negociações. Isto é redução de danos. Estabelecimento de pactos, de contratualizações, e não de exclusões.

Sobre a dinâmica da piscina no CUCA e o processo de negociação com os jovens, os educadores sociais trazem que:

É, assim, é um... são três meses de ações, e aí a gente faz dentro da piscina, conversas individuais, tá sempre ali conversando, observando. Antigamente tinha muito uso ao redor da piscina, e aí a gente conversa... (P12)

Vamos dizer, é uma construção lenta, a piscina, que tá rolando agora, tem dois horários, a galera passa o ano todinho querendo a piscina e agora tem dois horários, sábado de manhã e à tarde. A galera como sente confiança, sabe que a gente vai escutar e vai levar a sério a demanda...A galera sabe que a gente vai... pela relação de confiança, sabe que a gente vai tentar, pelo menos (P14).

Outras atividades importantes para o contexto da pesquisa foi o acompanhamento das festas promovidas pelo CUCA, onde era bastante presente o uso de drogas e onde via-se também atuação dos educadores do CUCA junto a essa questão. Foi possível acompanhar, então, o evento da “Caixa é Nossa”, que ocorre todas as sextas-feiras à noite no anfiteatro nos arredores do CUCA; o Reggae das terças-feiras a noite, chamado “Segue o Baile”, que também ocorre lá. E ainda alguns shows de rock que aconteceram dentro do equipamento.

A Caixa é Nossa, seguindo descrição de M2, trata-se de:

Um evento de sexta feira que eles botavam uma caixa de som lá no anfiteatro, rolava um reggae, e tudo mais, e tinha muito uso, muito uso, assim, indiscriminadamente, com criança passando, enfim, num contexto não tão apropriado, assim. E como... e eles não sabiam o que fazer porque não queriam coibir esse uso de uma forma, tipo assim, truculenta.

A partir desse cenário a equipe então se mobilizou para pensar e realizar ações junto aos jovens na perspectiva da Redução de Danos.

Uma das primeiras iniciativas que facilitou muito a diminuição do consumo aqui dentro e a venda foi um acordo que a gente criou com a galera a partir de uma demanda de uma caixa de som que pediam uma caixa pra tocar reggae né.. lá no anfiteatro (P14).

Na mesma perspectiva começou a se organizar a atuação da equipe do CUCA no “Reggae Segue o Baile”. As práticas de Redução de Danos realizadas nesses cenários serão descritas mais adiante.

A aproximação com os usuários, sujeitos da pesquisa, se deu pela indicação dos profissionais dos serviços, mas também pelo contato direto com os mesmos no território, que se deu muitas vezes por essas vivências em campo, acompanhando as atividades dos projetos.

No CAPS AD foi possível realizar um grupo com os usuários que participavam do grupo de “Redução de Danos”, além de entrevistas. Foram entrevistados também dois usuários do CUCA e outros jovens do território, acessados através dos projetos e movimentos sociais.

A inserção no território da Barra do Ceará e o contato com os sujeitos do território, profissionais, jovens, dj’s das festas que eram do próprio território, possibilitaram a ampliação do campo de estudo. Assim, chegou-se até os movimentos e projetos sociais, citados anteriormente: Balance Ceará, Projeto Aqui Tem Sinal de Vida,

Projeto MEP-Movimento de Engajamento Político, ONG Pequeno Cidadão, Projeto Quarta Roots.

O primeiro apresentava a perspectiva de atuação em Redução de Danos já desde sua origem e atuava especificamente junto aos educadores do CUCA na ocasião do “A Caixa é Nossa”, eram em média dois a três membros do coletivo junto a essa atividade. Além disso, eles desenvolveram algumas intervenções no território.

O projeto Aqui tem Sinal de Vida tem participação direta, desde sua origem, de educadores sociais do CUCA e de profissionais da UAPS Lineu Jucá, e era conduzido por jovens voluntários do território. A atuação desse projeto se dava mais diretamente no Morro de Santiago. Eram desenvolvidas várias atividades, como: implantação da Biblioteca Comunitária, contação de história, reforço escolar. Destaca-se aí, também, a formação de um time de futebol chamado “Muleque Responsa”, que foi uma forma, segundo M4, “da gente chegar junto da galera mais velha, assim, dos jovens, eu é quem tá mais envolvido com uso de drogas, e com movimento né?” .

O projeto ainda promovia um Reggae chamado “Santiago Roots”, que ocorria nas sextas-feiras, e foi criado para “galera das áreas que não podia sair né, por conta dos conflitos, também poder curtir seu reggaezim, né? Por que os caras precisam também, né” (U10).

Havia ainda o cine SolTiago, sessões de cinema organizadas pelas pessoas do projeto, em parceria com o CUCA, que fornecia os equipamentos. Essa atividade ocorria esporadicamente, ao pôr do sol.

“É um cinema que acontece no finalzinho da tarde, a gente faz projeção de algum um curta pra gente discutir, depois do curta a gente assiste seu filme” (M4).

O Morro de Santiago foi um território de muitas vivências na pesquisa além de vivenciar o contexto da violência e de uso de drogas muito próximo, também foi possível participar de atividades de muita potência junto ao projetos e moradores. Assim, paradoxalmente era possível perceber extremas vulnerabilidades e também muitas potencialidades sendo fortalecidas.

O sentimento é de como pode, diante de tantas faltas, faltas essenciais, a gente vê as pessoas se movimentando, as vezes tirando leite de pedra, mas querendo muito que aconteça. Atividades simples, como uma cotação de história, que acontece quase que concomitantemente a cenas de conflitos territoriais e em meio aos corres das pessoas que fazem uso de drogas. É como se fosse as contradições de um mundo acontecendo ali, numa comunidade, numa rua (Diário de Campo).

A vivência no Reggae promovido pelo projeto Quarta Roots, que ocorria as quartas feiras a noite, também contribuiu bastante com elementos para esse estudo. Percebia-se nesse cenário cenas diversas de uso de drogas, principalmente de maconha e antirespingo de solda e por adolescentes, predominantemente. Essa situação chamava atenção da polícia, que comumente circulava no local, bem como implicava os organizadores a pensarem estratégias em resposta a esse uso de drogas junto aos frequentadores.

O Quarta Roots diante do uso abusivo de drogas tornou-se também local de atuação da equipe de educadores sociais/redutores de danos do CUCA. Assim, pude presenciar a atuação dessa equipe, como também as iniciativas dos organizadores locais de mediação com a polícia e usuários locais.

Destaca-se também, que essa atividade por ocorrer dentro do território e ser organizada diretamente por atores locais estava muito sujeito à dinâmica do território, em relação aos conflitos de grupos rivais, o que provocou que os organizadores, mudassem, em algumas ocasiões, o local do evento. Assim, o Quarta Roots chegou a ocorrer no Vila do Mar, no Santo Antônio e também no Marco Zero, três áreas da Barra do Ceará.

Aqui a gente tem que respeitar o território né? A galera (comando do tráfico local) quer que aconteça e apoia nós, mas também a gente não quer ficar no meio das tretas deles. Então a gente vai sentindo né? Se for melhor, mais seguro, pro público mudar de lugar, a gente muda. Nosso público aqui é um só, a galera aqui da Barra que gosta de reggae” (M5).

Destaca-se que essa complexidade do território se expressa também na sua dinamicidade, que refletia diretamente no fenômeno da violência. Como compartilha o profissional da UAPS do território: “que aí eu acho que elas vivem num momento, assim, de ondulação, né? Tem hora que tá menos ruim, tem hora que tá pior, né?” (P1).

Esses movimentos do território se apresentaram fortemente durante o trabalho de campo, iniciado em outubro de 2016, ocasião em que se mantinham firmes “os acordos de paz”. No entanto, no final de novembro essa “paz” foi quebrada, segundo relatos dos sujeitos do território, como pode ser percebido na fala abaixo:

Voltou agora os conflitos territoriais, depois dessa pacificação que aconteceu e tal que teve a quebra de paz, que ainda não sabemos o porquê, aí a galera tá, enfim, voltando os conflitos e tá muito maior. E a própria galera diz que tá muito maior, que não é agora gueto contra morro, é Comando Vermelho versus PCC. São forças maiores que é

nacional, isso aí é a galera que fala. Então... É a própria galera. Então assim, agora nesse momento tá assim (M4).

Essa situação refletiu-se diretamente na execução e direcionamento da pesquisa. Um dia em campo, especificamente no CRAS, o serviço teve que fechar mais cedo, pois a escola que ficava ao lado tinha recebido ordem do tráfico de fechar diante de uma possível ameaça de invasão de grupo rival na área.

O CUCA, equipamento que funciona diariamente até as 22hs, passou uma semana encerrando suas atividades às 20hs, por questões de segurança dos profissionais e dos usuários do equipamento. Além disso, passaram a garantir uma van para transportar os profissionais que trabalhavam a noite para casa ao final do turno.

Os constantes conflitos devido à violência do tráfico reverberam diretamente no fechamento de um equipamento que poderia ser usado para intervir sobre os usuários. Parece até que é importante manter esta situação, pois com ela não permite que ações mais assertivas possam surtir efeito nas intervenções dos usuários de drogas. Gera-se um ciclo vicioso, não se legaliza as drogas, portanto acabam se tendo mais danos, o tráfico eclode conflitos violentos que inviabiliza as ações sobre os usuários nos territórios.

Esse movimento do território mexeu a dinâmica dos moradores. Era perceptível ruas mais vazias, um menor público no CUCA, inclusive em horários que até então era bastante frequentado, mostrava-se agora com espaços ociosos. Apesar de fatos concretos que ocorreram no território como execuções e ameaças, P16, educador do CUCA e morador do território, relativizava essa sensação de insegurança demonstrada por grande parte das pessoas do território e alertava acerca da “realidade das televisões, né? Que mostram a realidade, e o pessoal fica com pânico, mas é aquela coisa, tem que viver a vida e acabou, né?” .

A repercussão dos conflitos territoriais atingiu também, as atividades promovidas no território. O Reggae “Segue o Baile” que ocorria nos arredores do CUCA deixou de ocorrer por três semanas e depois passou a ocorrer dentro do equipamento para garantir mais segurança aos seus frequentadores, e assim se encontra até hoje.

O Reggae do projeto Quarta Roots também mudou de lugar, saindo da área mais próxima do Santo Antônio para área do Marco Zero, ambas regiões da Barra do Ceará, e ainda sim, depois deixou de ocorrer por algumas semanas. Segundo M5, dj e promotor

da atividade, receberam avisos de que possíveis conflitos poderiam ocorrer durante a atividade e então decidiram “pela segurança da galera que frequenta dá um tempo nas atividades” .

Enquanto pesquisadora por vezes tive que deixar de ir ao campo, por orientação dos próprios sujeitos do território, sob o risco de violência. Em uma das ocasiões, em que estava no Morro de Santiago, tive que aguardar dentro do espaço do projeto Aqui Tem sinal de Vida, visto que as pessoas ligadas ao tráfico estavam descarregando armas que acabavam de chegar ao Morro. “A impressão era de preparação para uma guerra” (Diário de Campo).

Um episódio que chamou muito atenção foi o atentado sofrido, em dezembro de 2016, por U9, usuário, morador do Morro de Santiago, que ocorreu um dia anterior a entrevista realizada com o mesmo.

Levei foi uma carreira deles aí, man. Eu vinha... eles num querem saber não, eles querem matar todo mundo da comunidade. Mal saí do CUCA, bem ali assim ó. Aí quando eu cheguei na esquina lá vem uma ruma de moto. Aí, quando eu vi, foi triste, aí eu corri logo. Aí num tem essa rua aqui, né? Quando eu corri aí eu vi um muro assim quase baixo, né... num era muito baixo não, do tamanho assim dessas coluna aí. Quando eu subi aí ‘bum’, quando eu pulei ouvi só ‘pá!’, chega só ouvi... Atiraram. Mas foi só nos tijolos, aí saí correndo no sentido (...) (U9, )

Os conflitos nos territórios parecem ser uma constante inclusive inviabilizando ações de profissionais de saúde e agente sociais de intervir. A violência que envolve o tráfico de drogas põe em dúvida o que é mais prejudicial se é o uso de drogas ou se é a violência que está por traz deste comércio ilegal. A violência impede que este uso possa ser feito de maneira menos prejudicial.

Como destacado acima com aproximação destes usuários ao equipamento de cultura e arte possibilitou reconfigurações de uso de drogas, possibilitou negociações, possibilitou minimização do uso, de estabelecimento de limites quanto ao uso, enquanto que com o tráfico de drogas possibilita negociações e pactuações disruptivas que promovem maiores risco e danos aos usuários.

Essas questões dificultaram diretamente a execução da pesquisa, como o trabalho de observação participante, a realização de algumas entrevistas, e principalmente o acesso a usuários, participantes das práticas a serem investigadas, fora do contexto institucional. Com esse clima de insegurança e ameaças, o acesso ao campo

se tornou limitado, bem como a proposta temática do estudo mostrou-se bastante delicada para esse contexto, visto a criminalização que se tem sobre o assunto drogas.

Foi um exercício importante durante a pesquisa, então, superar a lógica de terror imposta pela mídia que alimenta o sentimento de insegurança sobre territórios da periferia, como o cenário desse estudo, reforçando sobre eles uma visão estigmatizada. Como diz U9, “o pessoal diz... nem vou porque se não lá não tem nem segurança”.

Assim, para superar essa visão negativa do território, alimentada pela lógica da criminalização das periferias, mas ao mesmo tempo resguardar a segurança da pesquisadora foi essencial o contato e vínculo estabelecidos com atores chave do território. Afinal, como diz P14 “a gente sabe que em qualquer comunidade dominada só entra quem eles e elas permitem, né”. Assim, a inserção em campo para pesquisa foi pactuada com essas pessoas de referência.

Essa vivência no território em movimento e com a dinâmica da violência me permitiu também construir novas compreensões acerca do campo e do objeto de estudo, bem como perceber mais empaticamente os sujeitos da pesquisa.

Sobre esse contexto, é importante destacar uma questão apresentada por Marcone e Lakatos (2010) que nos exige um cuidado, enquanto pesquisadora. Os autores chamam atenção para situações que podem produzir no campo dificuldades para manutenção da objetividade, uma vez que o pesquisador influencia o grupo no qual ele pesquisa, pode ser influenciado pelos próprios sentimentos e também pode haver conflito entre os quadros de referência de seus papéis de observador e de observado.

Certamente, essa situação despendeu maior cuidado e atenção para manter uma distância necessária do pesquisador com o campo de pesquisa, para permitir uma análise, ainda que permeada pelo olhar e sentimentos do pesquisador, mais que representasse mais fielmente os conteúdos apreendidos com a vivência no território e as falas legítimas dos sujeitos de pesquisa.

Essa vivência proporcionou também maior implicação com esse cenário, colocando-me enquanto pesquisadora, com papel ativo na construção dos dados e com compromisso social junto ao território e sujeitos envolvidos. Como Martín Baró traz ao convocar “a los psicólogos latinoamericanos nos hace falta un buen baño de realidad, pero de esa misma realidad que agobia y angustia a las mayorías populares”. (1998, p.314).



Além de analisar a relação da pesquisadora com o território, cenário da pesquisa, o contato com o campo permitiu também perceber como se dava a relação dos profissionais das redes assistenciais com o território. Visto que a atuação na perspectiva da Redução de Danos deve ser territorializada dialogando com o contexto de vida dos sujeitos.

A ideia de território na Saúde o coloca como cenário de atuação das equipes, visto que “esta abordagem abre boas possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção básica, como para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários”. (MOKEN et. al, 2008).

Percebe-se esse direcionamento também na proposta da Atenção Psicossocial e atuação de seus dispositivos, como o CAPS, que se caracteriza como um equipamento de base comunitária, que representa a proposta da Reforma Psiquiátrica da “substituição do modelo de atendimento hospitalizado que distancia o louco do seu espaço social para o trabalho desinstitucionalizante e territorial caracterizado” (DINENSTEIN, 2005, p.24).

Já a política socioassistencial prevê a matricialidade sociofamiliar e o território, como orientadores do novo paradigma da proteção social, que têm como objetivo principal fortalecer e garantir apoio à família no exercício de seu papel de proteção e cuidados e fortalecimento da convivência familiar e comunitária. Assim, para os serviços dessa rede cumprirem com seu papel e, assim, garantir a efetiva superação dos riscos ou vulnerabilidades sociais é necessário um amplo conhecimento do território. Tal conhecimento “possibilita nortear as ações desenvolvidas no PAIF<sup>12</sup>, de modo a alcançar as demandas identificadas e da necessidade de oferta de outros serviços de proteção social básica” (BRASIL, MDS).

---

<sup>12</sup> PAIF: Serviço de Proteção Integral às Famílias consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. Expressa um conjunto de ações relativas à acolhida, informação e orientação, inserção em serviços da assistência social, tais como socioeducativos e de convivência, encaminhamentos aos serviços de outras políticas setoriais, promoção de acesso à renda e, especialmente, acompanhamento sociofamiliar.

A partir do contato com sujeitos da pesquisa foi possível, então, perceber diversas perspectivas acerca do território que direcionam as práticas relativas a pessoas que fazem uso de drogas nesse cenário.

Dentre essas perspectivas, foi percebido de alguns profissionais um conhecimento superficial do território, por vezes reduzindo-se a uma visão geográfica, como é dito por P8 “eu tenho uma certa familiaridade com o território em alguns sentidos e em outros não. O sentido que eu tenho é mais a questão das localidades, do acesso às localidades” .

A mesma perspectiva foi percebida nos discursos dos profissionais do CRAS, que demonstravam não ter muito proximidade com o território e nem ter atuação comunitária. Ao contrário do que é previsto para esse serviço, “diversas formas de implementação das ações comunitárias, apontam-se palestras, campanhas e eventos comunitários, que reúnem condições ideais para o trabalho preventivo com a temática das drogas” (BRASIL, MDS).

Percebeu-se, no entanto, alguns profissionais com maior apropriação do território e com atuação de maior proximidade da realidade, como P1, atuante na Saúde da Família:

Eu considero que hoje eu tenho um conhecimento bom, né, assim, a respeito do território. Conheço muitas das pessoas, né? As pessoas também me reconhecem, né? Quando eu ando nas ruas. É... isso dá uma certa segurança, né? Da gente ter esse vínculo com o paciente pra poder, realmente, tá lidando com ele nas dificuldades, tanto nas questões clínicas como nas questões sociais também, né?.

O entendimento da importância da proximidade e atuação no território também mostrou-se muito presente nos discursos dos profissionais do CUCA: “A gente tem buscado que a gente acha que tá sendo assim bem eficaz é de ir ao encontro desse jovem, né, de ir visitar, de ir conhecer esse território, de conhecer quais são as demandas desse território” (P17 ). Essa proximidade produz um acolhimento da comunidade às atividades propostas e demonstra um vínculo construído com essa equipe. Como demonstra o relato de P14 acerca de uma atividade realizada no território chamada CinePerifa:

É um projeto do CUCA, a gente tá levando para as garagens, para as ruas. Ontem rolou um no canto do cruzeiro, inclusive. A galera mesmo faz a pipoca, faz a vaquinha para trazer o refrigerante, a gente leva o equipamento, faz a divulgação na comunidade. Então, essa relação facilita muito, a construção de confiança (P14 ).

Percebe-se, então, a partir das diversas relações que os profissionais das redes assistências constroem com o território que a percepção sobre ele, caminha, do geográfico para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas (MOKEN et. al, 2008).

Esta abordagem do território abre boas possibilidades para as análises e entendimento contextual do processo saúde-doença, bem como de outros fenômenos que ocorrem nos espaços comunitários, como o uso de drogas e a violência.

A Saúde Coletiva contribui para esse debate sobre a percepção e atuação no território, quando apresenta diferentes perspectivas a partir dos Modelos de Atenção em Saúde. Oliveira e Furlan (2010), nos apresentam algumas dessas possibilidades.

A partir da perspectiva Higienista, o território é considerado o lócus da doença. Assim, analisando-o sob aspecto microbiologista da doença, o território seria, então, o local em que se dá o encontro agente-hospedeiro. Contextualizando esse debate para o campo desse estudo, esse modelo considera a droga como agente causador da doença, no caso da dependência e o território como espaço de proliferação desse mal. Essa visão é percebida no discurso de alguns profissionais que têm uma visão superficial e estigmatizada desse território. Como podemos ver no discurso de P19, “o problema é lá, no território, tem muito droga, aí fica difícil né?”.

Fica mais longe pra ele ir na escola, mas em compensação na esquina já tem alguém oferecendo droga. Entendeu? Ou então ele está indo pra escola e no decorrer do caminho ele encontra várias pessoas que vão oferecer. É triste por conta disso, porque a gente sabe que é um território com a facilidade que eles encontram de dar e cara com pessoas que vão facilitar eles do uso (P19).

No Modelo Tecnicista, vai se considerar e classificar o território sob a lógica do controle de riscos. Assim, pode se criar a ilusão que controlando os fatores de risco poderá diminuir a incidência do agravo. Essa perspectiva pode reduzir a complexidade de algumas questões como o uso de drogas, visto que é um fenômeno multifatorial e que “não confere discernimento suficiente sobre os contextos singulares presentes no território” (OLIVEIRA, FURLAN, 2010, p.4).

Por fim, há a compreensão de um território vivo que orientou o trabalho em campo desse estudo e que se viu presente na atuação de alguns profissionais. O reconhecimento desse território, em sua complexidade, é uma etapa primordial para a

caracterização da população e de seus problemas, possibilitando ou efetivamente abrindo espaços para o desenvolvimento de práticas voltadas para o chão concreto da vida das pessoas, o lugar (SANTOS,2008).

A gente tem buscado que a gente acha que tá sendo assim bem eficaz é de ir ao encontro desse jovem, né, de ir visitar, de ir conhecer esse território, de conhecer quais são as demandas desse território (P17).

Assim, sob essa perspectiva se percebe o território como locus privilegiado de atuação: definindo problemas e identificando necessidades de saúde. (OLIVEIRA E CASANOVA, 2009). Como se viu nos discursos dos sujeitos de pesquisa:

A gente faz a atuação lá no Pequeno Cidadão, como eu lhe falei, não é porque eu não goste de trabalhar no posto, de maneira alguma, né? O posto é mais confortável, é uma sala com ar condicionado, é um computador, a receita impressa, né? Lá eu não tenho nenhuma dessas regalias, mas lá o paciente consegue ir pra consulta, né (P1).

No entanto, a atuação dessa perspectiva não está presente em todos os serviços, como relata um profissional do CAPS:

Eu gostaria que o trabalho fosse um pouco mais voltado pra fora e que isso... que, por algum... não sei, se alguma maneira a gente conseguisse que esse trabalho fosse um trabalho da equipe. Porque eu noto muitas vezes que o trabalho mais fora fica mais nas mãos de quem faz visita, que não sou só eu, tem algumas outras pessoas (P8).

Ressalta-se, como de suma importância que o ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de cuidado, bem como para desenvolvimento de um processo de pesquisa, seja a territorialização, ou seja, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços das redes assistenciais.

## 5.2. O uso de drogas no território

*“Aqui rola de tudo, mas maconha é 100%” (U9)*

Diante desse complexo território e seus movimentos, foram identificados no território, cenário desse estudo, diferentes padrões de uso de drogas, que de alguma forma revelam esse contexto.

Para análise dos padrões de uso e os principais problemas relacionados identificados no território, cenário desse estudo, faz-se importante ressaltar que a percepção quanto a esses padrões de uso no território se mostram diferentes entre os profissionais dos diversos serviços das redes assistenciais bem como dos usuários e demais atores comunitários.

Os profissionais do CAPS apresentaram muitas situações de uso problemático, entre o padrão abusivo e dependente, visto que o serviço destina-se originalmente às pessoas que apresentam problemas com uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). As principais substâncias referidas nesse contexto foram o álcool, o crack e a cocaína. Falou-se muito também de usuários que faziam uso de múltiplas substâncias, “o clínico geral” (P12). Assim, identificava-se uso combinado com álcool e também anfetaminas.

Sobre padrão de uso identificado pro profissional do CAPS tem-se que:

Depende muito do público. Geralmente idosos eles têm um consumo muito de álcool, né. E jovens e adultos é muito o consumo de crack. Mas, assim, em relação a quantidade de pessoas que tá usando, mais ou menos, eu acredito que hoje seja o crack. O crack você que hoje tem usuários que conseguem utilizar até 20 pedras em uma noite. Então, assim, com cerca de 40 reais, 50 reais eles conseguem comprar uma quantidade grande, que é muito barata. E aí, assim. Eu acredito que hoje a droga que é mais utilizada seja o crack. E depois o álcool, depois, talvez, a cocaína. Os comprimidos, né, o rivotril, o diazepam, outros benzodiazepinos eles utilizam também como droga (P7).

Na Rede Sócio Assistencial, os profissionais não conseguiam identificar com segurança os padrões de uso, resultado do distanciamento do tema e pouca apropriação do território. Por vezes apresentavam o cenário de uso de drogas de forma bastante superficial, e, por vezes, estereotipada como vimos na fala de P18.

Não se sabe dizer o que é. Muitos dizem que é a questão do crack, mas não sabem dizer se é realmente. ‘Ah, então é a maconha’, mas você vê pelo contexto da família, dos problemas que ela traz, que não é só a maconha. A forma como o usuário trata a família não é só o uso da maconha (P18)

No contexto da Atenção Primária em Saúde percebeu-se, então, um olhar mais ampliado dessa questão, a partir de relatos sobre o padrão de uso de drogas bastante contextualizado com o território.

No contexto do CUCA, pelo público alvo do serviço, a juventude, pode se identificar um padrão de uso bem específico, com substâncias, comportamento e problemas singulares a esse contexto.

No contexto da juventude desse território, o álcool é uma substância com uso menos predominante que as demais supracitadas. E, segundo relato dos participantes da pesquisa, como P12, está mais associada aos jovens que frequentam festa de rock.

Destacam-se nesse contexto duas substâncias: a maconha e inalantes. Como afirma M4: “A galera usa o anti respingo de solda, que é o famoso loló e a Lorena, e a maconha, são as duas substâncias que eles mais usam. E a galera sempre usa”.

O Loló ou Lorena é uma substância vendida em lojas de mecânica de carro. Uma substância muito danosa, especialmente às vias respiratórias. Enquanto inalante ela produz um efeito depressor do sistema central, o que fez com que em uma das festas acompanhadas por educadores do CUCA, uma adolescente de quinze anos desmaiou após fazer uso de inalante e foi atendida por uma enfermeira do serviço (Diário de Campo). Além disso, essa droga é dita como “droga do vacilo”, como se refere U8, pois “a galera pega viagem fácil, ai é só um encostar no outro e dá confusão”.

Em geral percebia-se um uso abusivo dessa substância nos espaços do território. Foi possível perceber esse padrão de uso, especialmente nos eventos de Reggae do projeto Quarta Roots, onde havia muitos jovens, bem como adolescentes e até crianças fazendo uso. Essa situação também pôde ser percebida pelos educadores sociais do CUCA que acompanhavam esses eventos.

Lá no Vila do Mar, que é o reggae do Quarta Hoots, aí tem um grande número de pessoas mesmo que fazem uso da Lorena assim intenso mesmo e... A gente vê também o álcool com a Lorena, assim, a gente percebe e o cigarro, assim, são esses que a gente consegue identificar mesmo no uso, né? (P17)

Ainda em relação aos jovens destaca-se também o uso de comprimidos de anfetaminas, como Roupinol “Ripinol” e “Aranha”, e uso de benzodiazepínico Rivotril, este último, geralmente combinado à cocaína. Essas substâncias também foram ditas no estudo, como de uso abusivo e de “difícil controle da galera que usa” (M4), integrando o grupo das drogas de “vacilo”. U9 também relatou que essas substâncias “são usadas pelos meninos para quando for roubar, para dar coragem”.

U8 ressalta que por conta dessas características as drogas do vacilo, podem chamar atenção da polícia e, assim, atrapalhar o Movimento. Por essas questões, essas drogas foram proibidas pelo Crime do território.

Além disso, segundo os sujeitos da pesquisa, o Crime, em algumas ocasiões, como festas, controla o padrão de uso de drogas, não permitindo um uso abusivo. Percebe-se assim, que há uma certa regulação do uso de drogas no território, pelo Crime.

Tem-se a premissa do “Certo pelo Certo e o errado será cobrado”. Então há punições voltadas aqueles que descumprirem essas regras. E assim acontece como diz M4 “a galera não se importa, a galera do movimento não se importa, infelizmente. Se importante quando bota boneco, aí leva pro poste, né?”. Vê se uma nova forma de operacionalização da lógica de controle (CARRIER, BASTIEN, 2003). Agora não mais só pelas forças do Estado, seja no discurso jurídico criminal ou medico sanitário, mas do Crime.

Para compreender o nível de comprometimento que essas diversas formas de uso traziam para os sujeitos, faz-se necessário, então, uma incursão acerca dos padrões de uso de drogas. A OMS considera ainda que o padrão de uso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e frequência de uso. Assim, “os padrões do uso de drogas correspondem aos graus de interação que os usuários mantêm com as substâncias auto-administradas, tendo em vista as consequências advindas do uso” (BARRETO NETO, ENGELMANN, 2013, p. 35).

Esses padrões de uso de droga são apresentados, segundo a classificação da OMS<sup>13</sup>, como: uso experimental, relacionado aos primeiros contatos que um usuário tem com a droga, ou a um padrão de consumo extremamente infrequente ou inconstante; uso recreativo, o usuário utiliza drogas em contextos sociais festivos ou relaxantes, geralmente em grupos, cuja finalidade imediata do uso associa-se com momentos de lazer e descontração, e esse nível não implica dependência e não traz problemas fisiológicos, psíquicos ou sociais ao consumidor; uso controlado/social/funcional, refere-se ao uso de drogas com regularidade, mas sem compulsão, ou seja não afeta o funcionamento normal do indivíduo nem leva à dependência, não comprometendo a possibilidade de redução da frequência de

---

<sup>13</sup> Classificação quanto ao padrão de uso de drogas publicada no Glossário de Termos de Álcool e Drogas, elaborado em 1994 pela OMS.

consumo; o uso nocivo de drogas (também chamado de abuso), onde o uso de drogas acarreta-lhe consequências danosas nas esferas física e social.

E por fim a dependência, que caracteriza-se como estado ainda mais grave em que identificam quadros como a tolerância, da síndrome de abstinência a compulsão, comprometendo a normalidade das funções biológicas e provocando estados mentais de perturbação. O uso nocivo e de dependência de drogas são consideradas doença pela OMS e classificado no CID -10<sup>14</sup>.

A figura abaixo sintetiza os padrões de uso de drogas bem como suas principais consequências para o sujeito. Assim, tem-se: o uso experimental, uso recreativo e o controlado são representados pelo uso sem complicações; o uso abusivo/nocivo; e o uso caracterizado como dependência. Percebe-se que ao se elevar os padrões de uso, vão se aprofundando também os problemas relacionados ao uso e comprometimento do sujeito com a substância.

Figura 6: Triângulo representativo dos padrões de uso de drogas, proposto pela OMS.



A partir dos discursos e percepções em campo, identifica-se alguns relatos acerca dos problemas relacionados ao uso de drogas, sejam eles físicos, psicológicos ou

<sup>14</sup> 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da OMS, que classifica uso nocivo, sob o código F19.1, e define pelo modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde.



sociais. No entanto, percebe-se, em geral, os sujeitos da pesquisa não identificam como muito frequente o uso nocivo ou dependente de drogas entre os jovens. Como relata P12, profissional do CUCA:

A maioria são de uso recreativo, a gente, eu pelo menos, desde que eu estou aqui, como supervisor, eu não tive ainda um momento que tivesse que pensar em encaminhar um processo de internação de um jovem.

Vale, no entanto, relativizar essa questão, pois nem sempre os jovens reconhecem ter problemas com uso de drogas, bem como não acessam os serviços para buscar cuidado. Essa possível barreira no acesso do jovem, relaciona-se como é dito por P8, com “a questão do uso não ser considerado por ele problemático e, com a oferta que o serviço faz”.

P12 reconhece, então, as possíveis incongruências sobre isso:

Apesar que eu imagino que deva ter uso mais problemático, né? Talvez não tenha chegado aqui até nós. Mas é muito o uso recreativo.

Ampliando a análise dos padrões de uso de drogas no território, a partir dos discursos do sujeito bem como pela vivência no campo, identifica-se uma variedade de padrões, em relação ao contexto, tipo de substância, frequência e intensidade do uso e os danos associados. Como percebemos na fala de P17 “Tem aquele que usa, que faz uso abusivo de drogas, aquele que faz uso casual” e P16 “Que tem pessoas que faz uso de drogas em casa, faz uso de drogas no meio da rua e tem pessoas que parece que não usam, usam e faz suas práticas normal de trabalho, beleza. Como tem as pessoas que passam do limite”.

Percebe-se falas no sentido de identificar no território, pessoas com uso de drogas abusivo e/ou dependente, como relata P3:

“No dia a dia deles, em vez de comprarem o prato de comida, eles usam a maconha, o crack. Aí você vê que aquelas pessoas já não vivem mais, elas vegetam. Elas não usam pra uma curtidão, elas usam para esquecer o mundo”.

No entanto, destaca-se em algumas falas dos sujeitos de pesquisa, contrariando uma visão negativa do uso de drogas, a percepção que no território há uma predominância do uso não prejudicial, recreativo ou controlado. Assim, percebe-se na fala de P1 “Acho que a maioria tem uma relação natural e não abusiva, né? Eu não tenho esse dado para dizer, assim, com certeza... Mas eu vejo”.

Essa visão dialoga com a perspectiva antiproibicionista em que as drogas fazem parte da vida, sendo um elemento que integra nossa cultura e cotidiano e que não necessariamente será uma prática danosa ou deva ser vista de forma negativa.

Isso também foi percebido em campo, onde a droga estava presente nos discursos ou na vivência em campo diretamente. Como o fato dos jovens no Reggae usarem maconha e inalantes; os bares por onde passava estarem sempre com homens fazendo uso de álcool, mesmo no meio da semana e em horário comercial; das pessoas fazerem uso de maconha nas praças, ruas e calçadas. Especialmente esse último, referindo-se diretamente ao Morro de Santiago, chamou a atenção pela naturalidade de como se dava o uso:

Senhoras que no final da tarde, colocavam as cadeiras de plástico na calçada (na calçada que nem existia) e fumavam maconha, vendo as pessoas passarem, comentando dos acontecimentos do dia. [...]. Ou na situação que senhora N., por volta de 50 anos, moradora do Morro de Santiago diz que vai almoçar mas que antes vai fumar (maconha) para comida ter mais gosto (Diário de Campo).

Destaca-se nesse relato o uso da maconha como muito presente no território e caracterizando-se com padrão de uso recreativo ou social/controlado, também chamado de uso na vida. Como U9 disse “maconha é 100 % das pessoas”.

A inserção dessa substância no cotidiano do território dar-se desde cedo e parece ter o uso bastante tolerado pelas pessoas da comunidade. A profissional da UAPS e moradora do território, P3, relata que “os meninos brincam de baralho apostando a maconha, a maconha tá aqui na mesa e eles estão brincando”.

Alem da maconha que aprece ter um uso bastante amplo no território, U9 destaca as principais substâncias utilizadas nesse cenário: “O que rola mais aqui nas área da comunidade é a cocaína e tem o uso da pedra. E o álcool, que é cruel”.

Percebeu-se nos discursos dos sujeitos que o álcool foi referido em diversos contextos de uso, como “perto da praia” (P16) e “na galera que curte rock” (P14). Além de ser muito presente no cotidiano dos trabalhadores de reciclagem, conforme afirma P3.

Percebe-se, assim, uma forte referência ao álcool, como substância bastante utilizada, como relata P8 “Em relação ao tipo da substância, eu percebo mais o álcool, como a droga que eu vejo mais as pessoas utilizarem. E mesmo quando usam outras substâncias, geralmente elas usam também o álcool”. Assim, viu-se entre os usuários

participantes da pesquisa, o álcool em uso combinado com cocaína, com crack e também com comprimidos. Situação também citada por U9 “Não, porque já virou rotina, já, entendeu, na vida deles... Eles ficam cheirando cocaína, essas coisas, aí compra logo o álcool”.

Destaca-se também, muitos problemas relacionados ao uso, como se refere U5, usuária de múltiplas drogas: “o álcool pra mim ele tá sendo uma droga, mais do que a cocaína, do que pedra, do que maconha”.

O uso da cocaína também se destaca no contexto desse território. Destaca-se aqui seu uso, no contexto dos Bailes de Favela, segundo explicou M4, são eventos, muitas vezes organizados e promovidos pelas pessoas do Movimento, crime organizado do território, serve para celebrar a unificação dos grupos rivais, bem como para promover a venda de drogas. Nesse cenário há bastante uso de cocaína, inclusive bastante explícito. Por vezes, segundo M4, percebe-se um uso nocivo. “A galera quer vender, o lucro tá acima da vida lá, em qualquer canto, o lucro tá em cima da vida”.

A cocaína surgiu também na vivência com drogas de cinco usuários entrevistados no CAPS, sempre associada ao uso de outras substâncias com álcool e também comprimidos.

Sobre o cenário do uso de drogas nesse território, destaca-se ainda o uso de crack, muito citado no estudo. Muitos sujeitos da pesquisa citarem não ser um uso não tão visível no território, como P17, que diz que “poucos a gente vê fazer o uso de crack, por que acho que é um público que eles se reservam mais, assim, né?”. No entanto, houve relatos no estudo de uso de crack nesse território entre recicladores (P3) e também por “pessoas em situação de rua que ficam pela Francisco Sá” (P17).

Os danos relacionados ao uso de crack foram, também bastante ressaltados como traz P1: “O cara deixava de ficar doidão para ficar catatônico. Não se relacionava. Aí, pouco tempo depois, tava maluco mesmo”. Além disso, está associado ao uso muitos danos físicos, consequências do padrão de uso mais comum no território, uso em lata, compartilhando o instrumento. Esse uso podia levar transmissão de doenças. Cita-se também que já houve muitas gestantes usuárias de crack que abortaram ou tiveram filhos com sequelas.

Porém, o estudo aponta que houve uma mudança no padrão de consumo do crack nesse território, P1 retrata esse movimento: “Eu acho que hoje tá menos, assim, eu

não vejo tanto a pedra como via... assim, eu acho que teve um bum, né? Coisa da moda mesmo, né? E passou”.

A mudança no padrão de consumo dessa substância também foi atribuída ao controle do tráfico que identifica como substância que tava causando prejuízo. Segundo P1, “porque era um usuário que ficava dependente muito fácil, né? Ficava debilitado e aí o cara não conseguia pagar as dívidas dele”.

Outra mudança percebida foi no uso de inalante, respingo de solda. Que, segundo P1, “foi na mesma linha do crack. A galera se debilitava muito rápido”. Essa mudança foi percebida pela pesquisadora durante o trabalho de campo.

Em uma terça feira, acompanhando o projeto Segue o Baile, reggae que acontecia no entorno do CUCA, foi possível perceber uso intenso de loló, “lorena”. Após três semanas, fui acompanhar a mesma atividade, e já não havia mais uso algum dessa substância entre os jovens. Um fato que me chamou muita atenção e foi atribuído a ordem do Crime (Diário de Campo).

Percebe-se assim, que o padrão de uso de drogas é dinâmico e vai se modificando na medida que as relações do sujeito, com a droga e também com o contexto vai se transformando. Tratando-se da ótica de território vivo, o cenário do uso de drogas também experimentará movimentos diante da singularidade de cada cenário e dado o seu momento histórico.

## 6. Vulnerabilidades do território e maximização dos danos

*“Usar droga ajuda a sobreviver aqui” (P3)*

Analisaremos aqui a relação do território com o uso de drogas e os danos associados a essa prática, a partir da vivência e apreensões feitas no campo de estudo, junto aos usuários, profissionais e atores comunitários. Além disso foi possível perceber como esses sujeitos da pesquisa compreendem os fatores que influenciam e permeiam o uso de drogas, identificando as diversas óticas nessa análise.

Para tal, faz-se importante, inicialmente desmitificar a construção que existe uma relação necessariamente danosa com uso de drogas bem seguirá um ciclo determinístico, como sugere a lógica da tríade, utilizada em campanhas Proibicionistas, clínica, caixão e cadeia para usuário de drogas. O documentário *Fora de si* problematiza essa questão:

É melhor não tomar esse cafezinho por que se tomar vai querer fumar um cigarro, se fumar vai ter vontade de beber um chope, se beber um chope vai querer maconha, se viciar em maconha, vai experimentar cocaína, se gostar de cocaína vai querer heroína e aí morrerá. Será que é mesmo assim?

Barreto Neto e Engelmann (2013) afirmam que “o relacionamento que cada indivíduo mantém com a droga é significativamente distinto”, assim apresentara-se em diferentes níveis que variam segundo uma série de circunstâncias. Os autores assim ilustram essa questão:

Certamente, o funcionário de um escritório que toma café todos os dias durante os intervalos do trabalho, o adolescente que fuma maconha aos fins de semana com os amigos, o tabagista que precisa fumar cigarros em situações de ansiedade para se sentir mais calmo e os dependentes que vivem em uma crackolândia têm um grau de uso, sujeição e reação aos efeitos das drogas definitivamente diversos (BARRETO NETO, ENGELMANN, 2013, p. 35)

Trata-se, fundamentalmente de uma análise do contexto interacional entre o consumido e a substância, considerando também o propósito do uso (BARRETO NETO, ENGELMANN, 2013), que supera os pré conceitos e a lógica de terror sobre uso de drogas, heranças do discurso jurídico moral.

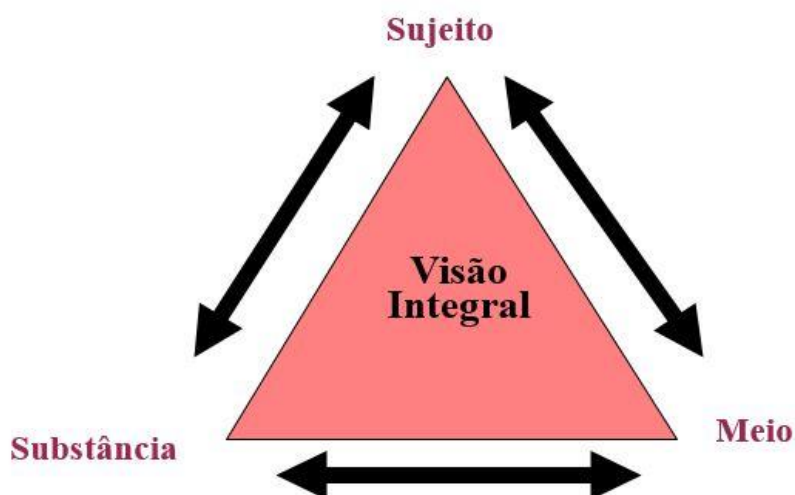
Assim, os fatores que influenciam no uso de drogas, que determinam seu padrão de uso e a amplitude dos danos associados a eles, devem ser analisados com a

profundidade que o fenômeno exige, numa equação complexa e dinâmica (MARLATT, 2004, p. 80).

É preciso reconhecer o tripé biopsicossocial das dependências químicas, fruto da interação dinâmica de três fatores distintos: o tipo de substância consumida, o indivíduo e o seu contexto social e familiar. Dito de outra maneira, um mesmo tipo de droga pode ter efeitos diferentes em diferentes indivíduos (BRASIL, 2013).

Assim, esse conjunto de fatores que determinam a relação da droga com sujeito, é representado, principalmente, por esses três elementos. Sujeito, substância e o meio em que está inserido o sujeito. Essa relação é representada pela figura abaixo:

Figura 7: Vértices de múltipla determinação do padrão de uso de drogas.



Percebe-se assim, que não só os efeitos biológicos das drogas no organismo exercem influência na pessoa do usuário, como também as condições socioculturais em que está inserido delineiam um diferente tipo de relacionamento com as substâncias que utiliza. (BARRETO NETO, ENGELMANN, 2013).

No entanto, Dartiu chama atenção para que as pessoas tendem a colocar um peso demasiado no vértice da substância. Lógica que corrobora com a perspectiva Proibicionista, seja sob discursos jurídico moral ou médico sanitário.

Observa-se que sob Modelo Higienista Campanhista do discurso médico sanitário, que trata a doença ou a dependência sob a lógica do risco, a droga é considerada como agente etiológico do agravo e portanto, a relação que o sujeito terá

com a droga será determinada fundamentalmente pela substância. Como se percebe, claramente na fala do profissional do CAPS: “Se não existisse a droga não existiria dependente” (P11)

Identifica-se, também esse discurso em uma profissional da Rede Socio Assistencial:

Sobre essa questão... eu acho que essa questão dos problemas que a droga vai trazer depende mais da substância. É uma doença, né? (P18).

Assim, sob essa ótica, drogas consideradas mais pesadas impreterivelmente determinarão uma relação problemática com o sujeito que será então, considerado doente e vítima dessa substância. Isso pode ser ilustrado pela ideia de epidemia de crack, presente na sociedade e reforçada pela mídia, que contrapõe com os dados de pesquisa, que apontam que somente 0.8% da população faz uso regular de crack e/ou similares (BRASIL, 2013). Percebe-se esse discurso fortemente na fala de P18:

Algumas (drogas) não afetam tanto a convivência familiar. Mas quando são drogas mais fortes, mais pesadas acaba sim gerando mais conflitos, mais questão de furto, né. Dentro de casa mesmo. A gente tem muitos relatos de pessoas ‘não, ele vendeu quase tudo que tinha em casa e não adianta eu comprar porque ele vai vender de novo (P18).

Ao mesmo tempo identifica-se na fala de P14 um questionamento dessa perspectiva P14 “Ah, porque se o cara for usar o crack rapidamente vai ficar viciado’, essas coisas, eu tenho lá minhas fortes dúvidas, sabe. Eu acho que é mais ligado ao contexto, ao social, né”.

Dartiu Xavier questiona essa linha de pensamento:

Não é a droga que faz a dependência é o homem que transforma aquele elemento álcool numa droga que vai prejudicar a vida dele e a dos outros. Por que o álcool pode ser elemento de convivência. E isso vale para cocaína também. É por que a gente sempre tende a falar como se isso só valesse pro álcool e para maconha. Agora algumas pessoas, entre 10 e 15%, vão apresenta rum problema pelo uso da droga (Dartiu Xavier).

Dessa forma, o autor reconhece o papel da substância na determinação do padrão de uso de drogas do sujeito e nos danos acarretados, mas reforça a importância de outros fatores, representados pelos demais vértices do triângulo.

Identifica-se também em algumas falas dos sujeitos da pesquisa, a lógica do discurso médico sanitário baseada no comportamento de risco, que tende a colocar um peso sobre o vértice do sujeito, no sentido de culpabilizá-lo a partir de suas escolhas individuais pelos seus possíveis problemas com drogas.

Essa lógica é questionada pelo profissional da Saúde da Família, que relata caso de uma usuária do território acompanhada por ele na UAPS.

A pessoa vai no CAPS, e o pessoal disse que a culpa era minha, que só dependia de mim, que...”, sabe? Você culpabilizá-lo, como se isso fosse ajudar alguma coisa, né? E que na prática a gente sabe que não é, né? Quantos e quantos não começam a usar drogas depois que são presos e usam a droga como uma fuga pro inferno que é conviver dentro do sistema penitenciário? Né? (P1).

Essa análise nos faz questionar de fato “de que recursos aquelas pessoas efetivamente dispunham para encontrar uma alternativa à ‘escolha’ de fazer uso de drogas?”. Compreender que essa escolha está fundamentada no contexto e nas reais possibilidades que esse sujeito tem acesso, é fundamental, para inaugurarmos a perspectiva da vulnerabilidade nessa análise.

A ótica da vulnerabilidade sobre o território também foi identificada nos discursos dos sujeitos de pesquisa, como pode-se ver abaixo.

Eu acho que influencia o meio social que a gente veve, né? Eles já não tem mais expectativa de vida, eles não vevem. Então eles usam mais pra esquecer, o momento, as angustias da vida. Muitos já não têm mais mãe, muitos já perdeu filho, né? Esses que têm mais idade, então mais pra esquecer mesmo (P3).

Eu acho que isso influencia muito no fato de o uso ser mais problemático, porque acaba sendo uma maneira... uma maneira de dar um tipo de sentido à vida dessas pessoas, né? (P8).

Percebe-se essa perspectiva escapa do discurso médico sanitário, inaugurando um viés Libertador, é, então, a que mais se aproxima do modelo de integral da relação do sujeito com a droga, pois propõe um olhar pros três elementos do triângulo.

Assim, faz-se muito importante ratificar o entendimento acerca de vulnerabilidade e como esta pode ser caracterizada nesse contexto. Ayres (2013) traz que esse conceito pode ser resumido como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento ou a desenvolver problemas com uso de drogas como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade a determinado agravo e, de modo inseparável, maior ou



menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger. O Ministério de Desenvolvimento Social também trata desse conceito:

Vulnerabilidade refere-se à maior ou menor capacidade de um indivíduo, família ou grupo social de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade, sejam eles físicos, humanos ou sociais (BRASIL, 2013).

Identificaremos, inicialmente, as características desse território que sob a perspectiva da vulnerabilidade (AYRES, 2013) interferem na relação do sujeito com uso de drogas. Para tal foi utilizado dados de pesquisa e do Relatório de Gestão do Município de Fortaleza (FORTALEZA, 2014), bem como informações e compreensões apreendidas em campo, a partir da inserção da pesquisadora.

Em diversas falas, principalmente dos profissionais das redes assistenciais, esse território é apresentando como extenso, populoso e de muitas vulnerabilidades. Como podemos perceber na fala de um profissional do CAPS “Eu percebo que é um território muito populoso. É um território que tem muitas áreas de vulnerabilidade” (P8,). Percebido também no discurso de profissional da Saúde da Família:

É um território difícil, né? tem muitas iniquidades, né? Tanto dentro do território como, se você for considerar a cidade de Fortaleza, né, como um todo, é uma área que realmente tem uma é... não tem um olhar do poder público, né? E a gente tira, assim, pelas questões socioeconômicas diversas, como questões sanitárias, né? Esgoto, assim, que não é uma exclusividade da Barra do Ceará, né? Essa carência. Mas que aqui, enfim, a gente percebe que a gente vivencia, né? (P1 )

Essa impressão também é compartilhada por um profissional da Rede Sócio Assistencial:

É um território que é muito grande e muito populoso. E vulnerabilidades a gente tem de um tudo aqui, questão de conflitos de território, de drogadição, é.. gravidez na adolescência, um número imenso de criança e adolescente fora da escola, questão de violência contra a mulher, é.. risco habitacional(...) (P18 )

Para realizar, então, a análise das vulnerabilidades desse território e sua relação com uso de drogas é importante alertar para algumas questões, trazidas por Ayres (2013) acerca desse conceito. Destaca-se assim que a Vulnerabilidade tratada nesse estudo, caracteriza-se como não estável, ou seja os fatores de vulnerabilidade a serem

apresentados aqui mudam constantemente. Esses aspectos são reforçados por Maria do Céu Patrão Neves que traz que:

A vulnerabilidade é contingente, pois depende das circunstâncias em que se manifesta e provisórias, porque, se não estiverem ligadas à própria natureza do seu portador, podem ser superadas com o tempo (2006, p. 163).

Dessa forma, as vulnerabilidades identificadas nesse estudo, em grande parte podem ser superadas ou amenizadas, visto que há diferentes gradações da vulnerabilidade, onde os sujeitos podem ser mais ou menos vulneráveis a determinado aspecto.

Por fim, ressalta-se o caráter multidimensional desse conceito, onde “em uma mesma situação estamos vulneráveis a uns agravos e não a outros” (AYRES, 2013, p. 139). Assim, em um contexto de muita vulnerabilidade como o identificado no território, campo desse estudo, os sujeitos não estarão vulneráveis a necessariamente todos os elementos. Bem como alguns aspectos podem caracterizar-se como elemento de vulnerabilidade para determinado sujeito, como a família e para outro ser considerado fator de proteção.

Sintetizado essas relativizações acerca desse conceito, necessárias para análise desse estudo, tem-se que “a vulnerabilidade não é unitária, portanto, não responde a um modelo sim ou não e sempre possui gradações, ou seja, estamos vulneráveis em diferentes graus” (AYRES, 2013, p. 139).

Ayres (2013) reforça ainda que diante dessa multidimensionalidade que a vulnerabilidade pode expressar, para análises de vulnerabilidade propõe a avaliação articulada de três eixos interligados: componente individual, social e programático. Entende-se também que esses eixos estão articulados entre si. A integração desses elementos como fatores que determinarão a relação com a droga e seus danos associados é expressada abaixo.

Assim, todas as drogas podem ser nocivas, né, assim, todas. Inclusive, a própria maconha, ela pode ser nociva, embora seja uma das que é mais leve, né, mas ela pode ser nociva se ela é acompanhada com outros tipos de drogas, se ela for utilizada também de maneiras. Todas podem ser, né, e aí vale essa questão do controle, do conhecimento do usuário e tal para como ele vai usar essa droga, né. Muito do acesso da informação mesmo, né, dele conhecer a droga, dele saber, dele ter o acesso de como ele pode tá usando essa droga pra ela possa ser menos nociva. Assim, além disso tem o contexto, que também influencia muito, né (P17)

Dessa forma, o dano associado ao uso de drogas não é de exclusividade de uma substância ou outra ou refém de determinado comportamento. Mas, está associado a um conjunto de elementos que caracterizarão a vulnerabilidade.

Destrinchando esse conceito, tem-se que o componente individual diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema e à capacidade de elaborar e transformar-se para que suas práticas sejam mais protegidas e protetoras (AYRES, 2003). Acerca desses aspectos, chamou muito atenção na pesquisa a falta de conhecimento e informações sobre as substâncias e os danos associados a ela. Destaca-se aqui a fala de P16 “Ai muitos jovens vão e saem rebocados ou baqueados, vomitando, porque não sabe o que tá fazendo. Não sabem nem direito o que tem ali”, referindo-se às substâncias psicoativas utilizadas por eles.

Ressalta-se que esse aspecto vai estar diretamente associado ao componente programático da vulnerabilidade, pois este dita sobre o acesso às informações que esses sujeitos têm. Como traz P17:

Falo da questão do acesso, né, mesmo nessa questão da falta também de informação, às vezes, é, do quê que essa droga pode trazer, porque alguns entende que só vê o lado bom, só identifica no início, né, o lado bom das drogas e não tem o acesso mesmo à informação de que essa droga ela pode de repente trazer alguns problemas e tal (P17).

Percebe-se que sob a ótica da vulnerabilidade, supera-se o peso e a culpabilização do sujeito. A falta de informações sobre os riscos e danos associados ao uso de drogas não é mais tratada como somente responsabilidade do sujeito, mas como um elemento que também expressa o contexto e as ofertas programáticas de informações e ações dos serviços.

Outra questão do âmbito individual que vai integrar a vulnerabilidade identificada nesse território é a capacidade dos sujeitos de construir estratégias seguras de proteção e de auto cuidado. Essa fragilidade é citada por P8 como uma dificuldade de lidar com emoções.

Muitas vezes, a pessoa aprendeu a viver com aquele uso como um recurso para lidar com problemas que nunca resolveu, problemas psicológicos que nunca... que nunca soube... nunca soube enfrentar de uma maneira um pouco mais saudável (P8).

A ausência de ferramentas para lidar com os problemas e conflitos que fazem parte do cotidiano torna, então, os sujeitos vulneráveis a desenvolver uso problemático

com drogas. Essa relação entre fragilidade emocional e o uso de drogas foi identificada no estudo de DUVICQ et. al. (2004), que pesquisou os fatores relacionados ao uso de drogas ao contexto escolar.

Entre los factores más importantes para desencadenar el uso de drogas en adolescentes, en escuelas públicas de Brasil, han sido las emociones y los sentimientos asociados a intenso sufrimiento psíquico, como depresión, culpa, ansiedad y baja autoestima (p. 14).

Como traz P8, “conflito familiar eu percebo muito, como motivo para as pessoas usarem (drogas), conflitos de dificuldade de relacionamento, de pactuar com uma convivência mais saudável”.

A situação de vulnerabilidade das famílias, ocasionando diversos problemas aos sujeitos e, especialmente, a crianças e adolescentes, foi um elemento bastante abordado pelos profissionais entrevistados, como fator que contribui para um uso problemático de drogas. Como vê-se na fala de um profissional da Saúde:

Quem mais usa são essas pessoas que já vem de uma família desestruturada, né? Então o que eu percebo é que essas crianças elas são mais vulneráveis ao uso de drogas. A gente tem o caso de pessoas, né? Que por exemplo, a mãe morreu, o pai é usuário. Ai os dois meninos, então, a tendência deles foi ser acolhido pelos meninos mais velhos que se dizem traficantes, né? (P3).

Percebe-se também, pela investigação em campo, que a presença de pessoas da família com problemas com uso de drogas mostra-se como elemento significativo ao uso de drogas. O estudo de Duvicq et. al. (2004) reitera essa questão ao afirmar que em relação aos eventos estressantes, o uso de drogas manteve-se positivamente associado à presença em casa de familiar usuário de drogas, com uso cerca de 60% superior àqueles que não apresentam esse fator.

Percebe-se que esse componente a priori individual, relacionado ao conhecimento e história individual dos sujeitos, está intrinsecamente ligado aos outros dois- social e programático. Pois entende-se que os sofrimentos individuais, ou questões psicológicas desses sujeitos, que possam lhes deixar mais vulneráveis ao uso de drogas têm relação com os contextos em que vivem. Para exemplificar essa questão apresenta-se a fala de P14:

Eu entendo que a minha necessidade de tomar minha cerveja quando eu saio daqui estressado é para fugir um pouco dessa realidade, pra me

aliviar, aliviar meu estresse. E porque com ele vai ser diferente porque é só uma droga ilícita?

Essa situação de estresse vivenciada por P14 também é presente no cotidiano dos moradores do território, cenário de pesquisa. E parece associada as condições de vida dos sujeitos, como traz P14 “esse nível de estresse pode ser porque na casa dele não tem o que comer, né são famílias sem ninguém trabalhando, ficam em conflito”.

Trata-se ai de um sofrimento ético político categoria apresentada pelo psicólogo da Escola da Libertação <sup>15</sup>Martín Baró (1997), como um sofrimento fruto de uma situação concreta de opressão, de uma Cultura da Pobreza e do Silêncio, em que suas possibilidades de vida enquanto sujeito lhe são negadas. Assim, as situações de estresse vivenciadas por esses sujeitos estão diretamente ligadas a vulnerabilidade em seu componente social.

Outra situação que ajuda a ilustrar esse quadro é um caso de uma senhora moradora do Morro de Santiago que foi relatada em uma das visitas a campo e registrado no diário de campo. Uma senhora, chamada aqui de M., com 50 anos de idade, responsável pela criação direta de alguns netos, com um dos filhos preso e que vive em situação de pobreza. Em todas as visitas ao Morro de Santiago, foi observado que M. estava sempre fazendo uso de drogas, identificado ora como maconha, ora como crack. E foi relatado pelo profissional P14 do CUCA que:

Quando ela tá passando algumas complicações da vida, e ela fala pra gente, é muito engraçado que nesse período que ela fala pra gente a gente percebe que ela tá fazendo um uso maior, que ela tá mais dopada, né, mais anestesiada, chega mais grog né? [...] A gente percebe essa condição de sofrimento, da violação de um modo geral ela interfere no uso (Diário de Campo).

Esse sofrimento ético político, relatado nas falas acima, expressa uma situação de marginalização das benesses que o Estado deveria promover, concretizando a lógica da Dialética Dominação Opressão na vida dos sujeitos.

Assim, as expressões individuais da vulnerabilidade estão associadas diretamente ao componente social desse elemento. O que se vê são condições estruturantes e sociais, limitando as possibilidades desse sujeito e o deixando à margem de um desenvolvimento social concreto, e assim, os expondo a estabelecer relações abusivas com as drogas, maximizando os danos.

---

<sup>15</sup> Escola da Libertação

Às vezes é uma realidade muito dura, é uma realidade que tem muito pouca mobilidade social e econômica dentro. Vejo que as famílias elas vivem uma realidade muito fixa, como se fosse um círculo de pobreza muito difícil de quebrar, né? De dificuldade de oportunidades. E, muitas vezes, o uso naquela cultura daquela comunidade mais pobre eu percebo como sendo algo que aquelas pessoas usam como recurso comum. (P8)

Essas questões foram bastante evidentes no estudo. Por exemplo U3, usuário de álcool há mais de 30 anos e em acompanhamento no CAPS AD, apresentava uma história de mais de 30 anos de trabalho no comércio, numa situação de muita exploração.

Durante 39 anos você não vai a praia, você não vai ao cinema, você não vai a um restaurante, você não faz uma viagem, você não tira umas férias, nada. Eu acho que eu fui um herói, porque esse negócio é um negócio sério. Muito pesado para suportar. (U3).

Esse contexto de opressão, não só influenciou diretamente o uso de drogas desse sujeito como ampliou os danos causados pela droga, trazendo-lhes uma série de problemas físico, familiares e sociais. “ Eu trabalhei 39 anos sem gozar férias e bebi a noite 39 anos, whisky, cerveja, cachaça era tudo... Só [...] pra poder continuar trabalhando. Para ter energia pro outro dia pra trabalhar”.

O álcool aqui acabou por ter uma função de reduzir os danos associados a situação de exploração sofrida no trabalho, fazendo-o aguentar e sobreviver a esse contexto. Assim, reforça-se a visão que muitas vezes, a droga não se caracteriza como problema ou fator causador da dependência, mas sim o contexto de vulnerabilidade e opressão em que está inserido.

Vê-se aí o componente social da vulnerabilidade enquanto fator preponderante nos aspectos analisados nesse estudo. Ayres (2013) apresenta esse componente sob diversos aspectos tais como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas.

Uma das questões muito percebidas nesse território relacionada à vulnerabilidade é o aspecto estrutural da região, principalmente quando consideramos o crescimento desordenado dessa área e que algumas áreas, como a Barra do Ceará, apresentam riscos sócio ambientais, pelo fato de algumas comunidades terem surgido em regiões de dunas e beira mar.

Nesse aspecto, um dos indicadores que chamam atenção é a de Saneamento Básico, onde há o pior resultado das seis regionais de Fortaleza, cerca de 76,21% dos domicílios são atendidos pela rede geral de água. Em 2004, constatou-se que 22.039 domicílios não possuíam acesso à rede de esgoto e 96,98% dos domicílios particulares têm coleta de lixo. Dentre as áreas habitacionais mais vulneráveis destacam-se pela fala de uma profissional do CRAS a questão do risco habitacional principalmente no Vila Velha é muito grande” (P 18).

Alguns relatos dos sujeitos de pesquisa apontam para essa fragilidade da infraestrutura local como U9, morador do Morro de Santiago, comunidade da Barra do Ceará, que relata o não acesso à Rede de água e esgoto: “Não, chegaram, mas só cinco casas para baixo... E da metade pra cima tem água mais não... Tem que acordar três horas da manhã para descer e buscar água no balde. E depois seis horas já tá de pé de novo e vão pro trampo”.

Essa situação afeta diretamente a qualidade de vida dessa população como relata o profissional médico atuante na área:

Então, assim, aqui a gente vê, realmente, aquela questão da tripla carga de doenças, ela é muito visível aqui, né? Então, você tem as doenças infecto parasitárias, seja pela questão do morro, né? A questão da areia e todos os problemas decorrentes ao fato que as pessoas criam animais, né? Tem a questão do lixo, muito lixo lá em cima, né? A questão do esgoto a céu aberto. Então essa carga de doença é muito, muito prevalente (P1).

Outro indicador importante para identificar as vulnerabilidades desse território é Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) que contempla três indicadores: média de anos de estudo do chefe de família, taxa de alfabetização e renda média do chefe de família (em salários mínimos). Quanto mais próximo da nota 1,0, mais desenvolvido é o bairro. De acordo com o levantamento feito a partir dos dados do Censo 2000, dez bairros da Regional I possuem índice médio (entre 0,500 e 0,799). São eles: Alagadiço, Álvaro Weyne, Carlito Pamplona, Farias Brito, Jacarecanga, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Monte Castelo e Bairro Ellery. Por sua vez, cinco bairros têm índice considerado baixo (entre 0 e 0,499). São eles: Arraial Moura Brasil, Barra do Ceará, Cristo Redentor, Floresta e Pirambu. Quando analisa-se o Índice de Desenvolvimento Humano, da SR I, percebe-se que, no geral, os bairros dessa regional apresentam valores de IDH baixos ou muito baixos (FORTALEZA, 2014).

O bairro da Barra do Ceará destaca-se nesses indicadores com baixo IDH, que releva um quadro de muitas vulnerabilidades, relatadas na fala de uma profissional do CRAS:

Aqui a nossa demanda é realmente de famílias que necessitam do conjunto inteiro. Porque não chega assim “ah, eu estou em vulnerabilidade alimentar, eu preciso de uma cesta básica”, não. “Eu preciso de uma cesta básica, minha filha tá gestante, eu preciso do kit enxoval, e ela não está indo pra escola, eu preciso de uma escola, é muita coisa (P19).

Outro aspecto percebido expresso pelo baixo IDH da região é a escolaridade, que é destaque na fala de outra profissional da rede Sócio Assistencial que afirma que “70 a 80% das pessoas, das famílias que eu acompanho são crianças e adolescentes fora da escola. A gente tem um número imenso disso” (P18). Situação também percebida pelo articulador comunitário que atua em projeto social na área “Aqui muitos deles nunca foram pro colégio” (M4).

A escola pode atuar na prevenção do uso de drogas para crianças e adolescentes, impedindo ou retardando o uso de drogas ou mesmo minimizando os danos (DUVICQ, 2004). Como traz Moreira et.al. (2006, p.816), “o bom vínculo com a escola é considerado fator protetor para o abuso de drogas”.

Assim, ao estar afastado da escola a criança ou adolescente pode ficar mais vulnerável ao uso de drogas e seus danos como M4 relata: “Começa com 8, 9 anos de idade, que é essa fase já traz essa visão de que a escola ela não presta, não é pra mim, eu não gosto, é chata. E aí começam a usar e aí pronto”.

Essa questão apareceu, muito expressivamente, nas falas de U9 e U10 que relataram que após abandonarem a escola aumentaram a frequência e intensidade do uso de drogas:

Ficava assim, o dia todo fumando. Eu não ia mais a escola, ai não tinha mais nada o que fazer. La na escola, né? Não podia usar. Então pelo menos quando eu tava lá, eu não usava. Ai já era a tarde toda sem usar. Mas depois era só usando direto mesmo (U9).

Percebe-se que o uso de drogas ainda na adolescência era bastante comum no território, comungando à realidade de muitas capitais brasileiras como demonstra o



estudo do IPECE <sup>16</sup>, que revelou que muitos dos nossos jovens das escolas de Fortaleza, cerca de 7,8% dos alunos matriculados, informaram já ter usado algum tipo de droga, o que é mais preocupante é que estes meninos e meninas têm, em média, idade entre 13 e 15 anos (CEARÁ, 2012).

Essa questão foi bastante identificada em campo, nas idas ao território, em especial ao Morro de Santiago, bem como o acompanhamento do Reggae Segue o Baile, e especialmente no Reggae do Quarta Roots, onde se percebia muitos adolescentes e até crianças fazendo uso, especialmente de maconha e inalantes.

A vulnerabilidade de crianças e adolescentes do território foi um aspecto que chamou muito atenção a partir da inserção da pesquisadora em campo. Percebeu-se, ao longo do processo um agravamento, por exemplo, da situação de crianças fora da escola na Barra do Ceará, devido a conflitos territoriais que se intensificaram nos últimos meses. Assim, inúmeras vezes em contato com adolescentes e crianças no campo pude constatar que muitos haviam deixado de frequentar a escola por “não poder passar pro lado da Francisco Sá” (Diário de campo), onde se localiza a principal escola da região.

Em relação às oportunidades de trabalho da região, tem-se que a principal atividade econômica da Regional é a indústria. Na avenida Francisco Sá estão localizadas diversas fábricas e também as sedes do Serviço Social da Indústria (SESI) e do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI). A Bezerra de Menezes, por sua vez, é um dos principais corredores comerciais de Fortaleza, com dezenas de lojas, bancos e um *shopping center*.

Especificamente na Barra do Ceará, que se mostra mais distante desse centro econômico da Regional I, percebeu-se também pelo contato com campo, a pesca como uma atividade presente no território. A exemplo que U4 e U10 que relataram ter essa atividade como sua forma de manutenção econômica, “Eu quero trabalhar, continuar a pescar, por que meu pai já é um profissional da pescaria” (U10).

---

<sup>16</sup> O Uso de Drogas Ilícitas entre Estudantes do Ensino Fundamental em Fortaleza e demais Capitais Brasileiras - 2012. Esse estudo avaliou o uso de drogas ilícitas por estudantes da 9ª série do ensino fundamental. Os resultados são apresentados para as capitais do país, recorrendo-se para tanto a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), concernente ao ano de 2012.

No entanto, o que mais pode se perceber na vivência mais próxima no território da Barra do Ceará, foram muitas pessoas desempregadas. É nessa regional que se encontra a maior taxa de inatividade de Fortaleza, com apenas 37,2% dos residentes entre a chamada população economicamente ativa - ou seja, formal ou informalmente empregada, ou procurando emprego (FORTALEZA, 2014).

Percebe-se que essa situação relacionada ao trabalho tem uma relação com uso de drogas, conforme relata P1:

Muito entre os homens... a gente vê, assim, que uso de drogas está muito relacionado à questão da falta de emprego também. Então é aquele cara que perdeu a oportunidade de emprego e tá desempregado, e ele começa a passar o tempo dele na bebida. né?.

A questão do subemprego também é muito presente como é percebido na fala de U9 “Seis da manhã muita gente desce o morro para tampar ali no sinal. Vender coisa, vender tudo, limpar os carros, o que der para fazer (..)” .

A vulnerabilidade econômica além de tornar os sujeitos mais vulneráveis ao uso de drogas, amplifica os danos, como exemplifica P14:

É uma galera que não tem as refeições básicas normalmente respeitadas. Então uma coisa sou eu fazer, você fazer, a gente fazer um consumo abusivo e outra coisa são eles fazer do mesmo. Se fosse a mesma droga, fazendo o consumo abusivo nós e eles é diferente. Porque a condição deles de alimentação, é muito precária, né?

A não inserção no mercado de trabalho ou o acesso ao poder de compra, típica da sociedade de consumo, torna-se ainda mais preocupante diante do perfil da população desse território, que é bastante jovem, onde cerca de 50% dela têm, no máximo, 28 anos. Um profissional da Rede CUCA destaca a inatividade entre os jovens da área e as dificuldades de inserção dos mesmos no estudo ou trabalho, deixando-os mais vulneráveis ao circuito do tráfico e da violência.

Eles tão em baixa escolaridade, muitos, assim, 80% pararam de estudar, é um dos grandes desafios fazer estudar. Isso eu falo 80% de, sei lá, 100 que a gente acompanha diretamente. Tem mais uns 70 jovens aí que tão fora. Muitos deles tão inseridos na violência diretamente, né? Alguns fazem parte do processo de violência, o tráfico, ou sofrem ou fazem violência. Sofrer bem mais, mas todos eles têm alguma relação... não todos né, mas a maioria tem uma relação direta com o crime (P.12)

Da mesma forma, que um jovem da classe média ou classe alta, o jovem morador da periferia também quer consumir, quer ter um tênis de marca, um celular, ou um vídeo game. Além disso, o pai ou mãe, enquanto provedores da família, precisam garantir uma renda. Assim, diante das precárias condições de vida, falta de oportunidades e a interface com o tráfico, muitos jovens e famílias veem aí a possibilidade de manter-se economicamente, inserindo-se nesse circuito: “O emprego deles era o tráfico” (P13).

É como se fosse uma comunidade alternativa que procura meios de sobrevivência ali e o principal fator de economia que gera a comunidade, infelizmente é o tráfico de drogas que tem ali. Tem pessoas que trabalham e tal, mas o que se destaca lá é a questão do tráfico. O que movimenta mesmo a economia local é o tráfico de drogas (M4).

Uma fala nos chama atenção quanto a isso, trata-se da referência a um jovem da comunidade feita por M4, que relata que esse jovem C., de 16 anos, que vem participando ativamente das atividades do projeto Aqui tem sinal de vida, sofre “uma pressão em cima, uma cobrança muito grande da família, porque ele é como se fosse o homem da casa, ele recebe essa cobrança, de ter dinheiro. Então tem uma pressão para ele continuar no movimento” .

Essa relação com o tráfico de drogas pode influenciar a relação com a drogas bem como os danos do uso, como relata M4, que traz que os jovens acabam atuando junto ao tráfico, “fazendo corres e sendo pagos como a própria droga. Por exemplo, ‘fulano, vem cá, compra ali uma marmitta pra mim’, aí fazia o corre e aí ela ganha uma bala de maconha e outras coisas” (M4).

A relação do envolvimento no “Movimento do Tráfico” no território e o uso de drogas também mostra-se como um dos aspectos sociais de vulnerabilidade mais significativos nesse contexto.

Todo mundo ali é uma relação muito forte com o tráfico, todo mundo tá fazendo o uso de tudo a todo tempo, ou vendendo, ou usando, então isso fortalece muito o uso recreativo, problemático e por aí vai, né? (P14)

A proximidade com o circuito do tráfico, mesmo sem “fazer parte do movimento”, mas por morar num território e relacionar-se com esse movimento direta ou indiretamente, deixa esses sujeitos mais expostos à violência, como relata U10:

Para eles, a gente é do crime. Desde que pedem pra gente fazer qualquer corre. Ai pronto a gente já tá no movimento. E aí pode acontecer uma parada com qualquer um aqui. Os caras não querem nem saber (U10).

A forma que a violência se expressa nesse território chama atenção pela força e imposição do “Movimento” que impõe regras locais, controla comportamentos e aplica severas punições naqueles que escapam das normas estabelecidas.

O quadro de violência da Regional I foi apresentado no relatório da Pesquisa Cartografia da Criminalidade e da Violência na cidade de Fortaleza<sup>17</sup> realizada em 2010. Essa pesquisa analisou a violência no município a partir de cinco indicadores: relações conflituosas, furtos, roubos, mortes violentas (dentre os quais os homicídios) e lesão corporal. Dentre esses indicadores destaca-se a Barra do Ceará, seguido pelo bairro Vila Velha e Cristo Redentor, por registrar o maior número das cinco ocorrências. Sobre mortes violentas a Secretaria Regional I contabilizou no total 251 em 2009, sendo que destas 33,8% ocorreram na Barra do Ceará.

A questão da mortalidade causada pela violência é citada como uma vulnerabilidade significativa do território por um profissional da UAPS da Barra do Ceará:

E nós temos as causas externas, né? E o principal aí das causas externas são as causas entre os jovens, né? A galera aí que, por uma falta de oportunidade ou outro motivo, que também remete a uma falta do poder público, e termina caindo aí nessa questão de se matarem mesmo, né? É... por conflito de interesse, de território, disputa, a questão do tráfico de drogas, né? Às vezes só disputa territorial mesmo, às vezes coisas menores, inclusive, né? (P1 )

Em 2013, foi divulgada pesquisa realizada pelo IPECE<sup>18</sup> acerca da Caracterização Espacial dos Homicídios Dolosos em Fortaleza e foi identificado a Barra

---

<sup>17</sup> Essa pesquisa foi realizada pelo Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética-LABVIDA e Laboratório de Estudos da Conflitualidade e Violência-COVIO, ambos da Universidade Estadual do Ceará, e do Laboratório de Estudos da Violência-LEV da Universidade Federal do Ceará, com financiamento Secretaria Nacional de Segurança Pública-SENASP do Ministério da Justiça - MJ e da Prefeitura Municipal de Fortaleza-PMF. A pesquisa tinha como meta é a construção de um banco de dados contendo informações as mais abrangentes possíveis sobre a criminalidade e a violência em Fortaleza (BRASIL et.al., 2010).

<sup>18</sup> IPECE é o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) é uma autarquia vinculada à Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. Tem como missão disponibilizar informações

do Ceará com maior taxa de homicídios dolosos em Fortaleza, com taxa de 70 homicídios/100mil habitantes no ano de 2012 (CEARÁ, 2013).

Esses números expressam um aspecto pertinente ao território que compõe essa vulnerabilidade trata-se dos conflitos territoriais inferem no acesso a direitos e serviços do território, como demonstra P14 acerca das pessoas que residem no Morro de Santiago “o posto mais próximo que tem aqui é o Lineu Jucá, é um território que é inimigo, que já é área do gueto, a galera não vai pra lá”.

Além disso, essa situação interfere na relação dos sujeitos, em especial dos jovens, público mais diretamente afetado, com a droga. M4 traz que com essa “questão territorial, eles ficam muito num canto, usam drogas naquele espaço, não saem para outros ambientes, ficam afastado da sociedade, né?”.

Destaca-se, no entanto, que os indicadores de violência têm certa mobilidade pois o fenômeno da violência dependerá de variados fatores favoráveis acontecerem, como investimentos ou não em políticas públicas de segurança, de educação, de habitação, de trabalho e renda e de cultura, além das dinâmicas própria de cada território.

Identifica-se uma importante associação espacial entre indicadores socioeconômicos e a criminalidade na capital cearense, na medida em que aqueles bairros mais violentos são os que apresentam elevadas faixas de densidade demográfica entre jovens, maiores níveis de pobreza, menores taxas de alfabetização e menores valores médios de renda domiciliar per capita e, portanto, estão mais sujeitos a uma maior persistência da violência (CEARÁ, 2013).

Outro fator que aparece na fala dos sujeitos de pesquisa que torna as pessoas mais vulneráveis ao uso de drogas e seus danos é a Criminalização das Drogas. P2 traz que “o uso da droga em si não traz pra gente tantos problemas quanto o combate à droga e a política contra as drogas”.

Dessa forma, a criminalização das drogas acabam sendo a criminalização dos sujeitos que usam drogas e não são quaisquer sujeitos. Entende-se que a Guerra às Drogas não atinge a todas as pessoas que fazem uso de drogas igualmente, pesando muito mais fortemente no contexto das periferias. P2 retrata essa questão no seu campo de atuação.

Eu tenho vários meninos do morro que estão fumando maconha e que foram presos, tão presos há dois, três anos, ainda sem ser julgados. Então, a política das drogas é pior do que o uso das drogas no morro, pelo menos na comunidade que a gente trabalha.

Além disso, o fato de algumas substâncias terem seu consumo proibido deixa o sujeito mais exposto à substância, visto que “ninguém sabe o que tem naquilo que a galera tá usando” (P12). Assim, ao contrário das drogas legais, não se tem controle da qualidade da substância a qual se faz uso, ficando assim mais sujeito a ter problemas pelo uso da mesma.

Temos, ainda, que a criminalização, pode de alguma forma influenciar no desejo do sujeito, em especial do jovem, em experimentar aquilo que é proibido. P17 traz que a mídia reforça muito a questão da proibição das drogas e que nesse período da juventude, um período que tá nas descobertas e tal e tudo é muito novo, do experimento mesmo, de provar o que é proibido e tal.

Cita-se também no estudo o papel da mídia na cultura proibicionista como um fator que influencia no uso da substância. P1 relata isso, em relação ao fenômeno do crack. “Aquela coisa até mesmo, assim, da mídia, sabe? Parece, assim, quanto mais passava na televisão, mais a galera usava, né? Coisa da moda mesmo, né?”.

A criminalização das drogas acaba por problematizar algumas questões, inaugurando aqui, a discussão acerca do terceiro aspecto da vulnerabilidade: o componente programático que trata da disponibilidade efetiva de recursos sociais e programáticos que os indivíduos necessitam para se proteger de seus danos. Assim, faz-se necessário observar o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas de prevenção e cuidado (AYRES, 2003) aos quais os usuários terão acesso.

Assim, pode-se questionar onde está o maior risco ou dano: na droga ou nos usuários que por terem que fazer uso velado, ficam sem acessar às informações e às estratégias de cuidado, visto a ilegalidade de sua ação?

Essa dificuldade da pessoa que faz uso de drogas em se expor, buscando algum cuidado ou para acessar algum direito é ilustrada pelas falas de P18. “Às vezes eles só falam o que tá acontecendo porque a gente puxa até que sai uma informação. Mas eles não querem relatar por uma questão de receio (P18).

A profissional ressalta também que esse receio de relatar essa questão no Serviço é alimentado pelo “imaginário do cadastro único de “vou perder o benefício” (P18), assim, por vezes, os usuários do serviço acabam omitindo que há na sua família pessoas com problema relacionados ao uso de drogas. “Têm umas famílias que não falam de jeito nenhum, não se abrem de jeito nenhum. E o que a gente nota é a questão mesmo do medo, do receio que eles têm” (P18).

Vê-se ai exemplificado a perversa dialética de risco-necessidade (AYRES, 2003), em que o sujeito precisa arriscar a se expor para garantir seu direito, mas também quer se preservar diante da criminalização da sua condição. Exemplos de expressão dessa dialética são:

Os casais que ‘não podem’ falar da camisinha sem ameaçar a ‘estabilidade’ de suas relações; os usuários de drogas que não trocam suas seringas para ‘permanecer na segurança’ do seu anonimato; como os jovens que não podem comprar camisinha sem receber olhares, julgamentos, cobranças (AYRES, 2003, p. 137)

Essa questão, então, também foi identificada, como uma barreira de acesso que integra o componente pragmático da vulnerabilidade. Assim, percebe-se que além de procurar pelo serviço de certa forma denunciar o usuário em sua condição, também há um preconceito das pessoas que tem problemas com uso de drogas em buscar serviços, especialmente àqueles especializados nessa demanda, como o CAPS AD.

No contexto da criminalização, as pessoas que fazem uso de drogas escapam da normalidade. No documentário *Fora de Si*, Serpa Jr. traz que “um conjunto limitado de modos de agir, de pensar, de agir, de se comportar é tolerado. Aquilo que ultrapassa esses limites é visto com desconfiança”. Assim acontece com o usuário de drogas, que passa ser visto de forma estigmatizada, sofrendo discriminação e ficando à margem dos direitos. Essa questão é ilustrada na fala de P3 que traz que:

Eles (usuários de drogas) nunca procuram o posto, porque eles acham que no posto ele não vai ser atendido, né? Então eles não vão. E geralmente, o que é mais chato é porque eles realmente vão levar um “não” por não ter documento, por não ter identificação qual onde moram e etc (P3).

Percebe-se, então, a estigmatização das pessoas que tem problemas com drogas, ampliando os danos que o uso da droga produz, revitimizando esse sujeito, reforçando-o em sua identidade de oprimido e marginalizado. P1 exemplifica essa questão.

O problema é que o cara “não, eu uso droga, então eu não sou bem vindo no posto de saúde”. Pô, você fudeu com a vida do cara, né? “Ah, eu uso droga e eu não posso ir pra escola”. Né? Então é assim, ó, pra você perder todos os direitos da sua vida use droga. Porra, é foda isso, né? (P1)

Assim, o não acesso a esses recursos sociais, seja de saúde, educação, assistência, pode, como traz um profissional da UAPS “potencializar o impacto de qualquer substância que eles tomem, lícita ou ilícita, né. Pela ausência de cuidados, com o corpo, com a mente, de um modo geral” (P1).

Em alguns contextos e para alguns públicos específicos o componente programático da vulnerabilidade mostra-se ainda mais presente. Em relação ao público jovem, por exemplo, foi identificado pouco acesso aos equipamentos das redes assistenciais. P8, profissional do CAPS, relata que essa dificuldade pode estar interligada ao fato de que “o público jovem pede uma atenção muito específica, não ofertada nos serviços em geral”.

Em relação aos serviços da Rede Sócio Assistencial investigados, viu-se que apresenta um acesso mais restrito às pessoas que têm problemas com uso de drogas, demonstrado por barreiras institucionais e subjetivas para garantia do direito desses sujeitos. Como percebemos no discurso de P18:

Porque a gente não trabalha em si com a questão do uso de álcool e drogas, até porque não é uma problemática da assistência, ela é muito mais voltada pra saúde (P18).

Percebeu-se também uma postura de desresponsabilização para essa demanda, demonstrada desde a indisponibilidade de alguns profissionais em participarem da pesquisa, alegando que o objeto do estudo não fazia parte do escopo de ações do serviço, até expressada diretamente na fala de alguns profissionais, como, por exemplo, na fala de P19, referindo-se a demanda de pessoas com problemas de uso de drogas “na maioria dos casos, eu não pego”. P18 também traz essa questão:

Não sou muito por dentro do assunto, eu confesso que não é uma coisa que eu goste de ler, é questão de afinidade, né. Já trabalhei com isso e vi que não era pra mim (P18).

Essa certa negligência identificada em alguns profissionais da Rede Sócio Assistencial deve ser analisada com mais profundidade, compreendendo o contexto desse serviço e as condições dos profissionais em acolher essa demanda. Assim, faz-se



importante analisar a questão da formação dos profissionais para atender tal demanda bem como as condições estruturais das ofertas dos serviços.

Para além dos serviços da rede Socio Assistencial, percebeu-se muito fragilidade nos serviços que integraram a pesquisa: equipe insuficientes; falta de condições estruturais; profissionais contratados por vi de seleção pública com contrato temporário; dentre outras. M1, integrante de um movimento social que tem atuação no território e que por vezes tenta acionar as redes como retaguarda, traz que:

Na perspectiva do atendimento a pessoa em situação de uso, a gente ainda tem que evoluir muito, sabe. Eu acho que o esboço é bonito, mas a realidade não (M1).

Essa questão emergiu de forma muito evidente na pesquisa. Os profissionais das redes assistenciais, em especial do CAPS e CRAS, mostraram-se com vínculos precários, o que interfere no acesso e na qualidade da atenção aos usuários, visto que não se pode garantir o vínculo e a continuidade do cuidado. Outro elemento de precarização desses serviços que dificulta a garantia da atenção são questões estruturais, como ausência de carro para visitas, de materiais para oficinas. Dessa forma, a situação dos serviços das redes interferirá diretamente na oferta programática de recursos sociais, agravando o quadro de vulnerabilidade, pois os sujeitos ficam mais suscetíveis ao uso problemático de drogas e podem amplificar seus danos relacionados ao uso diante da dificuldade de acessar direitos à Saúde e aos serviços assistenciais.

A fragilidade da oferta de serviços por parte do Estado pode ser percebida sob a lógica Dominação Opressão que precisa manter indivíduos na condição de marginalizados para garantir a permanência daqueles que detém os meios de produção. P3 reforça essa questão “eu acho que o estado quer que aconteça isso, eu acho que ele querem manter, porque se eles não quisessem tinha como intervir, né?”.

Dentro desse contexto, podemos levantar a seguinte questão: a que serve o Modelo de Guerra às Drogas? Visto que ele mostrou que não conseguiu resultado quanto ao seu objetivo, acabar ou diminuir o consumo de drogas, e ainda produziu mais iniquidades, principalmente na população mas marginalizada.

Não obstante, os resultados dessa estratégia passaram a ser questionados, visto que o consumo de drogas continuava crescendo em nível mundial e não era oferecido atendimento à saúde das pessoas que não desejavam ou não conseguiam parar de usar drogas. Pelo contrário, essas pessoas eram estigmatizadas e as políticas de

tratamento nessa perspectiva eram negligenciadas (MACHADO, BOARINI, 2013, p.582).

Assim, o investimento feito em políticas Proibicionistas, seja aquelas práticas repressivas advindas de um discurso jurídico moral, ou àquelas práticas isolacionistas advindas do discurso médico sanitário higienista, impedem ou dificultam, o investimento em práticas promovidas pelas redes assistenciais no território que promovam cuidado direto à população que tem problemas com uso de drogas.

Diante do não acesso a esse cuidado, o “drogado” terá seu papel nessa dialética, ocupando a identidade de oprimido e estando à margem dos produtos do desenvolvimento, bem como do acesso aos direitos sociais. P8 traz que:

O uso de drogas é mais marcante com essas pessoas que estão marginalizadas diante das políticas públicas (P8).

Dessa forma, entende-se que quanto mais marginalizado esse sujeito estiver, maior chance de ter um uso mais problemático de drogas e maiores serão seus danos relacionados a esse uso. Como diz P3 “Sobre esse abandono social, do governo, de tudo, pra eles não ficarem lembrando ai mete o pau na droga, na bebida”.

Sob essa análise percebe-se que o uso problemático de drogas é uma expressão da Dialética Dominação Opressão forjada na vida dos sujeitos, como uma reação às condições em que lhe são impostas. Esse contexto de vulnerabilidade, então, será o cenário para emergência da identidade do oprimido do drogado bem como das ações que busquem superar tal quadro. Fala-se, então, de um viés protetivo da vulnerabilidade (BARRETO NETO, ENGELMANN, 2013).

Essa perspectiva positiva da vulnerabilidade atua, então, de sentido de deflagrar a situação de opressão que limita suas possibilidades de ser. Boff (1975) traz que o sujeito está inserido numa circun-stância (BOFF, 1976) limitada em que vai de encontro à abertura ilimitada do homem, sua vocação ontológica de “ser mais” (FREIRE, 1983). Assim, há, permanentemente um conflito latente no sujeito.

Com esta conotação inicial, a vulnerabilidade surge como um vetor de proteção em prol de sujeitos e grupos humanos que se situam em posição de inferioridade econômica, médico-sanitária, social, política, biopsicológica, cognitiva etc. em relação aos grupos dominantes nestas respectivas esferas (BARRETO NETO, ENGELMANN, 2013).

Fala-se, então de uma exigência ética que caminha no sentido da Libertação, que terá o empoderamento e a autonomia como premissas desse processo, para que o sujeito tenha poder e a liberdade para superar tais fragilidades e romper com essas circunstâncias, instaurando novas possibilidades de estar no mundo.

A partir destas considerações, já se pode compreender que aqueles usuários de drogas que possam ser adjetivados como vulneráveis merecem um plus de proteção e empoderamento, em ordem à superação de suas desvantagens” (BARRETO NETO, ENGELMANN, 2013, p. 52).

O olhar para o fenômeno do uso de drogas nesse campo de estudo sob a ótica da vulnerabilidade, além de contribuir para análise das características desse território e compreensão do uso de drogas nesse cenário, incita uma prática libertadora para superação desse quadro de iniquidades e para construção de uma relação menos danosa com a droga.

## 7. Práticas e concepções de Redução de Danos

As diferentes percepções e possibilidades de atuação sobre o território, bem como o entendimento dos fatores que inferem sobre o uso de drogas, tratados nos capítulos anteriores, são referências importantes para compreender as práticas desenvolvidas junto às pessoas que fazem uso de drogas.

Essas práticas foram analisadas sob a perspectiva da Redução de Danos, buscando apreender as diferentes concepções dos sujeitos de pesquisa acerca desse tema e a multiplicidade de possibilidades de intervenções percebidas nesse contexto.

É importante destacar que essas práticas mostraram-se com diferenças significativas a depender do cenário que eram desenvolvidas e dos atores envolvidos. Pudemos identificar, então, desde práticas que se aproximavam do modelo higienista até aquelas que se direcionavam para um viés libertador.

Para essa análise iniciaremos pela descrição das práticas desenvolvidas em cada cenário do campo de estudo, identificando os discursos que as atravessam, e suas principais características, e analisando o quanto se aproximam ou se distanciam da perspectiva da Redução de Danos.

Para tal utilizamos, os discursos que permeiam o fenômeno das drogas, jurídico moral, médico sanitária e Redução de Danos (CARRIER, BASTIEN, 2003; MOTA, 2009; MACHADO, BOARINI, 2013, ACSELRAD, 2011) as características dos Modelos de Atenção à Saúde que embasam essas intervenções, higienista, tecnicista e Saúde Coletiva (OLIVEIRA E FURLAN, 2010); e a tipificação de práticas feita por Ayres (2013). Além disso, tivemos um olhar paradigmático sobre esse objeto a partir de duas categorias: Dialética Dominação Opressão e a Libertação (DUSSEL, 2007; GOIS, 2008).

As subcategorias que emergiram dessa análise relacionam-se com os diferentes campos de desenvolvimento de práticas na área da atenção a pessoas que fazem uso de drogas, retificando que esse objeto escapa o campo da saúde. Assim, temos: o campo da Saúde Mental, exemplificado pelo CAPS AD; o campo da Atenção Primária em Saúde, a partir da UAPS; o campo da Rede Sócio Assistencial, representada pelo CRAS; a Rede de Juventude, com o CUCA; e, ainda, a Rede Social de Apoio, representada pelos movimentos sociais no território.

Essas subcategorias reúnem um conjunto de concepções que caracterizam um discurso e um fazer na perspectiva da Redução de Danos desse campo específico. Ressalta-se que essas concepções associadas a essas subcategorias não, necessariamente, representam discursos lineares e práticas bem delimitadas, mas retratam como esse campo desenvolve sua atuação na perspectiva da Redução de Danos.

### **7.1. Práticas no cenário do CAPS AD**

#### *De um discurso médico sanitário a um horizonte libertador*

Para iniciar a discussão, apresentam-se as práticas desenvolvidas pelo CAPS AD, serviço especializado na temática e que deveria, a priori, ter uma gama de ofertas na Perspectiva da Redução de Danos visto que essa lógica está nas diretrizes da Política da Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011). No entanto, não foi bem isso que se encontrou em campo.

Assistiu-se, então, uma variedade de práticas, em suas características e discursos. Segundo, P8, isso se deu “porque o discurso da redução de danos ele não é forte no serviço no sentido que não é todo mundo que fala, não é todo mundo que discute, ele não é forte na política pública”.

Dessa forma, logo de início foi possível perceber, nesse cenário, diferentes perspectivas dos sujeitos acerca desse conceito. Uma das visões identificadas foi a RD vista de forma mais simplificada às ações que levam a uma redução do consumo da substância, visando assim reduzir os prejuízos do uso. Essa ideia é retratada no discurso de P11:

É tudo aquilo que reduz aquele uso em excesso, digamos, se o usuário usa, por exemplo, dez pedras de crack por dia, se eu conseguir reduzir pra cinco já é uma evolução muito grande, né. E algumas ações para reduzir o tempo que ele está na rua. Então, eu tirando ele, colocando ele no grupo terapêutico de manhã e de tarde, então eu já estou reduzindo ele de ficar exposto àquela situação.

Percebe-se que nessa perspectiva, uma sombra do discurso Proibicionista, a partir de práticas de afastamento do seu contexto social, visto que o território é visto sob a ótica do risco. O usuário, afastado do seu contexto social, não poderá ressignificar sua relação com a droga e com seu contexto.

Além disso, percebe-se, a partir desse conceito que não há um investimento na construção da autonomia do usuário, deixando-o sujeito a ter uma relação de dependência com o serviço, além de um processo de institucionalização que vai de encontro a proposta da Reforma Psiquiátrica.

O que se percebe, então, é uma preocupação em ocupá-lo não necessariamente em atividades que façam sentido para o mesmo e que integrem um Projeto Terapêutico Singular, produzindo assim, “uma prática de repetição de receitas, criticada pelos usuários” (ONOCKO, 2012).

Essa concepção corrobora com a prática pautada no risco. Assim, como conceituações que se baseiam no repasse de informações para os usuários a fim de reduzir os danos do uso de droga. P10 apresenta a Redução de Danos como:

Qualquer coisa que eu forneça pra eles que tenha a questão da saúde, até mesmo uma orientação é uma redução de danos, né. Porque as vezes eles fazem uma coisa e não sabem que aquilo está fazendo mal pra eles. Quando a gente passa essa informação, eles têm um certo mais cuidado, né. Por exemplo, eles não sabem a gravidade que tem de usar o mesmo cachimbo, de fazer o uso da mesma seringa e o uso da camisinha propriamente dito, né. Então, a gente passando essa informação e fazendo uma estratégia pra que eles tomem cuidado isso é uma redução de danos.

Percebe-se aí uma perspectiva bem tecnicista (OLIVEIRA FURLAN, 2010), visto que o profissional especializado será o detentor de saber que orientará os usuários a reduzir os danos do seu uso de drogas. A função do técnico, segundo Ayres (2003) será, então de alertar o sujeito com objetivo de provocar mudanças de comportamento para práticas mais saudáveis. Ressalta-se que a principal ferramenta para essa abordagem será a informação.

De certa forma, a estratégia é justamente essa, de informar o usuário para fracionar ou diminuir, né. É importante isso pra ele. Porque se ele fazia o uso de muita coisa e agora tá fazendo a metade dessa muita coisa, já é uma grande vitória, né. E dessa muita coisa que foi pra metade, se a gente fracionar de novo, conseguir trabalhar para diminuir mais ainda, vai ser uma melhora considerável. Até o ponto em que ele consiga parar e ser inserido novamente na comunidade ou então no trabalho (P10)

Redução de danos é: por exemplo, você faz uso de uma droga injetável, né, aí a gente conversa e orienta que não vá compartilhar agulhas, seringas, pra que você não piore seu estado, você pegue outras doenças. Quem utiliza o álcool, a gente informa que é bom que sempre esteja intercalando com um copo de água, para diminuir os

danos, né. Então assim, no caso do crack, né, que não fume nas latas, por conta das latas sujas, então que seja em cachimbo (P11).

Identifica-se, também, nessa perspectiva uma visão de RD do “reduzir até parar” que mostra-se como uma Redução de Danos Parcial (MACHADO, BOARINI, 2013), pois conserva o ideário do Poribicionismo, do “mundo em drogas” (ACSELRAD, 2011).

Além disso percebe-se uma perspectiva de Educação Modeladora (Ayres, 2003), que deixa o usuário num papel passivo no seu processo de cuidado, visto que ele será somente receptor das informações repassada, reforçando uma identidade de oprimido (GOIS, 2008) que “não tem voz”.

Ainda foi possível perceber, nesse cenário, uma concepção em torno da Redução de Danos, com uma abordagem que supera a noção de risco e percebe o sujeito inserido em um cenário complexo de vulnerabilidades (AYRES, 2003). Nesse sentido, a RD caminha no sentido de resignificar a relação do sujeito com a droga, mas sobretudo com seu contexto e a si mesmo. Percebemos essa perspectiva na fala de P9:

Redução de Danos é construir com esse sujeito uma autonomia frente a esse uso, colocar esse uso como algo dele, da vida dele, que ele precisa redimensionar, dá um sentido, que ele mesmo vai construir. Constrói isso na relação com o outro, aprendendo, falando sobre isso, tomando isso como uma questão pra si (P9).

Identificou-se, ainda, uma dimensão política do conceito de RD que direcionará suas práticas para a superação da Dialética Dominação Opressão. Dessa forma, P9, traz que a “Redução de Danos pode diminuir a questão da estigmatização e enfraquecer a lógica capitalista que alimenta o mercado das drogas e o extermínio da população que não interessa pra sociedade”.

Nesse cenário de estudo, pudemos apreender, também, as concepções de Redução de Danos dos usuários. Percebeu-se, igualmente, uma variedade de proposições. Desde do “reduzir até parar, conservando a meta da abstinência, como podemos perceber na fala de U7 “Não dá para parar no tempo e ir uma tonelada de uma vez só não, tem que ir devagar. Tu passa quatro mês da próxima vez, depois passa cinco, aí chega um dia que tu vai passar um ano”. Até uma perspectiva de ampliação de possibilidades, como na fala de U4, “Pra mim redução de danos é trabalhar, começar de novo, ter outra chance”.

A RD acaba por mostrar-se, também, como uma alternativa para aqueles que não querem ou não conseguem parar de usar drogas. Como traz P8 “Eu vejo que a redução de danos ela é muito mais universal. Que ela tem como abarcar gente que tem a abstinência como objetivo como pessoas que não”.

Percebe-se, então, que a partir dessa perspectiva tenta-se superar o ideário da abstinência, como objetivo final das intervenções em saúde que tem como horizonte um modelo ideal de qualidade de vida, ou seja um mundo sem drogas.

Porque na realidade a gente não pode dizer que é abstinência total, isso não existe, né. A gente faz o acompanhamento, as orientações, mas não existe abstinência total. Muitas pessoas estão aqui e ainda fazem o uso de drogas. A pretensão de muitos é não usar mais, mas eles continuam usando, tanto por conta da vulnerabilidade, que eu tava falando pra ele, né, quanto por estar em área de risco, alguém de dentro de casa também usa (P11).

A polissemia desse conceito no serviço foi destacada por P8 que traz que a redução de danos “é um instrumento de trabalho que tem várias facetas, vários ângulos de ver”. Essa variedade de concepções é, segundo P8, consequência da “própria política não é tão bem explicado, não é uma coisa muito bem delimitada, é uma coisa meio solta”.

Além disso, foi ressaltada a falta de um alinhamento conceitual na própria equipe, devido à ausência de espaços de discussão de casos, debates teóricos. Essa questão mostrou-se bem evidente na pesquisa, onde os profissionais que diziam ter uma prática voltada ao viés da Redução de Danos, apresentavam visões diferentes e, às vezes, conflitantes. E mais, por vezes, demonstraram não saber acerca das demais práticas ofertadas no próprio serviço. Essa questão é explicitada na fala abaixo:

Eu percebo uma dificuldade na falta de alinhamento da equipe, das pessoas falarem sobre redução de danos, da gente saber o que cada um pensa para ver se a gente trabalha mais ou menos parecido ou não, se a gente tá cada um fazendo uma coisa diferente. (P8).

Assim, por vezes, o caráter das ações desenvolvidas no serviço era direcionado pela perspectiva individual do profissional acerca do fenômeno, não necessariamente, seguindo o Paradigma orientador desse serviço e da Saúde Coletiva. Essa questão é tratada por P9:

Têm pessoas que tem dificuldade de separar as questões pessoais das questões profissionais, mas eu acredito que essa equipe hoje deu uma melhorada hoje, razoavelmente e hoje tá muito mais compreensiva,



tolerante e sabe que o papel do CAPS é praticar a redução de danos, é apoiar a redução de danos, independente de suas questões pessoais (P9).

Diante disso, faz-se ainda mais importante, construir nessa equipe esse alinhamento teórico e prático acerca da oferta de atividades do serviço. Espaços de encontro que possibilitem o compartilhamento dos conhecimentos, a emergência dos preconceitos e as possibilidades de ressignificação acerca da temática e da sua própria atuação. Percebe-se que pesquisa acabou contribuindo, minimamente, para isso. Essa necessidade é reforçada pela fala de P8:

Então, eu sinto muita falta da gente falar mais sobre redução de danos, da gente falar mais sobre o uso de substâncias. Eu acho que a gente tem que se conhecer. Pelo menos, assim, “o que é que vocês pensam em relação à substância? Vocês tão chegando aqui agora. Vocês pensam o que? Vocês acham que é errado? Vocês acham que depende da substância? Que depende do padrão? O que é que vocês pensam de drogas?”. Que eu acho que essa pergunta... a gente tinha que conversar enquanto equipe para ver o que cada um pensa sobre isso, e aí ver o que cada um vai refletir pra que a gente não saia daqui do mesmo jeito que entrou.

Diante desse cenário complexo e de múltiplos sentidos, as práticas mostraram-se diversas e por vezes desintegradas, como relata P8 “eu acho o trabalho com redução muito quebrado, muito... tem usuários que só estão mais em grupos tais e eu não sei o que que eles pensam disso”.

Ao mesmo tempo que para alguns profissionais mostrava-se clara a atuação do CAPS sob a perspectiva da Redução de Danos, em outros discursos e práticas observava-se a lógica do Proibicionismo muito presente.

A gente não tá aqui com as mesmas práticas semelhantes a outras instituições, por exemplo Narcóticos Anônimos, Alcoólicos Anônimos, que eles pregam. Não estou criticando, mas eles pregam abstinência total (P7).

Já ouvi em acolhimento, em anamnese, profissionais aqui do CAPS dizendo “ah, não sei o que é porta de drogas pra não sei o que”, aqueles velhos discursos proibicionistas (P8).

Dentre as principais atividades, que segundo os profissionais entrevistados, direcionavam-se na perspectiva da Redução de Danos, citam-se as abordagens realizadas pelos profissionais no acolhimento e nos atendimentos individuais.

As abordagens sob a perspectiva da Redução de Danos realizadas nos atendimentos individuais mostram-se como estratégia importantes para a ressignificação do uso de drogas e para construção de estratégias junto aos sujeitos para reduzir seus danos. Essa prática é destacada por P7:

Eu me sinto inserida na Redução de Danos, na abordagem com os usuários das questões clínicas e nessa questão do diálogo, de sensibilizar eles. Por exemplo, eu ensino pra eles como é que faz o cachimbo, para eles terem a liberdade de usar, mas usar de forma mais segura (P7).

. Percebe-se nesse relato uma prática educadora que terá como objetivo a capacitação do usuário e não mais só informá-lo, premissa das práticas de redução da vulnerabilidade (AYRES, 2003) e não no risco. Dessa forma o sujeito será integrado ao processo de aprendizado, tendo um papel ativo.

Nos atendimentos individuais P8 retrata que, enquanto psicólogo, percebe nos usuários um sofrimento psíquico muito relacionado com a culpabilização produzida pelo viés Proibicionista e com as frustrações advindas da expectativa da abstinência.

Na minha atuação eu falo mais sobre isso no individual, no atendimento individual de psicologia, porque eu percebo que muita gente tem uma angustia muito forte com esse dilema da abstinência ou não, de até que ponto o uso é problemático ou não, o que os outros pensam do meu uso, a minha família (P8)

Assim, a prática do atendimento, sob o viés da Redução de Danos, pode proporcionar a superação desses padrões e a ressignificação de si, deslocando-se de uma identidade do drogado, marginal ou doente (MOTA, 2008), em direção a identidade de sujeito (GOIS, 2009), responsável pelo seu uso de drogas e portanto capaz de ter transformar sua trajetória.

Surgiu também na pesquisa, o Projeto Terapêutico Singular-PTS, “uma ferramenta para organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário” (BRASIL, 2014, p. 70), que foi apresentado na pesquisa como “um instrumento fundamental para poder pensar uma alternativa de reconstrução de sentido de reposicionamento frente a este uso mais problemático” (P9).

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta todas as necessidades de saúde do usuário. P9 explicita como o PTS contribui com um cuidado na perspectiva da Redução de Danos.

Me parece uma alternativa, pra tentar reduzir, esses danos né, onde a gente compreende diversos aspectos da vida do sujeito, e aí tenta traçar com ele, a partir daí com ele, a experiência de como ele faz, como ele se sente, de algumas expectativas que eles colocam quando a gente conversa um pouco e vai traçando metas, objetivos com base nos que eles querem e nos limites também (P 9).

A decisão sobre esses objetivos e metas acerca do cuidado do usuário deve-se levar em conta às questões caracterizadas como urgência, bem como a disponibilidade prática e existencial do usuário em relação ao seu cuidado. Além disso deve-se reconhecer as expectativas dos sujeitos envolvidos no cuidado, profissionais, usuário e familiares. Diante dessa questão é preciso que a equipe avalie o que é possível ou não enquanto objetivo e meta para o cuidado do usuário. Faz-se o exercício aí entre o ideal e o real e direciona a construção do PTS sob a ótica da Redução de Danos, onde o objetivo é reduzir os danos diante das demandas e vulnerabilidades do usuário, sem obrigatoriamente alcançar “a cura”/abstinência para o caso.

É importante caracterizar também o que é possível realizar dessas expectativas e objetivos, situando o que fica entre o *ideal* e o *real*. Essa abordagem é inspirada no trabalho e na construção de projetos do campo da Redução de Danos, mas pode ser incorporada em outros tipos de PTS em geral (BRASIL, 2013, p. 57).

No entanto, ressalta-se que o reconhecimento do PTS como essa ferramenta da Redução de Danos não era uniforme em relação a todos profissionais do CAPS. O exemplo disso, era como se dava a escolha dos grupos que o usuário participaria no serviço, como descreve P10: “A escolha é feita no acolhimento, a gente coloca eles, dependendo da disposição dos horários deles também, por que às vezes o usuário não pode vim de manhã, aí pode vim a tarde”. Percebe-se aí uma condução burocrática do processo de cuidado do usuário. Assim, segundo P9:

Havia uma diversidade de interpretações dessa voz do projeto terapêutico, deixo compreender-lo quanto a uma oferta de cardápio, e o que se tinha no serviço e se coloca lá, muitas vezes sem nem escutar a condição do sujeito que ali estava, ou sem pensar um pouco na adequação, daquela atividade, da própria situação que o sujeito (P9).

Dentro da proposta de PTS, de construir junto com o usuários caminhos para sua trajetória no serviço e de ressignificação do uso da droga, foi citado na pesquisa o um projeto do CAPS em parceria com o SENAC, para reinserção de usuários do serviço, a partir de atividades culturais, atividades de esporte de lazer, cursos de requalificação, e

orientação para mercado de trabalho.

P9 também citou ensaios do CAPS para construção de parcerias com outros serviços das redes assistenciais, como a UAPS e o CUCA, mas que não tinham muita continuidade. Segundo a mesma, parecia ser mais um movimento pessoal de alguns profissionais do que uma postura institucional do serviço.

A psicóloga reforça, então, a importância da Intersetorialidade nesse campo de atuação, o que corrobora para a perspectiva de práticas voltadas para redução de vulnerabilidade (AYRES, 2003). Ela traz ainda que:

É uma coisa que as nossas políticas precisam avançar muito, ainda, na intersectorialidade. O Brasil não consegue fazer esse tipo de previsão nas suas políticas. Enfraquece trabalhar RD sem a perspectiva da intersectorialidade, da articulação (P9).

Também foi citada pelos profissionais as atividades de grupo com uma potencial estratégia para reduzir danos, pois, segundo P7 “pode ajudar a ele a refletir, refletir sobre seu uso e quem sabe repensar isso”. P8 também destaca a importância da prática de grupos na estratégia de Redução de Danos:

A gente também trabalha relaxamento, trabalha atividades expressivas, trabalha várias outras coisas de não só ficar falando sobre droga. Mas que eles precisam se cuidar porque há têm muita demanda disso.

Percebeu-se, no entanto, que o potencial terapêutico do grupo, algumas vezes, não é aproveitado, visto que acaba por também ter uma condução burocrática desse processo, não considerando a participação ativa do usuário e forjando-se, como uma prática tecnicista. Como percebemos na fala de P11: “O Ministério da Saúde fala sobre esses grupos terapêuticos, que há necessidade de profissionais de nível superior para conduzir esses grupos. Então é tudo regulamentado, tudo feito conforme a lei, tem um padrão”.

Dentre os demais grupos realizados no equipamento cita-se o Grupo de Cidadania que trabalha junto com usuários que noção de direitos e deveres enquanto cidadão. P10 destaca que muitos desses usuários não têm conhecimento sobre isso. Assim, “Não porque que eles estão nessa vida que eles perderam o direito deles. De forma nenhuma, eles como cidadãos têm direitos e tem deveres e é isso que a gente explica pra eles, nesse grupo, isso também é reduzir danos sociais” (P10).

Identifica-se aí uma prática que escapa do discurso médico sanitária e direciona-se para uma Perspectiva Libertadora, contribuindo para a emergência e fortalecimento de sujeito de direitos e superação do estigma relacionado às pessoas que tem problemas com uso de drogas.

Temos ainda o Grupo de Redução de Danos. Essa atividade foi indicada por vários profissionais logo quando nos inserimos nesse serviço, como uma referência sob a perspectiva da Redução de Danos. Esse grupo era facilitado pela profissional P9, que descreve a atividade.

A gente trabalhava com aqueles que ali estavam que se sentiam motivados , a repensar o seu uso, não se sentiam motivados a parar de usar drogas , mas queriam fazer o uso menos prejudicial a eles , a gente trabalhava dentro de três lógicas principais assim , dando pra gente discutir as estratégias mesmo de redução de danos , desconstrução de mitos , esclarecimentos de forma mais segura de fazer o uso de drogas, de formas que evitassem também um consumo mais excessivo , e uma vulnerabilização fisiológicas, também mais grave,

Foi possível vivenciar alguns momentos dessa atividade, bem como realizar grupo focal com usuários desse grupo e entrevista com a profissional responsável. Destaca-se nesse grupo, a possibilidade, muito cara aos usuários, de poder conversar abertamente sobre seu uso, sem necessariamente perseguir o ideário da abstinência ou ter um padrão específico de consumo de drogas, e ainda sentindo-se seguro para expressar-se sem ser julgado.

Era nesse espaço que se faziam possibilidades de resignificação do uso de drogas, repensando o lugar da droga na vida de cada um e ainda permitia aprofundar-se nos fatores que inferiram na construção de uma relação prejudicial com a droga, na perspectiva da vulnerabilidade.

Outra potencialidade identificada foi a troca de experiências entre os usuários do grupo, referentes a relação dos sujeitos com a droga e suas estratégias para reduzir os danos do uso. Assim, o aprendizado se dava entre pares, seguindo a lógica da proposta para redução das Vulnerabilidades (AYRES, 2003). O conhecimento, então, sobre o uso de drogas e a estratégias de Redução de Danos não era de domínio do profissional, mas sim dos próprios usuários. Considera- assim, o conhecimento produzido por esse sujeito era “provenientes de su experiencia, de su saber cotidiano, de su sentido común y de su

disciplina” (MONTERO, 2004, p.98). Freire (1983) chama esse saber de saber de classe<sup>19</sup>.

Reconhece-se aí uma perspectiva Construtivista (AYRES, 2003) no processo educativo e um papel ativo dos usuários, numa “relación dialógica, horizontal, de unión de conocimiento científico y conocimiento popular y da devolución sistemática del conocimiento científico producido a las comunidades” (MONTERO, 2004, p.98), como prevê o viés Libertador da Redução de Danos.

A psicóloga facilitadora do grupo, inclusive, relata que se inspirou na perspectiva da Educação Libertadora para pensar a condução do grupo: ‘Eu fiz muitas leituras de Paulo Freire para estabelecer o processo do grupo de Redução de Danos’ (P 9).

Essa troca de conhecimento e de experiências foi percebida durante a realização do grupo focal, onde um usuário do serviço, educador físico, sugeriu a prática de exercícios como uma possibilidade para ajudar a lidar com a fissura relativa ao uso da droga e fortalecer a qualidade de vida dos sujeitos. Percebe-se aí uma postura empoderada do sujeito, implicando-se diretamente no seu processo de cuidado e de seus pares.

Olha eu pratico atividade física todo dia, todo dia eu me exercito ali na Vila do Mar, no calçadão mesmo. Eu faço isso, mesmo quando eu dei uma pisada na bola, cheirei muito, extrapolei. Eu acho que todo mundo aqui podia fazer, tentar né. Eu sou profissional da área, podia orientar, ajudar. A gente podia ir assim de manhazinha ou tardezinha que é um horário aqui que eu acho que todo mundo pode não atrapalha o CAPS. Por mim é só combinar que a gente vai (U6).

Havia, portanto, também uma abordagem mais pragmática de estratégias de redução de danos e orientações práticas acerca de formas mais seguras de fazer o uso de drogas, P9 relata que fazia, muitas vezes um “trabalho de orientação direta em relação a isso, para tentar lidar com algumas consequências mais adversas, que algumas drogas traziam pra eles”. Assim, discutia-se sobre alimentação, exercícios físicos, práticas saudáveis, uso substitutivo de drogas, seja para drogas ilícitas, como a maconha, ou medicamentos.

---

<sup>19</sup> Saber de classe, ou “saber de experiência feito”, é apresentado por Paulo Freire (1983) como o saber popular, vindo da classe dos oprimidos, construído a partir de suas experiências concretas e das suas relações.

Em relação a perspectiva mais política de abordagem da Redução de Danos no grupo, percebeu-se entre os usuários ainda um certo distanciamento, focando os processos de mudança ainda na perspectiva de comportamentos individuais. No entanto, pudemos identificar num processo de aprofundamento de consciência acerca dessa questão diante da forte ideologia opressora do Proibicionismo. O grupo mostrava-se, então, como uma ferramenta potente para a problematização dos constructos advindos da “Guerra às Drogas” e desconstrução de mitos e preconceitos. Essa questão é relatada por P9:

Às vezes era bem difícil tocar em alguns pontos, Mas falávamos sobre a discriminação dos usuários, sobre essa questão da legalização do uso de drogas e isso era muito interessante porque era muito polêmico dentro do grupo ne , muitos usuários tinham o interesse que isso acontecesse , outros usuários achavam que isso era estimular o uso de drogas , que as drogas deveriam ser extintas , devia ter um policiamento extensivo enfim , e isso gerava uma discussão bem interessante também, desse contexto em que as drogas se insere ,e nas repercussões disso no espaço social (P9).

Outra questão percebida, ainda como forte herança do Paradigma Proibicionista, foi identificar nos usuários, traços marcantes da identidade de oprimido, pela identificação com o papel do drogado, seja sob o lugar de doente ou pecador. Como traz U7 “é muito cruel as pessoas julgarem um doente. Elas têm que entender que a gente fica refém da droga”. Percebe-se ai que o usuário não se vê como sujeito com responsabilidade e autonomia sobre seu uso de drogas.

O mesmo percebe-se na fala de outra usuária ao responder o que faz para reduzir os danos relacionados ao uso de drogas, ela fez referência, em primeiro lugar, a um elemento externo para mediar sua relação com a droga: “eu peço a Deus pra eu não cair em tentação, por que a força vem dele, né. Segundamente eu chupo um bombom” (U1).

Não pretende-se aqui negar que a Igreja ou qualquer prática religiosa não possa contribuir na redução de danos em relação ao uso de drogas e nem integrar uma Rede de Apoio do usuário. No entanto, problematiza-se o lugar que esse sujeito, por vezes é colocado, sem empoderamento sobre seu cuidado e atribuindo-se o papel de pecador (MOTA, 2008).

Após a descrição e análise dessas práticas, observava-se, no geral, é que a Redução de Danos, nesse equipamento, não se apresentava numa perspectiva

Paradigmática orientando e atravessando as práticas do serviço como um todo. Percebia-se que a RD mostrava-se, para alguns profissionais, como uma opção de tratamento, que praticamente diferenciava-se das demais, por ser uma prática direcionada para aqueles que não querem ou não conseguem parar de usar drogas. Enquanto os demais estariam submetidos à lógica da abstinência.

Essa diferenciação cria, então, dentro do equipamento uma falsa dicotomia entre Redução de Danos e a abstinência, e alimenta uma visão estigmatizada da RD, como uma estratégia mais conivente ou negligente diante do uso de drogas.

Assim, o que se percebeu nesse serviço foi uma convivência entre diferentes perspectivas, como a forte presença de um discurso médico sanitário, baseado em risco, mas com o apontamento para novas possibilidades na perspectiva da Redução de Danos.

Destaca-se que perspectiva médica sanitária apareceu, especialmente, em duas questões a medicalização dos usuários e a internação como possibilidade terapêutica, ambas, práticas bastante relatadas entre os sujeitos da pesquisa.

Essa questão de vir ao CAPS porque quer a medicação, vir ao CAPS porque quer ir pra uma comunidade, vir ao CAPS porque é lá no CAPS que eu vou conseguir ficar internado (P7).

Sob essa ótica, o uso de drogas ou o próprio usuário será considerado expressão de um desvio patológico (CARRIER, BASTIEN, 2003) que precisa ser corrigido, ou na perspectiva médica sanitária, tratada. O medicamento, então, surge como ferramenta do modelo Tecnicista (OLIVEIRA, FURLAN, 2010) para responder a essa questão. A força ideológica do discurso medicalizante surge no discurso de U1, usuária do CAPS: “As pessoas falam que sessenta por cento é a força de vontade da pessoa e os outros quarenta são os medicamentos”.

Essa prática tecnicista é vista sob críticas por alguns profissionais, como no caso de P1, profissional da UAPS, que critica essa prática e questiona a sua efetividade:

Acompanhei algumas coisas dentro de CAPS, entendeu? Mas, assim, o que eu vejo na prática é que a gente não tem uma terapia medicamentosa efetiva pro controle de uso de substâncias. O CAPS medica e medica muito e medica mal. E aí, partindo dessa perspectiva, o que eu vejo que é como se a gente tivesse enxugando gelo. (P1).

A cultura da patologização do social, expressada na medicalização de questões complexas como o uso de drogas, apresenta-se como uma cultura da nossa sociedade. Assim, essa perspectiva está presente pra além das práticas dos profissionais de Saúde,



mas também, nas expectativas dos próprios usuários e familiares. Como percebe-se na fala de duas usuárias do CAPS, que utilizam o medicamento como estratégia para lidar com a vontade de fazer uso de drogas, como relata U5 “O que me ajuda a diminuir a vontade de usar é tomar meus comprimidos”; ou para minimizar seus efeitos e danos, como relata U1, “na mesma hora eu tomava duas diazepam para ficar tranquila pra o meu filho não notar que eu tinha usado”.

O que se vê com essa prática, é que o medicamento, enquanto droga lícita, pode ser um substitutivo igualmente nocivo ao usuário, reproduzindo a mesma relação problemática que o sujeito estabeleceu com a substância. Além disso, o foco no biológico como estratégia de cuidado, desfoca a questão de outros fatores envolvidos no contexto do sujeito que contribuíram para os problemas relacionados ao uso de droga, e torna, assim, ainda mais distante a possibilidade do sujeito ressignificar essa relação e sua trajetória de vida.

Dessa forma, alguns profissionais do CAPS críticos a essa perspectiva patologizante do uso de drogas, tentavam intervir no sentido de tentar reposicionar o sujeito em sua relação com essas substâncias (droga ilícita e/ou medicamento). Como relata a profissional abaixo:

Sobre a medicação, a gente sempre tinha uma discussão sobre isso com a equipe da farmácia, com a equipe médica, dentro também do próprio grupo, fazendo uma discussão sobre isso, e inclusive tentando redimensionar esse uso, porque muitas vezes a medicação também é usada da mesma forma como se utiliza as outras drogas, e aí a gente tentava problematizar com eles e discutir (P9).

A outra expressão do discurso médico sanitário no serviço, só que essa mais na perspectiva Higienista, é a internação. Essa prática mostrou-se como uma possibilidade muito presente no campo de estudo, nos discursos de alguns profissionais, mais principalmente na manifestação de alguns usuários e familiares. P8 alerta para isso “a gente vê o domínio das internações, a questão da comunidade terapêutica”.

Essa prática mostrou-se naturalizada por alguns profissionais que segundo P7 “se submetem a fazer avaliação para o usuário ir direto para clínica, sem nem ter construído PTS nem nada”. Mas também questionada por outros dentro do serviço, como P8 que traz que “as internações não funcionam, ou funcionam até certo ponto, pra alguns sim, pra alguns não.”

A internação, especialmente aquelas em comunidades terapêuticas, caracteriza-se como uma prática isolacionista que prevê a segregação do sujeito da droga/agente etiológico, afastando-o do risco, e desconsiderando a capacidade do usuário de ser cuidado no próprio território, como prevê a Reforma Psiquiátrica.

A gente não tentar institucionalizar os usuários dentro das comunidades terapêuticas e não trocar os manicômios, os hospitais psiquiátricos pelas comunidades terapêuticas. É uma luta da gente hoje falar de redução de danos dentro dos CAPS AD (P8).

## 7.2. Práticas no cenário da Atenção Primária a Saúde

### *Território como locus de uma prática libertadora, superando a condição de risco.*

No cenário da Atenção Primária em Saúde a internação e a medicamentação dos usuários também surgiram nos discursos dos sujeitos, demonstrando que o discurso médico sanitário também atravessa esse cenário.

P1 chama atenção para essa questão como uma dificuldade de realizar abordagens na perspectiva da Redução de Danos, por que, por vezes vão de encontro à expectativa do próprio usuário e da família, visto o discurso higienista desses sujeitos.

É, já querem que largue, né? Quer que interne. A boca da mãe é internar. Doutor, consiga um lugar pra internar meu filho. Não consegue lidar com aquela situação, né? (P1)

Esse fato pode ser compreendido por nosso Sistema de Saúde, que ainda que se localize no campo da Saúde Coletiva, tem ancorado na sua história uma forte herança dos modelos Higienista e Tecnicista da Saúde Pública (OLIVEIRA, FURLAN, 2010). Assim, as ofertas dos serviços, historicamente, se constituíram sob essa lógica, o que influenciou a postura dos profissionais e também dos usuários desses serviços em relação a essa questão.

Na esfera da Atenção primária em Saúde, chamou atenção para dificuldade de acesso das pessoas com problemas de uso de drogas a esse serviço. O que denuncia a visão estigmatizada desse público e uma dificuldade da equipe de abordar tais questões.

Essa dificuldade, integra as vulnerabilidades de cunho programático (AYRES, 2003) e se dá a partir de barreiras burocráticas e subjetivas a essas pessoas. Isso é retratado na fala de P3:

No posto eles nem vão porque eles acham que no posto ele não vai ser atendido, né? Então eles não vão. E geralmente, o que é mais chato é porque eles realmente vão levar um “não” por não ter documento, por não ter identificação qual onde moram, se eles moram na rua aí que é pior (P3).

Apesar dessa dificuldade de acesso ao serviço por parte das pessoas que fazem uso de drogas, foi possível perceber, algumas iniciativas junto a esse público, que dialogam com a perspectiva da Redução de Danos.

Uma das iniciativas se refere a atuação da equipe amarela da UAPS Lineu Jucá junto ao projeto Pequeno Cidadão do território, que permite que os profissionais acessem um público mais vulnerável, que a priori não vai até à Unidade. Dentre esse público, pessoas que fazem uso de drogas e familiares. P1 ressalta a importância dessa atividade na garantia do acesso dos usuários a atenção à Saúde:

Então, assim, a gente faz a atuação lá no Pequeno Cidadão, como eu lhe falei, não é porque eu não goste de trabalhar no posto, de maneira alguma, né? O posto é mais confortável, é uma sala com ar condicionado, é um computador, a receita impressa, né? Lá eu não tenho nenhuma dessas regalias, mas lá o paciente consegue ir pra consulta, né? Então, assim, eu sou muito defensor dessa questão do acesso (P1).

Assim, na UAPS, mas especialmente em espaços do território como no projeto supracitado, são realizadas abordagens por alguns profissionais da UAPS em atendimentos clínicos a pessoas que tem problemas com uso de drogas.

Essa abordagem vai desde orientações acerca dos danos e riscos associados ao uso de drogas, com iniciativas que se referem ao controle e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como os agravos relacionados diretamente ao uso da substância. Como exemplo, a tuberculoses em relação às pessoas que fazem uso de drogas; os problemas no fígado e as neuropatias em usuários de álcool; dentre outras questões. Essa questão é tratada por P1 “Se eu pelo menos conseguir tratar a tuberculose dele e acabar com a questão da transmissão, eu já tô reduzindo danos”.

Além disso, destaca-se, na oportunidade do atendimento clínico, uma abordagem mais aprofundada acerca do uso, discutindo o significado do uso de drogas na vida do sujeito e construindo com ele possibilidades de transformação. Nesse sentido, P1 destaca que “a abordagem tem que ser no rumo da singularidade”.

Essa intervenção aponta para uma prática pautada nas vulnerabilidades, pois terá um olhar para o contexto dos sujeitos e numa Perspectiva libertadora da Redução de

Danos, visto que esse sujeito será protagonista do seu processo de emancipação. P1 trata descreve essa abordagem:

Eu acho que é fazer a pessoa refletir, sabe? Fazer com que ela deixe de transformar aquele uso numa rotina. Assim, vamos dar um significado pra isso aqui, porque se for um significado bom, vamos usar, mas se for um significado ruim... “Não é melhor a gente pensar a respeito?”. Porque, assim, é uma escolha que você tá fazendo. Você pode escolher não usar. Agora, se você disser pra mim “não, mas eu escolho usar porque se eu não usar, a minha mente virar um inferno”, “tá bom, pois por que que a sua mente tá virando um inferno?”, “Não, é porque dentro de casa é violência demais, porque eu vejo minha mãe ser espancada, por causa disso, disso, disso, disso”. Tá, então a minha atuação não é tirar a droga de você, a minha atuação é melhorar o seu ambiente familiar”.

No entanto, destaca-se que essa forma de abordagem às pessoas que fazem uso de drogas no território não corresponde à postura de todos os profissionais da APS e nem na Unidade de Saúde, cenário desse estudo. Percebe-se que no cenário da UAPS Lineu Jucá, alguns profissionais se diferenciam por atuarem no território há um tempo significativo e, além disso, nas equipes da UAPS, pelo menos no caso das duas equipes, havia a presença de muitos residentes de Saúde da Família, o que qualificava o trabalho nessa Unidade.

O diferencial nas práticas voltadas a pessoas que fazem uso de droga nesse serviço faz-se nas atividades que escapam do cenário institucional e acontecem no território.

Tanaka e Ribeiro (2008) apontam que essa proximidade entre a equipe e a comunidade possibilita, então, a abordagem de questões de forma mais complexas, como o objeto desse estudo, pois incorpora a análise dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado e amplia as possibilidades de intervenção.

Dentre essas práticas destacam-se as visitas no território, já realizadas no cotidiano dos agentes comunitários de saúde, que permite ter acesso àqueles usuários que não acessam à unidade. P3, agente comunitária de Saúde, descreve como se dá essa abordagem no contexto da visita:

Quando a gente tá na comunidade eles param muito para ouvir a gente. Eles têm a gente como alguém da família. Se você para perto deles para conversar, eles acham que tá sendo muito importante, porque você tá dando aquela atenção. Ai a gente acaba trabalhando com eles nessa parte de orientar sobre o uso, de não usar na latinha, de

beber água. E aconselhar também, conversar e mostrar pra eles, né, que tem outra vida além daquela (P3).

Percebemos, assim, que a proximidade com a comunidade possibilita a construção de vínculos, e assim, uma maior receptividade das ações. Além disso, permite que a comunidade possa também se apropriar desse cuidado, superando o estigma associado a essa questão. Como vimos na fala de P3:

Tem um grupo que é morador de rua, que eles gostam muito de beber, ali na Niterói e a gente sempre oferta muita bastante água pra eles, né? Porque eles acabam não bebendo muita água, essas coisas. A gente faz o que a gente... é orienta o que tá mais acessível pra cada um, né? Pra ver se eles tem um cuidadinho melhor com eles. Não enxotar, né? Cuidar.

Assim, o cenário da APS se apresenta como o lugar privilegiado da construção de novo paradigma em relação as questões em Saúde Mental, bem como os problemas relacionados ao uso de drogas (BOTTI e ANDRADE, 2008). Esse privilégio se dá pelo fato desse serviço ter um território geograficamente delimitado e assim possibilitar aos profissionais de Saúde conhecerem a história de vida das pessoas e o modo de vida da comunidade, possibilitando a construção de práticas mais adequadas à cultura dos moradores, dialogando assim diretamente com a perspectiva da Redução de Danos.

Destaca-se, então, enquanto prática de base comunitária a atuação da equipe rosa da UAPS Lineu Jucá, que tinha como referência a comunidade do Morro de Santiago. Pudemos perceber uma grande inserção dessa equipe nesse território e um forte vínculo com os moradores.

A médica e a ACS conheciam todos os moradores pelo nome e sabiam contar a história de cada um. Sabiam quem era casado, quem se separou. Quem estava preso, que se soltou. Quem estava doente. Quem fazia uso de drogas, há quanto tempo o fazia, como era o uso, por que. Quem mandava no morro. Além disso eram respeitadas e consideradas por todos. Assim, elas tinham a matéria prima na mão para uma atuação efetivamente comunitária (Diário de Campo).

Observava-se que essa atuação da equipe junto ao território, caracterizava-se como uma prática de redução de vulnerabilidades (AYRES, 2003), pois realizavam práticas voltadas para população vulnerável como um todo e não só para aqueles que tinham envolvido direto com a droga. Além disso as ações desenvolvidas escapavam do campo da Saúde, direcionando-se na perspectiva dos Direitos Humanos e garantia de

outros direitos. Sob essa perspectiva amplia-se o conceito de Redução de Danos, como retrata P2:

O conceito de redução de danos é muito mais amplo o que simplesmente trocar a lata pelo cachimbo, ou dar o vinho no lugar da pinga, da cachaça. Isso também reduz dano, mas é muito mais amplo (P2).

As principais ações, nesse contexto, vão no sentido de conscientização acerca dos riscos e danos do uso de drogas e também de negociação direta com os atores do território sobre o uso. P2 ilustra essa intervenção:

Com os meninos que vendem a droga no morro, a gente conseguiu algumas negociações: eles não vendem pra menor de 13 anos e eles não vendem pra gestante, isso tudo foi na conversa. A gente colocou algumas normas, né? Não pega cartão de idoso pra poder comprar droga. Isso eu já acho que é reduzir... redução de danos, né? (P2).

Percebia-se, também, nessa atuação um envolvimento muito forte dos moradores. As atividades de Educação em Saúde que ocorreram no Morro de Santiago, as quais acompanhamos, foram demandadas pelos moradores e organizadas e apoiadas por eles. Além disso, muitas das atividades dessa equipe ocorriam juntamente com o projeto Aqui tem Sinal de Vida, no qual a equipe da UAPS estava inserida desde a sua concepção.

Outra atividade realizada pela UAPS no território era a abordagem as profissionais do sexo que atuam nas proximidades da orla. Esse trabalho se dava em parceria com equipe do CUCA e de estudantes de Psicologia da UFC. Assim, semanalmente, a equipe da UAPS e os parceiros faziam abordagem a essas mulheres, orientando-as acerca da prevenção e redução de danos relativo ao uso de drogas e as suas práticas. P14, profissional do CUCA que participava diretamente dessa prática, descreve a amplitude dessas ações junto a esse público.

A gente já fez lá oficina de maquiagem e auto estima, cineclube, aí já levamos. Atendemos dentro de motéis, várias vezes, dentro dos cabarés aqui da Barra que a gente conhece. A gente fez testagem rápida de HIV, sífilis, hepatite B e C, roda de conversa sobre saúde sexual e reprodutiva (P 14).

Além disso, como traz P3, a equipe também falava “sobre o direito delas e deveres, porque muitas delas são violentadas e não vão atrás dos seus direitos”, escapando assim de um discurso eminentemente médico sanitário acerca dessa questão.

Assim, diante desse contexto, percebe-se que essa atuação se dá sob o viés de das práticas de redução de vulnerabilidade e por isso, como traz P14, “precisa transversalizar mais as áreas de atuação”, alcançando um viés da Intersetorialidade (AYRES, 2003).

Outra prática da UAPS que ocorria em parceria com o CUCA era o ambulatório de adolescente. Essa foi uma estratégia encontrada para alcançar um público que historicamente não frequenta a UAPS. Essa atividade ocorre todas as quintas-feiras a tarde no CUCA, onde a equipe Amarela da UAPS, composta por médicos, residentes, e estudantes fazem atendimento aos adolescentes.

Além dos atendimentos, a equipe de Saúde do CUCA bem como os educadores sociais realizavam momentos de educação em Saúde com eles, antes de serem atendidos. Os temas trabalhados aí condizem com o contexto e necessidades de saúde apresentadas pelos adolescentes e utilizam de uma linguagem acessível.

Foi possível também, acompanhar, com autorização dos envolvidos, alguns atendimentos. Nessa atividade pode-se perceber que, a depender do caso, os profissionais faziam uma abordagem acerca do uso de drogas na perspectiva da Redução de Danos, o demonstrou ter boa receptividade dos adolescentes.

### **7.3. Práticas na Rede Sócio Assistencial**

#### ***Reduzindo as vulnerabilidades no contexto familiar***

Aprofundando-se no contexto do serviço da Rede Sócio Assistencial, CRAS Barra do Ceará, destaca-se, inicialmente, poucas atividades no serviço que abordavam a questão do uso de drogas diretamente. No entanto, a equipe relatou principalmente duas atividades, o trabalho com as famílias e atividades preventivas nos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). O Ministério de Desenvolvimento Social ressalta a importância dessa prática:

Estas são estratégias importantes para prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas, na medida em que se mostram prazerosas e capazes de gerar identidade grupal, em especial para crianças e adolescentes, que, em muitos casos, encontram-se expostas a um ambiente familiar e comunitário no qual, dentre outras vulnerabilidades, figura o consumo e comercialização de drogas (BRASIL, 2013).

O trabalho com as famílias é apresentado por P18 como o esforço em “tentar acompanhar a família, Diminuir seus riscos e dá o suporte a ela. Tentando manter essa família a mais estruturada possível para passar por aqueles conflitos que a droga traz”. Trata-se aí de umas das diretrizes de atuação da Rede Sócio Assistência que é a Matricialidade Sociofamiliar.

A matricialidade sociofamiliar têm como objetivo principal fortalecer e garantir apoio à família no exercício de seu papel de proteção e cuidados e fortalecimento da convivência familiar e comunitária. Assim, a família e os indivíduos devem ser apoiados com o objetivo de exercer sua função protetiva nos territórios em que vivem (BRASIL, 2013).

Os profissionais desse serviço ressaltam a importância de uma retaguarda especializada para essas famílias, a fim de garantir um acompanhamento mais longitudinal e contínuo. Assim, a equipe tenta articular a rede para garantir esse acompanhamento e um suporte à família: “Então, assim, a gente faz diversos encaminhamentos pra que diminua essa questão da vulnerabilidade dizente de usuários de drogas” (P19).

Sobre as atividades de cunho mais preventivo destaca-se que não há, nesse serviço, grupos de adolescentes, visto que esse público não costuma frequentar esse equipamento. Assim, as atividades que abordem as problemáticas que envolvem o uso de drogas, se dão no grupo de crianças. Sobre essa prática, eram realizadas palestras, conversas ou vídeos que envolvessem a temática e orientassem as crianças. Como diz P19 a “não ir pelo caminho do seu irmão, não seguir seu pai”.

Observa-se nessa atividade, um viés do Proibicionismo, descrito pela visão negativa acerca do uso de drogas e um foco da intervenção nos riscos. Além disso utiliza-se de uma educação sobre o uso, numa perspectiva Modeladora, característica das práticas de redução de risco.

Essa perspectiva era atravessada por um discurso médico sanitário, que se apresentava na medida que, a equipe afirmava que os problemas relacionados a questão do uso de drogas eram matéria da Saúde Pública. Assim, chama atenção para concepção de Redução de Danos predominante nesse serviço, muito pautada nesse discurso, e na noção de risco.

É a questão, assim, de tentar minimizar, tipo a questão do material descartável, pra eles não compartilhem questão de seringa, as que



usam drogas injetáveis, a questão do uso da camisinha, porque muitos deles, a gente sabe que faz sexo para ter o dinheiro para consumir a droga, né. Então são medidas que se tentam tomar pra que eles não tenham outros problemas além do uso da droga, né. Uma DST, ou algum tipo de doença que eles possam adquirir por conta do uso, né? (P18)

Ao mesmo tempo que se percebe uma visão mais tecnicista da Redução de Danos nesse cenário, foi possível apreender também uma perspectiva da RD mais ligada a questão de garantia de direitos, como se percebe no discurso de P19:

Assim, quando a gente tá com a família, o que a gente acredita que pode reduzir esses danos é justamente esses encaminhamentos: “Olha, existe o jovem aprendiz do projeto primeiro passo, vamos colocar, vamos tentar fazer ele estudar”.

Percebe-se, então, que o discurso dos profissionais do serviço em relação a essa temática não é linear e uniforme, e que também está sujeito a movimentações à medida que são provocados pelos casos e situações que emergem do território, exigindo cada vez mais, que esse serviço se comprometa e assuma mais efetivamente seu papel na atenção as questões que permeiam o uso de drogas no território, visto que segundo o MDS, “a política de Assistência Social tem um importante papel, no enfrentamento à questão do uso e dependência de crack e outras drogas, particularmente no que diz respeito às ações de prevenção e reinserção social” (BRASIL, 2013).

#### **7.4. Práticas no cenário da Rede CUCA**

##### ***Ampliando possibilidades: a lógica dos Direitos Humanos e a emergência de sujeitos de direito.***

Dentre das redes assistenciais do território, destaca-se o CUCA, como um equipamento que tem ocupado um lugar importante na atenção a pessoas que fazem uso de drogas no território na perspectiva da Redução de Danos.

Assim, faz-se importante contextualizar como se deu essas iniciativas nesse serviço. A necessidade desse equipamento de se pensar uma ação mais efetiva direcionada a questão do uso de drogas no território, surgiu a partir da ocupação dos espaços do CUCA, em especial do anfiteatro (que fica para além dos portões do equipamento), por jovens que faziam uso de drogas, de forma recreativa e, por vezes, abusiva.

Diante desse contexto, o equipamento enfrentou um dilema institucional e ético: “Como conviver com o uso de substâncias dentro do equipamento, visto a ilegalidade da ação dentro de um serviço público?”. O desafio imposto pelo Paradigma Proibicionista estava dado. “Como pode o equipamento exercer seu papel em garantir direitos a uma juventude que faz uso de drogas?”.

Dessa forma, a equipe iniciou um movimento de debate, inicialmente interno, para compreender mais profundamente essa questão e pensar estratégias para intervir junto aos jovens. Havia assim um interesse a priori em garantir o direito desses jovens, principalmente de acessar o CUCA, apesar do uso de drogas, mas também, uma preocupação em como produzir um cuidado a esse público.

A Rede Cuca, então, iniciou um debate com parceiros da Rede, Movimentos Sociais e a Universidade e construiu um Grupo de Trabalho de discussão acerca da temática. Esse GT produziu então o projeto “Juventude e Redução de Danos”, que pensava uma série de estratégias para atuar junto aos jovens do CUCA em relação a questão do uso de drogas. P3, profissional da APS que participou dessa construção, relata esse processo.

Havia um espaço, onde os jovens ficavam na caixa, botavam música e tinha muito uso de, de substâncias, principalmente maconha e o que eles chamavam de loló, mas é anti respingo de solda. E quando a gente começou o trabalho da redução de danos na rede toda. A gente fez encontros também pra chamar outras pessoas que eram redutor de danos de movimentos da cidade e a gente fez um encontro grande pros três Cucas e a gente formou equipes pra atuar em cada Cuca (P3).

Ressalta-se que para iniciar essa intervenção, os atores envolvidos foram diversas vezes a campo para compreender esse contexto, características do público, como se dava o uso de drogas (principais substâncias e padrões de uso), as diversas cenas existentes no cenário, principais hábitos e como se davam as relações ali. Assim, descreve P1:

Primeiro conhecer a situação e como era o uso e como era o contexto de vida e como era. Então a ideia era de conhecer tanto como eram essas cenas de uso no Cucas, nas suas redondezas, como no territórios, pra aí a gente propor atividade. (P3)

Ressalta-se que isso corrobora a perspectiva da Redução de Danos, que prevê que as ações devem ser adaptadas às especificidades sociais, culturais, econômicas e políticas de cada população, captando a demanda de cada população específica, mapeando quais estratégias devem ser executadas (MACHADO, BOARINI, 2013).

Assim, a partir do conhecimento desse cenário algumas articulações institucionais com os serviços da Rede foram disparadas. Dentre elas a articulação com o CAPS AD e a UAPS para atuação de abordagem no território, na perspectiva da Redução de Danos junto a profissionais do sexo, já descrita anteriormente; e a construção de um processo de Matriciamento para suporte aos casos mais graves de problemas com uso de drogas. P13 explicita essa ação:

Era em parceria com o posto, que a gente fazia com o posto e os CAPS “AD” e o CAPS Geral, e aí o “matriciamento” ocorria uma vez por mês. Basicamente mais a gente discutia casos, e aí a partir da discussão fazia o plano, um projeto terapêutico, de visita conjunta, de atendimento no CAPS, e aí dependendo de cada caso (P13).

No entanto, a principal atividade na perspectiva da Redução de Danos foi a abordagem direta aos jovens no evento que acontecia, todas as sextas-feiras à noite, no anfiteatro. Nessa ocasião, os jovens se reuniam em diversos grupos para andar de skate, escutar música, conversar e nesse contexto identificava-se bastante uso de drogas. M2, membro de um movimento social que integrava o GT e atuava no espaço descreve esse cenário:

A sexta feira tinha um evento da caixa de som, que eles botavam uma caixa de som lá no anfiteatro, rolava um reggae, e tudo mais, e tinha muito uso, muito uso, assim, indiscriminadamente, com criança passando, enfim, num contexto não tão apropriado, assim. E como eles não sabiam o que fazer porque não queriam coibir esse uso de uma forma, tipo assim, truculenta (M2).

Assim, a equipe CUCA e demais membros do GT, em especial do Movimento social Balance Ceará, começou a desenhar uma atuação nesse espaço. As ações iam desde entrega de insumo como preservativos e água e abordagem aos jovens na perspectiva da Redução de Danos. U9, jovem usuário do CUCA, que participava dessas intervenções, descreve essa prática:

Davam água, camisinha, melzim, davam uma ruma de coisa. Dava água para os cara que estavam lolosado. Ai eu parava para beber água, ficava bebendo água, bebe água, depois tomava um melzim... Ai aliviava a garganta (U9).

Ressalta-se, que a construção da abordagem foi complexa, visto a necessidade de construção de vínculo e de estratégias que conseguissem dialogar com esse público. U8 Dizia que “têm uns que escutam, mas têm uns que não escuta não”. Já U9 descreveu como se dava a abordagem e a aceitabilidade dos jovens:

Tá rolando uns cursos, bora participar, má, chama aí a galera aí.” “Ei, má, eu não sei se vou não, mas bota aqui, vai, meu nome aqui.” Aí todo mundo botava o nome... “Amanhã tem curso viu galera?” Aí a galera “Não, não, pode deixar, eu vou vim”. Só cinco vinha (U9)

Ao longo do tempo, o próprio fazer da equipe, a relação com os jovens, bem como os estudos que se fazia no GT, ia fazendo a equipe pensar novas estratégias para essa intervenção, como traz P14 “a gente começou a ter mais tato com isso, a estudar sobre o assunto, se aproximar disso, né, algumas pessoas com um pouco mais de conhecimento, outras com um pouco menos”.

Fala-se ai de um exercício da Práxis, caracterizada como “uma capacidade de reflexão e de agir prudente, criando-se novos procedimentos em ato” (CAMPOS, 2011, p. 3036). Dessa forma, novas possibilidades iam surgindo em campo. M2 e P13 destacam essas ações:

A gente fez uns cartazes, umas coisas assim, a gente botava perto da onde ficava a caixa de som e tudo mais, e uns cartazes informativos mesmo sobre várias coisas. A gente botou principalmente sobre maconha e sobre antirespingo (M2).

Ressalta-se que os instrumentos utilizados, informativos e insumos, serviam para intermediar essa abordagem. O diálogo era a principal ferramenta dessa prática. Como traz P13:

O trabalho maior de redução de danos da caixa de som era esse da conversa com os grupinhos. E na caixa tinham vários grupos, por exemplo, tinha o pessoal do skate que ficavam mais pra lá, mais longe da caixa, mas estavam lá (P13).

Destaca-se, também, a habilidade da equipe em construir esse diálogo com os jovens. Sabe-se que a linguagem, condizente com o público e a cultura local, era essencial para tal. A proximidade da equipe, em geral, como esse contexto do uso de drogas bem como a vivência nesse cenário, ajudaram a chegar junto ao jovem nesse contexto. A equipe, então, constituía um saber prático, como dia P12, supervisor do CUCA:

A nossa equipe ela tem uma experiência tanto prática como também vivencial das questões das drogas, né? Não é só “estudamos as drogas e queremos trabalhar com elas e ponto”. Muitos de nós ou vivenciamos diretamente, ou dentro da família, ou dentro de um amigo. A gente tem uma experiência (P12).

Essas ações informativas não tinham intenção da abstinência mas de fazer usuários refletirem sobre seu uso. Assim pretendia-se garantir a autonomia desses sujeitos, corroborando a perspectiva da Redução de Danos. Assim, o jovem era abordado, informado, mas ele tinha autonomia e responsabilidade para decidir sobre seu uso.

A gente começou a conversar sobre isso, mas foi uma coisa mais informativa, não de mudar a forma de uso, mas acho que é consequencial, né? Tipo, a partir do momento que a pessoa se informa, ela já vai estabelecer um uso diferente, assim, uma forma de usar diferente (M2).

Ressalta-se que esse processo se deu muito em parceria com os próprios jovens, a medida que as ações iam acontecendo e eles também iam se colocando, trocando saberes e direcionando a intervenção. Isso caracteriza-se como uma das premissas da prática para redução de vulnerabilidades (AYRES, 2003), uma educação na perspectiva construtivista, considerando o saber e experiência do outro e empoderando-o no seu cuidado. M2 também apresenta esse processo:

A gente começou a conversar sobre o assunto. Ai chegaram alguns e falava: “é, realmente, depois que eu uso isso no outro eu fico ressaqueado, não sei o que, não sei o que”. Aí começaram a trazer coisas sobre o assunto e nos ajudar no que funcionava ou não (M2).

O diálogo com os jovens se expressava também nos acordos construídos entre equipe CUCA e eles, como no caso do empréstimo da caixa de som. P14 relata essa negociação, que cedeu a caixa mas responsabilizou os jovens pelo uso de drogas mais consciente.

Uma das primeiras iniciativas que facilitou muito a diminuição do consumo aqui dentro e a venda foi um acordo que a gente criou com a galera a partir de uma demanda de uma caixa de som que pediram para tocar reggae lá no anfiteatro (P14)

Desse Modo, destaca-se como são necessários e relevantes, nesse contexto, o diálogo e um vínculo de confiança entre os profissionais e usuários (MACHADO, BOARINI, 2013), para que assim, possa fazer pensar a relação entre a pessoa que faz uso da droga e dos danos a ela associados, construir acordos e desenvolver as ações.

Um fato importante a ser destacado é que a partir desses acordos realizados, os jovens puderam responsabilizar-se também pela atividade. Uma expressão disso foi que eles, junto a equipe do Cuca e os redutores de danos do Movimento Social, batizaram o

nome do evento de “A Caixa é nossa”, simbolizando assim, a apropriação dos jovens por aquele espaço.

No entanto, revela-se também, a partir desse acordo, conflitos institucionais dentro do CUCA, visto que o início das intervenções junto a esse público deu visibilidade ao espaço e a questão do uso de drogas, provocando a gestão do CUCA a tomar providências visto a ilegalidade da atividade. P14 descreve essa situação:

O anfiteatro é grande, tem uma galera do skate que também faz o uso, a galera que tá aqui só de bobeira, curtindo, tem uma galera que vem pros esquemas, galera que tá jogando na quadra. Então a galera ficava disperso. E quando a gente começou a colocar a caixa, a gente conseguiu agregar todo mundo num ponto só. E aí é como se jogasse um holofote pro uso, que antes tava disperso e foi muita confusão institucional nessa época, porque a gente deu foco, deu luz praquele espaço (P14).

Percebe-se aí que a perspectiva da Redução de Danos de alguns profissionais convivia com uma visão mais Proibicionista dessa questão, por vezes criminalizando os usuários. Essa convivência nem sempre pacífica entre essas concepções era deflagrada pelo conflito da Guarda Municipal, que por um tempo atuou no equipamento, e os educadores sociais do CUCA. M2 aborda essa questão: “Às vezes era um grande conflito de como a guarda municipal atuava e como os educadores sociais atuavam”.

Apesar desse contexto, por vezes conflituoso, dentro do equipamento, percebia-se uma boa receptividade dos jovens a essas ações, e assim, a intervenção foi avançando e construindo novas possibilidades de atividades. Como traz P13, abaixo:

A gente fazia outras atividades também. Teve um dia que a gente fez atividade com malabares, teve dia que foi... a gente fazia atividade sobre sexo, né? Lá no CUCA tinham próteses, a gente saía com as próteses perguntando se o povo sabia botar camisinha, se sabiam usar. Muitos deles diziam que sabiam e não sabiam e causava aquele furô né? (P13)

Uma vez, que a gente foi tudo fantasiado de substância, botou um cartaz aqui e tinha na frente e atrás e a gente ia conversando com as pessoas. As pessoas ficavam olhando aqui “o que é isso?”, aí a gente ia conversando sobre o que era cada substância, os efeitos de cada substância, né, o que cada substância causava no corpo e tudo mais (P13).

Percebe-se que havia um caráter de inventividade nessas práticas, visto que o cotidiano, em especial pela proximidade com o contexto e o diálogo com os jovens, possibilitava a construção de ações que escapavam do escopo de práticas tradicionais ou

já disseminadas, quando falamos de Redução de Danos. Eram, portanto, singulares àquele público e território. Trata-se aí de uma perspectiva de trabalho a partir da racionalidade da arte (CAMPOS, 2011).

Assim, para uma questão tão complexa que pretende transformar a relação do sujeito com si, com a droga e com seu contexto, faz-se importante “além da razão técnica, deve-se utilizar a racionalidade da práxis e a da arte para se pensar essa relação” (CAMPOS, 2011, p. 3034).

Além disso, a equipe foi encontrando nesse espaço a chance de acessar esses jovens e ofertar oportunidades que historicamente estavam aquém deles, visto que, segundo P13, “muitos daqueles jovens da caixa não vinham pro CUCA em outros momentos, eles iam pra lá no momento festa, para curtir.” Assim, eles não acessavam as atividades do CUCA, até desconheciam as ofertas do equipamento. Dessa forma, a equipe desenvolveu novas ações a fim de garantir acesso ao equipamento bem como a outros direitos. Como descreve P14:

A gente chegava e mostrava pra galera a programação do mês, os cursos os esportes, fazer um balcão de currículo que a gente coloca lá as vezes né, facilita chamar a galera, porque já tá no movimento ali. E também para conversar sobre as demandas deles pra instituição CUCA (P14).

Assim, ampliava-se a perspectiva de atuação da Redução de Danos do uso de drogas para a dimensão do acesso a direitos e ampliação de possibilidades. O foco não era, assim, o uso de drogas, ou os riscos associados a isso, mas as vulnerabilidades (AYRES, 2003) que cercavam esse jovem, como a falta de oportunidades. Essa prática alcançava então um viés libertador, pois caminhava no sentido de superação da marginalização desse jovem.

Identifica-se, a partir dessa experiência uma concepção da Redução de Danos libertadora, superando a perspectiva tecnicista de somente reduzir danos ou prevenir e controlar riscos. Assim, P3 apresenta a concepção de Antonio Lancetti (2009) acerca da redução de danos como ampliação da vida.

Principalmente no CUCA eu acho que a primeira coisa quando eu pensava redução de danos era promover também saúde e promover direito principalmente dos jovens, dos jovens que são estigmatizados por usar substâncias né, por esse uso de substâncias. Então, a primeira coisa é de como a gente pode ampliar a vida desses jovens. Que ele né perceba isso, que ele pense a vida dele de outras formas e vá e amplie esses caminhos que ele (P3).

Segundo relato dos profissionais via-se resultados bastante positivos junto a esses jovens, nessa perspectiva de ampliação de vida, ampliando também o acesso desses jovens a direitos. Isso se deu, inicialmente, no direito de acessar o próprio CUCA, mesmo enquanto “jovens que fazem uso de drogas”. E a partir daí construir outras possibilidades. P3 exemplifica esses resultados:

Eu acho que ajudou muito, justamente desses jovens estigmatizados terem, é acesso ao CUCA, eu acho que isso é o principal, é o principal ganho, assim, né? Deles chegarem juntos, de passarem as atividades, de fazerem curso, de possibilitar, né, outras atividades: o documentário, participar da rádio, né? Teve outros que começaram a participar e que foram assim, muitos voltaram pra escola. Então assim, a gente conseguiu, é, um impacto bem positivo eu acho que nessa vida deles, eu acho que isso foi o principal que essa perspectiva da redução de danos possibilitou (P3).

A prática realizada pela equipe no a “Caixa é nossa” foi se ampliando para outros cenários do território, como o Reggae Segue o Baile que também acontecia no anfiteatro do CUCA. P 17 descreve esse projeto como “um movimento mesmo dos jovens, em que eles pediram o espaço pra tá organizando o reggae”. Assim, intervenções semelhantes aconteciam nesse cenário. Além disso destaca-se a pactuação junto ao Dj do baile para fortalecer essa intervenção de Redução de Danos.

Assim, foram gravados sptos de rádio<sup>20</sup>, pelos próprios jovens que frequentavam o CUCA, com mensagens orientando sobre o uso da substância e seus danos. Percebia-se um efeito bem positivo disso durante o Baile, pois os outros jovens reconheciam a voz do amigo na mensagem e acabavam dando mais credibilidade ao que era dito.

Além disso, no final do ano passado, alguns jovens produziram um minidocumentário sobre essa prática desenvolvida pela equipe do CUCA junto aos jovens. O webdoc chama-se “De cara”<sup>21</sup> e discute um pouco do conceito de Redução de Danos a partir do olhar dos profissionais e especialmente dos jovens.

---

<sup>20</sup> Sptos de rádio são mensagens rápidas emitidas na transmissão da rádio que tem como objetivo anunciar evento, disseminar informações e propagar mensagens. Os sptos tratados aqui foram gravados pelos jovens com apoio da Radio Cuca.

<sup>21</sup> O Webdoc “De cara” foi produzido pelos jovens que participam Dos cursos da área de Difusão e Comunicação do CUCA. E está disponível no youtube, no endereço <https://www.youtube.com/watch?v=Fg7BdXySy0k>.



Outro cenário de atuação da equipe do CUCA era o Reggae do projeto Quarta Roots, onde também, lá se faziam essas intervenções na perspectiva da Redução de Danos.

Além disso tinham as ações pontuais, com distribuição de insumos e abordagem aos jovens, em eventos e festas que ocorriam no CUCA, pois muitas vezes, havia uso abusivo de drogas nessas ocasiões.

A ampliação de eventos, especialmente os Reggaes, que ocorriam no território organizados por atores da própria comunidade, e a percepção que havia, nesse cenário, muitos jovens fazendo uso abusivo de drogas, provocou o CUCA a pensar uma atuação mais sistemática nesses espaços.

Assim, no segundo semestre de 2016, quando estávamos inseridos em campo pela pesquisa, iniciou-se um projeto de acompanhamento desses eventos no território a partir da abordagem de Redução de Danos. Dessa forma, dois jovens do território foram contratados para atuar como redutores de danos nesses eventos. P12 descreve esse projeto:

Nós temos o projeto que é o de Redução de Danos cuidando diretamente disso, né? Hoje tem... são dois jovens contratados para atuar dentro do território, então não é só dentro do Cuca. Nós estamos nos relezinhos que acontecem lá no Vila do Mar, nos reggaes Quarta Roots que acontecem no Marco Zero, e até lá em baixo. Alguns reggaes aqui na Areninha que começou agora também (P12).

A atuação dessa equipe, formada por esses jovens redutores de danos junto com educadores sociais do CUCA, se utilizava das mesmas estratégias que as abordagens desenvolvidas nos eventos que ocorrem no anfiteatro do CUCA. P12 descreve essa ação:

Essa equipe vai para esse território com insumos diversos, água, preservativo, mel, pirulito, que servem para conversar sobre o cuidado com o corpo e o uso mais responsável e mais cuidadoso das drogas (P12).

Os jovens contratados pelo projeto, U8 e U9, sujeitos dessa pesquisa, eram moradores do território, da comunidade Santo Antônio e do Morro de Santiago, respectivamente e era jovens atendidos pelo CUCA. Inclusive jovens que participaram como público de muitas intervenções de RD nos eventos do anfiteatro do CUCA.

Atualmente, eles faziam uso de drogas controlado e/ou recreativo, mas que em alguns momentos chegou a ser abusivo e interferia diretamente na sua vida, como vimos nas falas abaixo.

Eu era vida louca total. Usava de tudo. Era como dizem, clínico geral. Não estava nem vendo não. Eu tinha saído da escola faz tempo e já estava no crime. E a vida era essa mesmo. Era só isso (U8).

A Babilônia começou foi cedo. Com doze anos já estava no crime, o homem (chefe do tráfico) confiava muito em mim. E droga né, eu usava direto. Era mais maconha. Mas usava direto mesmo, o dia todo. Não queria fazer mais nada não (U9).

A aproximação com o CUCA, que se deu pelas ações de Redução de Danos, inicialmente no “Caixa é Nossa”. A inserção em outras atividades ofertadas pelo equipamento foram progressivamente provocando mudanças nas trajetórias desses jovens, transformando a relação que tinham com a droga, com o tráfico, e com o território.

Eu comecei a fazer aula de Muay Tay e eu fui campeão. Cara isso foi muito massa. Depois disso eu queria mesmo era treinar. Ai comecei a não ficar mais locão, por que percebia que isso me atrapalhava. Ai fui indo, fui indo (U8).

Antes eu andava com uns caras assim. Tava nem vendo... Eu comecei a andar mais lá no CUCA né? Aí me chamava de porteiro, “Ó o porteiro!” Tirando era onda comigo[...]. Aí minha rotina começou a mudar, entendeu? Mudar tudo. eu tava bem magão, má... Tava baqueado. Aí eu “Não, vou sair é dessa”. “Isso num é pra mim não”. Aí eu fiquei só andando mais com os cara aqui do CUCA. Pronto. Foi natural...Foi indo (U9).

No processo dos dois jovens, o CUCA mostrou-se como equipamento fundamental de acolhimento e acesso a outras possibilidades. No entanto, esse movimento não foi linear. Havia aproximações e afastamentos ao longo do processo. Conforme U8 e U9 relatam:

Eu tava quase era desistindo cara. Eu já tava lá no CUCA direto. Pedia trabalho para eles e eles não conseguima nada. Ai eu pensava cara, não sei se essas caras querem me ajudar mesmo não oh (U8).

Quando eu tava lá no Reggae eu dizia “Ah só fala besteira”, toda vez eu não tava nem vendo não e saia. Ficava sentado lá nos pivete ali. Mas eles tava pertubando mesmo, aí “Ei, má, vocês são as peste, né má?” Vocês num desiste não, é? Aí ele começou a me ajudar mesmo, a chegar mais perto de mim mesmo. Ai eu fui indo (U9).

Percebeu-se, também, que o vínculo construído com a equipe do CUCA, em especial, com os educadores sociais, foi a principal ferramenta para estabelecer esse processo de acompanhamento dos jovens. Segundo, Brasil (2013) “o vínculo é compreendido como uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa” e que foi fundamental em todo o caminho de cuidado desses jovens, visto que essa ferramenta produz um sentimento de corresponsabilização pelo sujeito.

[...] Um dia né, que eu já direto lá no CUCA, eu escrevi uma carta e entreguei para um educador que era Dez comigo. Na carta eu pedia um emprego, né? Por que eu queria mesmo era sair daquela vida. Ai eles tentaram muito, mas não conseguiram nada. Até que hoje deu certo, ne? (U8).

Aí eu vim pro CUCA, vinha direto. Só vinha para ver eles. “E aí, G.?!”. Tava ali o G., a tia J., chamava pra sala, ficava lá, conversava que só... Eu vinha por causa deles (educadores sociais Do CUCA), porque dava maio valor (U9).

Os jovens, enquanto redutores de danos contratado pelo CUCA, avaliam sua trajetória e como se percebem hoje, em relação a si, seu uso de droga e sua vida.

Tô com mais vontade, acordo cedo. Antigamente eu só acordava uma hora da tarde. Esse trabalho aí já é mais pra me segurar, entendeu? Aí tipo aqui, ó. Eu passo de uma hora, antigamente eu passava de uma hora até seis hora sem fazer nada. Só ali embaixo fumando maconha, fumando maconha em outros canto, saía pra casa e voltava. Só chegava seis hora da manhã. Aí agora não. Tá tudo diferente. Eu fumo né? Mas é diferente (U9).

Cara, eu vou te dizer eu continuo fumando maconha oh. Fumo ali de boa, pra relaxar. Mas não é como antes. Não sou mais vida locão não? Eu sei o que quero. Quero trabalhar. Quero ajudar a minha mãe. E hoje a maconha me atrapalha não (U8).

Percebe-se nesses discursos que ambos jovens conseguiram estabelecer uma relação mais saudável com a droga, sem a obrigatoriedade de chegar a abstinência, e ampliaram suas possibilidades de vida, sem necessariamente precisar sair do território, numa prática isolacionista. O que se observa aí é uma maior autonomia e controle sobre o uso, e também pela sua vida.

Vê-se assim, um processo de emancipação desses sujeitos, que caracteriza uma prática na Perspectiva da Redução de Danos libertadora. Assim, os sujeitos, enquanto protagonistas do seu processo de cuidado, assumem a identidade de sujeito comunitário,

que “é responsável pela realidade histórico-social em que vive e, além disso, é capaz de transformá-la a seu favor e ao da coletividade” (GOIS, 2005, p.54).

Percebeu-se essa identidade muito fortemente no discurso de U9, quando falou de seu comprometimento com sua comunidade e com a transformação dessa realidade. U9 relata, que as pessoas têm, em geral, uma visão negativa da favela. Assim, ele tem a ideia de um projeto para utilizar a ferramenta do Grafite como redução de danos junto àqueles que fazem uso de drogas e para deixar outra visão de favela”.

Quando a gente botar as telas de tinta no chão, os meninos vão ver logo, todo mundo da comunidade. Vai o cara lá fazer o grafite, na metade do grafite fica lotado aqui. Tá nenhum fumando maconha, tá nenhum cheirando pó, tá nenhum fazendo nada. Quando vê nós, respeita. E também, quando eles ficam impregnado me dá essa tinta aqui’, aí nós pega um muro e dá pra ele grafitar também. Já rolou aqui e fui muito bom (U9).

Destaca-se que a proposta dessa prática aproxima-se da perspectiva de práticas voltadas para vulnerabilidades (AYRES, 2003), visto que ela caminha na direção da coletividade e tem como objetivo a transformação de uma realidade.

Assim, tê-los, agora como redutores de Danos qualifica a atuação do CUCA no território visto que eles são os atores sociais, que tem uma forte implicação com o território e conhecimento acerca do uso de drogas, visto sua própria vivência nesse cenário. Compartilham, então, das mesmas vulnerabilidades, da mesma cultura, facilitando uma melhor compreensão acerca do cenário e a empatia junto aos demais sujeitos do território.

Além disso, essa proximidade intrínseca com o contexto local, favorece o vínculo com o público e a abordagem, visto que compartilham da mesma linguagem. U9 ressalta essa característica e descreve essa abordagem.

Começaram a perceber que eu tinha potencial, assim. Liderança com a galera, que eu sabia conversar. Tinha moral com a galera. Comecei a usar pro lado bom isso (U9)

Eu falo na gíria deles. Eu chego “ei man, manerar aí na maconha. Você tão fumando maconha demais, cara. Só esse, viu, só esse e tá bom. Bora curtir a vida, borá curtir a viagem”. Aí eles “vai dar certo”. “Bebe essa agua aí. Bora ali bater um racha, na areninha”. Aí eles já vão logo, acaba o bagulho, porque eles têm respeito (U9).

Assim, a prática de Redução de Danos se dá efetivamente entre pares, o que a aproxima mais efetivamente de uma prática de redução de vulnerabilidades, numa perspectiva de atuação territorial.

Destaca-se, ainda, o protagonismo desses jovens e o processo de emancipação dos mesmos, movimentando-se de uma posição de marginalização em direção a constituição de si enquanto sujeito de direitos e agora assumindo uma responsabilidade diante do cuidado de outros sujeitos do território.

Chama-se atenção, por exemplo, para o fato de que U9, por exemplo, era um dos jovens que pulavam na piscina do CUCA indiscriminadamente, “e hoje, eu vi ele ali, conversando com a galera para não pular” (Diário de Campo). Podemos ver aí a reinvenção de si mesmo.

Ao longo desse processo também, pudemos apreender a concepção de Redução de Danos desses sujeitos, que foi construída ao longo desse processo a partir das suas vivências. U9 relata que:

Eu não entendia era nada antigamente. Eu só pegava a água mesmo, ficava bebendo, ficava escutando, a galera que entendia já, usando droga também. O que eu aprendi até agora, né, é que a redução de danos tem que manerar mais nas drogas, e ter um cuidado com a forma que o cara vai usar né? (U9)

Percebe-se, também, uma visão que escapa da perspectiva de risco quando ele descreve que: “Eu não vejo que o maior problema é as drogas não. Lá na comunidade tem muito mais problema. É só ir lá no Morro que você vê” (U9).

Identificamos também uma visão mais política acerca da Redução de Danos, quando coloca que “o que ajudaria a comunidade aqui mesmo, principalmente a galera que tá mais envolvida, era a legalização (das drogas). Ia morrer o Movimento. Pronto” (U8).

## **7.5. Práticas no cenário dos movimentos comunitários**

### **A atuação comunitária como uma prática libertadora de superação das vulnerabilidades**

A inserção em campo, permitiu que identificássemos outras práticas no território, promovidas por atores não institucionais, que lidavam com a questão do uso de drogas e dialogava com a perspectiva da Redução de Danos.

Apresentamos, inicialmente, o projeto Quarta Roots. Tratava-se de um grupo de jovens do território, liderado por M5, morador da Barra do Ceará, e que atuava como Dj, que começou a promover festas de Reggae no Vila do Mar.

Segundo M5, desde o início havia nesse evento muitos jovens, adolescentes e até crianças fazendo uso, por vezes abusivo de drogas, especialmente maconha e a Lorena (inalante, caracterizado como anti respingo de solda, vendido em lojas de materiais automativos).

Diante desse cenário, M5 articulou com CUCA para acompanhar o evento e realizar abordagem em Redução de Danos junto ao público. Mas também construiu algumas estratégias próprias. Ele s construíram cartazes na perspectiva da Promoção da Saúde, como frases do tipo “Venham pro Reggae e entre no Baile. Curtir e cuidar da Saúde” (Diário de Campo). Além disso, M5, enquanto Dj soltava mensagens ao longo do evento sempre no tom de “Maneirar nas drogas” (M5).

Perceba-se assim, uma prática pautada no risco, onde se utilizava da informação com maior ferramenta e numa perspectiva de alerta (AYRES, 2003). Dessa forma, o principal objetivo era evitar ou reduzir os riscos e danos causados pelo uso de drogas. M5 trata sobre isso:

O que a gente quer aqui é que a galera curta o Reggae. De boa. Sem se passar. Sem ninguém cair aqui. E sem confusão. E a gente sabe que se a galera abusar da droga ai não tem jeito (M5).

Dentre os riscos que mais preocupava M5 era o da criminalização por conta de abordagens da polícia no evento. Da qual foi possível vivenciar um episódio, onde M5 ficou negociando com a polícia para não terminar o evento e que iria intensivar a orientação ao público sobre o uso de drogas.

Destaca-se que a atuação da equipe do CUCA, com os dois jovens redutores de danos contratados, conseguiu chegar em muitos jovens e mesmo que temporariamente reduzir o uso.

Outro movimento do território, relevante para a pesquisa, diante das práticas desenvolvidas foi o projeto “Aqui tem Sinal de Vida”. Esse projeto acontecia especificamente na comunidade do Morro de Santiago e era organizado por atores do

próprio território, comunitários, como os jovens do território M4 e U9, e institucionais, como os profissionais da UAPS P2 e P3 e o profissional do CUCA P14.

Ele surgiu, segundo M4, como uma ideia de ter uma ferramenta que fizesse frente às vulnerabilidades existentes no território. Em especial a ideia era desenvolver atividades a crianças, adolescentes e jovens, público mais vulnerável a um uso problemático de drogas e ao circuito da violência.

Para tal, foi inicialmente, construída com ajuda de apoiadores, uma biblioteca comunitária e lá acontecem várias atividades, que tratam da questão do uso de drogas direta ou indiretamente.

Na verdade não é só uma biblioteca, é um espaço pra ser cultura, lazer, é resistência, solidariedade no morro. Então, a gente leva a discussão das drogas através de teatro, contação de histórias, ações de saúde, mas coloca as drogas no meio (P2).

Dentre as atividades destaca-se o cine Santiago, que é um cinema que acontece no finalzinho da tarde no morro mesmo. A atividade acontece com apoio logístico do CUCA, com os equipamentos. Nessa ação são levados filmes de escolha da comunidade mas também curtas e documentários que tragam temáticas importantes para o debate. Por exemplo, M4 cita que diante do intenso e prejudicial uso do antirespingo de solda no território, ele já um vídeo que fala sobre o uso prejudicial dessa droga. P2 também relata que:

Tem uma lista de documentários que já usamos lá: “Os meninos do tráfico” a “Carandiru”, “A guerra privada do tráfico”, “Mulheres na prisão”. Então, a gente passa esses documentários, esses filmes e depois abre para debate com os jovens.

Além disso, há Oficinas e Rodas de Conversa sobre essa temática. Como traz P2 “Falar sobre a droga, sobre os efeitos da droga, sobre as consequências que a droga traz e, principalmente, socialmente, o que que a droga significa”. Essas atividades são, muitas vezes, realizadas em parceria com o projeto MEP, da ONG Pequeno Nazareno, também atuante nesse território. M1 traz que esses momentos se dão a partir de um “entendimento sobre redução de danos, do uso mais consciente né, adotando práticas que eles resguardem que possam também resguardar os outros”.

P2 destaca ainda que diante de um contexto de intenso uso de drogas e onde o tráfico é a principal atividade econômica do território, “eu nunca posso chegar e falar “a droga é errada”, “quem vende droga é traficante, é criminoso”, por que o irmão, o pai

vende droga”. Além disso, é importante utilizar uma linguagem pertinente a cultura dessa comunidade.

Não só a vivência como também os discursos dos moradores permeiam a temática do uso de drogas. M2 relata que já ouviu “crianças de lá de dois, três anos, falarem “meu pai tá noiado”, “meu pai tá arripinado” (P2). Assim, faz-se muito importante as atividades desenvolvidas junto às crianças. Cita-se aqui contações de história, brincadeiras, teatro, campeonato de bila e etc.. P2 relata que, então, “a gente dá um jeito de puxar o tema da violência, droga, combate às drogas, para conversa. E por aí vai”.

Outra atividade significativa desenvolvida no projeto é o Grupo “Moleques Responsa”. Trata-se de um time de futebol formado por adolescentes do Morro, que segundo M4, estão mais vulneráveis ao uso problemático de drogas e a violência. Dentre esses adolescentes, quase todos fazem uso de drogas, e, muitos têm relação com o Movimento do Tráfico. Assim, o espaço do time é um espaço de resignificação sobre essas questões. M4 descreve essa atividade:

Reúno eles na própria biblioteca e a gente senta para conversar sobre alguma regra do time, sobre algumas coisas relacionadas ao esporte, né, não só do esporte, mas alguns passeios, algumas atividades que a gente faz, acaba sendo uma redução de danos, assim, porque a galera não tá não só no movimento, né, para além de tá fazendo o uso (M4).

Destaca-se aí que essa atividade acaba sendo um espaço de disputa ideológica com o Movimento, crime do território. Visto que as pessoas que moram nesse território, em especial os jovens, são forjadas cotidianamente sob essa lógica. M4 retrata esse desafio:

A desconstrução disso muito difícil, assim, porque a gente faz reuniões com os meninos, né, o time todo e aí as vezes um dá um vacilo e aí e utilizo uma outra forma pedagógica que não é a violência, digo que ‘olha, infelizmente no próximo jogo você não vai jogar e aí eles ‘não, D’leste, ele merece é umas gaipada (M4).

Assim através de atividades como essa tenta-se estabelecer outra forma de relacionar-se com o território e com o outro, que não tenha uma perspectiva punitiva, mas de responsabilização. Ayres (2003) traz que essa possibilidade refere-se ao resultado esperado de uma prática de redução de vulnerabilidades: a transformação intersubjetiva, ou seja através da relação com o Outro, da realidade.



Outro grupo importante integrado ao Projeto, são as SACS, Sociedade das Adolescentes Cabeça, meninas que formaram um grupo organizado por P2 e que são acompanhadas desde crianças. Segundo P2, esse grupo que escolheu seu nome e também pactuaram as regras a partir de problematizações acerca do contexto do território: “elas não namoram homem que bate em mulher; tem que estudar; por incrível que pareça (visto a realidade que vivem), não usar drogas” (P2).

Praticamente todas essas meninas tem familiares que fazem uso de drogas ou que trabalham no tráfico. Além disso, segundo P2, “já provaram a algum tipo de droga, mas nenhuma delas se enveredou pra usuária de drogas”. Assim, apesar do contexto de vulnerabilidades, elas não desenvolveram um uso problemático de drogas, como diz P2, “conseguiram atravessar a adolescência no Morro”.

Ressalta-se, ainda, que o grupo da SACS aproximou-se de movimentos políticos, como o Levante da Juventude e Ainda existe Amor em Fortaleza, que pautam as contradições da nossa sociedade e da lógica de opressão, propondo, então, o debate de como enfrentar essas questões. Assim, se vê também um movimento de mais empoderamento e engajamento político do grupo das SACS.

Outra atividade relevante associada ao Projeto é a festa de Reggae Santiago Roots, onde também se desenvolvem ações na perspectiva da Redução de Danos, através de distribuição de insumos (preservativos e água) e abordagem de orientação do uso, como traz M4, A gente tinha conseguido um garrafão d’água. Então a gente dá água pra galera, troca uma ideia”.

Chama-se a atenção para essa atividade pela participação do Movimento, pessoa ligadas diretamente ao comendo do Crime na comunidade. Eles além de participarem da festa, contribuem para as ações de Redução de Danos, comprando os copinhos de água mineral que são distribuídos pelas pessoas do projeto àqueles que estão fazendo uso de drogas.

Segundo, M4, há esse diálogo com o Crime acerca da redução de danos nesses espaços, como os eventos, tanto o reggae como os Bailes de Favela. Assim, M4 relata que já teve algumas conversas com eles sobre o tema e sobre os riscos do uso abusivo de drogas e que práticas podem ser feitas quanto a isso.

Eu costumo sempre falar de um aplicativo que tem de redução de danos. Ai falo da bad trip, como é importante beber água. “Cara, tu vê assim, vê o que tá acontecendo com ele, afasta. Não faça com que ele... não deixe ele usar mais, porque... se ele ta vomitando, se ele tá se tremendo, mordendo a língua, ou enfim. Tenta afastar ele, fazer com

que ele respire direitinho, sair de um exame que é todo mundo em cima, respirar, beber água.

Segundo sujeitos da pesquisa há uma boa receptividade por parte das pessoas do Crime para essas práticas de redução de danos nas cenas do uso nos eventos da comunidade. No entanto, M4, alerta que é uma relação delicada e que é importante alertar-se para que ‘a redução de danos não mexa no negócio dos caras’. É preciso, então, cuidar dessa relação e saber até onde essas práticas podem ir.

Não existe uma receita de bolo pra saber até que ponto a gente pode fazer intervenção, mas a gente sente aquilo. Então vai... dá pra sentir. Então, quando eu sei que eu tô incomodando, como tem confiança a galera fala “ei”, num sei o que, e a gente sabe. A gente vai vendo ali (M4).

O caráter comunitário do projeto Aqui Tem sinal de Vida permite esse diálogo direto com o Crime, que compõe esse contexto, por que são moradores, nasceram e cresceram nesse território e muitos irmãos, filhos, sobrinho integram às atividades do projeto.

Mesmo diante desse contexto complexo, percebe-se que as ações desenvolvidas pelo Projeto Aqui Tem Sinal de Vida caminham na direção de práticas para redução de vulnerabilidades (AYRES, 2003), visto que o foco não é somente a droga, mas a transformação do contexto vulnerável da comunidade, superando as condições opressoras a que a comunidade está submetida e empoderando seus moradores na responsabilização do seu cuidado bem com a transformação da própria comunidade. Vê-se aí uma perspectiva libertadora ao pensarmos uma atuação de redução de Danos nesse cenário.

M1 colabora, assim, com esse entendimento com sua percepção acerca do conceito de Redução de Danos:

Pra mim, tem a ver com vida. É promoção de vida, de direito, de liberdade, de amor. Coisas que muitas dessas pessoas não têm acesso, às vezes, nem sabem o que é. E aí a droga vem para ir amenizando tudo isso. O que é bom, por que ajuda, mas também pode ser ruim (M4).

Essa concepção ampla percebida aqui nos leva a alguns riscos das práticas desenvolvidas sob essa lógica, que são alertados por Ayres (2003).

Um deles é a questão da tutela ou vitimização. Isso pode acontecer quando um técnico assume o papel de enfrentar as vulnerabilidades do território, sem considerar de

forma mais efetiva a capacidade dos próprios sujeitos em construir suas possibilidades de superação.

Essa questão também foi percebida em campo, como exemplificamos na fala de P2 que foi questionada acerca desse risco:

Ela me perguntou: Se você morrer, se você desistir, se você ganha uma bolsa no exterior, o que vai acontecer com o trabalho? Tem quem dê continuidade?”. E tava bem no início. Aí caiu minha ficha, u falei: “Não, realmente não tem”. Eu falei eu tenho que empoderar muita gente pra tá segurando o rojão. O projeto tem que funcionar. Se qualquer um de nós sair ou precisar se afastar um tempo, o projeto tem que funcionar. Caiu a ficha. Com o Sinal de Vida, eu sou mera agente coadjuvante agora (P2).

É necessário, então, como traz Ayres (2003) uma Democratização Radical das práticas (AYRES, 2003), garantindo uma maior amplitude e representatividade dos sujeitos sociais na construção dessas práticas. Percebe-se que esse é um processo de intensa construção no Aqui Tem Sinal de Vida, cada vez mais os moradores, jovens como as SACS ou os Moleques Responsáveis assumirem a condução dessas atividades.

O projeto Aqui tem sinal de Vida traz isso muito fortemente pois é fruto de uma organização e movimento local e suas práticas são construídas e conduzidas, mais efetivamente, pelos atores comunitários.

O outro risco que Ayres (2003) se refere é a Ampliação Paralisante, que corresponde ao efeito paralisante que pode advir da percepção dos sujeitos sociais diante da amplitude e complexidade da realidade a ser transformada a partir dessas práticas, visto a multiplicidade de situações de vulnerabilidade encontradas no território (AYRES, 2003).

Esse quadro pode ser percebido na fala de alguns sujeitos da pesquisa, que pautam sua atuação na perspectiva de práticas para redução das vulnerabilidades (AYRES, 2003), com esse viés libertador.

M4 fala sobre isso:

Olha as vezes eu desanimo cara, por que é muito difícil. É muita coisa. A gente resolve uma e tá beleza. Mas também tem a situação de fulano, a história dos meninos fora da escola. É tudo isso aí e tá tudo interligado (M4).

Percebe-se, que por vezes, há um sentimento de frustração e impotência. Como percebemos na fala de P1, ao falar da violência no Morro do Santiago, em especial da

morte dos jovens: “Isso é muito frustrante. Isso a gente não conseguiu diminuir em nada” (P1).

Percebe-se aí, talvez, um limite que as práticas na perspectiva da Redução de Danos ainda encontram, a convivência com a ideologia e política ainda dominante das “Guerra às Drogas”, que tem produzido muitos danos no território. Como traz P2:

A gente não conseguiu reduzir os danos da guerra contra as drogas, porque estão cada vez mais armados e tão cada vez morrendo mais. A gente tá perdendo uma geração inteira” (P2).

Assim, mostra-se latente e urgente a necessidade de enfrentamento dessa questão que impõe limites concretos quando pensamos em práticas para redução de vulnerabilidades, numa lógica Libertadora.

Por fim, esclarece-se aqui que essas diversas concepções e práticas desenvolvidas nesse cenário sob a perspectiva da Redução de Danos foram construídas a partir de seus contextos singulares, com processos sociais específicos, interesses e limites. Assim, como traz, Ayres (2003), “o melhor que temos a fazer é buscar conhecer esses interesses e limites para poder lidar com eles da forma tecnicamente mais produtiva e coerente com nossas referências éticas e políticas”.

## Considerações finais

O presente estudo objetivou analisar sob a perspectiva da Redução de Danos as práticas das redes assistenciais no território da regional 1 direcionadas, as pessoas que fazem uso de drogas. No entanto, com a entrada em campo, a partir do apontamento dos sujeitos de pesquisa, o cenário do estudo foi ampliado, alcançando também as práticas de RD não institucionais desenvolvidas no território.

A análise dessas práticas levou em consideração o olhar e relação que se tinha com o território, os fatores, sob a perspectiva de risco ou vulnerabilidade, que determinavam a relação com as drogas e, assim, maximizavam os danos; e por fim a concepção de Redução de Danos dos sujeitos de pesquisa e as principais características das práticas desenvolvidas.

Dentro desse cenário, então, foi possível perceber, uma grande variedade de práticas, atravessada pelos diferentes discursos. Diferentes práticas e perspectivas, que conviviam inclusive dentro do mesmo equipamento,

Tem-se aí a primeira constatação da pesquisa, a ausência de um alinhamento conceitual acerca da Redução de Danos nas redes assistenciais das políticas públicas nesse território. Dessa forma, a multiplicidade de discursos acerca de tal questão vai produzir uma diversidade de práticas desenvolvidas nesse cenário.

É importante destacar que uma prática não elimina outra e nem é melhor que a outra (AYRES, 2003). Além disso não devemos alimentar que há um modelo melhor ou ideal para tal questão, visto que cada realidade exigirá diferentes práticas.

O entanto, alerta-se para essa multiplicidade visto, em por vezes, ela pode produzir conflitos entre essas perspectivas no serviço, prejudicando à atenção dos sujeitos, submetendo-os a práticas contraditórias que não consigam articular-se em um plano de cuidado singular.

Diante disso, o estudo aponta para a necessidade de promover essas espaços de discussões teórico metodológica no processo de trabalho dos profissionais do serviço, a fim de se produzir um alinhamento mínimo entre esses atores e da atuação dos serviço com as diretrizes previstas na política.

Além disso, ratifica-se aqui a importância de uma proximidade com o território que permita uma maior apropriação e uma atuação mais próxima a ele. Esse conhecimento mais profundo do território possibilitará uma melhor compreensão do

fenômenos do uso de drogas e permitirá que as práticas desenvolvidas nos serviços das redes assistenciais sejam mais condizentes às necessidades desse cenário.

Assim, faz-se importante que esses equipamentos fortaleçam a atuação dentro do território, inclusive em parcerias com projetos e movimentos sociais já atuantes lá. Isso possibilitará maior acesso aos usuários, que por vezes, não acessam os serviços e uma atuação mais pautada na redução das vulnerabilidades, aproximando-se de um viés Libertador.

Sintetizando os principais achados da pesquisa, temos que muitos profissionais ainda percebem o território sob a lógica de risco, reforçando um discurso médico sanitário e o Paradigma Proibicionista. No entanto, cabe ressaltar, que se mostrou predominante o olhar para o território e o fenômeno do uso de drogas, a partir de vulnerabilidades.

Essas percepções acerca das vulnerabilidades, ajudaram então, a compreender o desenvolvimento dessas práticas nos diversos cenários. Dessa forma, apresentamos as principais questões apontadas no estudo.

No contexto da rede Sócio Assistencial, observou-se um distanciamento da temática, por falta de conhecimento e/ou implicação dos profissionais. As ações desse serviço ofertadas para pessoas que tem problemas com uso de drogas, resumiam-se a um apoio às famílias, já previsto na Política de Assistência Social e às atividades de prevenção, que mostravam-se muito incipientes, visto o pouco contato que o serviço tinha com o território. A maior dificuldade declarada por esse serviço era exatamente o acesso aos casos, que era dificultado pelo estigma e de procurar serviço e também por questões de conflitos territoriais, que limitavam a circulação dos indivíduos no território.

No cenário da Atenção Primária em Saúde, vê-se uma potência por alguns profissionais terem uma forte atuação de base comunitária, bem como uma implicação ética com esse território. No entanto, essa postura não é unânime nesse cenário. Dessa forma, as concepções e práticas sob a Perspectiva da Redução de Danos, caminham desde aquelas baseadas em comportamento de risco até uma perspectiva mais libertadora de intervenção a partir das vulnerabilidades do território.

No CAPS AD, chamou atenção, a identificação de um desalinhamento conceitual acerca de Redução de Danos entre os profissionais, produzia-se, assim, uma

multiplicidade de práticas. No entanto, ressalta-se algumas potencialidades como o Grupo de Redução de Danos

Mais uma vez, destaca-se, assim como na APS, que o desenvolvimento de práticas na perspectiva da Redução de Danos, não mostra-se como um direcionamento institucional, por mais que possa estar previsto na política. Mas em geral, vê-se profissionais que são pessoalmente mais implicados e afinados com a temática, envolverem-se diretamente no desenvolvimento dessas práticas.

No cenário do CUCA pode se perceber um maior escopo de ações no campo da Redução de Danos, que se deu pelas possibilidades de oferta que o equipamento dispõe, bem como pelo interesse e compromisso da equipe em construir e fortalecer ações nesse sentido. Percebe-se aí uma vocação do CUCA na perspectiva da Redução de Danos Libertadora, visto que o equipamento, escapa do campo da Saúde e alcança os Direitos Humanos.

Já nos movimentos sociais do território, em especial, das atividades do projeto “Aqui tem sinal de vida”, foi possível perceber um forte protagonismo dos sujeitos do território na construção dessas ações. Além disso, identificou-se práticas criativas e voltadas para a perspectiva comunitária libertadora.

Destaca-se aqui também algumas contradições e desafios para desenvolvimento de práticas voltadas para as pessoas que usam drogas. Desde as condições logísticas e institucionais do serviço, que precarizam a atuação profissional e limitam a possibilidade da equipe no desenvolvimento dessas práticas, fragilizando a atenção aos usuários.

Outro desafio é a relação com a Rede, diante da premissa da Intersetorialidade no campo da Redução de Danos, questiona-se que reais opções de retaguarda assistencial estão disponíveis para os sujeitos que fazem uso de drogas no território? Como falar de ampliação de vida, se as ofertas dos serviços das redes assistenciais estão limitadas?

Dessa forma, não se pode pensar em Redução de Danos na perspectiva Libertadora se não há garantia mínima para que esses serviços possam atuar de forma a atender às necessidades e do território e proporcionar possibilidades concretas de acesso ao cuidado e superação das vulnerabilidades.

Outra questão, bastante vivenciada no território e que implicou diretamente na realização e direcionamento desse estudo, é a forte presença do Crime Organizado no

cenário da pesquisa, que impõe uma forte lógica de controle e regula práticas, comportamentos e relações dos sujeitos. Além disso o fenômeno da violência, sob o olhar a partir das vulnerabilidades, tem interferência direta nos fatores que determinam o uso de drogas e os danos produzidos. Além disso, os conflitos territoriais, por vezes, limitam o acesso dos usuários à Rede e aos seus direitos.

Sabe-se porém que a força do Crime Organizado se dá a medida que há uma maior ausência do Estado em garantir direitos a essa população, desde questões estruturais de moradia até acesso à Educação, Saúde e Assistência Social com qualidade.

Cabe, então, ao Estado pensar em superar essas vulnerabilidades nos territórios, visto que essas têm inferência direta tanto no fenômeno de uso de drogas com na violência.

Por fim, impõe-se o desafio de pensar em construir práticas de Redução de Danos, com base na redução de vulnerabilidades, e sob o viés libertador num contexto de hegemonia ideológica da Guerra às Drogas e num regime capitalista que fortalece às condições de vulnerabilidade do território e a criminalização dos sujeitos, especialmente esses que se encontram na periferia. Questiona-se até que ponto a efetivação dessas práticas de RD será possível diante nesse contexto sócio político.

No entanto, é importante apontar que o estudo apontou também possibilidades inovadoras de atuação, construídas a partir do conhecimento do território e com criatividade dos profissionais das redes assistenciais e atores comunitários. Essas práticas estão além de atividades tradicionais de RD baseadas em risco e visam a transformação desse território.

É importante, então, reconhecer, dar visibilidade e fortalecer ações como essas que consigam responder mais efetivamente à trama de vulnerabilidades desses cenários e produzir novas formas de relações dos sujeitos com a droga e entre si, potencializando, então, estratégias de ampliação da vida nesses territórios.

Faz-se importante apontar aqui, também, dificuldades e facilidades para essa pesquisa. Como mencionado, um desafio encontrado para execução desse estudo foram os conflitos territoriais que foram intensificados nesse cenário durante a pesquisa, o que dificultou o acesso a alguns serviços e, principalmente, aos usuários. Além disso, a transição da gestão do município de Fortaleza, bem como dos profissionais dos



serviços, que iniciaram o desligamento desde o início de novembro de 2016, também atrapalhou a aproximação com os sujeitos de pesquisa.

Como facilidade da pesquisa destacam-se a receptividade da maioria dos serviços e, principalmente, dos atores comunitários que atuavam no território. Além disso, o conhecimento, mesmo que mínimo da rede local contribuiu desde o desenho da pesquisa até seu desenvolvimento.

O estudo alcança seus objetivos, mas abre novas questões que merecem ser aprofundadas. Dentre elas, tem-se a relação entre os serviços das redes assistenciais na perspectiva do cuidado a pessoas que fazem uso de drogas, a interface entre violência e a questão do uso de drogas, e ainda, um aprofundamento das práticas desenvolvidas no território por atores comunitários, que se destacou bastante nessa pesquisa.

Particularmente o estudo proporcionou à pesquisadora, a ampliação do olhar sobre o objeto, a decepção diante do quadro de precarização de alguns serviços das redes assistenciais, mas também a grata surpresa de deparar-se com práticas inovadoras no território mesmo diante de um cenário tão complexo.

Dessa forma, conclui-se essa investigação com novas perguntas, inquietações, afetos e também novas possibilidades de estudo e intervenções nesse campo.

## Referências Bibliográficas

ACSELRAD, Gilberta. Proibicionismo em questão: alternativas. Geopolítica das drogas: textos acadêmicos. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, p. 29-49, 2011.

ALVES, Vânia Sampaio; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. Revista de Direito Sanitário, v. 13, n. 3, p. 9-32, 2013

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências, v. 3, p. 117-140, 2003.

BARBOUR, Rosaline. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARRETO NETO, H.; SILVA, Monica Neves Aguiar da; ENGELMANN, Wilson. Padrões de uso de drogas, vulnerabilidade e autonomia: uma análise jurídico-bioética sobre o art. 28, caput, da lei n. 11.343/2006. In: **Biodireito. XXII Congresso Nacional do Conpedi**. 2013. p. 33-62.

BAQUIT, R. Managing vulnerabilities, reducing risks and caring for harms. In: CLUB HEALTH SAN FRANCISCO, 2013. San Francisco-EUA. Disponível em: <<http://www.cph.org.uk/wp-content/uploads/2013/09/Baquit-Rafael-Managing-vulnerabilities-reducing-risks-and-caring-for-harms.pdf>>

BOLOGNINI, Luciana. O lugar da política de assistência social na atenção as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011.

BOFF, L. Teologia do Cativo e da Libertação. (1ª ed.). São Paulo: Editora Vozes, 1976.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BRASIL, Glaucíria Mota; ALMEIDA, Rosemary de Oliveira; BARREIRA, César; FREITAS, Geovani Jacó de Freitas. Pesquisa Cartografia da Criminalidade e da Violência na cidade de Fortaleza, 2010. Disponível em <http://www.uece.br/covio/index.php/publicacoes/relatorios>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Coordenação Geral de Saúde Mental. Política de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. SINASE- Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Justiça. Plano Crack é possível vencer: enfrentar é um compromisso de todos. Brasília, 2010a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. XII Censo Demográfico. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas: Livreto Epidemiológico- 2013. Disponível em: <<http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Caderno Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília, março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, 2014.

BREAKWELL, G. M. et al. Métodos de pesquisa em Psicologia. Tradução: Felipe Rangel Elizalde. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CARRIER, Nicolas; QUIRON, Bastien. Drogues, santé et société: les logiques de controle de l'usage des drogues illicites. Réduction des risques et des méfaits article thématique / réflexion théorique, n 1, v 2., p. 1-30, 2003.

CIDADE, E.C., MOURA Jr., J. F. & XIMENES, V. M. Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latino-americano. Psicologia Argumento, 30(68), 87-98, 2012.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. Artmed, 2010.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 20, n. 1 (jan. 1999), p. 5-25, 1999.

DE ANDRADE, Tarcísio Mattos. Redução de danos: um novo paradigma?. Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo, p. 87, 2004.

DENZIN, N. K; LINCLIN, Y. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. Tradução: Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde Concepts in social research: links with the field of health services evaluation. *Cad. Saúde Públ*, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.

DUVICQ, Carmen Gloria Fraile; PEREIRA, Náyade Riquelme; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudantes e fatores de proteção e de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. spe, p. 345-351, 2004.

DUSSEL, H. Ética da Libertação na idade da globalização e exclusão. Petropólis: Editora Vozes, 2000.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FERREIRA, R.M.C.; CRUZ, J.F.; MATIAS, M.L. Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas. Departamento de Gestão do SUAS/SNAS/MDS. Brasília, 2011

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Tradução: Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Elize Massard da; BASTOS, Francisco Inácio; ACSELRAD, G. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. Acselrad G, organizador. *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 289-310, 2005.

FONSECA, Elize Massard da. Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros. 2006. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. Desenvolvimento humano, por bairro, em Fortaleza. Fortaleza: SDE, 2014. Disponível em: < [http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u2015/25.02.2014-pesquisa\\_finalizada.pdf](http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u2015/25.02.2014-pesquisa_finalizada.pdf)>. Acesso em 15 de fevereiro de 2016.

FRIZZO, K. R. Diário de campo: reflexões epistemológicas e metodológicas. In: SARRIERA, J. C; SAFORCADA, E. T. (Org.). *Introdução à psicologia comunitária: bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 169-187.

GALLASSI, Andrea; SANTOS, Vagner. O abuso de drogas: desafios e opções para a prática do profissional de saúde no Brasil. *Brasília méd*, v. 50, n. 1, 2013.

GOES, Nara Albuquerque; XIMENES, Verônica Moraes; MOURA JR, James Ferreira. Relações da Psicologia Comunitária com a Libertação a partir da dialética dominação-opressão. *Teoría y Crítica de la Psicología*, n. 6, p. 140-161, 2015.

GOIS, C.W.L. (2005). *Psicologia Comunitária: atividade e consciência*. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire.

GOIS, C.W.L. *Saúde Comunitária: pensar e fazer*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008.

GROULX, L. H. *Contribuições da pesquisa qualitativa à pesquisa social*. Tradução: Ana Cristina Nasser. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2010.

GUARESCHI, P. (Pressupostos epistemológicos implícitos no conceito de libertação. In: R. S. L. Guzzo & F. Lacerda Jr. F. (orgs), *Psicologia Social para a América Latina: o resgate da Psicologia da Libertação*. Campinas: Editora Alínea, 2011.

GUZZO, R.S.L. & LACERDA Jr., F. *Conciencia, vida cotidiana y alienación: Una interpretación a partir de la psicología social y del marxismo*. Teoría y crítica de la psicología, 2(1), 126-147. 2002.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 2010.

LARANJEIRA, Ronaldo. (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

MACHADO, Leticia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. *Drug policies in Brazil: the harm reduction strategy*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas, 2010.

MARLATT, Beatriz Carlini. *Drogas—Mitos e verdades*. 2004.

MARTÍN-BARÓ, I. *El papel del Psicólogo*. *Boletín de Psicología UCA*, 3(17), 99-112. 1985.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro. Hucitec – ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. S. *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*. In: MINHAYO, M. C. S (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MONTANARI, P.M.; *Perfil sócio-ocupacional do trabalhador de saúde mental no município de São Paulo*. *Journal: Saúde Coletiva*, v. 6, n. 27, 2009.

MOTA, Leonardo. Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?. Juruá, 2009.

MONTERO, M. Introducción a la Psicología Comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós. 2004.

MONTERO, M. Hacer para transformar: el método in Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Paidós. 2006.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; ANDREOLI, Sérgio Baxter. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 810-817, 2006.

NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, G.N.; FURLAN, P.G. Co-produção de sujeitos coletivos e diferentes olhares sobre o território. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V. Manual de práticas de atenção básica - saúde ampliada e compartilhada. Aderaldo & Rothshchild Editores Ltda. São Paulo, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev. Saúde Pública [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 43-50. Epub Dec 13, 2011.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. Revista Psicologia & Sociedade, v. 23, n. 1, 2011.

PIVATTO, P. S. Ética da Ateridade. En: Oliveira, M. A. (Eds), Correntes fundamentais da Ética Contemporânea (pp. 79-98). Petropolis, RJ: Vozes, 2000.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Artmed, 2009.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias. A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário. 2013. 231 f. . Tese (Doutorado em em Saúde Coletiva) - Associação AMPLA IES–UECE/UFC/UNIFOR, 2013.

ROSA, Pablo Ornelas. DROGAS E LIBERDADES: PONDERAÇÕES SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS E SUAS GOVERNAMENTALIDADES. Revista Inter-Legere, n. 15, p. 39-60, 2014.

SOTTILI, Rogério; ZYLBERSZTAJN, Joana. DIREITOS HUMANOS E ABORDAGENS AOS USUÁRIOS DE DROGAS.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação em pesquisa**

### *Grupo Focal/ Entrevista*

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NO TERRITÓRIO: POSSIBILIDADES, CONTRADIÇÕES E DESAFIOS, coordenada pela mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da UECE, Nara Albuquerque Goes, que tem como objetivo geral analisar sob a perspectiva da Redução de danos o desenvolvimento de práticas por profissionais das redes assistenciais e usuários relacionadas ao uso de drogas no território. Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: a entrevista semiestruturada e a observação participante. Dessa forma, CONVIDAMOS o(a) senhor(a) a participar da pesquisa respondendo a entrevista e durante a observação participante. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas. Informamos que a pesquisa não trará nenhum risco, prejuízo, dano ou transtorno direto à saúde daqueles que dela participarem. Entretanto o(a) senhor(a) poderá se sentir constrangido ao responder algumas das perguntas que serão realizadas nas entrevistas, ou por estar sendo observado, mas garantimos que todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar ainda que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. A sua participação contribuirá para a compreensão das práticas desenvolvidas no território na perspectiva da Redução de Danos, identificando os fatores que interferem no uso de drogas no território e as periciais ações desenvolvidas pelos serviços. Você não terá nenhum ônus financeiro por participar do estudo, nem será remunerado, porém será ressarcido por custos decorrentes da sua participação no estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando o sigilo do seu nome. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente. Para quaisquer esclarecimentos o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Nara Albuquerque Goes (contato: 85-99992.1373), ou com seu orientador Prof. Paulo Henrique Dias Quinderé (contato: 85-99654.1021). Também o(a) sr(a) poderá obter informações sobre o desenvolvimento da pesquisa no Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Estado do Ceará, telefone 3101.9890. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO Eu, \_\_\_\_\_, após tomar conhecimento dos objetivos da pesquisa, a forma como será realizada a pesquisa, e tendo garantido o sigilo da minha identidade, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Nara Albuquerque Goes - Pesquisadora



### **APÊNDICE B- Roteiro para grupo focal**

- 1- Apresentação inicial dos participantes
- 2- O que vocês entendem sobre redução de danos?
- 3- Existem ações nos serviços da rede e/ou outros cenários do território que reduzam os danos e problemas relacionados ao uso de drogas?
- 4- Como essas ações são construídas e realizadas?
- 5- Que potencialidades ações de Redução de Danos apresentam diante da questão do uso de drogas?
- 6- Quais as dificuldades para efetivar ações de redução de danos no serviço e/ou cenários do território?
- 7- Que resultados as ações na perspectiva da Redução de Danos têm apresentado ou podem apresentar?

## APÊNDICE C- Roteiro de Entrevista

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL (PROFISSIONAL, MOVIMENTO SOCIAL E USUÁRIO)

1.1 Nome

1.2 Idade

1.3 Estado Civil

1.4 Escolaridade

1.5. Profissão

1.6. Segmento de participação da pesquisa

( ) Usuário ( ) Coletivo social no campo das drogas, especificar \_\_\_\_\_

( ) Profissional das redes assistenciais do território, especificar \_\_\_\_\_

1.7. Se profissional. Há quanto tempo atua no serviço?

Qual sua função no serviço?

### 2. PERGUNTAS VOLTADAS PARA O OBJETIVO DA PESQUISA (SEGMENTO PROFISSIONAL E MOVIMENTO SOCIAL)

2.1. Fale sobre o seu cenário e público de atuação (onde atua, qual público, há pessoas que fazem uso de drogas, que apresentam problemas relacionados a isso)

2.2 fale sobre os problemas relacionados ao consumo de drogas nesse cenário. (problemas com o uso, com a comercialização, problemas individuais e coletivos, pontuais ou mais frequentes, etc.)

2.3. Na sua atuação nesse cenário você realiza alguma ação diante da questão do uso de drogas e dos problemas e danos relacionados a ele. Fale sobre elas.

(provocações: qual objetivo? são de cunho individual ou coletiva?; ocorrem no serviço ou no território?; utilizam que metodologia?; quem participa dessa ação?; com que frequência ela ocorre?; e etc.)

2.5. Fale como essas ações realizadas foram construídas? (Provocações: seguiu um modelo? Quem participou da construção? E etc.)

2.6. Fale um pouco sobre as ações de redução de danos que são realizadas no território. (Provocações: O que você entende por redução de danos ao uso de drogas, quais as práticas que são RD na sua compreensão e quais as que não são, como estas ações são implementadas)

2.7. Fale um pouco com os usuários recebem estas ações realizadas no território (provocações: se adequam, criticam, são receptivos etc.)

2.8. Fale sobre o impacto dessas ações de Redução de Danos nos usuários (provocações: percebe alguma mudança? Há mudanças positivas? Mudanças negativas?)

2.9. Fale sobre as dificuldades e facilidades de implementação das ações de Redução de Danos no território.

---

### 2. PERGUNTAS VOLTADAS PARA O OBJETIVO DA PESQUISA (SEGMENTO USUÁRIO/JOVEM)

2.1. Fale sobre o seu território/comunidade onde mora (O que tem de bom? O que tem de ruim? Há conflitos territoriais? Há violência? De que tipo? Há uso de drogas?

2.2. Sobre uso de drogas no seu território/comunidade: Que drogas? Lícitas? Ilícitas? Tipos? Padrões de uso -Frequência, quantidade, qualidade substancia, intensidade uso).

2.3. E você? Faz ou já fez uso de alguma droga (formas de uso, local de uso, estratégias para aproveitar mais a “lombra” e evitar a “Bad”, o que você faz para o que seu uso seja o mais prazeroso possível?)

2.4. Fale sobre os problemas que você percebe o uso de drogas pode trazer (problemas físicos, sociais, com família, nas suas relações, problemas com a comunidade/território, problemas com a polícia e etc.).

2.5. E você? Já teve algum desses problemas pela relação com uso de drogas?

2.6. O que você faz pra se proteger destes problemas?

2.7. Quando você ta com algum problema relacionados ao uso de drogas aonde você vai buscar ajuda, o que faz pra não ter problemas quanto ao uso de drogas?

2.8. Que serviços da rede/projetos sociais/atividades comunitárias você frequenta? Que atividades você participa nesses serviços?

Questões para ir provocando/aprofundando:

Há nesses serviços da rede/projetos sociais/atividades comunitárias alguma ação e/ou atividade que contribua para redução dos problemas ou danos relacionados ao uso de drogas? Como?

Você participou da construção dessas ações? Como você tem contribuído para a realização dessas ações?

Como essas ações que você participa têm contribuído ou não para sua vida e para possíveis mudanças na sua relação com a droga, com você mesmo e com o território?

2.9. O que você entende por redução de danos sobre uso de drogas?

2.10. Tem ações na perspectiva da Redução de Danos estão presentes nos serviços da rede/projetos sociais/atividades comunitárias que você frequenta?

Questões para ir provocando/aprofundando:

Você percebe algumas vantagens/potencialidades dessas ações de Redução de Danos; Que desvantagens/problemas essas ações trazem?

## **APÊNDICE D- Roteiro de Observação**

Tipo de práticas realizadas no serviço e/ou projeto

Metodologia utilizada pelos profissionais e/ou atores comunitários na prática desenvolvida

Forma de abordagem dos profissionais aos usuários

Relação dos profissionais e usuários

Receptividade dos usuários às ações e às abordagens

Participação e implicação dos usuários nas ações propostas

Elementos que dificultem a prática ou abordagem aos

Outras ações e cenas ocorrendo no cenário