

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**CUIDADO COLETIVO EM SAÚDE:
REDUTORES DE DANOS E A SAÚDE COLETIVA**

ANDREI FERNANDES DA ROCHA

PORTO ALEGRE, DEZEMBRO DE 2014.

ANDREI FERNANDES DA ROCHA

**CUIDADO COLETIVO EM SAÚDE:
REDUTORES DE DANOS E A SAÚDE COLETIVA**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim

PORTO ALEGRE, DEZEMBRO DE 2014.

Folha de Aprovação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – COMGRAD COL

AVALIAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Título: Cuidado coletivo em saúde: redutores de danos e a saúde coletiva.

Acadêmico: Andrei Fernandes da Rocha.

Monografia aprovada em: 19 / 12 / 2014.

Professor Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim – Bacharelado em Saúde Coletiva.

Professor Avaliador: Dênis Roberto da Silva Petuco – Consultor sobre políticas públicas e cuidados dirigidos a pessoas que usam álcool e outras drogas, doutorando em ciências sociais na Universidade Federal de Juiz de Fora (a constituição do “campo das drogas” no Brasil), Coordenador do Projeto RoDa Brasil, ABORDA, 2007-2008.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus amigos e amigas do Bacharelado em Saúde Coletiva e a todos os colegas da Coordenação Estadual da Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, que me fizeram ascender e questionar cada vez mais.

Agradeço a toda minha família, amigos e amigas pelo apoio prestado em tempos de potência ou escassez de ideias.

Agradeço ao meu orientador e professor, Dr. Ricardo Burg Ceccim, pela paciência de lidar com um “aluno-problema”.

Agradeço a todos os redutores de danos, em especial a redutora de danos que através de conversas, corroborou minha vontade por seguir este trabalho.

"Não rir nem chorar, mas compreender".
Spinoza

Resumo

A presente produção contempla o Trabalho de Conclusão de Curso, correspondente à graduação em Saúde Coletiva, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo do tipo “caso-reflexão” acerca da Redução de Danos e suas orientações como diretriz do cuidado às pessoas que usam crack e outras drogas. O trabalho é embasado na conversa com uma redutora de danos que fala de suas vivências, trajetória e sentimentos, produzidos a partir deste praticar da atenção em saúde. Este trabalho pretende também lembrar a importância do trabalho do agente redutor de danos para a saúde coletiva e a relevância desta prática nos territórios da vida nas cidades. A Redução de Danos é colocada como abordagem coerente com o conhecimento científico e tarefas profissionais da Saúde Coletiva. Não se trata de um trabalho baseado no método científico, mas na experiência de escuta, no deixar-se afetar pela escuta de uma história. O principal trabalho está nos efeitos de quem escuta, sendo irrelevante a captação de uma história dos fatos ou percursos, senão o ouvir sobre marcas, processos e memórias livres, deixando-se tocar/afetar e, então, narrar. O caso-reflexão é o resultado de uma conversação, experiência intensiva para aquele que conta de si, posto que uma fala desde as vivências, e para aquele que escuta, posto que diante de um “ouvir para sentir”. Trata-se de um trabalho que conta sobre uma história vivida, conta sobre a Redução de Danos e constrói elementos de referência sobre o fazer da saúde coletiva, defendendo a vigência do trabalho profissional de agentes redutores de danos como expressão da política pública de saúde.

Palavras-chave: Redução de Danos, Promoção e Educação da Saúde, Saúde Coletiva, Conversações.

Lista de Siglas

CEAB – Coordenação Estadual da Atenção Básica (Estado do Rio Grande do Sul)

MS – Ministério da Saúde

NASSPLAN – Núcleo de Assessoria e Planejamento

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

PRD – Programa Redutores de Danos

RD – Redução de Danos

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SES/RS – Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	9
Campo problemático	13
<i>Prazeres: Drogas?</i>	13
<i>Prazeres: Redução?</i>	16
Uma breve reflexão sobre drogas e redução de danos	19
Promoção e educação da saúde: a clínica em saúde coletiva	25
Ajustando o foco no agora	28
<i>Intenções</i>	28
<i>Intensidades</i>	28
<i>Plano de estudo</i>	29
Conversações	30
Ator social: com quem converso?	32
<i>Trajetória</i>	34
<i>Dos primeiros usos</i>	34
<i>Dos amores: o príncipe, o marido e o companheiro</i>	35
<i>Do cárcere e da violência policial</i>	36
<i>Do pó viemos, ao pó retornaremos</i>	37
<i>Senhoras e senhores. trago boas novas. eu vi a cara da morte. e ela estava viva – viva... (Cazuza)</i>	38
<i>Uma luz no fim do túnel? A redução de danos</i>	39
<i>A militância</i>	41
<i>O primeiro bip, o presente e seus medos</i>	42
<i>Uma luz no fim do túnel? A redução de danos parte II</i>	44
Conclusões	46
Referências Bibliográficas	47

APRESENTAÇÃO

A presente monografia corresponde ao trabalho de conclusão de curso no Bacharelado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, desenvolvida durante o ano de 2014. Diversos fatores influenciaram a escolha do tema de estudo e a opção pelo foco de exploração ao conhecimento acadêmico. Primeiramente, a vontade de pensar e dissertar sobre a Redução de Danos, nascida das aulas de Promoção e Educação da Saúde, principalmente nas vivências acadêmicas do quinto e sexto semestres, apresentadas pelo professor, hoje orientador deste trabalho, Prof. Ricardo Burg Ceccim, tendo sido o sétimo semestre dedicado inteiramente ao eixo estruturante Promoção, Educação e Vigilância da Saúde no Bacharelado em Saúde Coletiva.

As participações como ouvinte no I Seminário Internacional da Rede Multicêntrica¹; I Encontro Macrorregional de Redução de Danos do Rio Grande do Sul² e Encontro Macrometropolitano de Redução de Danos³ foram fundamentais para o mergulhar em ideias sobre pesquisa e produção de conhecimento nessa esfera. Nos dois eventos tive a oportunidade de presenciar manifestações e ouvir falas muito significativas para mim, de Redutores de Danos como Carlinhos Guarnieri, Dênis Petuco, Domiciano Siqueira e Elissandra Gimenez, entre outros. Esses profissionais trouxeram enriquecimento aos eventos, contando histórias no que tange ao cotidiano de trabalho, experiências e memórias e esclarecendo sobre o conceito da Redução de Danos (RD) como produção de vida e promoção da saúde.

¹ Levando como tema “Políticas Públicas sobre Drogas e Descriminalização do Cuidado”, o I Seminário Internacional da Rede Multicêntrica ocorreu no dia 09 de maio de 2014, no Salão de Atos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre – RS, contando com a presença de mais de 1.000 participantes, entre usuários, estudantes e profissionais da área da saúde. Foi organizado pela Rede Multicêntrica em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Grupo Hospitalar Conceição.

² Levando como tema os “Diálogos sobre a atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas”, o Encontro Macrorregional de Redução de Danos do Rio Grande do Sul ocorreu nos dias 10 e 11 de junho de 2014, no Centro de Eventos do Município de Palmeira das Missões – RS, contando com a presença de Redutores de Danos, estudantes e profissionais dos mais diversos âmbitos da saúde pública. Foi organizado pelo Departamento de Ações em Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde.

³ Levando como tema “A redução de danos como diretriz de atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas – compartilhando práticas de cuidado em liberdade”, o Encontro Macrometropolitano de Redução de Danos ocorreu nos dias 19 e 20 de agosto de 2014, na sede da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS) no município de Porto Alegre – RS, contando com a presença de Redutores de Danos, estudantes e profissionais dos mais diversos âmbitos da saúde pública. Foi organizado pelo Departamento de Ações em Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde.

As frequentes perguntas que fazia a mim mesmo e trazia para a sala de aula ou outros espaços, instigaram a vontade de explorar e movimentar o tema em meu trabalho de conclusão. Como lidar com um tema tão sensível? Alternativas como o afastar o usuário dos centros urbanos, a internação em clínicas particulares, o recurso às comunidades terapêuticas e o modelo de abstinência seriam as únicas resolutivas plausíveis e eficazes na redução do consumo? Como fazer o próprio usuário participar efetivamente da tomada de decisões de sua vida, no que tange às suas necessidades e prazeres diante das drogas? Como enfrentar olhares que se distanciam da realidade e formatam modelos de pensar e agir puramente conservadores e higienistas? Como trabalhar essas questões nos serviços de saúde de saúde pública? Como induzir o usuário à redução do uso de drogas e estimular outras atividades para sua construção pessoal?

A aproximação, a escuta e a escrita das trajetórias dos Redutores de Danos poderiam me ajudar a esclarecer essas inquietações e trazer à tona processos individuais de transformação pessoal, explorando a produção de subjetividade de sujeitos que já tiveram uma afinidade histórica com o próprio uso frequente de substâncias psicoativas. Levar em conta que, a partir do seu exercício com a Redução de Danos, constroem suas vidas e suas funções profissionais usando a droga como dispositivo de uma prática/tecnologia do cuidado em saúde me instigava, ou seja, traçar a narrativa dos redutores de danos, especialmente trazendo à tona o caminho percorrido por eles durante sua trajetória de vida, me vinha como oportunidade de construir seu papel hoje como “militante” do cuidado em saúde e do respeito às singularidades da vida que nos toca viver. Interessei-me por construir visibilidade coletiva, não individual, aos usuários de drogas, desmistificando ou desnaturalizando conceitos e julgamentos em relação aos mesmos, além de estimular o arranjo de perguntas sobre a “promoção e educação da saúde”, “acesso e acolhimento no setor da saúde”, “cuidado e integralidade da atenção de saúde” e “políticas, ações e serviços de interesse da Saúde Pública e Saúde Coletiva”.

Não posso negar que tenho uma admiração para com esses “militantes” do cuidado em saúde. O fato de não ter atuado profissionalmente como Redutor de Danos se torna mero detalhe diante dos fenômenos que essa prática provoca na aprendizagem significativa deste estudante da saúde coletiva. Falo em

“aprendizagem significativa”, pois, baseado nos autores Ceccim e Ferla (2009), levo em consideração a vontade do aluno/aprendiz, seu desafio ao “aprender mais”, a emergência do desejo pulsátil de conhecer sobre um assunto e o desafio de um “ensino problematizador”⁴ que torna o ensinar uma relação horizontal de troca de informações, produção de saberes, formulação de perguntas ou problemas de pensamento, nesse caso, pela Redução de Danos.

Outro fato interessante foi ver como a Redução de Danos reverberou suas ações no Estado do Rio Grande do Sul, que apresenta hoje diversos coletivos organizados de produção da saúde, ocupados com o tema e seu debate, com a construção de redes cuidadoras e de formação para o cuidado, com a descentralização de instâncias de apoio em política de saúde. É o caso dos Programas de Redução de Danos (PRD), que contam com equipes de redutores de danos atuando e produzindo ações em território. Pode-se ressaltar, também, que no ano de 2014 foi instituída a Política de Redução de Danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, de Saúde Mental e de Atenção em DST/Aids, redefinindo a composição das equipes de Redução de Danos, as quais trazem uma definição e entendimento amplo sobre a Redução de Danos e como ela deve ser compreendida nas ações em saúde, no fortalecimento e tensionamento da rede de saúde e seus diversos dispositivos, sua prioridade em desenvolver trabalho com populações específicas e mais vulneráveis quanto ao acesso em saúde.

A vivência que pude realizar quando estagiário na modalidade “Estágio Curricular”, junto ao eixo de Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde, do Bacharelado em Saúde Coletiva, na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), atuando no Departamento de Ações em Saúde, mais precisamente na Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB), foi a de participar do Núcleo de Assessoria e Planejamento (NASSPLAN), núcleo que articula as ações da CEAB com diversos outros setores, pensando nas ações programáticas, espaços de Educação Permanente, articulações entre outras secretarias do estado e apoio aos municípios em diversos assuntos. Esses movimentos de natureza intersetorial

⁴ O “Ensino Problematizador” e a “Aprendizagem Significativa” são bases da Educação Permanente em Saúde, tema constantemente discutido e colocado em prática em diversos espaços institucionais do setor da saúde, tratando-se de uma política nacional estruturante do Sistema Único de Saúde que coloca em evidência “os encontros rizomáticos que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social” (CECCIM e FERLA, 2009).

promoveram minhas articulações com temas ligados a saúde mental, população em situação de rua, direitos humanos e Programa Mais Médicos para o Brasil. Sempre que houvesse a oportunidade de colocar a temática do uso de drogas e/ou Redução de Danos nas rodas de conversa eu o fazia, inclusive participando na qualidade de mediador das apresentações de “relatos de experiência de atenção básica, ciclos vitais, gestão, diversidade e transversalidade” na Mostra Regional de Saúde 2014⁵. Diversos diálogos sobre o tema foram provocados, tensionados e elucidados durante minha estada na SES/RS. Todos os profissionais que atuavam naquele setor me serviram de produção de conhecimento e atravessaram minhas dúvidas e meus posicionamentos.

Da mesma maneira, pude vivenciar, também na modalidade “Estágio Curricular” o eixo Promoção, Educação e Vigilância da Saúde, do Bacharelado em Saúde Coletiva, onde fui incorporado à Escola GHC, mais especificamente no projeto formativo Caminhos do Cuidado, destinado aos Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos em Enfermagem, orientando conhecimentos e práticas relativos a prevenção e controle do uso de crack e outras drogas. Proposto como formação de apoio ao tema da saúde mental na atenção básica, esse projeto formativo pretende trabalhar a educação permanente com profissionais da Atenção Básica, visando desmistificar alguns preconceitos em relação ao uso do crack e outras drogas. Tive a oportunidade acompanhar o manuseio dos processos pedagógicos e a intervenção pela coleta de fatos e fotos, por meio de pequenas entrevistas gravadas com os principais atores envolvidos e pela participação na avaliação de processo.

Por isso, considero este trabalho uma homenagem à Redução de Danos por um de seus admiradores e defensor da mesma como potência de busca por cada vez mais corroborar a integralidade como diretriz do Sistema Único de Saúde. Afirmando que onde estiver um redutor de danos uma pessoa estará cuidada, a Redução de Danos constrói no corpo um olhar ou sensibilidade que vai muito além de alguém ser usuário de droga, interessa-se pela pessoa, sua trajetória, retira a pessoa da condição de objeto para a de um processo de subjetivação. O redutor de danos é um ator social para a rede de encontros que um sistema de saúde pode ser.

⁵ Mostra Regional de Saúde, evento realizado pela Secretaria Estadual da Saúde na Macrorregião Metropolitana, realizada nos dias 25 e 26 de setembro de 2014, em Porto Alegre/RS.

CAMPO PROBLEMÁTICO

A ideia foi construir um referencial por onde navegar no trabalho dissertativo, usando da literatura científica e sobre política de saúde segundo diferentes produções epistemológicas, com autores das ciências sociais e da filosofia, assim como com as produções científicas de diversos profissionais sanitaristas brasileiros. Esses referenciais reflexivos permitem subsidiar de maneira básica (mas não rasa) o conhecimento de questões inerentes ao objeto de estudo desta escrita, a redução de danos. Construir um arcabouço teórico que reproduza o que certos autores apontam como assuntos que circulam tanto no universo da saúde coletiva quanto na sociedade civil como um todo, na conjuntura acadêmica, na potência midiática e nas diversas instituições de assistência social, de saúde e de educação. Entretanto, o desafio maior que escolhi foi ouvir e fazer ouvir os redutores de danos contadores de suas próprias histórias de cuidadores.

Vou apontar, basicamente, em um primeiro momento, a relação estabelecida entre o prazer e o uso de drogas. Logo em seguida, uma breve história da Redução de Danos (RD) e algumas definições que revelam certa ambiguidade de pensamentos sobre a prática da RD. Por fim, uma construção sobre a RD como dispositivo de promoção e educação da saúde por uma clínica em saúde coletiva.

Prazeres: Drogas?

Com o uso do livro intitulado “Las Drogas: Sueños y Razones”, de autoria do cientista social e antropólogo Oriol Romani, e com a leitura de algumas entrevistas do filósofo Michel Foucault em relação ao uso dos prazeres, relacionando corpo e subjetividade, gostaria de fazer um exercício de aproximação entre a busca dos diversos prazeres humanos (sexo, comida, artes etc.) e as drogas. Assinala Michel Foucault (2004) que “se considerarmos, por exemplo, a construção tradicional do prazer, constata-se que os prazeres físicos, ou os prazeres da carne, são sempre a bebida, a comida e o sexo”. Essa limitação, a qual Foucault descreve, demonstra o quão rasa é a nossa percepção e compreensão dos corpos e dos prazeres, deixando o tema das drogas caírem em um discurso simplista entre a liberdade ou a

proibição, sem pensar nas dimensões por onde devemos navegar na compreensão de sua introdução na cultura e na subjetividade como processo de singularização. O interessante seria pensar a dicotomia entre liberdade e proibição de maneira um pouco diferente, ou seja, que as drogas tornam-se “elemento de nossa cultura”. O autor faz uma comparação deleitosa com as drogas e a música, nos dizendo que os dois elementos são intrínsecos de nossa existência como sociedade-cultura e diz que “da mesma forma que há boa música e má música, há boas drogas e más drogas”. Sendo assim, como viver em um mundo sem música ou um mundo sem drogas? Por esta razão, Foucault indica que devemos estudar, experimentar, fabricar boas drogas como acesso ao prazer, justamente em detrimento da produção de prazer físico baseado apenas nas relações sexuais ou nos prazeres da carne. Postula uma forma de criação, de depósito de criatividade, cuja característica estaria naquilo que chama de “dessexualização do prazer”, desconstruindo a hipótese de que o prazer sexual é a base de todos os prazeres.

Prazer, mas o que é isso? E quando o prazer deixa de sê-lo e se encastela no corpo como forma de dor? O uso das drogas ou o uso “problemático” é o divisor entre prazer e dor? O antropólogo Oriol Romaní lança mão da noção de autoatenção para introduzir o tema da prevenção em drogodependências. Romaní destaca que tanto o uso, como os efeitos das drogas são intermediados pela sociedade e pela cultura. O consumo de drogas está presente em todas as sociedades humanas e pertenceria, conforme o antropólogo, ao âmbito da chamada autoatenção, o uso de condutas de alívio ante as sensações de desconforto, aflição, padecimento ou enfermidade. Para o antropólogo, “em sociedades que não contam ou não contaram com especialistas nem instituições pertinentes, este era o único meio de atenção”, já no contemporâneo, em sociedades mais complexas e globalizadas, a autoatenção constitui o primeiro nível de atenção, levado a efeito no interior dos microgrupos de pertencimento. O autor relata que desde princípio dos anos 1980, nas sociedades mais desenvolvidas, estudos demonstram que 70 a 80% da atenção imediata se realiza no nível dos microgrupos, não junto aos especialistas.

A palavra “uso” é evidenciada justamente pelo fato de usarmos constantemente substâncias psicoativas que provocam alguma alteração química ao nosso organismo, porém como tática - muitas vezes subjetiva, ou sem que possamos

perceber – de algum “alívio terapêutico autônomo”, resultado da droga consumida. Quando o uso torna-se problemático, partimos para outro patamar: para o patamar da atenção profissional ao usuário e a intervenção relativa aos seus modos de uso. Para a atenção que admita a relação problemática construída partir da apreciação do usuário, seu relato de “problemas” com o uso e sobre a autoatenção de que fazia uso, um profissional, um coletivo de trabalho em equipe ou um serviço específico é solicitado. O microgrupo de pertencimento e a rede de apoio mútuo são demandados, a subjetividade é convidada tanto às conexões inéditas, como à revisão das relações sociais atuais.

Michel Foucault (2006) argumenta que os gregos lidavam com seu uso dos prazeres, principalmente voltado ao comportamento do exercício da sexualidade. Concebiam antes a noção de moderação que a de abstinência. A abstinência não fazia sentido algum ao prazer. A ideia médica posta na instrução dos cidadãos em relação aos prazeres era como uma *dietética dos prazeres* (FOUCAULT, apud PETUCO, 2007). Na relação dos indivíduos com o próprio corpo, a definição de um regime para a atividade sexual (quando e como é favorável e adequada) representa um regime de imposição à gestão da vida e da saúde. Para o pensamento grego clássico existe uma força, no corpo, instituinte na busca por sempre encontrar o prazer de alguma maneira. Ao contrário do que pensa a doutrina cristã, o modo com que os gregos lidavam com essa força é dada por uma “natureza virtualmente excessiva”. A questão moral consistirá em saber de que maneira enfrentá-la, de que maneira dominá-la, de que maneira controlá-la, sem abdicar da autonomia de gestar o poder sobre essa força e garantir a economia conveniente sobre a mesma. O prazer para os gregos não era visto como algo que desconstruísse a moral e seu domínio não era visto como algo que pudesse ser freado, mas justamente a capacidade de “exercer o cuidado de si” (FOUCAULT, 2006). Podemos dizer que prazer e autoatenção estão relacionados na condição de um cuidado de si, orientado por um regime autônomo do uso dos prazeres.

As drogas são vistas como problemas sociais, de saúde pública, um problema moral e percebe-se uma grande necessidade de *intervir* sobre esse problema. Nessa linha de definição se constrói, em muitos casos, uma certa *afobação*, uma *agonia* para que haja uma intervenção de controle sobre o uso das drogas e se deixa de lado a

reflexão social, econômica ou política onde contextualmente se insere. Como mudar o mundo, sem antes tentar entendê-lo? A questão aqui não é julgar o que ocorre com as drogas, mas entendê-las como universo, como mundo, entender seus atravessamentos e suas relações sociais, para então partir para a noção de Chomsky (2011) ao dizer: “se queremos com mais força mudar o mundo, vamos entendê-lo”⁶. Romaní (1999) aponta que “se quisermos entender o que se passa e ter uma certa capacidade de intervenção, não podemos contentar-nos em seguir os pressupostos e os estereótipos dominantes sobre um tema”. As drogas, antes de um objeto direto da busca pelo prazer ou pelo alívio cotidiano ou esporádico, acabam ganhando terreno nas diversas esferas de conhecimento, constituem um fenômeno social global, representam o atravessamento de “uma série de condicionantes e processos materiais e simbólicos”.

Prazeres: Redução?

Quebrar a lógica de que a abstinência é a única solução e o único objetivo a ser alcançado na luta por uma sociedade saudável é uma das ações na ruptura do paradigma higienista e conservador que leva em consideração apenas a moral e a religiosidade como mecanismos de organização social, negligenciando outros aspectos como a dimensão afetiva, a dimensão orgânica e a implicação política das oportunidades de vida, experimentação do prazer, vivência de aflições, desconfortos e padecimentos. Trazer a abordagem da Redução de Danos como uma perspectiva cuidadora na promoção e educação da saúde é dar concretude e existência à participação de cada usuário na recomposição de sua vida, sempre estimulando a sua autonomia e o seu engajamento, não a imposição de um “estilo de vida saudável”, preexistente ao encontro com sua história, necessidades e desafios de sobrevivência material e afetiva. A saúde pode ser um dispositivo de

⁶ Noam Chomsky inverte a frase de Marx, citada por ele (“a tarefa não é somente entender o mundo, mas transformá-lo”), ao analisar os movimentos Ocupa, como ocorrido em Ocupar Wall Street, de 2011. Diz o linguista: “não se pode lançar iniciativas significativas sem uma ampla e ativa base popular. (...) Organizar uma base (...) implica educação e ativismo. Educar as pessoas não significa dizer em que acreditar; significa aprender dela e com ela”. O entendimento, “(...) isso não significa escutar uma palestra ou ler um livro, embora essas coisas às vezes ajudem. Aprende-se a participar. Aprende-se com os demais. Aprende-se com as pessoas com quem se quer organizar”. Chomsky conclui que “todos temos de alcançar conhecimentos e experiências para formular e implementar ideias” (CHOMSKY, 2011).

autoconhecimento do seu processo saúde/doença, não precisa ser a imposição de um regime moral do prazer.

É interessante trazer a abordagem com que é preconizada a Política Nacional para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas, no que tange à Redução de Danos: reconhecer cada usuário “em suas singularidades”, traçar com ele estratégias que estejam voltadas “não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida”. A “redução de danos” aparece como sugestão de abordagem metodológica, caminho de aproximação e interferência, não a prescrição de uma terapêutica ou cura. Nesse sentido, abordagem não excludente de outras, mas o “tratamento” vem como aumento do grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, portanto, o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, onde os profissionais se tornariam corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos na vida daquele usuário, “reconhecendo as muitas vidas que a ele se ligam e que nele se expressam” (BRASIL, 2004).

Por esta lógica, a Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Não estabelecer a diminuição do consumo como condição de acesso à rede de serviços e não exigir a abstinência a priori, mas buscar o protagonismo da pessoa que usa drogas, fundamentar-se nos Direitos Humanos e “considerar o exercício da liberdade, os modos de viver e trabalhar, a saúde como produção e determinação social, convergindo com a posição ética e compreensiva proposta pela Saúde Coletiva” (SIQUEIRA e MAYER, 2010). Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, numa perspectiva da rede social de cuidados mútuos e especializados. Inclui conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e suas redes sociais e afetivas. Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de risco – sociais econômicos e de saúde – bem como a potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida (SIQUEIRA e MAYER, 2010).

Petuco e Medeiros (2010) apontam três grandes contribuições da RD para o campo dos cuidados dirigidos a pessoas que usam álcool e outras drogas. A primeira a não exigência da abstinência como condição ao tratamento ou à cura; a segunda a importância da abrangência participativa dos usuários de drogas, não apenas na

relação micro de serviços e práticas, mas na relação macro de discussão das políticas de drogas como um todo; e a terceira, por fim, o trabalho de campo executado no território, nos locais e horários em que é possível encontrar as pessoas que usam drogas, em pleno uso.

A abordagem, o encontro e como lidar com as diversas singularidades reveladas pelos usuários requer estratégias potentes de quem se identifica com a prática. Ana Cristina Figueiredo, quando fala em projeto terapêutico, fala-nos que em vez de nos perguntarmos sobre o que podemos fazer com aqueles em sofrimento psíquico, a pergunta deveria ser feita de outro modo: o que eles podem fazer para sair de tal ou qual situação com nosso suporte. Isso significaria dizer que “temos que suportar, no sentido mais radical da palavra, as ações do sujeito e chamá-lo a sua responsabilidade a cada ato” (FIGUEIREDO, 2004). Neste sentido, a escuta é sempre ativa transformando quem fala e também quem escuta.

Os usuários precisam ser cuidados e não criminalizados, abrir seu acesso aos serviços e não provocar estigmas ou negar guarida às suas histórias particulares. Não os movimentos de uma produção higienista em saúde, mas levar em consideração, para o cuidado, tratamento e escuta a noção de “uso problemático” (o que precisa de cuidado, tratamento, escuta?). Nas práticas cotidianas de quem lida com essa população, ao invés de se valer de pregação moral, da demonização das drogas e dos usuários e lhe “empurrar” a abstinência como modo de “reconstruir a vida”, uma outra maneira, mais democrática de construir vínculos e produzir saúde. Em muitos casos é deixar de lançar um olhar apenas para a droga e nada mais do que isso, para ofertar outros mecanismos que possam produzir o prazer no corpo. Não tenho dúvida de que um profissional que leva a Redução de Danos como diretriz para o cuidado sabe problematizar, juntamente com o usuário, fontes de produção de prazer.

UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS

O pensamento clássico sobre “reduzir danos” pode ser encontrado em como os gregos lidavam e tratavam com exercícios físicos, saúde e cuidados, que resultavam em certo modo de ser e estar no mundo. Para eles, a abstinência gerava certa submissão. Foucault nos mostra como o prazer foi visto como uma teoria do desejo e, nesse sentido, alvo de progressiva e sistemática repressão. O corpo humano, de beleza e prazer, passa a alvo de repressão, devendo manter-se hígido, longe de pecados e da sujeira mundana. Na submissão dos corpos, deve-se aprender a abstenção de bebidas alcoólicas e outras drogas prejudiciais, proteger-se da imoralidade sexual e reprimir o prazer.

A primeira experiência mundial com a Redução de Danos vem dos anos 1920, na Inglaterra. Fonseca (2005) relata que “a estratégia de reduzir os danos causados pelo uso de drogas teve origem na Inglaterra e se consolidou, em 1926, com a publicação do Relatório Rolleston”. Sir Humphry Davy Rolleston, conforme Petuco (2014), era médico e fora chamado a coordenar o Comitê, criado em 1924 para o estudo sobre o uso da morfina, adição por heroína e efeitos dos demais opiáceos. Em 1926, Rolleston apresentou o Rolleston Report que para muitos é “a certidão de nascimento da Redução de Danos”, informa Dênis Petuco, estudioso do tema no Brasil. Rolleston havia sido presidente da Sociedade Médica de Londres e da Sociedade Real de Medicina. De 1922 a 1924 foi presidente do Colégio Real de Médicos e em 1924 formou e presidiu o Comitê Rolleston. Rolleston considerava a dependência das drogas um problema médico crônico, uma questão de saúde e tratamento médico (DRUKER, 1998).

O Rolleston Report regulamentou a prescrição de opiáceos como a morfina e a heroína pelos médicos, incluiu sua prescrição na abordagem redutora de danos e terapêutica nas adições por opiáceos, conforme Trevor Bennett. O entendimento era de que a dependência não devia ser vista como crime, culpa ou ofensa, mas um problema médico, cujo tratamento precisava “desmame”, não a abstinência completa (BENNETT, 1988). Os dependentes deveriam buscar os centros de saúde e os médicos apropriados para obter sua prescrição, orientação de uso e inclusão nos programas de acompanhamento. Bennet cita o Relatório: a prescrição de heroína e morfina para adictos compunha o tratamento médico, podendo ter em vista tanto a

redução gradual do consumo, como a manutenção prolongada ou indefinida, sempre que a completa retirada da droga produzisse sérios sintomas que não pudessem ser tratados satisfatoriamente sob as condições práticas conhecidas. A prescrição médica de morfina ou heroína estava indicada para todos aqueles que pudessem conduzir uma vida normal e útil para a sociedade, desde que usassem uma certa quantidade, geralmente pequena, de sua droga de dependência (BENNET, 1988). Essa orientação, conhecida como Era Rolleston, durou até os anos 1940.

Domiciano Siqueira (2013) insere nesta revisão da história “inaugural” os primeiros serviços cujo perfil relacionam clínica médica, saúde pública e saúde mental, do tipo “havia um serviço...” cujo acesso pelos profissionais obrigava passar por um grupo de moradores de rua, usuários de heroína injetável, teria despertado a motivação por um atendimento diferenciado: proteger sua saúde e condições de vida pelo uso da heroína na própria unidade de saúde, controlando seus efeitos e riscos. Os usuários que ali fossem receberiam instrução de assepsia com injetáveis, o direito de tomar um banho, lavar suas roupas e conversar com os profissionais.

Na década de 1980 a cidade de Amsterdã inicia a primeira experiência com a “troca de seringas” para usuários de drogas injetáveis, uma maneira de reduzir a transmissão de enfermidades e reduzir mortes, assim como reduzir as consequências dos territórios de clandestinidade. Na década de 1990, os Estados Unidos da América implantaram diversos programas de troca de seringas, verificando um crescimento exponencial, a cada ano, de usuários que passavam a recorrer a tais recursos. O que também serviu para que os opositores sugerissem como aumento no consumo (FONSECA e BASTOS, 2005). No Canadá, nos anos 2000, surgiram as salas de uso seguro ou uso supervisionado, ampliando a experiência da Suíça, onde era possível obter equipamentos esterilizados, aprender sobre condutas de assepsia e obter atendimento em casos de uso abusivo. Na Espanha e na Holanda foram criados os clubes de uso para a maconha.

Os objetivos de todos esses programas envolviam a troca de seringas usadas por seringas esterilizadas, a redução do compartilhamento dos instrumentos não esterilizados para injeção, a redução da veiculação de doenças transmissíveis pelo sangue contaminado, a redução do uso de drogas injetáveis, a redução do uso de drogas na rua, a redução do uso de drogas de um modo geral e o alcance da

abstinência, se assim o usuário escolhesse.

A primeira experiência em RD aportou no Brasil no ano de 1989 com uma proposta baseada na troca de seringas implantada pela Prefeitura Municipal de Santos, em São Paulo, tendo como secretário municipal de saúde o sanitarista brasileiro David Capistrano Filho. Em 1997 foi criada a Aborda – Associação Brasileira de Redutores de Danos (uma associação de usuários e ex-usuários de drogas) e foram criadas as redes brasileira e latino-americana de redução de danos, a Relard – Rede Latino-Americana de Redutores de Danos e a Reduc – Rede Brasileira de Redução de Danos.

As ações de redução de danos foram regulamentadas por lei em São Paulo (Lei Estadual nº 9.758/97), em Santa Catarina (Lei Estadual nº 11.063/98), no Rio Grande do Sul (Lei Estadual nº 11.562/00) e no Mato Grosso do Sul (Lei Estadual nº 2.404/01), leis que trazem para o setor da saúde a proteção e defesa da vida dos usuários, entendendo as circunstâncias, subjetivas, sociais e econômicas implicadas, enfatizando a necessidade de uma abordagem de saúde pública (FONSECA e BASTOS, 2005).

Na pequena historicização que trago, o termo “droga”, segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), tem origem na palavra “drogg”, proveniente do holandês antigo, cujo significado é folha seca. Esta denominação é devida ao fato de, antigamente, quase todos os medicamentos utilizarem vegetais em sua composição. Atualmente, porém, o termo droga, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tenha a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento.

Romaní (1999) traz a existência de uma grande quantidade de indícios, tanto históricos como etnográficos, que nos permitem afirmar que distintas sociedades humanas tenham conhecido e utilizado, desde seus princípios até os momentos atuais diferentes tipos de drogas. A busca é dada por diversos artefatos que propõem diferentes sensações, seja para sedar, estimular, aliviar a dor, experimentar novas percepções, experimentar sensações agradáveis, alterar o estado de ânimo, alucinar etc.. As experimentações com o corpo e a mente acompanham a existência

humana como uma prática inerente da evolução. O uso das drogas é reconhecido como uma “prática universal que se inter-relaciona em complexas formas, substâncias, sujeitos e contextos socioculturais, e afetam muitos aspectos da vida diária das pessoas deste mundo”. Podemos perceber a distância nas definições citadas e o fato curioso de a OMS não citar em nenhum momento a palavra “prazer”.

Segundo Ceccim *et al.* (2002), o usuário de drogas é visto na nossa sociedade como uma pessoa improdutiva, “marginal”, fora-da-lei e pouco confiável. O preconceito e o estigma atravessam esses indivíduos e os colocam à parte da categorização do que é o “normal” dentro de uma sociedade. Goffman (1975) nos diz que o estigma é estabelecido a partir desta lógica social, onde são dadas identidades virtuais às pessoas não previstas nessas categorias, as quais são tidas como estranhas. Sendo assim, se estabelece uma lógica de afastamento, de estranhamento de quem precisa ser cuidado e é criado um raciocínio perverso de que “não dá para ajudar um usuário de droga e só estaríamos ajudando realmente quando ele resolvesse parar de usar a droga” (CECCIM *et al.* 2002).

Ceccim *et al.* (2002) descontroem o modo unitário nos modos de uso das drogas quando afirmam que nem todo o uso é problemático. Existiriam o uso recreativo, o uso diário de maneira leve, o uso excessivo e o uso problemático, que se relacionam como modos mais controlados e prazerosos com que o sujeito lida com as drogas sem afetar, de modo considerável, seu cotidiano de trabalho, estudo e relações pessoais ou usos mais danosos a que as pessoas podem desejar abandonar ou obter uma gestão ponderada no uso. Quando o usuário constrói potência autônoma de seus prazeres, geralmente não precisa de alguma intervenção externa. Entretanto, existe o uso crônico “a partir do qual a pessoa passa a priorizar o uso da droga e deixa de lado tudo que antes lhe era importante, como o trabalho, a família, a dignidade e a credibilidade” (Ceccim *at al*, 2002). É para esse “sujeito do uso crônico”, de uso problemático ou de uso dependente que volto meu olhar e procuro conhecer um tanto mais sobre a Redução de Danos.

Romaní diz que a “drogodependência” consiste em um conjunto de processos por meio dos quais expressam-se certos “mal-estares”, com incidência negativa, ou não, sobre o indivíduo e que podem apresentar diversas causas, porém cujo sintoma principal seria a “organização do conjunto da vida cotidiana (...) ao redor do

consumo, mais compulsivo, de determinada droga”. Segundo o autor, esse estilo de uso pode ser dado tanto por drogas não lícitas, como a heroína, a cocaína, a maconha, o crack etc., quanto as lícitas, como o tabaco, os medicamentos anfetaminados, o álcool, os ansiolíticos, os barbitúricos, a cafeína etc.

Nessa lógica, é relevante trazer que existem dois pesos e duas medidas para a dicotomia das drogas entre lícitas e ilícitas. O estigma e o preconceito são as características mais frequentes, ligadas às drogas ilícitas, um contexto baseado na proibição penal, no narcotráfico, no vício, na miséria, na violência, no crime organizado. Por outro lado, temos nas drogas lícitas, o tabaco ou mesmo bebidas alcólicas, tanto destiladas (whisky, vodca, cachaça etc.), quanto fermentadas (cerveja, vinho e champanhe), um contexto patrocinado e promovido pela mídia como prazeroso e belo (televisão, cinema, outdoors, rádio, jornais e revistas), ou seja, um lado positivo às drogas. Bebidas alcólicas são apresentadas como boas e relacionadas às situações de felicidade, alegria, aceitação social etc. (GORGULHO, 2004).

É inevitável constatar o fato epidemiológico de que uma droga não institucionalizada, como o álcool e o tabaco trazem diversos danos à saúde pública. Nesses casos, acaba-se fechando os olhos para os problemas decorrentes dessas drogas – justamente por serem lícitas e por movimentarem um “mercado legítimo” – em detrimento das drogas ilícitas, fazendo com que as mesmas atraiam uma atenção maior para as políticas públicas de natureza repressiva. É nessa diferenciação que residem os males característicos da deturpação de uma droga à outra. Gorgulho (2004) corrobora quando diz que a “divisão entre substâncias legais e ilegais cria uma atitude favorável às legais e uma supervalorização da importância das outras”.

Pensa-se muito que as drogas foram o estopim da pobreza, da desgraça e do vício. Esses modos de subjetivação traduzem o que é produzido na sociedade de maneira escancarada: o medo. O medo que transforma o crack em epidemia, um medo que dá nome e estigma como “cracolândia” para bairros, quarteirões, praças e parques. O medo que diz de uma “Guerra às Drogas”, expressão que mostra um mal a ser eliminado, extirpado, se dirige aos consumidores, aos usuários, pois apresentados como alvo das informações, das medidas proibicionistas, das medidas de segregação e de medicalização. Hart (2013) adverte sobre uma “histeria emocional”

presente no lidar com o tema no contemporâneo, decorrente da deturpação das informações a respeito das drogas ilegais. Aponta que esse pensamento “encobre os verdadeiros problemas enfrentados pelas pessoas marginalizadas, o que contribui para graves equívocos na utilização de recursos públicos bastante limitados”. Hart afirma que a pobreza existiu muito antes do álcool, do crack, da cocaína, da maconha etc. e que não devemos pensar a respeito das drogas em termos de “magia” ou “demonização” sem fundamento em fatos comprovados e que essa ideia errônea levou a uma situação na qual “prevalece o objetivo absurdo de eliminar o uso de drogas ilegais a qualquer custo, independente do preço que isso representa para os grupos marginalizados”.

Após esta breve percorrida sobre o universo das drogas e da Redução de Danos, existem algumas constatações a serem feitas como a complexidade de lidar com esta temática. Ao olhar para as drogas, tento não olhar apenas para a substância ou o desencadeamento de seus efeitos físicos sobre os indivíduos, começo ver na microfísica de suas relações com a moral, com a ética, com as relações de prazer, no seu desenvolvimento social e no cinismo da dicotomia “lícita x ilícita”, o fenômeno da automedicação e certamente outros atravessamentos em que este “mergulho” pode e poderá me proporcionar. Sendo assim, acredito ser de uma maneira lúcida que me aproximo da complexidade das drogas. Trago uma frase elucidativa, escrita no século XVI, pelo médico suíço Paracelso Theophrastus von Hohenheim: “todas as coisas possuem veneno, e não há nada que não o tenha. Somente depende da dose que o veneno seja veneno ou não”.

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO DA SAÚDE: A CLÍNICA EM SAÚDE COLETIVA

A integralidade é entendida como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde – SUS, assim como preconiza a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), construindo uma proposta de sistema que alcance todas as diversidades, dificuldades e vulnerabilidades produzidas pela sociedade. Também temos na Política Nacional de Atenção Básica a *integralidade* marcada como diretriz para a atenção nas práticas do cuidado das pessoas (BRASIL, 2012). A Redução de Danos, como ideia por uma diretriz ao cuidado, não pretende se ocupar de determinado grupo ou extrato da sociedade e, sim, ser aplicada como atravessamento de vida, apesar de encontrarmos a RD de forma mais instrumental no território em que se apresentam múltiplas vulnerabilidades. Nesse caso, a RD além do viés da integralidade, aporta muitas características da equidade em saúde, na qual é caracterizada como um pilar de sustentação da ética e da justiça, que mergulha profundamente no universo dos sistemas de saúde e nasce na concepção de reduzir as iniquidades.

Em geral se pensa que a saúde coletiva não atua como clínica ou não faz acontecer a clínica. Em algum sentido, se admite a saúde coletiva como um meio de se fazer a gestão da clínica ou de espaços onde ela aparece com maior prática ou potência. Minha ideia aqui é romper essas insinuações e propor que a saúde coletiva se efetiva também em certo tipo de clínica. Temos na Saúde Coletiva o “levar em conta a diversidade e a especificidade dos grupos populacionais e as individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representar o processo saúde-doença” (PAIM, 1980).

O “clínica” em saúde coletiva é evidenciado na Promoção e Educação da Saúde, onde se pensa uma clínica coletiva, clínica no coletivo ou uma clínica do território, dos microgrupos, práticas coletivas com interesse no cuidado ou na atenção que resulta em melhor estado de saúde. Essa prática pretende estimular as produções de vida a serem potencializadas nos indivíduos, porém não tendo em vista o tratamento pontual ou estruturado sobre enfermidades específicas e claramente descritas em processos fisiopatológicos, neuropsicológicos ou anatomoclínicos. Segundo Campos (2003), a saúde “não é objeto da Saúde Coletiva ou da Clínica”, assim, em dissociação. Essa dissociação faz parte de preservar as duas vertentes um olhar orientado pela doença ou pela possibilidade de adoecer. Isso ocorre pelo

esforço de definir e delimitar cada finalidade a defender ou edificar, mas a saúde é o que escapa, é o inapreensível. Sendo assim, a “saúde é um objetivo que se persegue” (CAMPOS, 2007), não o que se alcança, precisa ser construída com as sobras de cada dia, com as matérias de cada dia, com as aflições de cada dia.

Para Czeresnia (2003), o conceito de Promoção da Saúde difere do conceito de Prevenção das Doenças. A autora revisa autores clássicos como Hugh Rodman Leavell e Edwin Gurney Clark (Leavell & Clark, Medicina preventiva e a abordagem epidemiológica), escalonando a intervenção em saúde da promoção à reabilitação ou Milton Terris (Terris, Escopo e método em epidemiologia), assinalando a intersectorialidade. Para Leavell e Clark, a promoção da saúde está representada pelas medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”. Para Terris, a promoção da saúde demanda uma abordagem intersectorial por envolver a transformação das condições de vida e trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde. A autora confirma que a promoção da saúde é dada por um conjunto de atravessamentos impactantes no tecer da qualidade de vida. Gerar vida envolve o fortalecer da capacidade individual e coletiva para lidar com os múltiplos fatores que condicionam e determinam a vida.

Trabalhar a partir do olhar da vulnerabilidade evidencia a prática do sanitarista tanto no âmbito da gestão do cuidado e alinhamento de políticas públicas, como na construção de Projetos Terapêuticos Singulares. A noção de vulnerabilidade traz uma quebra no paradigma conceitual sobre a questão dos “grupos de risco”, presentes em certo tipo de saúde coletiva, que não só estigmatizava perfis e personalidades de usuários em identidades precisas e diferenciadas por preconceito, como responsabilizava ou culpabilizava usuários por seus estados de saúde. O campo da promoção e educação da saúde constitui eixo estruturante da formação no bacharelado em Saúde Coletiva, aportando saberes identificados com as noções de “encontro”, “itinerário terapêutico”, “abordagem coletiva” e “grupalidade”, por exemplo.

Czeresnia (2003) nos traz que a “consciência prática do limite do conhecimento acarreta que não se tenha a pretensão de encontrar uma nova teoria científica que possa formular um discurso unificador de todas as dimensões que envolvem a

saúde”. Lembra-nos que “promover saúde envolve escolha e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor”, que a promoção da saúde “vincula-se a processos que não se expressam por conceitos precisos e facilmente medidos”.

Termos como “vulnerabilidade” ou “potência de vida” (ou mesmo “*empowerment*”) vêm emergindo cada vez mais no contexto das propostas de promoção e educação da saúde, sendo desenvolvidos e utilizados no esforço de promover saúde como algo distinto da prevenção e tratamento de doenças. A promoção e educação da saúde, acompanhado o raciocínio de Czeresnia (2003), permite “abordagens transdisciplinares, articulando-se a conceitos de outras áreas”, como permite abrir “múltiplas significações” que emergem da consideração da subjetividade e singularidade “dos acontecimentos individuais e coletivos de saúde”. Czeresnia quer dizer que a vulnerabilidade social permite penetrar nas questões coletivas e individuais da saúde. Assim como o resgate da potência em contextos sociais adversos deve levar em conta a produção de uma escuta ampliada das condições socioeconômicas, psicológicas, patológicas, existenciais e de engajamento histórico e político. Talvez aplicar certo teor desse conceito nas práticas de acesso e acolhimento, como de desenvolvimento da autonomia dos usuários leve a uma clínica da promoção e educação da saúde para modificar o cotidiano e estimular o “perseguir a saúde” de coletivos plurais na sociedade, junto aos microgrupos de pertencimento e grupos populacionais variados. Bem como alinhar essa construção de uma “clínica” alinhada com a prática ou o pensar da Redução de Danos.

AJUSTANDO O FOCO NO AGORA

Definir o foco no qual vou atuar é algo complexo. Poderia focar a droga e como ela se relaciona com os fenômenos sociais da sociedade, bem como focar apenas na Redução de Danos como diretriz do cuidado ou mesmo poderia focar apenas na função que os redutores de danos apresentam durante seu cotidiano e seus métodos de trabalho. Me proponho a uma tecelagem ou costura desses pensamentos metodológicos. Perder o foco é algo muito comum no campo complexo das pesquisas sociais, por isso o trabalho do pensamento é o que não pode ser perdido. Um trabalho de pensamento, mais que um trabalho científico, pura e simplesmente serve a que façamos com ele “travessias de estados sensíveis, que embora reais são invisíveis e indizíveis, para o visível e o dizível” (ROLNIK, apud FEUERWERKER, 2014). Para Suely Rolnik, “o pensamento, neste sentido, está a serviço da vida em sua potência criadora” (ROLNIK, apud FEUERWERKER, 2014).

Para apontar o foco, subdivido-o em “intenções” e “intensidades”, explorando o exercício de um aprendiz da escrita “significativa” e também apresentando os aprendizados alavancados durante o processo de construção do trabalho pelo contato com os redutores de danos e sua ação de saúde coletiva.

Intenções

Explorar aspectos da trajetória de atores sociais ocupados com a Redução de Danos, constituindo uma memória subjetiva por meio da escuta de vivências e histórias.

Intensidades

Permitir, no corpo, a escuta e deixá-la reverberar. Escrever desde esse lugar, um pouco desde quem fala, um pouco desde quem escuta. Feuerwerker (2014) quando cita Maturana diz que todo aprendizado é traduzido a partir da vida e que todos vivemos em constante produção de vivências e saberes, inclusive os seres

unicelulares, como no caso das amebas, que somente sobrevivem porque aprendem e mudam de acordo com as características de mundo. Rolnik (1995) traduz que o que força o ser à produção de pensamento é “o mal-estar que nos invade quando forças do ambiente em que vivemos (e que são a própria consistência de nossa subjetividade), formam novas combinações, promovendo diferenças de estado sensível em relação aos estados que conhecíamos e nos quais nos situávamos” (RONILK, apud FEUERWERKER, 2014).

A aproximação, a escuta e a escrita das trajetórias dos Redutores de Danos devem me ajudar a esclarecer essas inquietações e trazer à tona processos individuais de transformações pessoais, explorando a produção de subjetividades de sujeitos que já tiveram uma afinidade histórica com o próprio uso frequente de substâncias psicoativas. Levo em conta que, a partir do seu exercício com a Redução de Danos, constroem suas vidas e suas funções profissionais usando a droga como dispositivo de uma prática/tecnologia do cuidado em saúde, ou seja, traçar a narrativa de redutores de danos, especialmente trazendo à tona o caminho percorrido durante sua trajetória de vida e como vieram a construir seu papel hoje como militantes do cuidado em saúde.

Plano de estudo

- Ouvir, conhecer, compreender a narrativa de vida de uma trabalhadora na Redução de Danos, perguntando sua trajetória, sem roteiro, apenas uma conversa;
- colocar em prática o exercício da alteridade, ouvindo e me compondo como parte daquilo que quero saber;
- ensejar a RD como estratégia para a quebra de paradigmas higienistas e conservadores;
- corroborar a RD como tecnologia da Promoção e Educação da Saúde;
- demonstrar a autonomia do sujeito perante seus prazeres; e
- assinalar o cuidado coletivo em saúde presente na atuação dos redutores de danos e enunciar, por isso mesmo, uma clínica da saúde coletiva.

CONVERSAÇÕES

Para Almeida (2011) o pensar da produção de conversas é o pensar no “partilhar com” e colocar em prática o sentido potente da alteridade, mergulhar no olhar do outro, viver temporariamente o mundo de certo sujeito. Para a autora, “é preciso deixar que uma conversa possa contaminar nossos corpos e colocar nossas verdades em suspenso”. Uma troca através de palavras potencializa e estimula a própria busca pelo conhecimento. O conhecimento da vida e das práticas cotidianas de se fazer vida. Um bate-papo tem quase nada de permanente, ou seja, “conversar é saber que vivemos e morremos a todo instante”.

As conversas são tecidas pelo “levar da carruagem”, sendo confeccionadas por uma pergunta ulterior, sem roteiro, como geralmente acontece no início de uma roda, no primeiro dia de aula ou na entrevista clínica. Assim, sem um roteiro de perguntas, não me limito à lógica estruturada de elaboração daquilo que a pessoa deva me dizer, que eu devo perguntar, o que os leitores devem vir a saber. Na verdade, o estímulo ou o interesse de falar parte do próprio contador, a narrativa serve a si mesmo, como serve àquele que escuta ou que a lerá. Para conversar com a trabalhadora da redução de danos, dou seguimento aos encontros que tenho tido desde que me interessei pelo assunto e aos pedidos de narrativa que apresentei com a expectativa de saber mais.

Para a conversa, só pedi para me falar de seus primeiros contatos com as drogas, dos múltiplos contextos que a inscrevem em sua vida, como foi sua trajetória, o que traz medo, quais as vontades e como inventa a si mesma “cada dia” na Redução de Danos. A ideia é dizer “eu queria saber como é trabalhar com a redução de danos, quem se interessa por esse trabalho?” “Tu mesma, está nesse trabalho por quê?” “O que acontece no dia-a-dia?” “Quais marcas esse trabalho lhe deixou?” “Como foi começar?” Almeida (2011) diz que “uma boa conversa é aquela que não tem ponto final: não se define a priori onde se quer chegar em um bate-papo. As palavras vão sendo ditas ao sabor do encontro”. Explorar os múltiplos devires.

Conforme Deleuze, o devir é a grande força contra as verdades instituídas, o poderoso inimigo, capaz de resistir e criar novidade, impor disrupturas. É através dessa força – e penso em um devir a partir da redução de danos – “que surge a

possibilidade de novas estéticas da existência, ou seja, a criação de maneiras mais autônomas de indivíduos, grupos ou coletivos produzirem a vida” (DELEUZE *apud* JUNGES, 2013). Pois o devir, além de uma força, é atravessamento na composição do sujeito. Para Deleuze e Guatarri (2004), as multiplicidades ultrapassam a distinção entre a consciência e o inconsciente, entre a natureza e a história, o corpo e a alma, e terminam por mostrar processos de subjetivação, totalização e unificação que se retroalimentam. Assim, os princípios característicos das multiplicidades “concernem a seus elementos, que são singularidades e as suas relações, que são devires” (DELEUZE e GUATARRI, 2004).

ATOR SOCIAL: COM QUEM CONVERSO?

*Três crianças sem dinheiro e sem moral
Não ouviram a voz suave que era uma lágrima
E se esqueceram de avisar para todo mundo
Ela talvez tivesse um nome e era: Fátima.
Aborto Elétrico*

A história da Redutora de Danos contada aqui, apresenta uma narrativa à esquerda. Uma fala da esquerda. Para o filósofo Gilles Deleuze, é importante definir a esquerda, não é pensar numa representação política partidária, não existiriam partidos de esquerda, mas “partidos que atendem exigências da esquerda”. Sendo assim, ser de esquerda é “ser ou devir minoria”, ou seja, lutar contra a lógica do sujeito padrão, instituído, que oprime ou que representa pensamentos hegemônicos. Lutar pelas minorias, pelo negro em uma sociedade racista, pelo homossexual em uma sociedade homofóbica, pelo pobre perante o capital opressor e outros exemplos é colocar-se à esquerda, é divergir dos preconceitos e microfascismos anexados em uma cultura alienada e incivil.

Conversei com uma profissional que atuou diretamente com Redução de Danos nos serviços de saúde e de assistência social, explorando sua trajetória de vida e sua produção de subjetividades a partir de uma “boa conversa”. A escolha por esta mulher foi dada pela ciência de sua aproximação com um território de usuários, com seus habitantes, pela ciência de sua capacidade de estabelecer fortes vínculos e projetar Projetos Terapêuticos Singulares. Optei por esta conversa pelo fato do trabalho no campo da saúde e pelo exercício de uma prática que atinge as populações mais vulneráveis (bolsões de pobreza) e pessoas que fazem uso problemático de drogas. Entendo esse trabalho como imprescindível para cuidar dos usuários de drogas pela via da saúde e não criminalizá-los, a via da segurança pública.

É importante trazer que esta mulher vivenciou de perto todas as manifestações da RD acontecidas no Estado do Rio Grande do Sul, inclusive sendo umas das primeiras funcionárias do Programa de Redução de Danos de Porto Alegre, atuando diretamente no campo. Com o desenrolar da conversa foram percebidas diversas produções subjetivas da redutora com seu trabalho, militância, alegrias, tristezas, encontros e desencontros. Além do PRD em Porto Alegre, teve grandes

oportunidades de percorrer o Brasil levando a pauta da RD para encontros, congressos, seminários, ou seja, para ela a RD serviu também como travessia de fronteiras.

Quanto aos aspectos éticos, elaborei um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assegurar a proteção da minha interlocutora, mas nossa conversa antecede e excede os limites de um trabalho científico. São conversas curiosas, cuja legitimidade está no meu próprio envolvimento. Não tive a pretensão de categorizar a sua narrativa ou expressar uma representação, a partir dela, do ator social Redutor de Danos. Construí as minhas escutas para as compartilhar. Independentemente da composição de meu Trabalho de Conclusão de Curso, essa conversa estava em cena pelo meu interesse no assunto. Transformar esse interesse e essa conversa genuína em uma metodologia científica, muito mais artificializaria nosso encontro, do que demonstraria seu real esquadramento.

O nome da pessoa em questão não será revelado, mesmo porque a escuta pretendida foi de narrador indeterminado, desejo compartilhado entre os dois agentes da conversa. O TCLE será mantido em sigilo, assim como a gravação da conversa. Não haverá, desse modo, um pesquisador e um pesquisado, mas uma conversa franca entre conhecidos com a finalidade de organizar informações úteis sobre o trabalho do redutor de danos, do lugar da droga na vida de quem a utiliza, mas cuida da qualidade de vida daqueles que a consomem e, como desdobramento, sistematizar informações ao trabalho de uma clínica da saúde coletiva.

Gostaria de deixar bem claro que este trabalho não se limita aos moldes metodológicos tradicionais de uma pesquisa científica, pois focando-o em metodologias já dadas minhas sensações, minhas intenções e minhas intensidades sofriam uma certa timidez. A explicação científica, ao deslocar-se dos sentidos, “constrói proposições que se orientam por planos de referência, com delimitações que contornam e enfrentam o indefinido e o inexplicável” (DELEUZE e GUATTARI, 1993). Por estas razões este trabalho é dado na forma de um “caso-reflexivo” ou mesmo da “fabulação de uma história de vida” ou, então, de um “caso-pensamento”. Sendo assim, a grande ideia aqui é refletir, ouvir e pensar sobre o que virá de interessante no encontro com uma redutora de danos com quem longamente conversei para saber da construção do trabalho da RD, sobre autoatenção e sobre a

díade prazer-e-dor.

Chamarei esta redutora de danos pelo nome de Nise. A escolha do nome é uma homenagem a Nise da Silveira, uma conhecida médica psiquiátrica que teve a bravura de quebrar paradigmas internos do cuidado em saúde mental aliando as artes, os animais e o protagonismo das pessoas que eram tratadas de modo incivil internadas na instituição manicomial.

Trajetória

Falar de recordações não é simplesmente lembrar do passado. É também reviver os sentimentos de uma época.
Franz Kafka

Existe um grande interesse em explorar a trajetória desta redutora, perceber que caminho por ela traçado incidiu em suas diversas escolhas e quais oportunidades lhe foram oferecidas. Fazer a Nise (re)construir suas memórias foi algo realmente emocionante para a minha percepção sobre a constituição dos sujeitos. A partir deste ponto começamos a ser um só na conversa, faço pequenas intervenções em suas falas para alguns esclarecimentos ou por algumas curiosidades. É importante ressaltar que sua trajetória aqui escrita não é dada de modo linear, pois algumas histórias se cruzam, as memórias aos poucos vão tomando corpo. As conversas foram gravadas em um único momento, em uma tarde ensolarada, aproveitando os encontros promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde, na articulação para a formação de um Comitê Técnico Estadual da Saúde da População de Rua. Em um desses encontros, Nise e eu havíamos combinado de usar um gravador como instrumento para guardar essas memórias.

Dos primeiros usos

Como já dito neste trabalho, não propus um questionário fechado e estruturado para esta nossa conversa, mas não posso negar que para a conversa se desenvolver, meu corpo funcionou como uma máquina pulsante de perguntas. Envovi minha

curiosidade sobre a vida da redutora. Perguntando a ela como poderíamos começar a conversa, acabei atravessando: tu és usuária de drogas? Quando começou?

Sou usuária ativa. Com a lícita comecei com 8 anos, com cigarro. Com 12 comecei a tomar remédio psiquiátrico, não pra mim, mas pra uma prima, que a mãe dela me criou e ela tomava e eu descobri que dava efeito diferente quando eu aumentava a dosagem.

Com 14 anos eu já estava no álcool e com a maconha. [Perguntei se o álcool veio antes da maconha.] Na verdade, o álcool veio com as bolas [medicamentos] quando eu combinava os dois dava um barato prazeroso.

Com 15 anos eu experimentei anfetaminas, mas elas estavam 'saindo de moda', então fiquei na maconha mesmo. Ali pelos 17 experimentei cheirar cocaína e até teve uma vez que eu injetei... Acho que foi no Rio de Janeiro, mas foi algo meio isolado porque aqui em Porto Alegre não tinha muita coca.

Desde o começo da conversa eu já tive uma boa sensação que vai ao encontro do que penso: aqui Nise desmistifica a afirmação mais frequente proveniente de bocas mais conservadoras, onde a “maconha é a porta de entrada para as outras drogas”. Ela começa em uma combinação de álcool com medicamentos de uso prescritivo e acompanhado, embora para seu familiar.

Dos amores: o príncipe, o marido e o companheiro

A redutora coloca em nossa conversa a presença de outros atores que tiveram papéis importantes na sua trajetória de vida. Os companheiros de vida de Nise, surgiram sem que eu perguntasse sobre algo.

Com 15 anos, foi nessa idade que eu tive minha primeira relação mais séria com um rapaz, que tinha 18 anos e era 'marginalizado'. Ele já tinha sido preso algumas vezes por bater carteira no centro. Ele era meu príncipe encantado, através dele eu também botei o pé no mundo do crime, tive uma relação com esse mundo obscuro até os 22 anos, quando fui presa pela terceira vez e fiquei 3 anos privada de liberdade. Viajamos muito, fazíamos sempre Santa Catarina, Paraná,

São Paulo e Rio de Janeiro, tudo de ônibus. Ele acabou sendo morto pela polícia, fizeram dele uma peneira de tiros.

Em 85 ou 87, conheci um rapaz, que não era marginalizado, mas era usuário de drogas. Usuário na época de injetável, usava o 'catoviti', 'reativan', que eram bolas que tu destilava e injetava. Eu não usava isso. Depois de um tempo eu consegui tirar ele dessa, ele arranhou um emprego e depois de dois anos casamos no civil. Ah, foi em 86 que conheci ele, eu me casei em 90.

Meu atual companheiro mora comigo e é usuário de crack.

A redutora coloca em evidência esses três relacionamentos de vida. Os primeiros dois acabaram tendo a morte como destino, o *príncipe* foi vítima do cenário de repressão policial com sujeitos marginalizados. Nise se refere ao termo “marginalizado” como alguém que roubava ou cometesse crimes. Para ela, o usuário de drogas não é um ser criminoso ou “marginalizado” e sim alguém que precisa ser cuidado. O *marido* terá sua história final contada logo a seguir. Ela não traz muitos detalhes sobre o *companheiro*, o qual vive ao lado da redutora nos dias de hoje.

Do cárcere e da violência policial

Nise foi presa três vezes. Dentro da prisão teve que se adequar ao sistema de produção bruta, a moral e a disciplina que a vida do cárcere impõe.

No presídio tu entra uma coisa e sai outra. Saí do presídio aprendendo a bater carteira. Por esse motivo, logo fui presa novamente. A minha segunda vez na prisão foi rápida, fiquei cerca de dez dias por causa de um processo especial. A minha terceira passagem durou 3 anos, sendo um ano em medida de segurança. O juiz não me disse que eu tinha que trabalhar, eu era rebelde e só tomava castigo atrás de castigo. Lá dentro conheci uma psicóloga que me fez refletir sobre alguns de meus atos, ela começou a fazer várias colocações. Daí percebi que bater carteira é se aproveitar de quem recebe pouquinho, de velhinhas, de adolescentes e mulheres.

Daí comecei a trabalhar lá dentro. Trabalhava dia e noite, porque na medida de segurança tu precisa de atestados de produção. Não dava

mais pra ser rebelde, então comecei com trabalho artesanal, depois nos setores lá dentro: copa das funcionárias, das presas, fazendo faxina né. Daí fui para a padaria depois.

Apanhei muito da polícia, durante um ano inteiro eu apanhei que nem cachorro, era época da ditadura. Eles não queriam saber se tua era “de menor” ou não. Batiam com força e com raiva, afogamento, choque, paulada no pulmão, uma coisa que hoje não existe mais, é claro que existe truculência e violência, mas nada que se compare àquele tempo.

Do pó viemos, ao pó retornaremos...

A história ganha certo peso com a introdução da cocaína, tanto de modo cheirado como injetável, no cenário dos usos de drogas. Nise já havia nos falado que, para ela, essa droga não era muito comum na cidade de Porto Alegre até os anos 1980, e que experimentara em uma viagem ao Rio de Janeiro. Já no fim desta década e início da década de 1990 na capital gaúcha a droga já havia tomado certas proporções. Foi com seu segundo companheiro – contado na história – que Nise deu início mais frequente ao uso:

Depois de casados começou a infestar a cocaína. Daí deu problema. Ele voltou para as ruas e nós tínhamos muitos amigos que usavam com a gente. No começo, era pra diversão, cheirávamos com cervejada e churrasco, depois de um tempo era mais pela necessidade e pela fissura. Eu sempre digo que o uso de drogas é um processo: começa de um jeito e vai mudando ao longo do tempo. Uma vez por mês, de quinze em quinze, UMA vez por semana, DUAS vezes por semana, todos os dias... Era um lance de química, de que o corpo precisava da cocaína. Na época eu não percebia isso. Só fui me dar conta ali em 91 ou 92. Minha casa virou um antro, sempre cheio de gente, uns usando, outros vendendo e a gente se beneficiava de algum modo. Teve até uma pessoa que morreu de overdose no chão da minha sala.

Eu consegui me livrar do uso injetável. Eu corri todo mundo lá de casa. Não entrava mais ninguém para comprar ou fazer uso. Mas eu queria ajudar o meu marido, então eu dividia com ele a dose: eu

cheirava metade e a outra ele injetava. Só dei continuidade no nariz naquela época porque um dia eu cheguei e ele tava quase morto se picando. Então eu pedi “aquele tanto”, fiz um linhão e cheirei. No momento em que eu cheirei me deu até um treco e eu falei pra vizinha: “Ó, ele vai acabar se matando, essa é muito forte”. E saí para caminhar na rua e quase tive uma overdose. Daí eu parei de fazer essa partilha e ele foi percebendo que aquela uma ou duas doses que ele tomava tava detonando com ele. Então ele foi parando. Daí quando ele entrou em abstinência e tava bem debilitado pela AIDS e pela TB em três meses partiu.

Aqui, uma parte muito importante é quando a redutora traz a ideia de compartilhar a dor com o marido na tentativa de ajudá-lo, dividindo com ele as doses da droga a ser consumida. Nise não havia nem sonhado em trabalhar na Redução de Danos, mas já apresentava uma forma democrática de lidar com o sofrimento do outro. Aqui constituiu-se uma experiência de si que vai corroborar o pensamento, pelo seu lado positivo, de Bourdieu⁷ das “profissões que são feitas para serem feitas” (BOURDIEAU, apud PETUCO, 2007).

Senhoras e senhores. Trago boas novas. Eu vi a cara da morte. E ela estava viva – viva... (Cazuza)

Em 1994, a nossa redutora de danos deparou-se com problemas relacionados às doenças ocasionadas pelo uso compartilhado de seringas:

Em 94 teve a questão do HIV e da Tuberculose. Meu marido foi de 93 a 97 mal da tuberculose e HIV. A família dele não me dizia nada. Eu sentia muita dor no corpo também, não que nem ele, mas sentia.

Acabei descobrindo que o rapaz que morreu de overdose lá em casa tinha HIV...Todo lugar que ele ia ele tomava grandes doses de cocaína injetável, era um absurdo! Daí liguei os fatos e percebi que ele já estava querendo se matar há tempos. Ele queria morrer de uma forma prazerosa, se livrar da vida com HIV. O problema é que ele foi estacionar logo lá na minha casa e eu não tinha como ajudar ele. Não

⁷ BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012, p. 9.

tinha mesmo. Tenho até hoje a agonia daquela pessoa na minha cabeça. Overdose não é brincadeira.

O médico perguntou: por que a senhora não faz o exame. Daí eu fiz, foi umas três vezes e nunca dava resultado. Na quarta vez o doutor me disse: olha a senhora está com HIV. Olha... eu meio que já tava preparada pra isso, só queria ter a confirmação. Só caiu a minha ficha e me deixou deprê quando eu comecei a tomar a medicação, pois eu me sentia muito fraca, eu lembro que eu tomava o AZT e o DDI⁸. Foi uma coisa que o Cazuzza não conseguiu alcançar, né? Aliás esse rapaz que teve overdose lá em casa, morreu um dia depois da morte do Cazuzza. Meu marido que não quis fazer o tratamento, pra ele o HIV era o fim do mundo, naquela época HIV era sinônimo de morte. Eu queria me desvincular daquilo para poder viver, mas era difícil com ele junto. Daí fui embora, ele agarrava no meu pé com uma mão e com a outra a seringa e dizia: “essa aqui é a última, é a última mesmo”.

Como Nise já nos falou, desde pequena ela faz uso de substâncias psicoativas, mas com a cocaína ela desenvolve os modos subjetivados de uso que foram descritos anteriormente neste trabalho⁹. A redutora flutuou entre o uso recreativo, o uso diário de maneira leve, o uso excessivo e o uso problemático. Não exatamente neste sentido linear, pois os diferentes usos podem atravessar-se e dependem de contextos para uma questão de (re)organização de vida.

Uma luz no fim do túnel? A Redução de Danos

Diante da história contada até aqui, a redutora ainda não tinha conhecimento sobre a Redução de Danos, não havia vivenciado – de forma objetiva – esse modo de trabalhar e pensar. Foi a partir do falecimento de seu marido:

Daí começou o meu conhecimento com Redução de Danos. O município tinha um programa chamado atendimento domiciliar e tinha

⁸ Entre os “inibidores da transcriptase reversa, análogos de nucleosídeos”, estão a Didanosina (DDI) e o a Zidovudina (AZT), que impedem a infecção das células, impedindo que o RNA viral se transforme em DNA complementar. A toxicidade medicamentosa envolve afecções hepáticas, lipoatrofia, anemia, miopatia, neuropatia periférica e pancreatite.

⁹ Ver páginas 22-23.

uma equipe multidisciplinar com enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista... Só não tinha redutor de danos. Eles passavam lá em casa para cuidar do meu marido quando ele tava muito mal, mas ele nem queria saber da equipe. Tinha o doutor Ronaldo Hallal. Grande Ronaldo Hallal. Ele apareceu do nada para ver meu marido nos seus últimos minutos. Faleceu dia 13 de abril.

Comecei a consultar com o Dr. Ronaldo no postão, porque lá tinha SAE e então surgiu o convite. [Dr. Ronaldo: tem o projeto que a secretaria está planejando e eles estão selecionando pessoas com o teu perfil]. Eu topei na hora, depois de tudo o que aconteceu comigo eu pensei: é o que eu sei fazer! Cuidar de pessoas que tem problemas com drogas. 1º de maio de 97. Foi a primeira reunião em uma UBS do Morro da Cruz. Daí começa minha história com a redução de danos. Me sentia em um lugar que era meu. Um espaço que eu estava tendo para me mostrar.

Começamos a construir o que chamamos mais tarde de programa PRD, construímos a metodologia, pensamos nas abordagens, no mapeamento. Tinha muito a questão da seringa, mas pra mim a seringa não era a principal ideia da RD e sim uma ferramenta de aproximação. Se eu não tivesse nada na mão, as pessoas não se sentiam confiante e não se identificavam contigo. É que nem com o crack, só que mais difícil. Tu não vai chegar pro usuário dizendo: ah tem que largar, ah é isso, ah é aquilo.

[E no campo? Como eram as vivências?] No campo a gente sistematizava os encontros em dias e horários que os usuários mais se encaixavam. Trabalhávamos muito fora do 'horário normal, pois a galera andava na rua pelo fim da tarde e pela noite. Sempre abríamos a cabeça para as possibilidades que o usuário de drogas poderia nos fornecer e escutávamos seus problemas e desabaços. O vínculo se dá quando a gente escuta e consegue dar uma coisa boa de volta para eles: Desde um abraço e um conselho e também aproximá-los da rede de serviço de saúde.

Essa nossa postura fazia tanta diferença e o vínculo era tão forte que eles sentiam nossa falta. Nos convidavam para tomar café, coitados... mal tinham o que comer e alguns viviam em uma falta de higiene total. Serviam o café numa xícara ou numa louça que só de tu olhar...

já embrulhava o estômago. Pessoas com feridas nas mãos e no rosto, mas não queríamos atuar com preconceito e isso era uma forma de se aproximar. Principalmente não usando crachá ou algo do tipo. Crachá só servia para enquadrar a polícia. [Como assim?] A polícia nos via cheios de insumo e agulhas andando pelas vilas e era óbvio que eles queriam nos enquadrar, daí era só a gente mostrar o crachá: “vai encarar o MS, é?” Bah, eles ficavam loucos!

Os fatos aqui explicitados abrem para a reflexão. Um primeiro fato é a importância de uma equipe multidisciplinar que atuava diretamente no território, nos demonstrando a força de uma “equipe de saúde da família” no cuidado dos habitantes de territórios vulneráveis. O segundo fato é a presença de um profissional que atuou como porta de entrada ou como *linha de fuga* para Nise. Ela me disse que o Dr. Ronaldo Hallal era como seu padrinho, corroborando a prática de vínculos que esses profissionais colocavam em prática. O terceiro fato é a participação de Nise nas tomadas de decisões e na construção do PRD, colaborando com a metodologia e, principalmente, com a prática em campo explicitando a RD por uma maneira de cuidar e não pensando na prática de modo reducionista através das trocas de seringas. Explicita o seu agir em saúde no território de acordo com a vinculação aos sujeitos.

A militância

O que nos faz militantes? O que nos impulsiona ao agir a favor da ordem de nossos desejos e impor rupturas contra a lógica hegemônica instituída? Lutar a favor de direitos e de causas que dizem respeito ao sujeito e ao coletivo em que está inserido?

Permaneci no PRD nos primeiros 5 anos e saí por causa de problemas de coordenação. Aí entra a questão da militância. Vi que era um espaço nosso. Queria mostrar que um usuário de droga também podia ser trabalhador de saúde.

Eu ficava muito incomodada quando a gente não recebia. Tinha uma menina lá que tinha duas filhas pequenas, sendo que uma tinha

anemia falciforme, daí tu imagina essa pessoa sem grana e tendo que se ocupar com o trabalho ainda.

Eu lembro que na época tinha uma grana pra um projeto de uma unidade móvel. Que hoje seria a ideia do consultório na rua. Só que a gente não viu a cor do carro e o pessoal não tinha recebido o salário. O município disse que o problema era com o MS. Eu procurei o MS e descobri que tinha grana sim e que ela já estava depositada. Bom, eu botei pressão nos caras né? Disse que se o município não pagasse o pessoal eu iria para os jornais falar da inadimplência do município com o MS. No outro dia a grana estava na conta e eu fora do programa. Não foi chantagem nem nada, se eles estavam bancando o sujo, eu estava bancando também!

Eu lembro que em novembro de 1998 criou-se a Aborda e eu me interessei muito por esse coletivo que representava os trabalhadores da RD. Sempre teve muita gente boa por lá. Eu fiquei cerca de nove anos me dedicando exclusivamente à militância no movimento social! Mas é militância né? A gente não ganha e muito eu passei fome. Passei fome mesmo, mas sempre tinha muitos amigos que me ajudavam nas horas mais tensas.

Nise floresceu na militância por vontade, *devir minoria*, de olhar para o coletivo técnico e suas vulnerabilidades. Ela percebe que os trabalhadores de campo do PRD precisavam do dinheiro para trabalhar e sustentar suas famílias. Além disso, ela constituiu uma força que seus colegas não conseguiram reproduzir, pois na nossa conversa descobro que a maioria dos redutores de danos não tinha uma certa vontade de militar por diversos atravessamentos.

O primeiro BIP, o presente e seus medos

A primeira tragada da fumaça densa, provinda da cocaína em sua forma sólida e misturada com outros elementos tonam do crack uma das drogas mais mal vistas no cenário cotidiano das drogas. Muito dessa histeria pode ser atrelada ao medo e a deturpação que a mídia produz nas massas. É claro que não posso negar que o efeito da droga é algo que pode se aproximar mais rapidamente ao uso problemático devido aos seus efeitos psicoativos de prazer e alívio, mas não vou fomentar a ideia

de “bicho de sete cabeças” ou a “tempestade em copo d’água” que edifica conceitos como a “epidemia do crack”. Sabe-se muito bem que o crack não é uma epidemia, pois ele não se alastra de modo compulsório no corpo. É o medo que vai impregnar nas pessoas esses sentimentos que são retroalimentados e constroem o estigma.

Bah, pra mim, a melhor Redução de Danos para o crack é não fumar. Não dar a primeira bipada. Só não der a primeira bipada, tu passa legal. Agora, se tu bipou... caiu a casa.

[Quando começou a história com o crack?] *Em 2008, quando terminou o RoDa¹⁰, eu acabei experimentando pela primeira vez. Foi muito forte. Eu me atirei no crack por dois anos e meio. Bah, Andrei, tu sabe que eu sou uma pessoa muito autodestrutiva. Quando eu não consigo fazer alguma coisa, ou mudar alguma coisa, eu me castigo. [Tu te penalizas?] Exato, vou pro crack. Tem épocas que qualquer coisinha eu vou para a pedra... se eu me sinto feia, se eu estou triste, se algo não sai como o esperado, eu acabo me desorganizando.*

Em 2010 eu voltei para o PRD e estava tentando me organizar de novo. Ia rolar o encontro da Aborda em Porto Velho. Liguei para o Domiciano Siqueira e ele conseguiu hospedagem e alimentação, mas eu tinha que ir atrás da passagem aérea. Contei com a ajuda da Secretaria de Saúde do Município, acho que quando a gestão quer fazer, as coisas saem rapidinhas. Foi uma época legal e eu sentia que estava voltando, mas eu ainda não estava na ativa do crack. O problema é que as coisas foram complicando e eu já te falei que eu me penalizo, lembra? Me afundei na pedra de novo e saí do PRD em 2012.

[Só para eu entender, tu te desligas do PRD em 2012 e como é esse tempo até agora em 2014? O crack veio em 2008 e vai ser usado durante esse período até hoje?] *Não, até antontem.*

Eu já nem estou curtindo muito o teto do crack, sabe? Ultimamente, quando fumo fico paranoica. Sempre acho que alguma coisa de ruim vai acontecer, que a polícia vai meter o pé na porta e prender a mim e meu companheiro. Eu tenho muito medo de não conseguir me

¹⁰ O projeto RoDa Brasil – Tecendo a Rede de Organização da Redução de Danos, articulado pela Associação Brasileira de Redutoras e Redutores e Danos (Aborda), teve como objetivo a articulação em rede do campo da Redução de Danos.

organizar, de não ajudar meu companheiro a sair da pedra também. Tenho medo de não voltar para o PRD, ou não atuar como Redutora por causa dessa droga. Tenho medo de não conseguir me desprender do crack.

Eu sinto muita dor, fico febril e ansiosa. [E essa dor física?] É muito no pulmão, por causa da fumaça, né? Por isso eu tô fazendo tratamento e vou dar um tempo em uma clínica para me desintoxicar. Eu sei que eu estou fragilizada pelo uso, tenho consciência disso. Mas é aquilo né? A vezes o bichinho fica enchendo o saco... dá uma fumadinha, só uma fumadinha.

Meu companheiro que anda fumando bastante. Eu peço para ele não fumar dentro de casa por causa do cheiro. Eu não sei como ele está vivo ainda, até pelos problemas de saúde que ele tem, a hepatite, por exemplo.

A questão do crack toma um longo tempo de nossas conversações, muito pelo fato do uso problemático que Nise vem fazendo desta droga. Em alguma parte da conversa ela diz estar a “cara do crack”. Mas qual a cara do crack? Que face essa droga representa para seus usuários? Afinal o rosto de Nise não pode se assemelhar a um pedaço de pedra, pode? Sujeito e droga devem estar em dissociação, afinal o indivíduo pode estar sim em consonância com a sua droga, que lhe apetece, mas não devem tornar-se um só.

Uma luz no fim do túnel? A Redução de Danos Parte II

[Rola terapia substitutiva? Trocar por maconha?] Rola de vez em quando, pois meu pulmão tá muito debilitado por causa da fumaça do crack, né? Seria bom se eu tivesse um vaporizador, né? Mas eu tento reduzir o dano também. Eu acho que a maconha é a melhor Redução de Danos para o crack, mas é aquilo né... nem todo mundo curte maconha né? Álcool pra mim não serve muito, quando o álcool vai subindo me dá vontade de fumar uma pedrinha.

Na verdade, eu venho me encaixando há algum tempo, tentando me organizar. [Em 2014?] Sim e eu tenho ajuda também. O pessoal da SES bateu na porta da minha casa outro dia e me fizeram um convite.

Daí participei do encontro macroregional sobre RD em Santa Maria. Sabe Andrei, eu preciso disso, eu me ocupo disso, eu gosto desse protagonismo.

Apareceu uma via de oportunidade futura, uma conhecida me falou para enviar meu currículo para agente social no consultório na rua, é uma caminhada que eu vou encarar agora né? Vou correr atrás. Eu não tenho escolaridade, mas eu tenho conhecimento necessário para desenvolver esse trabalho.

Eu ando muito pelas comunidades. Eu sei o que é usar a droga e sei muito bem como é isso. Eu ouvi falar que talvez o PRD volte, sabe? Mas tomara que a coordenação desse projeto seja uma coordenação séria com a RD e que respeite a RD e que saiba com o que estão lidando. Se não, vai acontecer que nem antes no PRD lembra? E eu tô ficando cansada para militar tanto que nem antes.

Mas eu tenho esperança e tenho a perspectiva de voltar pro PRD. Nessa gestão ou na próxima. [Dá para dizer que a Redução de Danos é tua vida?] Minha grande dependência é a RD, porque quando eu fiquei afastada... como eu sofro. Sabe aquela coisa maçante? Sofro mesmo, eu choro e não é a questão da droga, não é a depressão, mas é a ausência de não estar dentro.

[Dá para perceber que quando tu foste para os encontros de RD tu te sentia melhor...] Com certeza, eu me ocupava e nem pensava em consumir. É um resgate sabe? Por isso eu quero me organizar sabe? Para voltar a fazer o que eu amo.

Nise entende que deve ser cuidada nesse momento e escolhe a abstinência supervisionada por profissionais de saúde em quem confia, mas isso não significa que ela deixa de lado a RD pelo cuidado, pois a própria RD também acolhe a vontade do usuário pela abstinência. Ela traz que para trabalhar como redutora de danos, não necessariamente precisa ter escolaridade e sim ter uma certa *práxis* na RD. Nise entende que a RD é sua droga favorita, atuando no campo, participando de espaços de discussão, mostrando seu trabalho. A redutora de danos entende que essa prática do cuidado promove o seu próprio bem-estar e é o que a faz enxergar sentido na vida.

CONCLUSÕES

Qual foi a importância deste trabalho para a Saúde Coletiva? Pensar em um cuidado coletivo, dos microgrupos, olhar às vulnerabilidades, colocar-se à esquerda, encontrar-se em *devir minoria* e não edificar estigma na produção do cuidado em saúde. A conversa que se desenrolou neste trabalho permitiu diversos atravessamentos. Na verdade, permitiu que o “pesquisador” sofresse intervenções a partir da fala do “pesquisado”. As falas de Nise provocaram emoção, reflexão. Pensar uma militante da saúde. Uma trabalhadora da saúde e não uma profissional de outra área como a da segurança, por exemplo, para que não ocorra o risco de deturpar o sentido na potência da Redução de Danos.

É incrível notar a veracidade com que um educador social, agente social, agente redutor de danos – como queira o nome – “esquenta” toda uma rede de encontros embasada na RD. É notável ver como esses profissionais desejam com muita vontade a volta do PRD e da atuação no território com essa prática, pois é algo que lhes pertence, é seu modo de viver, é sua vontade de trabalhar com algo que realmente pode satisfazê-los como realização profissional.

A redutora com quem conversei é hoje usuária de crack e outras drogas, é portadora do HIV/AIDS, apresenta alguma fragilidade com sua saúde e está desempregada. Apesar disso, ela sabe que pode contar com pessoas que militam por um SUS cada vez mais pautado pela integralidade e pela importância do cuidado sem a presença de estigmas. Ela sabe que tem amigos que respeitam seu tempo, ritmo e seus modos de se organizar, bem do modo como a Redução de Danos preconiza. Ela sonha em voltar a fazer o que sempre soube fazer de melhor na vida: atuar como trabalhadora da Redução de Danos. Por isso, termino este Trabalho com a fala da nossa protagonista Nise:

Não é uma questão da droga, mas sim uma questão do caráter. É um absurdo querer matar alguém porque essa pessoa usa alguma droga.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Laura Paste de. *Sobre como contar uma vida: imagens e fragmentos de histórias de “subjetivações em estado de pause” na contemporaneidade*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Vitória: UFES, 2011.

BENNETT, Trevor. The british experience with heroin regulation. *Law and contemporary problems*, v. 51, n. 1, 1988, p. 299-314.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Manual de Redução de Danos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Terceira Edição, Editora Hucitec, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, v. 9, n. 16, 2005, p. 161-178.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil e Lima, Júlio Cesar França (Org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed, rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009, p. 162-167.

CECCIM, Ricardo Burg; MAYER, Rose Teresinha da Rocha; MEYER, Rosa; BELLOC, Márcio Mariath. Educação e assessoramento em redução de danos: atenção integral à saúde para usuários de drogas e sua rede social. In: FERLA, Alcindo Antônio e FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). *O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS, 2002, p. 193-216.

CHOMSKY, Noam. Se queremos mudar o mundo, vamos entendê-lo. *Carta Maior*, 04/11/2011. Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/detalhelmpreprimir.cfm?conteudo_id=18096&flag_destaque_longo_curto=L Acesso em: 10/11/2014.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção In: CZERESNIA Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 39-53.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia – v. I*. São Paulo, Ed. 34. 2004.

DRUCKER, Ernest. From morphine to methadone: maintenance drugs in the treatment of opiate addiction. In: INCIARDI, James A.; HARRISON, Lana. (Eds). *For harm reduction: a textbook*. Thousand Oaks: Sage, 1988, p. 31-50.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, n.1, p. 75-86, 2004.

FONSECA, Elize Massard da, BASTOS, Francisco Inácio. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, Gilberto. 2 ed. *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 1-25.

FONSECA, Elize Massard da. *Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros*. 2005. Dissertação (Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP, 2005.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: 2006.

FOUCAULT, Michel. Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. *Verve*, v. 5, s/n, 2004, p. 260-277.

FOUCAULT, Michel. Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. *VERVE: Revista Semestral do NU-SOL – Núcleo de Sociabilidade Libertária*, São Paulo, n.5, p. 260-277, maio 2004.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GORGULHO, Mônica. O papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool. In: BUNNING, Ernst; GORGULHO, Mônica; MELCOP, Ana Glória; O'HARE, Pat (Org.). Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 103-110.

HART, Carl. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

JUNGES, Estela Maris Gruske; CECCIM, Ricardo Burg. Biografias da rua: escuta de narrativas da rua desde seus habitantes. In: FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristianne Maria Fammer (Org.). *Experiências e reflexões de jovens sanitaristas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, p. 32-49. (Cadernos da saúde coletiva: fazeres em saúde coletiva – V. 3)

PAIM, Jairnilson Silva. As ambiguidades da noção de necessidade em saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva e ALMEIDA Filho, Naomar de (Org.) *Introdução à crítica do*

planejamento de saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia/Departamento de Medicina Preventiva, 1980, p. 39-46.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva; MEDEIROS, Rafael Gil. Saúde mental, álcool e outras drogas: contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersectorial, 2010. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/texto_iv_cesmi.pdf

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. *No miolo do bagulho: os desdobramentos da acumulação flexível no trabalho em saúde: o caso dos Redutores de Danos*. 2007. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bacharelado em Ciências Sociais. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Parecer de Avaliação sobre Trabalho de Conclusão de Curso de Andrei Fernandes da Rocha. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Comissão de Graduação em Saúde Coletiva. Bacharelado em Saúde Coletiva. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014. 4p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Portaria nº 502/2014*, institui a política de Redução de Danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e de DST/Aids e redefine as composições de redutores de danos.

ROMANÍ, Oriol. *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel, 1999.

SIQUEIRA, Domiciano; WINKLER, Gerson Barreto; BARCELLOS, Nêmera Tregnago; MAYER, Rosa; CONTE, Marta e FERNANDEZ, Osvaldo. O projeto de redução de danos no Rio Grande do Sul. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luís Fernando (Org.). *Troca de seringas, drogas e Aids: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, 1998, p. 171-186.

SIQUEIRA, Domiciano. A política de redução de danos no Brasil e os direitos fundamentais do homem. (En)cena: a saúde mental em movimento. Entrevista publicada em 21/01/2013. Disponível em: <http://ulbra-to.br/encena/2013/01/23/A-politica-de-Reducao-de-Danos-no-Brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem>
Acesso em 30 nov. 2014.

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, aceito participar voluntariamente da “conversa” sobre o “Cuidado coletivo em saúde: redutores de danos e a saúde coletiva”. Tal conversa, se fará por uma narrativa livre sobre a vida e a Redução de Danos, com o acadêmico de Saúde Coletiva, Andrei Fernandes da Rocha, que contará com a orientação do professor Ricardo Burg Ceccim, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

A minha participação consiste em uma conversa aberta sobre a Redução de Danos, o uso de drogas e a subjetividade por meio de um recorte de vida. Seu objetivo é construir uma narrativa de uma Redutora de Danos, sem identificação e sem categorizações. Mediante concordância, a conversa será gravada ou simplesmente anotada em forma de tópicos, sempre no próprio espaço de encontro, estando acessível à narradora, caso seja de seu interesse.

Me sinto esclarecida quanto à preservação de minha privacidade, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar pessoalmente, será mantido em sigilo. Também fui esclarecida que poderei ter acesso ao trabalho, seus responsáveis e instituição de vínculo a qualquer tempo, seja para saber mais, seja para apresentar minha mudança de opinião, seja para pedir para acrescentar conversas.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2014.

Participante:
Nome:
Assinatura:

Contatos:
Andrei Fernandes da Rocha; Telefone: (51) 9676-7515.
Ricardo Burg Ceccim; Telefone: (51) 3308-4131.