

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL

Paula Emília Adamy

*O que você precisa para viver?*  
**Pelo direito à respiração da população em situação de rua:  
encontro entre Gestão Autônoma da Medicação, Redução  
de Danos e Prevenção Combinada**

PORTO ALEGRE  
2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL**

Paula Emília Adamy

***O que você precisa para viver?***

**Pelo direito à respiração da população em situação de rua:  
encontro entre Gestão Autônoma da Medicação, Redução de Danos e  
Prevenção Combinada**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora.

Orientadora: Prof. Dra. Analice de Lima Palombini  
Grupo de Pesquisa Travessias: narrações da diferença

PORTO ALEGRE  
2024

### CIP - Catalogação na Publicação

Adamy, Paula Emilia

O que você precisa para viver? Pelo direito à respiração da população em situação de rua: encontro entre Gestão Autônoma da Medicação, Redução de Danos e Prevenção Combinada / Paula Emilia Adamy. -- 2024. 254 f.

Orientadora: Analice de Lima Palombini.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Gestão Autônoma da Medicação. 2. Prevenção Combinada. 3. HIV. 4. Redução de Danos. 5. Necropolítica. I. Palombini, Analice de Lima, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Paula Emília Adamy**

*O que você precisa para viver?*

**Pelo direito à respiração da população em situação de rua:  
encontro entre Gestão Autônoma da Medicação, Redução de Danos e  
Prevenção Combinada**

**BANCA EXAMINADORA**

**Profa. Dra. Analice de Lima Palombini - Orientadora**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

**Profa. Dra. Luciana Togni Surjus**

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

**Profa. Dra. Ana Carolina Rios Simoni**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

**Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti**

Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO

**Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

*Aos moradores e moradoras da Garoa.*

## AGRADECIMENTOS

Escrevo estes agradecimentos pegando emprestado o conceito de autonomia, de Roberto Tykanori Kinoshita: *somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.* Tenho o privilégio de poder contar com muitas pessoas, que contribuem com a constituição de quem sou. Ao mesmo tempo que escrever parece uma travessia solitária, a escrita só é possível quando feita a várias mãos, a partir de cada um dos encontros que produzem potência de vida.

Agradeço a Analice, minha orientadora, por toda a inspiração e cuidado. Obrigada por ter acolhido a mim e ao Caetano, e por ter me acompanhado neste percurso de doutorado desde a gestação. Você me ajudou a acreditar que seria possível conciliar doutorado, trabalho e maternidade, acolhendo todas as dificuldades que se atravessaram nesse caminho. Seu modo de tecer cada encontro sempre se produz com ética e sensibilidade.

Ao meu amor e companheiro, Tomás, pela parceria em andar junto nessa construção de um horizonte comum. Teu cuidado, visão de mundo compartilhada, inspirações e amor, que se expande ainda mais com a chegada de nosso filho, Caetano, são o que me move e faz encontrar sentido nestes dias áridos.

Ao meu filho Caetano, que chegou de surpresa logo no início do doutorado, estando junto em praticamente todo o percurso, desde o ventre. Não foram poucas as aulas e grupos de orientação que fizemos juntos, com ele me acompanhando enquanto era amamentado ou brincando ao lado. Insistir nesse percurso de formação só foi possível porque tenho o privilégio de vivenciar a maternidade de forma compartilhada com Tomás, e por contar com nossa rede de apoio, a sua avó Ana Elusa. Com Caetano, (re)aprendi o quanto o ato de cuidar se aprende, também, sendo cuidado/a. Com sua sensibilidade, interpretou o que entendo sobre aprendizagem de forma tão genuína. *Quando a gente fala as coisas, a gente aprende. É que, quando a gente fala uma fala, ela chega no corpo da pessoa e aí ela aprende.* Tenho consciência de que proporcionar uma educação libertadora para meninos brancos é um grande desafio em nossa sociedade. Por isso, desejo que siga assim, com seu olhar sensível para o mundo, querendo tocar e ser tocado pelas

peessoas.

Ao meu pai, Frederico, minha mãe, Tânia, e minha madrastra, Rosana, pelo cuidado e amor sempre. A Laura, pela presença constante, mesmo em ausência, em todas as nossas trocas diárias. Muito obrigada por sempre estar ao meu lado! E, também, Ana Luiza, Antônia e Peter, pelas parcerias. Agradeço imensamente a vocês pelo incentivo à educação e a todas as oportunidades que me foram dadas. À minha família estendida, Ana Elusa, por todo afeto e preocupação.

Como diz Ana Suy, *amizade é como a gente chama o amor que deu certo*. É essencial poder agradecer também a esses amores de amizades que tanto me acolhem, inspiram e acompanham: Anna Letícia, Carol Viola, Anna Amélia, Carina, Simone, Elisandro, Marina, Elis, Carine, Rafa, Bárbara, Élcio, Sílvia, Chica, Marília, Carol Eidelwein, assim como tantas e tantos outros/as com quem tive a oportunidade de conviver em diferentes momentos da vida. Nessas construções de amizades, agradeço à Luta Antimanicomial e à Redução de Danos por terem colocado ao meu lado pessoas especiais e inspiradoras: Rose Mayer, Elis, Chica, Károl, Sandra, Elisandra, Tuca, Xanda, Rafa, Veridiana, Carlinhos, Claudinha, Fátima [*in memorian*], Domiciano [*in memorian*] e tantos redutores e redutoras de danos, que me ensinaram os territórios e as margens de um trabalho vivo.

Agradeço a Arlete Fante, pela confiança em meu trabalho e abertura para esse campo de pesquisa. Ainda, à equipe do CAPS AD IV Céu Aberto, que aceitou percorrer comigo essa travessia, acompanhando de forma tão implicada e intensa. Meu especial agradecimento para a ex-coordenadora, Kaciely, a atual coordenadora, Cátia, e aos grandes parceiros/as de pesquisa, Clara, Adriano e Jullia. Ainda, às usuárias e usuários, como Rochele, Tatikiti, Laís, Adir Edson, Karen e todos/as os/as demais, que tiveram confiança em compartilhar suas histórias, suas dores e barreiras, e se colocaram a construirmos juntos/as caminhos possíveis para seguir lutando por uma vida digna e respirável.

À equipe do CAPS AD III PLP, pelas trocas diárias e pelo cuidado em liberdade sustentado cotidianamente, apesar de todas as dificuldades de uma rede escassa.

Agradeço ao SUS e à Universidade Pública - UFRGS, pela sustentação das instituições do Estado, dando voz às pessoas insistentemente silenciadas. Aos/às colegas do grupo Travessias - Narrativas da Diferença e ao Grupo GAM, por tantas

trocas e leituras atentas.

E, finalmente à banca, Ana Carolina Simoni, Gustavo Zambenedetti, Tadeu Souza e Luciana Togni Surjus, agradeço por compartilharem comigo momentos diferentes de minha trajetória, trazendo-me inspirações pelas trocas, produções e, sobretudo, fazendo parte deste percurso, com suas leituras atentas e sugestões preciosas.



Grafito produzido pelo educador social Luiz Gabriel Marini Caldas, exposto na parede do CAPS AD IV Céu Aberto em agosto de 2023.

*Eu não sabia que vocês me enxergavam.  
Laís*

## RESUMO

Esta pesquisa parte da problemática dos processos prescritivos nos campos da saúde mental e do HIV e naquilo que converge com o conceito de medicalização da vida, propondo o encontro entre Prevenção Combinada do HIV, Redução de Danos e Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como condição de possibilidade para o fortalecimento do protagonismo e promoção da autonomia às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e que vivem com HIV. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD IV) Céu Aberto, em Porto Alegre/RS, o qual, sustentando a redução de danos como diretriz do cuidado, atende, sobretudo, população em situação de rua. O objetivo foi experienciar, junto aos/às usuários/as e trabalhadores/as, as dimensões do cuidado, direitos e autonomia, tendo o Guia GAM como instrumento inspirador para repertórios inventivos. Como primeiro momento, foram realizadas Rodas de Conversas com a equipe no espaço de educação permanente. Após, foi implementado um grupo-intervenção com os/as usuários/as, para dialogar a respeito do fortalecimento da autonomia e de questões relacionadas a álcool e outras drogas, questões raciais, de gênero/identidade de gênero, socioeconômicas, garantia de direitos e prevenção combinada do HIV. Por fim, foram realizadas Rodas para restituir as narrativas dos encontros aos/às participantes, de forma a validá-la ou construir outra narrativa em conjunto. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, com enfoque qualitativo, utilizando como metodologia as Rodas de Conversa para os grupos-intervenção e a construção de narrativas, envolvendo a participação dos/as usuários/as em todo processo. Para desenvolver essa proposta, contextualizamos a necropolítica e as epidemias de HIV e a do coronavírus, que atualiza a política de morte já vivenciada pelas outras epidemias, sobretudo nas populações mais marginalizadas. O encontro entre GAM, Redução de Danos e Prevenção Combinada, por meio de produções inventivas experimentadas nas Rodas, além de trazer problematizações necessárias às práticas de prescrição e medicalização nesse campo, operando como dispositivo capaz de produzir linhas de fuga que escapem à captura dessas populações pela necropolítica, possibilitou a produção de uma Gestão Autônoma de Múltiplas Drogas e Múltiplas Formas de Viver.

**Palavras-chave:** Gestão Autônoma da Medicação; Prevenção Combinada; HIV; Redução de Danos; Necropolítica; Autonomia.

## ABSTRACT

This research addresses the issue of prescriptive processes in the fields of mental health and HIV, and how they intersect with the concept of medicalization of life. It proposes a convergence between Combination HIV Prevention, Harm Reduction, and Autonomous Medication Management (GAM) as a means to empower and promote autonomy for people who use alcohol and other drugs and live with HIV. The study was conducted at the “Céu Aberto”’s Alcohol and Other Drugs Psychosocial Care Center (CAPS AD IV) in Porto Alegre/RS, which, following harm reduction as a guiding principle of care, primarily serves the homeless population. The goal was to explore, alongside users and workers, the dimensions of care, rights, and autonomy, using the GAM Guide as an inspiring tool for inventive approaches. Initially, Conversation Circles were held with the team in the permanent education space. Subsequently, an intervention group was implemented with users to discuss the strengthening of autonomy and issues related to alcohol and other drugs, race, gender/gender identity, socioeconomic conditions, rights, and HIV combined prevention. Finally, Circles were held to return the narratives of the meetings to the participants, allowing them to validate or jointly construct a new narrative. This is an intervention-research project with a qualitative focus, using Conversation Circles for the intervention groups and narrative construction, involving user participation throughout the process. To develop this proposal, we contextualized necropolitics and the HIV and coronavirus epidemics, which update the politics of death already experienced by other epidemics, especially among the most marginalized populations. The convergence of GAM, Harm Reduction, and Combination Prevention, through inventive practices explored in the Circles, not only brings necessary challenges to prescriptive and medicalization practices in this field but also operates as a device capable of producing escape routes from the capture of these populations by necropolitics. It enabled the production of Autonomous Management of Multiple Drugs and Multiple Ways of Living.

**Keywords:** Autonomous Medication Management; Combination Prevention; HIV; Harm Reduction; Necropolitics; Autonomy.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CAPS AD** - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

**CD4** - Tipo de célula alvo do vírus HIV, usada para monitorar o estado imunológico

**DCCI** - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

**FASC** - Fundação de Assistência Social e Cidadania

**IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis

**OSC** - Organizações da Sociedade Civil

**PEP** - Profilaxia Pós-Exposição

**PPCI** - Plano de Prevenção e Proteção Contra Incêndio

**SAE** - Serviço de Atenção Especializada

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>APRESENTAÇÃO</b> .....   | 16  |
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....  | 22  |
| <b>PARTE I</b> .....  | 29  |
| <b>2. A NECROPOLÍTICA E AS EPIDEMIAS DE HIV E CORONAVÍRUS</b> .....   | 30  |
| 2.1 O paradigma da sífilis e a emergência do HIV.....   | 35  |
| 2.2 A resposta brasileira ao HIV.....   | 37  |
| 2.3 A Necropolítica e o Coronavírus.....  | 43  |
| <b>3. DA COLONIZAÇÃO À REFORMA PSQUIÁTRICA: A PARTE DA REFORMA AINDA NÃO REFORMADA</b> .....  | 49  |
| 3.1 A Redução de Danos como movimento de resistência à Necropolítica.....   | 57  |
| 3.2 Medicalização da vida e Redução de Danos.....   | 61  |
| <b>4. DISPOSITIVOS DE CUIDADO E LINHAS DE FUGA À CAPTURA DA NECROPOLÍTICA: A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM DIÁLOGO COM A PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV</b> ..... | 70  |
| 4.1 Prevenção Combinada.....  | 72  |
| 4.2 A Gestão Autônoma da Medicação.....   | 75  |
| 4.2.1 O Guia da Gestão Autônoma da Medicação.....   | 77  |
| <b>5. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....   | 82  |
| 5.1 Campo de intervenção:.....  | 84  |
| 5.1.1 O CAPS AD IV Céu Aberto.....  | 86  |
| 5.2 Da metodologia dos encontros.....   | 91  |
| 5.3 A aposta nas narrativas como legitimação das experiências:.....   | 95  |
| <b>PARTE II</b> .....   | 100 |
| <b>6. DAS MEMÓRIAS DOS ENCONTROS: SOBRE COMO O COLETIVO SE PRODUZIU EM NÓS</b> .....  | 101 |
| 6.1 Conhecer a si mesmo/a.....  | 102 |
| 6.2 Mapa afetivo.....   | 106 |
| 6.3 Caixa dos Prazeres.....   | 110 |
| 6.4 O que você precisa para viver?.....   | 114 |
| 6.5 Um processo cogestivo.....  | 116 |
| 6.6 Qual lugar os medicamentos têm na minha vida?.....  | 118 |

|   |            |
|---|------------|
| 6.7 Para que serve?.....  | 121        |
| 6.8 O jogo da Mandala.....  | 122        |
| 6.9 As ausências sentidas, mas o jogo continua.....   | 123        |
| 6.10 Acesso a direitos, por onde andamos e ações coletivas.....   | 125        |
| 6.11 Restituição das narrativas e a invenção do Baralho GAM.....  | 126        |
| <b>7. GÊNERO, RACIALIDADE, SEXUALIDADE E VIOLÊNCIAS: O LUGAR DAS MULHERES EM UM CAPS AD.....</b>                            | <b>133</b> |
| 7.1 Rochele: tornar-se mulher trans em um CAPS AD.....  | 136        |
| 7.2 Laís: na rua, a noite não adormece.....   | 145        |
| 7.3 Tatikiti: uma paixão química.....   | 150        |
| 7.4 Karen: A rua e o contexto do trabalho sexual.....   | 157        |
| 7.5 O (des)encontro entre Marília e Karen: maternidade e mulheres em situação de rua.....                                   | 164        |
| 7.6 Construções de gênero e masculinidade hegemônica.....   | 170        |
| <b>8. ADIR EDSON: AMPLIAÇÃO DE OFERTAS DE PREVENÇÃO COMBINADA PARA QUEM?.....</b>   | <b>177</b> |
| 8.1 Mulher-usuária-de-drogas-vivendo-com-HIV - quais outras interseccionalidades?.....                                      | 187        |
| <b>9. REMÉDIO E VENENO: GESTÃO AUTÔNOMA DE MÚLTIPLAS DROGAS E MÚLTIPLAS FORMAS DE VIVER.....</b>                            | <b>192</b> |
| 9.1 CAPS e Comunidades Terapêuticas na relação entre remédio e veneno: aproximações sucessivas e consensos provisórios..... | 201        |
| 9.2 Phármakon e a relação com antirretrovirais.....   | 209        |
| <b>10. PELO DIREITO À RESPIRAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....</b>   | <b>215</b> |
| 10.1 Estado como remédio e veneno na relação com a população.....   | 227        |
| <b>11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>232</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>238</b> |

## APRESENTAÇÃO

*Éramos muitos e perecemos nas mãos dos carrascos da História. Tínhamos vidas, sonhos, medos e dúvidas. Em nossos caminhos, colhemos vitórias e derrotas. Falamos de nossos túmulos para lembrar que não somos números, muito menos anos de nascimento e morte, nem epitáfios solenes e bem escritos para que não fôssemos esquecidos. Somos nossos nomes. Emanamos da memória e da humanidade. Quiseram nos apagar como velas, mas conseguiram apenas nos transformar em mártires. Desejaram nos eliminar como traços na areia, nos secar como as lágrimas que sempre insistiram em nos deixar, como rostos que se desfazem na memória. Quiseram proibir as músicas que cantávamos, os discursos declamados, orações proferidas. Quiseram derrotar as lutas que forjamos. Subverter as conquistas que alcançamos.*

*(Itamar Vieira Junios, em Doramar ou Odisseia: Histórias)*

A escrita deste trabalho iniciou em setembro de 2018, como etapa para seleção do Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O Brasil se preparava para um processo eleitoral que iria dar continuidade à fragilização do sistema democrático, projeto político iniciado com o golpe institucional que destituiu a Presidenta Dilma Rousseff, em 2016, e que viria a se fortalecer com a eleição de Jair Messias Bolsonaro, em outubro de 2018.

Naquela época, eu residia em Brasília e trabalhava no Ministério da Saúde, no então Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, na área de Assistência e Tratamento. Pude testemunhar, desde o lugar da gestão do SUS, algumas mudanças viscerais na condução das políticas públicas e sociais, que iriam se refletir na população em geral, mas, sobretudo, nas populações mais vulnerabilizadas.

O título provisório do Projeto de doutorado era “Plano pós Holocausto”, como uma referência ao livro Holocausto Brasileiro, de Daniela Arbex (2013), já que eu vinha acompanhando os retrocessos no campo macropolítico da saúde mental desde o final de 2015<sup>11</sup> e a potencialização dos recursos para os manicômios pela

---

<sup>1</sup> Quando a então presidenta Dilma teve que negociar o cargo do Ministro da Saúde ao então PMDB, assumindo o cargo Marcelo Castro. Este empossou como Coordenador de Saúde Mental Valencius Wurch Duarte Filho, ex-diretor de hospital psiquiátrico. Contudo, os maiores retrocessos se

última Portaria da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de 2017<sup>2</sup>. Do meu lugar de mulher branca, existia um sentimento de medo do que significaria ter um governo eleito com um projeto de tantas ameaças ao estado democrático de direito. Por isso, a busca pela Universidade seria uma possibilidade de deixar registros, mas também obter um respiro - escolha que pode ser considerada um privilégio neste país (afinal, quem tem direito universal à respiração?). Porém, não fazia ideia de que enfrentaríamos uma pandemia e que perderíamos mais de 700 mil pessoas no Brasil pela Covid-19, número que poderia ser bem menor se não tivéssemos uma política de morte em ação. Não viveríamos um holocausto propriamente dito, aos moldes do que se viveu na Segunda Guerra Mundial ou no processo de escravização dos povos africanos nas Américas, mas um genocídio, que vai além do vírus, o qual intensificou sua proliferação ainda mais, como trataremos mais adiante.

A motivação para retomar a aproximação com a academia se dava também pelo desejo de refletir sobre o fortalecimento de práticas de autonomia no processo de cuidado às pessoas vivendo com HIV, pois, apesar de toda a participação social, que traz marcas históricas na construção da política de HIV, a primazia da atuação biomédica favorece relações mais verticalizadas na interação usuário/a - trabalhadores/as da saúde, bem como profissionais médicos/as - outras categorias da saúde, alicerçadas em importantes avanços farmacológicos. A Gestão Autônoma da Medicação - ou GAM, como costuma ser chamada - já havia despertado meu interesse em articular com esse campo, pois sua experiência na Saúde Mental dá sugestões de como fortalecer a autonomia na relação com o/a outro/a e possibilitar a construção coletiva de estratégias para o cuidado integral.

Já residindo em Porto Alegre, de setembro de 2020 a abril de 2022, atuei como bolsista no programa “Vinculação e retenção de pessoas com HIV em serviços públicos de saúde: um projeto demonstrativo na Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil”, elaborado em parceria entre a Aids Healthcare Foundation Brasil, a Universidade do Vale do Rio dos Sinos e a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. O Projeto envolvia realizar o acolhimento e a vinculação das pessoas vivendo com HIV no processo de cuidado e tratamento antirretroviral, e eu me inseri

---

concretizaram pós-golpe, no Governo Temer, a partir da nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho, ex-Diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi – na época, o maior manicômio da América Latina, na Coordenação de Saúde Mental, em 2016.

<sup>2</sup> A Portaria 3.588 de 2017 altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Texto disponível na íntegra [neste link](#)

em um serviço de referência para o atendimento de HIV em Porto Alegre, um dos campos de pesquisa. Foi nesse serviço que conheci Maria e Fábio<sup>3</sup>.

Maria era uma mulher cis branca, que chegou para atendimento carregando uma bolsa com todos os seus pertences de vida. Entre eles, um livro. Perguntei sobre o livro, ela me falou que era sobre filosofia e leu vários trechos para mim. Contou-me que iniciou o curso de filosofia muitos anos atrás e estudou por um ano e meio. Já pedagogia, estudou por mais um ano. Abandonou quando começou a fazer uso do crack de forma mais intensa, mas isso não a fez abandonar o cuidado com as filhas, da forma que pôde. Pagou a faculdade de direito da filha mais velha fazendo shows de streaptease. Já a filha mais nova teve apoio dos avós. Mostrou-me seu caderno, onde anotava o valor do benefício que recebia e contabilizava todos os seus gastos. Falei para ela sobre o projeto de pesquisa, do qual aceitou participar, e disse a ela onde tinha que escrever seu nome e assinar: *Pode deixar que eu sei onde assinar, comecei duas faculdades, né, minha filha?* Ela me explicava que é preciso ter uma grande organização para sobreviver na rua por muito tempo. E eu concordei. Fazia seu acompanhamento de HIV com algumas dificuldades, mas se encontrava com carga viral indetectável e demonstrava bastante implicação com esse cuidado. Escutei sobre a rua não como falta, mas, também, como potência de vida quando conectada com outras relações e oportunidades de acessos.

Aos poucos, a relação de Maria com o serviço, e conosco, profissionais, foi se intensificando, e ela comparecia várias vezes na semana. Algumas vezes, para solicitar máscaras, álcool gel e um café. Outras, para avaliar questões respiratórias e renovar a prescrição de seus “coquetéis”, como ela chamava os antirretrovirais. E em outras, apenas para que nós a acompanhássemos como testemunhas de sua existência, nos contando por onde andava, as dificuldades que enfrentava na rua e sobre sua relação com o crack, que, pela forma de uso, a tulipa, que utiliza bombril para queimar mais rápido a pedra, acabava intensificando seus sintomas pulmonares. Também nos levava presentes, como um livrinho em espanhol que me entregou para que eu desse para meu filho.

Mesmo com tantas coisas que nos distanciavam, considerando meu lugar de

---

<sup>3</sup> Por se tratar de uma Pesquisa, todos/as os usuários/as acompanhados pelo “Projeto vinculação e retenção de pessoas com HIV em serviços públicos de saúde: um projeto demonstrativo na Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil” assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e esse relato, assim como outro que aparecerá neste Projeto, foram escritos no diário de campo. Todos os nomes que aparecem no texto como relatos ou narrativas foram modificados para resguardar o sigilo, com exceção de um, do qual irei tratar mais adiante. Trago aqui esses relatos, pois eles fazem parte da minha trajetória e das questões que ajudaram a construir este projeto.

privilégio, o fato de nos encontrarmos na vida para além das paredes do serviço de saúde produzia, de alguma forma, uma relação mais horizontal de trocas. Afinal, não era somente eu que perguntava como ela estava, ela também queria saber de mim e dos meus. Nos encontrávamos frequentemente pelas ruas do bairro onde eu moro, possibilitando conversas mais fluidas do dia a dia. Em vários desses encontros, eu estava com minha família, o que produziu uma ampliação dessa relação.

Quando eu vislumbrava a realização de um grupo GAM em um serviço de atenção ao HIV, sempre imaginava os efeitos que teria para o coletivo a presença dela. Maria, em diversos momentos, compartilhava sobre a perda de medicamentos na rua, trazendo outra dimensão social sobre a relação com os mesmos. O fato de ela estar com carga viral indetectável demonstrava um enorme esforço perante todas as barreiras que enfrentava.

Deixei o projeto de pesquisa em 2022, mas ainda segui a encontrando no território durante mais um ano, até que não a vi mais. Quando fui iniciar a pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) IV - Céu Aberto, por vezes ficava visualizando se em algum momento a encontraria lá, já que seria seu CAPS de referência. Há pouco tempo, em conversa com uma antiga colega daquele projeto, soube de seu falecimento. Essa notícia ficou repercutindo em mim, fazendo-me pensar: qual lugar tem o luto de quem atua no lugar da escuta? Será que, se fosse outra usuária, em outra posição social, eu demoraria tanto tempo a saber de sua perda?

Além de Maria, reverbera em mim o encontro com Fábio, um jovem negro, de 24 anos, que foi infectado pelo HIV a partir de transmissão vertical. Sua mãe faleceu de aids quando ele tinha 3 anos. Fábio, então, seguiu morando com seu pai até os 11 anos, quando este veio a falecer também. Desse momento em diante, passou a estar sob responsabilidade de avós e tias - por vezes mais cuidado, em outras extremamente desamparado. Iniciou tratamento antirretroviral ainda criança, com o acompanhamento da família. Até a adolescência, foi possível sustentar o tratamento com esse apoio. Porém, justamente a partir do momento em que a vida o convocou a se responsabilizar pelo seu próprio cuidado - e pelo seu sustento - e as questões e vivências em relação à sexualidade começaram a surgir, passou também a ter dificuldades em manter o uso regular de medicamentos.

Fábio acessou o serviço para buscar tratamento para outra infecção sexualmente transmissível (IST) bastante avançada e foi a partir desse atendimento que ele foi encaminhado para ser acolhido no Projeto de Vinculação, por estar em

abandono de tratamento antirretroviral naquele momento e por não indetector a carga viral desde 2013. Nesse processo de acompanhamento, Fábio foi trazendo suas dificuldades em relação ao tratamento, mas sobretudo sobre seus relacionamentos, sobre o peso de ter HIV (ou “essa doença”, como costumava dizer), sobre a gravidade da IST que se manifestara, as dificuldades de acesso ao serviço de referência, o trabalho precário, o uso de drogas e sua sensação de solidão, além da culpabilização por acreditar ter transmitido HIV para sua então namorada.

O Projeto previa que disponibilizássemos um celular para o contato com os/as usuários/as, e Fábio utilizou esse canal com bastante intensidade em alguns momentos mais difíceis, geralmente sob efeito de álcool e/ou outras drogas. Esse processo se intensificou, e ele passou a escrever mensagens diariamente dizendo não estar bem, ao que respondíamos com uma postura de acolhimento, mas com a preocupação, considerando as nossas limitações como serviço ambulatorial, de referenciá-lo para o equipamento da saúde mental de seu território - um CAPS AD no qual ele já havia feito acompanhamento e a Unidade Básica de Saúde. Isso ocorreu até chegar o dia em que ele nos enviou fotos com todos os comprimidos antirretrovirais em suas mãos, dizendo que iria se matar [sic]. Ingeriu todos e acabou sendo encaminhado por sua família para internação em saúde mental após esse episódio.

Ao sair da internação, seguimos fazendo combinações de um cuidado mais próximo e intensivo. Em todos os momentos de escuta, pensava no quanto Fábio não conseguia se colocar de forma protagonista em seu processo de cuidado, o que era ainda mais dificultado com a transmissão vertical do vírus e sua total vulnerabilidade quanto a isso. Fábio, além disso, vivenciava a perda do emprego e o término da relação com a namorada, o que o deixava ainda mais fragilizado e, por vezes, dizendo-se sem referências.

Não foram poucas as vezes em que Fábio deixou de ir aos atendimentos por referir ter feito uso de álcool e outras drogas no dia anterior, ou mesmo por estar sem recurso para passagens, já que ficou um tempo sem receber o benefício de prestação continuada. Isso fazia com que não conseguisse seguir o tratamento do HIV regularmente, faltando também a muitos procedimentos de cuidado relativos a sua IST. Ao conversar com a médica que tratava sua IST, ela referiu que, em um dos atendimentos em que ele a “questionava muito” [sic], ela teria perguntado: *Por acaso você é médico? Se não é, não tem o que questionar* [sic].

Naquele momento, estávamos no primeiro ano de pandemia e foi preciso que os serviços interrompessem as intervenções coletivas, passando a privilegiar os atendimentos individuais. Era uma ação necessária para diminuir os riscos de transmissão do vírus da covid, mas que dificultaria os processos de cogestão e trocas entre pares. Porém, esse e tantos outros casos me faziam questionar como seria a experiência desses/as usuários/as em um grupo GAM, “estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam” (Gestão Autônoma da Medicação: Guia de Apoio a Moderadores, 2014, p. 8), mas, também, ferramenta de cogestão, que aposta numa maior horizontalidade das relações entre usuários/as e prescritores/as. Será que isso teria mudado a relação de Fábio com seu processo de cuidado, seus pares, seu medicamento? Será que teria impacto em sua participação nas decisões relacionadas ao seu próprio tratamento de saúde?

## 1. INTRODUÇÃO

*Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/ restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.  
(Kinoshita, 1996, p. 57)*

Maria e Fábio são personagens de histórias simbólicas e suscitam o que Susan Sontag (1989) traz: a aids como uma doença metaforizada, que atormenta a imaginação coletiva, pois se relaciona com as doenças que mais causam temor, ou seja, que não são apenas as mais letais, mas, também, as mais desumanizadoras. A autora relaciona a aids a duas principais metáforas: à da invasão, comparável ao câncer, e à da poluição, comparável à sífilis. A invasão traz a percepção de que a contaminação e a vulnerabilidade são concebidas como estados permanentes, enquanto a poluição é carregada de culpabilização, como se a pessoa fosse uma fonte de contaminação.

De acordo com Sontag, ao mesmo tempo em que a aids carrega essas comparações, ela padece da ausência de uma mitologia positiva em torno de si. Enquanto a sífilis, em algum momento, foi associada a ideias de criatividade artística ou originalidade espiritual, a aids carrega a percepção de seu contexto histórico relacionado às mortes rápidas nas primeiras décadas da doença, não trazendo espaço para a romantização, devido à forte associação com morte, sofrimento e preconceitos.

É em torno desse conceito de metáfora e do desejo de ressignificação do mesmo que este trabalho se produz. A partir das relações de cuidado que nos atravessam, propomos uma pesquisa-intervenção, tendo como ponto de partida a perspectiva do cuidado integral às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e que vivem com HIV. Entre os campos que se ocupam do cuidado integral, a autonomia é colocada na centralidade tanto da Prevenção Combinada do HIV, quanto da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos.

A promoção da autonomia do/a usuário/a encontra um de seus instrumentos mais potentes na estratégia da Gestão Autônoma da Medicação - GAM, que inicia com os movimentos sociais defensores dos direitos das pessoas usuárias de serviços de saúde mental e de serviços alternativos de saúde no Quebec (Canadá).

Com o objetivo de proporcionar um processo de reflexão às pessoas que usam medicamentos psicotrópicos, com relação ao seu bem-estar e ao lugar que os medicamentos e outras práticas de cuidado ocupam na sua vida diária (Silveira; Moraes, 2017), a estratégia GAM radicaliza na centralidade da autonomia, na promoção de saúde e na produção do cuidado.

A perspectiva do cuidado integral, o fortalecimento do protagonismo e a promoção da autonomia das pessoas vivendo com HIV e populações vulnerabilizadas são questões desafiadoras nesse contexto político, tendo em vista os aspectos conservadores que se apresentam em relação às políticas sobre drogas, a negligência por parte das políticas públicas sociais, a criminalização das populações vulnerabilizadas - frequentemente afetadas pela epidemia de HIV/aids - e a luta pelo cuidado em liberdade dos/as usuários/as da saúde mental. Assim, escrever sobre autonomia é, também, uma afirmação ético-política que visa ampliar um lugar de produção do conhecimento com aqueles/as que lutam por sua existência, apesar de tudo.

A epidemia do HIV, hoje, é considerada de caráter concentrado. Isso significa que, mesmo com os avanços obtidos no campo da atenção e da defesa dos direitos humanos, enquanto na população geral a prevalência do HIV é de 0,4% (BRASIL, 2016), algumas populações apresentam condições de vulnerabilidades maiores, demarcadas por determinantes sociais e de saúde da ordem dos estigmas e preconceitos, como o racismo institucional, o machismo, a homofobia, a transfobia. Todas essas questões acabam produzindo barreiras de acesso e se refletindo em uma concentração maior das prevalências de HIV e de outros agravos nestas populações, assim como são geradoras de diversas formas de sofrimento psíquico.

Pessoas que usam drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade, consideradas as populações-chave para a resposta ao HIV, permanecem estigmatizadas e lidam diariamente com a necropolítica, que se apresenta a partir de vários obstáculos para acessar direitos fundamentais, bem como ações e serviços para prevenção e tratamento dos agravos pelos quais são acometidas. Sendo assim, aposta-se na potência da GAM para este diálogo com a Prevenção Combinada, considerando a literatura que aponta a GAM como uma estratégia que favorece relações horizontais e democráticas no cuidado em saúde (Palombini; Rodriguez-del-Barrio, 2021; Silveira; Moraes, 2017), configurando-se como ferramenta de enfrentamento às opressões e potencialmente antirracista (Zanchet; Palombini,

2020). Considera-se que a GAM tem a possibilidade de auxiliar na problematização colocada pela medicalização da prevenção do HIV/aids e das ofertas prescritivas que se fazem nesse contexto, que vão justamente ao encontro do silenciamento dos/as usuários/as, implicando em menor democratização nos serviços de saúde e menor participação social. Essa aposta se dá pela provocação que a GAM faz para que

[...] as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados. Busca, ainda, que conheçam quais são seus direitos e que saibam que podem decidir se aceitam ou recusam as diferentes propostas de tratamento. Assim, dois princípios importantes da GAM são: o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar os tratamentos. Para a GAM, a participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central (Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores, 2014, p. 6).

A GAM trabalha a partir de um instrumento, chamado de Guia da Gestão Autônoma da Medicação - ou Guia GAM, e com o grupo como dispositivo, investindo na possibilidade de produzir encontros, mas também ruptura de práticas verticalizadas no processo de cuidado em saúde. A necropolítica, de que falaremos mais adiante, aprofunda vulnerabilidades dos corpos marginalizados pela sociedade e pela fragilização do Estado democrático de direito. Investir no coletivo e nos processos de cogestão que a GAM propicia é apostar na produção de linhas de fuga à captura da necropolítica, já que “... autonomia não se constrói de maneira solitária, mas sim na relação com o outro” (Guia da Gestão Autônoma da Medicação, 2012, p. 11).

Dessa forma, a GAM se coloca como

[...] uma estratégia para ser praticada de forma coletiva, em grupo, de maneira dialogada e compartilhada – e assim deve ser também o uso do Guia GAM. Experimentar o compartilhamento de experiências no grupo é um ótimo exercício para a construção de um diálogo com os médicos e com a equipe de saúde de cada usuário (Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores, 2014, p. 9).

No desenvolvimento desta pesquisa, considerando o contexto da pandemia do coronavírus e dos efeitos que nos atravessaram, outras questões nos inquietaram e nos levaram aos caminhos que trilhamos. Como a crise do coronavírus atualiza a necropolítica já vivenciada com a aids, incidindo sobre as populações marginalizadas da sociedade? De que forma a GAM, como ferramenta, pode contribuir para a promoção da autonomia nas estratégias da prevenção combinada com populações que vivem com HIV? Como a GAM pode operar como dispositivo de fortalecimento da autonomia ao dialogar com questões relacionadas às interseccionalidades que aprofundam vulnerabilidades das pessoas que usam drogas, como

gênero/identidade de gênero, raça e classe? Quando o Estado se coloca como veneno na relação com a população e opera a necropolítica, quais condições de possibilidades têm o protagonismo e o fortalecimento da autonomia para a participação social, cara aos campos da luta antimanicomial, aids e redução de danos?

Interessa-nos pensar nestas questões junto às pessoas que usam drogas e vivem com HIV, o que nos leva inevitavelmente a incluir neste debate as contribuições da redução de danos enquanto diretriz ética do cuidado em álcool e outras drogas e a sua potência no encontro com a GAM.

Ressalta-se que a GAM foi pesquisada no campo da saúde mental e, apesar de ser uma estratégia potente para operar em outros campos da saúde, ainda não existem estudos sobre a sua utilização no campo do HIV. Aposta-se, assim, na possibilidade de produzir questões que auxiliem na problematização colocada pela medicalização da prevenção do HIV/aids e pelas ofertas prescritivas que se fazem nesse contexto, na sua relação com a universalização do tratamento precoce, o imperativo da adesão e o princípio da promoção da autonomia relacionada às interseccionalidades que atravessam as pessoas que usam drogas, como gênero/identidade de gênero, raça e classe.

Para desenvolver esta proposta, organizamos a tese em duas partes: a Parte I, que contextualiza os caminhos e reflexões que nos fizeram chegar ao nosso tema de pesquisa, e a Parte II, a partir de nosso encontro e reverberações com o campo. Assim, no segundo capítulo, primeiro da Parte I, falamos sobre como a Biopolítica, em Foucault, e a Necropolítica, de Achille Mbembe, se situam entre *deixar viver* e *fazer morrer* para pensar sobre os estruturantes sociais que intensificam as epidemias de HIV e coronavírus. Fazemos um resgate sobre o paradigma da sífilis, a resposta brasileira ao HIV e sobre como a crise do coronavírus atualiza a política de morte já vivenciada pelas outras epidemias, sobretudo nas populações mais marginalizadas.

Dando sequência aos efeitos da necropolítica, no terceiro capítulo trazemos sobre as consequências do processo de colonização que perduram, ainda hoje, no processo do surgimento e manutenção do sistema manicomial. Afirmamos sobre a necessidade de analisar criticamente, de forma constante, os impactos do racismo nos processos de trabalho dos serviços de saúde mental, além de implementar um projeto de atenção radical, alinhado à ética da redução de danos, já que não haverá Reforma Psiquiátrica plena se as lutas antirracistas e antimanicomial estiverem

separadas. Falamos, também, sobre o conceito de medicalização, que vai além das discussões relacionadas ao uso abusivo de medicamentos a partir do processo de patologização da vida, mas engloba uma compreensão mais ampla, que descreve uma tentativa de controle sobre os diferentes modos de andar a vida, impondo uma lógica que aprisiona a diversidade e culpabiliza as pessoas que não se conformam com normas preestabelecidas.

Após isso, no quarto capítulo, iremos tratar dos diálogos possíveis e das problematizações entre a Gestão Autônoma da Medicação e a Prevenção Combinada do HIV, sobretudo no que diz respeito ao fortalecimento da autonomia dos/as usuários/as, mas também nas problematizações relacionadas à tendência de um cuidado prescrito no campo do HIV. Aqui, descreveremos o Guia da Gestão Autônoma da Medicação como um instrumento que poderá ser utilizado como ferramenta, com o grupo como dispositivo, como potência para ampliar a democratização nos serviços de saúde e em seus processos de cuidado.

O quinto capítulo trata do percurso metodológico. Sustentamos uma pesquisa-intervenção participativa, a partir do Método da Roda nos grupos-intervenção com usuários/as e equipe do CAPS AD IV Céu Aberto, tomando como princípio que a produção de conhecimento é inseparável da produção de realidade, pois, ao pesquisar, intervimos e, conseqüentemente, produzimos a realidade. A Roda tem a potência de produzir encontros mais horizontais entre usuários/as, trabalhadores/as e pesquisadores/as, estabelecendo trocas de olhares, falas, experiências e possibilidades mais democráticas de participação. A partir das transcrições e das elaborações do Diário de Campo dos grupos, foram elaboradas narrativas inspiradas em obras literárias, possibilitando trazer as relações sobre as construções de gênero e o lugar da mulher nos serviços que atuam com álcool e outras drogas, aporofobia, descriminalização do cuidado, estigma e preconceito, racismo estrutural, entre outros.

Na Parte II, que inicia no capítulo 6, trazemos sobre nossa imersão no campo de pesquisa, trazendo as narrativas das memórias dos grupos e sobre como o coletivo se produziu a partir dos encontros. Compartilhamos as produções inventivas que trouxemos como ferramentas para as rodas, como a Caixa dos Prazeres, as cápsulas, o jogo da mandala e o baralho GAM. Dos encontros, reverberaram questões, que analisamos a partir do método das narrativas, relacionadas à gênero, racialidade, sexualidade, relações com medicamentos, violências e necropolítica, bem como as os lugares na Rede de Atenção Psicossocial que ocupam o CAPS e

as Comunidades Terapêuticas nas relações com os/as usuários/as, questões trabalhadas nos capítulos seguintes.

Assim, no capítulo 7, trazemos narrativas de mulheres cis e trans e dos lugares de gênero que cada uma ocupa e dos marcadores de opressão que as atravessa, como a cisheteronormatividade, violências de gênero e sexual, medicalização da vida, desmaternização, além de outros estruturantes sociais e da masculinidade hegemônica, que se expressam também no serviço. Finalizamos o capítulo trazendo que as construções de gênero e de masculinidade hegemônica, as mulheres são sempre mais violentadas, mas os homens não passam ilesos pelas marcas dessa cultura, apontando na direção de que a escuta a partir de uma clínica antirracista, que se pauta pela quebra da cisheteronormatividade e da masculinidade hegemônica, não podem escutar a expressão da violência somente como um ato individual, já que essas marcas de opressão são estruturantes sociais.

O capítulo 8 trata sobre as expressões da sexualidade e as barreiras de acesso que ainda persistem para que se ampliem, efetivamente, as possibilidades de prevenção combinada para as populações mais vulnerabilizadas. Percebemos que poucas pessoas têm informações sobre as diferentes estratégias de prevenção, sendo o CAPS AD um lugar estratégico para a articulação de um cuidado integral. Avaliamos, também, o cenário que demonstra que o uso de álcool e outras drogas pode constituir fator diferenciado de vulnerabilidades, não somente relacionadas às violências, mas também à exposição a agravos, especialmente quando em conjugação com racismo e cisheteronormatividade. Nesse cenário, as mulheres cis e trans estão em maior vulnerabilidade, sobretudo quando são negras e periféricas.

No nono capítulo, recuperamos o conceito de *Phármakon* para pensar sobre as relações entre remédio e veneno das drogas prescritas e proscritas, e de como a GAM e a redução de danos podem fazer operar reposicionamentos, tanto de trabalhadores/as quanto de usuários/as, para a construção de relações mais horizontais no processo de cuidado, propondo uma Gestão Autônoma de Múltiplas Drogas e Múltiplas Formas de Viver. Além disso, trazemos os impasses relacionados ao termo “adesão ao tratamento” e a Redução de Danos para contribuir com processos de protagonismo e autonomia.

O capítulo 10 retoma a necropolítica que provoca *mortes matadas* e *mortes morridas* e sustenta o fortalecimento coletivo como movimento político que possa lutar pelo direito à respiração da população em situação de rua e vulnerabilizada.

E, por fim, finalizamos a tese retomando o conceito de *sindemia*, ao tratar das

interações entre a dimensão ecológica com os fatores biológicos e sociais na intensificação de agravos, já que os marcadores interseccionais não estão separados das questões ambientais quando consideramos a questão do racismo ambiental. Ainda, afirmamos a GAM como uma ferramenta ética de potencial antirracista, que, no encontro com a redução de danos e a prevenção combinada, tem a possibilidade de ampliar o olhar para as questões de gênero e sexualidade. Sustentamos a potência do coletivo, que vai para além das ofertas de grupos terapêuticos nos serviços, se colocando como um dispositivo capaz de produzir linhas de fuga que escapem à captura dessas populações pela necropolítica.

# PARTE I

## 2. A NECROPOLÍTICA E AS EPIDEMIAS DE HIV E CORONAVÍRUS

*O passado não reconhece o seu lugar:  
está sempre presente.  
(Mário Quintana)*

Para Foucault, o corpo é objeto de toda a política, pois não existe uma política que não seja política dos órgãos (Foucault, 1988). A esse respeito, ele desenvolve o conceito de Biopolítica, que significa a relação que o poder estabelece com o corpo social na modernidade. Em “História da sexualidade I: a vontade de saber” (1988), Foucault descreve a transição da “sociedade soberana” para a “sociedade disciplinar”. Na sociedade medieval, o soberano exerce seu direito sobre a vida ao cumprir ou conter o seu direito de matar: “marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir. O direito que é formulado como ‘de vida e morte’ é, de fato, o direito de causar morte ou de deixar viver” (p. 148).

Com a transição para a “sociedade disciplinar”, o direito de causar a morte ou deixar viver é substituído pelo poder de causar a vida ou devolver a morte. Esse poder sobre a vida se desenvolve a partir do século XVII em dois pólos principais. O primeiro centra-se no corpo como máquina, o que significa seu adestramento, ampliação de suas aptidões, extorsão de suas forças, crescimento de sua utilidade e docilidade, tudo isso “na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” (Foucault, 1988, p. 151). O segundo pólo se formou a partir da metade do século XVIII e centra-se no corpo-espécie, como suporte dos processos biológicos:

[...] a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (Foucault, 1988, p. 152).

Em “Os anormais”, Foucault (2010) faz a diferenciação entre a exclusão da lepra, na Idade Média, e a inclusão do pestífero, a partir do século XVIII. A exclusão pela lepra era a prática social que comportava uma divisão rigorosa, com distanciamento e regra de não contato de um indivíduo (ou grupo) com outro. Implicava a desqualificação, talvez não exatamente moral, mas jurídica e política. Já a substituição da exclusão da lepra pela inclusão do pestífero, a partir do século XVIII, como modelo de controle, não tratava mais de exclusão, mas de controle, não tratava mais de expulsar, mas de estabelecer, fixar, definir presenças controladas. A

substituição do modelo da lepra pelo modelo da peste corresponde a um processo histórico importantíssimo: invenção das tecnologias positivas de poder (Foucault, 2010). Esse é o poder de normalização do Estado e da arte de governar, que dialoga com o poder disciplinar.

Na obra "Em Defesa da Sociedade" (1975-1976/2005), Foucault vai além e explora como o poder se exerce sobre a vida e a morte dos indivíduos e das populações, abordando a questão do racismo na relação com a biopolítica. Nesse contexto, o racismo surge como um mecanismo fundamental do biopoder, pois ele permite justificar a segregação, a discriminação, e, em última instância, o direito de "fazer morrer" ou "deixar viver" certos grupos em benefício de outros.

Foucault (2005) define a biopolítica como o conjunto de mecanismos por meio dos quais o poder controla e regula a vida, operando em duas esferas principais: a do corpo individual (disciplinas, treinamento, controle dos corpos) e a da população como um todo (medidas de saúde pública, natalidade, mortalidade, longevidade). O objetivo da biopolítica é otimizar a vida, aumentar a saúde, a produtividade e o bem-estar da população, mas também controlar e, se necessário, eliminar aquilo que é percebido como uma ameaça a essa otimização.

Dentro dessa estrutura, o racismo desempenha um papel crucial. Foucault argumenta que o racismo é uma tecnologia do biopoder que introduz uma ruptura na biopolítica: enquanto o poder político se ocupa da vida, ele também deve poder matar para proteger essa vida. Isso se manifesta de forma extrema em regimes como o nazismo, onde o racismo de Estado legitima o genocídio em nome da "pureza" da raça e da saúde da população (Foucault, 2005).

Dessa forma, Foucault sustenta que a origem do racismo é a colonização, sendo uma ferramenta necessária para que o Estado exerça o biopoder. Ele permite que o Estado defina quem é considerado "normal" e "saudável" e quem é considerado uma ameaça à saúde e à integridade da população. Essa distinção cria uma justificativa para a segregação, a discriminação e, em casos extremos, o extermínio. O racismo, portanto, se torna um meio pelo qual o poder político pode exercer seu controle sobre a vida e a morte, mantendo a ordem e a "pureza" dentro da sociedade.

Os conceitos de biopoder/biopolítica, aos olhos de Achille Mbembe, ampliam as perspectivas a respeito dos efeitos do racismo como estrutura de poder, já que ele convoca a análises que saem da centralidade dos contextos europeus para refletir sobre a constituição dessas relações de poder, não apenas nos contextos pós

coloniais de Áfricas, “mas também nos processos de colonização e nos traços de colonialidade que ainda imperam com força nos contextos brasileiros tendo, como espinha dorsal, as questões raciais contemporâneas” (Lima, 2018).

No livro “Necropolítica” (2016), Mbembe inspira-se em Foucault e seus conceitos de biopoder e biopolítica, mas dialoga também com autores/as como Hannah Arendt, Karl Marx, Frantz Fanon, Giorgio Agambem. Mbembe propõe a noção de necropolítica e necropoder para explicar “formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de ‘mortos-vivos’” (p. 25).

A noção de necropolítica, nesse sentido, não seria apenas o “deixar morrer”, tal qual a noção de biopoder ressalta, mas o “fazer morrer”. Para abordar isso, Mbembe se propõe a falar sobre a relação do indivíduo com o Estado e suas políticas de morte, sendo que o aniquilamento dos corpos é o objeto principal da análise que faz em sua obra. A estrutura do necropoder se dissemina em setores que controlam as vidas dos que não possuem o direito de existir, pois estão marginalizados e, com isso, podem ser massacrados pelo poder institucional. O Estado da necropolítica, ou necroestado, funciona com vários dispositivos armados que servem aos interesses da soberania praticante de todo controle, exclusão e extermínio, funcionando como um triplo braço da necrovida humana ou dos corpos subjugados e condenados. A política da morte ou a necropolítica é gerida de forma que o racismo se torna o próprio regulador das sociedades que foram colonizadas, isto é, ele é o próprio mecanismo que diz “quem vai viver ou quem vai morrer, onde vai viver e onde vai morrer”, criando uma geografia da morte, onde funciona a própria necropolítica (Mbembe, 2016).

Mbembe (2016) aborda o lugar que é dado à vida, à morte e ao corpo humano e como estes estão inscritos na ordem do poder, relacionando-os ao conceito de autonomia na perspectiva da biopolítica.

A partir dessa perspectiva, a expressão máxima da soberania é a produção de normas gerais por um corpo (povo) composto por homens livres e iguais. Esses homens e mulheres são considerados sujeitos completos, capazes de autoconhecimento e autorrepresentação. A política, portanto, é definida duplamente: um projeto de autonomia e a realização de acordo em uma coletividade mediante comunicação e reconhecimento. Isso, nos é dito, é o que diferencia da guerra (Mbembe, 2016, p. 124).

Considerando tal pensamento que Mbembe desenvolve com base em

Foucault, fica demarcado que não existe necropolítica sem biopolítica, já que a necropolítica é sempre efeito de uma biopolítica. Ou seja: o problema central é o próprio conceito de vida, pois é o modo de vida que o Estado defende que vai ser decisivo em relação a como o próprio Estado vai fazer viver e vai fazer morrer. Neste sentido, é a noção de vida que interessa e que é preciso disputar.

É com base em uma distinção entre razão e desrazão (paixão, fantasia) que a crítica à modernidade tem sido capaz de articular a ideia de política, comunidade, sujeito e o que abarca uma vida plena, de como alcançá-la e, nesse processo, tornar-se agente plenamente moral. “Nesse paradigma, a razão é a verdade do sujeito, e a política é o exercício da razão na esfera pública. O exercício da razão equivale ao exercício da liberdade, um elemento-chave para a autonomia individual” (Mbembe, 2016, p. 124). Se a política é o exercício da razão na esfera pública, Mbembe fala sobre o processo de escravização e colonização como uma das primeiras instâncias da experimentação biopolítica e da tripla perda que têm os corpos das pessoas escravizadas: a perda de um “lar”, a negação dos direitos sobre o próprio corpo e a perda de status político. Essa tripla perda equivale à dominação absoluta, à alienação desde o nascimento e à morte social (uma expulsão da humanidade em geral). Nesse sentido, para Mbembe, a preocupação é com aquelas formas de soberania cujo projeto central não é a luta pela autonomia, mas, sim, a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações.

A distinção entre razão e desrazão é importante para pensarmos aqui, pois, segundo Mbembe em “A crítica da razão negra” (2018), o colonialismo retira dos corpos negros, indígenas e de outros corpos colonizados a possibilidade de racionalizar. Para tanto, a autonomia, para esses corpos, não seria considerada. Sobre o conceito de raça, Mbembe refere que não decorre somente de um efeito, pois se trata de estabelecer e afirmar o poder. Para o autor, é típico da raça e do racismo suscitar um duplo equivalente a uma máscara, um simulacro.

Um rosto humano autêntico é convocado a aparecer. O trabalho do racismo consiste em relegá-lo ao segundo plano ou cobri-lo com um véu. No lugar desse rosto, faz-se emergir das profundezas da imaginação um rosto de fantasia, um simulacro de rosto e uma silhueta que, desse modo, tomam o lugar de um corpo e um rosto humanos. O racismo consiste, pois, em substituir aquilo que é por algo diferente, uma realidade diferente. Além de uma força de deturpação do real e de um fixador de afetos, é também uma forma de distúrbio psíquico, e é por isso que o

conteúdo do recalcado volta brutalmente à superfície. Para o racista, ver um negro é não ver que ele não está lá; que ele não existe; que ele não é outra coisa senão o ponto de fixação patológica de uma ausência de relação (Mbembe, 2018, p. 69).

Portanto, trazendo para nosso contexto, racismo seria ver um negro e não ver que ele não está representado no lugar dos/as trabalhadores/as prescritores/as dos serviços de saúde; nem contemplado em suas singularidades na construção das políticas públicas, no acesso às ofertas de cuidado integral ou mesmo nos próprios serviços. Por isso, torna-se tão importante considerar as questões relacionadas ao racismo estrutural e outras questões que dizem respeito às vulnerabilidades, que aprofundam barreiras de acesso dos/as usuários/as ao cuidado, quando se trata de propor ferramentas de fortalecimento da autonomia.

A partir disso, pode-se pensar sobre como o Estado se coloca em relação às epidemias de HIV, do coronavírus ou outras.

Segundo Preciado (2020), a crise da aids fez com que vários/as autores/as expandissem e radicalizassem as hipóteses de Foucault e as relações com as políticas imunológicas. Paul Preciado resgata o filósofo italiano Roberto Esposito, que analisa as relações entre a noção biomédica e epidemiológica de imunidade e a noção política de comunidade:

Roberto Espósito nos ensina que toda biopolítica é imunológica: supõe uma definição de comunidade e o estabelecimento de uma hierarquia entre os órgãos isentos de impostos (aqueles que são considerados imunes) e aqueles que a comunidade considera potencialmente perigosos (os demuni) e que serão excluídos em um ato de proteção imunológica. Esse é o paradoxo da biopolítica: todo ato de proteção implica uma definição de imunização da comunidade, segundo a qual a comunidade se dará a autoridade para sacrificar outras vidas, em benefício da ideia de sua própria soberania. O estado de exceção é a normalização desse paradoxo insuportável (Preciado, 2020).

Mais adiante, Preciado cita a antropóloga Emily Martin, no livro "Flexible Bodies" (1995), que problematizou a "relação entre imunidade e política na cultura americana durante as crises de poliomielite e aids", chegando a conclusões relevantes para analisar a crise atual. A imunidade corporal não seria, para a autora, apenas um fato biológico, independente de variáveis culturais e políticas, mas, sim, o que é "construído coletivamente através de critérios sociais e políticos que alternadamente produzem soberania ou exclusão, proteção ou estigma, vida ou morte" (Preciado, 2020).

Fernando Seffner e Richard Parker dialogam com o conceito de biopolítica ao tratar da epidemia do HIV no texto “Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids” (2016). Fazendo uma crítica à política de prevenção ao HIV vigente, os autores tratam do desperdício da experiência, analítica inspirada em Boaventura Santos, e da precarização da vida, noção que toma como base as ideias de Judith Butler:

[...] as políticas públicas brasileiras lidam com a epidemia de aids nos dias de hoje na permanente tensão entre o fazer viver (ampliação da oferta de exames para conhecimento da situação sorológica e oferta universal da medicação antirretroviral) e o deixar morrer (reforço das situações de estigma e discriminação às populações vulneráveis) (2016, p. 293).

A crise do coronavírus convoca a reviver a história da aids e de outras epidemias, sobretudo com respeito a como o Estado se coloca na relação com os sujeitos afetados pelas mesmas. Quando o Estado opera a necropolítica, quais condições de possibilidades têm os dispositivos de práticas de autonomia e protagonismo nos campos do HIV, da Saúde Mental e da Redução de Danos?

## **2.1 O paradigma da sífilis e a emergência do HIV**

Antes de trazer um pouco da história do HIV, é importante falar da sífilis. Infecção sexualmente transmissível, ela “materializou nos corpos dos séculos XVI ao XIX as formas de repressão e exclusão social que dominavam a modernidade patriarcal-colonial” e que trouxe a “obsessão pela pureza racial, a proibição dos chamados ‘casamentos mistos’ entre pessoas de diferentes classes e ‘raças’ e as múltiplas restrições que pesavam sobre as relações sexuais e extraconjugais” (Preciado, 2020).

A sífilis foi descrita pela primeira vez na cidade de Nápoles, em 1494, momento em que a Europa estava iniciando seu empreendimento colonial. Com sua propagação, o agente etiológico, causado pela bactéria *treponema pallidum*, passa a ser denominado como o estrangeiro, com os ingleses denominando-a de “mal-francês”; os parisienses, de “*morbus germanicus*”; os japoneses, de “doença chinesa”; os florentinos, de “mal-de-nápoles” (Sontag, 1989).

Mas essa observação, que pode parecer uma simples anedota sobre a inevitabilidade do chauvinismo, revela uma verdade mais importante: a de que há uma ligação entre o imaginário da doença e o imaginário do

estrangeiro. Suas raízes se encontram talvez no próprio conceito de errado, sempre identificado com o não-nós, o estranho. A pessoa poluente é sempre errada, observou Mary Douglas. O inverso também é verdadeiro: a pessoa considerada errada é vista, ao menos potencialmente, como uma fonte de poluição (Sontag, 1989, p. 87).

Preciado (2020) destaca que “(...) A utopia da comunidade e o modelo de imunidade da sífilis é o do corpo branco burguês sexualmente confinado na vida matrimonial como núcleo da reprodução do corpo nacional”. Essa foi a brecha para que a prostituta se tornasse o corpo vivo que condensaria todos os significantes abjetos e políticos durante a epidemia, estigmatizada como o vetor principal de disseminação da bactéria causadora da sífilis: “uma mulher trabalhadora e muitas vezes racializada, um corpo fora das normas domésticas e matrimoniais, que fazia de sua sexualidade seu meio de produção” (Preciado, 2020). O que se viu, ao longo da história, é que o isolamento das prostitutas as tornou ainda mais vulneráveis à doença, algo que irá se reproduzir com a epidemia do HIV e a revitalização dos estigmas e preconceitos.

A cura da sífilis viria com a descoberta de antibióticos, especialmente a penicilina, em 1928, momento em que ocorreram enormes transformações políticas e sexuais na Europa: acesso das mulheres brancas ao voto, as primeiras descriminalizações da homossexualidade e uma relativa liberalização da ética matrimonial heterossexual. Cabe ressaltar que, apesar da cura, a sífilis segue como epidemia. Durante o período de 2012 a 2022, o Brasil registrou um total de 1.237.027 casos de sífilis adquirida, 537.401 casos de sífilis em gestantes, 238.387 casos de sífilis congênita e 2.153 óbitos relacionados à sífilis congênita. Ao longo dessa série histórica, observou-se um aumento contínuo na taxa de detecção de sífilis adquirida, com exceção do ano de 2020, quando foi observada uma queda nessa taxa. Esse declínio pode ser atribuído, possivelmente, à redução da capacidade de diagnóstico devido às medidas adotadas durante a pandemia de covid-19 (Brasil, 2023).

Ao final da década de 70, surge outra epidemia, a aids, que, para a sociedade neoliberal heteronormativa do século XX, teve o mesmo lugar que a sífilis teve para a sociedade industrial e colonial (Preciado, 2020). Os primeiros casos de infecção surgiram nos Estados Unidos, Haiti e África em 1977/1978, mas só foram definidos como aids em 1982. No Brasil, o primeiro caso surgiu em São Paulo, em 1980, tendo sido classificado como aids somente dois anos mais tarde.

Nessa primeira fase, a epidemia de HIV afetou, prioritariamente, os chamados 4 H: homossexuais, hookers (profissionais do sexo), hemofílicos e heroin users

(usuários/as de heroína), que carregavam uma enorme carga de estigma e discriminação, em contraste com o lugar soberano atribuído a uma masculinidade penetrante. Segundo Preciado (2020):

A aids remasterizou e atualizou a rede de controle sobre o corpo e a sexualidade que a sífilis havia tecido e que a penicilina e a descolonização, os movimentos feministas e gays haviam desarticulado e transformado nas décadas de 1960 e 1970 (Preciado, 2020).

O autor ressalta que a repressão à homossexualidade contribuiu para o aumento de mortes - como no caso das prostitutas na crise da sífilis - e que é justamente a despatologização da homossexualidade, a autonomia farmacológica dos países do hemisfério Sul, a emancipação sexual das mulheres, o direito de dizer não às práticas sem preservativo e o acesso da população afetada que está transformando progressivamente a aids em uma doença crônica (Preciado, 2020), ou seja, não mais letal. Quais os caminhos da resposta brasileira ao HIV para acompanhar essas transformações?

## **2.2 A resposta brasileira ao HIV**

No Brasil, a epidemia de HIV teve início há 40 anos, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da regulamentação do SUS na Lei Federal 8.080/1990, que, juntos, embasam o acesso à saúde de forma universal, equitativa e integral como direito de todos/as os cidadãos/as. O enfrentamento à epidemia de HIV ocorre nesse contexto. O acesso às ações e insumos de tratamento e prevenção da infecção pelo HIV e das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST's) possibilitaram transformar o cenário epidemiológico brasileiro - o país garante o acesso universal e gratuito ao tratamento desde 1996.

A resposta brasileira ao HIV/aids se apresenta em pelo menos três momentos distintos, relativos aos paradigmas da prevenção adotados em cada época. Durante a primeira década, 1980, a aids foi difundida como "peste gay". Trabalhava-se com a noção de grupos de risco para o HIV, sem um olhar para os determinantes e condicionantes sociais, o que acarretava uma culpabilização das pessoas pela epidemia. Assim, identificou-se o aumento do preconceito e o estigma em relação às pessoas vivendo com HIV (Brasil, 2017; Adamy *et al*, 2020). Nessa mesma década, junto com o processo de redemocratização do país, Estado, sociedade civil e academia se aproximaram com objetivos comuns na busca de resposta à epidemia,

o que só se consolidou com a criação do SUS, “imprescindível para implementar o Programa Nacional de Controle das DST/AIDS, baseado nos direitos humanos, visando equidade, inclusão, integralidade e contra o preconceito e a discriminação” (Greco, 2016, p. 1553).

No segundo momento, décadas de 1990 e 2000, trabalhava-se com uma abordagem mais centrada no comportamento e nos determinantes sociais da epidemia, havendo uma incorporação do conceito de vulnerabilidade como consequência dos padrões de organização da sociedade; falava-se, também, em uma tendência de feminização da epidemia, algo que não se consolidou ao longo do tempo (Brasil, 2017; Adamy *et al*, 2020). A partir de 1996, o movimento contra a exclusão das pessoas vivendo com HIV e aids começou a ganhar novos contornos. O surgimento da terapia antirretroviral combinada, incorporada e disponibilizada pelo SUS, mudou significativamente o perfil da epidemia, as representações sociais acerca da doença e, sobretudo, as perspectivas das pessoas vivendo com HIV. Houve redução da mortalidade, aumento da sobrevida e reinserção social de pessoas vivendo com HIV como efeito do surgimento de medicamentos mais eficazes, contribuindo para amenizar as situações de preconceito e a associação da doença com a fatalidade (Grangeiro *et al*, 2009).

No terceiro momento, a partir de 2009, a epidemia se intensifica em alguns segmentos populacionais caracterizados como populações-chave, que, muitas vezes inseridos em contextos que aumentam suas vulnerabilidades, apresentam prevalência superior à média nacional de 0,4%. Começa-se a trabalhar com a incorporação da prevenção combinada, a qual provoca ruptura da distinção entre prevenção e tratamento. A prevenção combinada do HIV se endereça às três dimensões que contribuem para a transmissão do HIV: biomédica, comportamental e estrutural (Brasil, 2017; Adamy *et al*, 2020).

Sobre o termo ‘vulnerabilidade’, as construções conceituais em torno dele não são novas, mas sua emergência e compreensão, como conceito na saúde pública contemporânea, deu-se no contexto da construção de respostas à epidemia de HIV/aids. O conceito de vulnerabilidade é considerado como um conjunto de aspectos individuais e coletivos, que se relacionam à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um agravo ou adoecimento, ao mesmo tempo em que há menor disponibilidade de recursos para sua proteção (Ayres; Paiva; França Jr., 2012).

Os/as mesmos/as autores/as destacam que a resposta à aids mostrou que

não existe um único modo de descrever determinantes, distribuição e desdobramentos de um processo saúde-doença-cuidado. Segundo o quadro de vulnerabilidade proposto por eles, não há uma 'História Natural da Doença', mas sim uma 'História Social da Doença', sendo essa abordagem baseada nos direitos humanos. Compreender a história social implica focar na responsabilidade e na ação dos governos e das políticas públicas de saúde como parte integrante dos determinantes contextuais e sociais no processo de saúde e doença (Ayres; Paiva; França Jr., 2012).

No Brasil, onde as respostas à epidemia da aids se constroem no SUS, a responsabilidade está implicada nas esferas individual, social e programática. A dimensão individual é concebida como a esfera da pessoa sujeito de direitos. Grupos que têm seus direitos violados têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte. Encontra-se maior vulnerabilidade ao HIV/aids onde há maior violação aos direitos relacionados a trabalho, moradia, acesso a serviços de saúde de qualidade, educação, lazer, liberdade em constituir família e viver a sexualidade conforme cada pessoa define (Ayres; Paiva; França Jr., 2012).

A dimensão social das análises de vulnerabilidade tem como foco, justamente, os aspectos contextuais que constituem as vulnerabilidades individuais, como as relações econômicas, de gênero, raciais, geracionais, crenças religiosas, pobreza, exclusão social ou mesmo os modos de inclusão que mantêm a desigualdade (Ayres; Paiva; França Jr., 2012)

Já a dimensão programática das análises de vulnerabilidade está relacionada às possibilidades – ou não – de respostas governamentais e políticas de HIV/aids, a partir da capacidade de resolução dos serviços e das políticas públicas (Ayres; Paiva; França Jr., 2012). Os serviços estariam atentos às relações entre os diversos contextos sociais locais e à dinâmica do processo saúde-doença presentes no território? As construções de respostas das políticas públicas seriam capazes de problematizar e superar essas relações?

Tomando como base a epidemia de HIV e as populações mais afetadas, vemos que os segmentos populacionais que mais são acometidos pela epidemia também são atravessados por racismo, machismo, homofobia, transfobia e desigualdade social. Como anunciado acima, essas questões estruturantes se materializam em dados epidemiológicos desproporcionais em algumas populações, em comparação com a população geral no Brasil. Dessa forma, as maiores prevalências são observáveis entre as denominadas populações-chave para a

resposta ao HIV, que incluem pessoas que usam drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade. Além destas, as populações-prioritárias – população negra, população em situação de rua, população jovem e população indígena – possuem características transversais que ampliam vulnerabilidades. São populações que permanecem estigmatizadas e lidam, diariamente, com vários obstáculos para acessar ações e serviços para prevenção e tratamento dos agravos dos quais são acometidas (Brasil, 2017).

Dentre os estudos mais importantes, tem-se as seguintes prevalências nestes segmentos populacionais:

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens: prevalência de HIV de 18,4% (Kerr, 2018);
- Pessoas trans: prevalência de HIV entre mulheres trans e travestis entre 16,9% e 36,7%, não sendo possível estabelecer uma média (Grinsztejn *et al*, 2017);
- Trabalhadoras do sexo: prevalência de HIV de 5,3% (Ferreira-Junior *et al*, 2018);
- Pessoas que usam álcool e outras drogas: prevalência de HIV de 5,0% (Bastos; Bertoni, 2014) e 6,9% para o HIV em pesquisa realizada em Pernambuco (Santos; Almeida; Brito, 2016);

É importante observar o aspecto interseccional, pois, devido às condições estruturantes e de determinantes sociais em saúde, características transversais podem ampliar vulnerabilidades. Dessa forma, o conceito de interseccionalidade contribui para a ampliação de olhar, pois traz a compreensão de que as opressões da sociedade, como machismo, racismo, capacitismo, xenofobia, homofobia, transfobia, entre outras, não podem ser vistas ou sentidas de forma independente umas das outras – elas se inter-relacionam e criam um sistema de opressão que reflete o entrecruzamento das múltiplas formas de discriminação (Crenshaw, 1989).

Estima-se que, no Brasil, um milhão de pessoas vivem com HIV. Desse total, 650 mil são do sexo masculino e 350 mil do sexo feminino, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2023). Uma vez que os formulários de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) consideram somente representação de sexo biológico de nascimento, ressalta-se a primeira invisibilidade relacionada aos marcadores sociais na questão de gênero: a invisibilidade histórica da população trans, que, nos boletins epidemiológicos, fica potencialmente subsumida como “homem que faz sexo com homem - HSH”.

Outro marcador social importante para pensar nos efeitos metafóricos da epidemia no Brasil é a racialidade. Até o ano de 2013, a cor de pele branca representava a maior parte dos casos notificados com HIV na análise da variável raça/cor autodeclarada. A partir dos anos subsequentes, concomitante à melhoria da completude dos dados sobre raça/cor informados no Sinan, começa a haver um aumento de notificações referentes à população negra - pretos e, principalmente, pardos -, representando mais da metade dos casos a partir de 2015. Em 2022, 29,9% dos casos notificados no Sinan ocorreram entre brancos e 62,8% entre negros (13,0% de pretos e 49,8% de pardos). Nesse mesmo ano, 30,4% das notificações ocorreram entre os homens brancos e 62,4% em negros (12,8% de pretos e 49,6% de pardos); entre as mulheres, 28,7% dos casos notificados ocorreram em brancas e 64,1% em negras (13,8% de pretas e 50,3% de pardas).

Em relação à mortalidade por aids, desde o início da epidemia, em 1980, até final de 2022, foram notificados 382.521 óbitos no Brasil, tendo o HIV/aids como causa básica. Do total, 10.994 óbitos foram registrados em 2022. Quando observados os óbitos de 2022 por raça/cor, observa-se que 61,7% ocorreram entre pessoas negras – 47,0% pardos e 14,7% pretos; 35,6% entre pessoas brancas; 0,4% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. O percentual de óbitos entre homens negros e mulheres negras é semelhante: 61,9% e 61,3%, respectivamente. As mulheres pretas tiveram proporção de óbitos ainda maior, representando 16,6% do total de casos no sexo feminino, enquanto nos homens a cor de pele preta soma 13,8% de casos no sexo masculino. Comparando-se os dados de mortalidade entre os anos de 2012 e 2022, verificou-se queda de 23,0% e 1,6% no número de óbitos em pessoas brancas e pretas, respectivamente. Por outro lado, os óbitos aumentaram em 12,0% em pardos (Brasil, 2023). Os dados mostram o HIV como uma das metáforas do racismo estrutural.

Em “Carta para Além dos Muros” (Canto, 2019), documentário que narra a evolução do vírus do HIV ao longo de três décadas no Brasil, Micaela Cyrino, mulher negra, artista visual e que vive com HIV por transmissão vertical, fala que vê o HIV “como um dos vieses de genocídio da população negra”, pois os dados fazem questionar: “quem tem acesso à saúde?”

Se o acesso se constitui como um direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica do SUS, 8.080/90, ao trazerem “a afirmação de que a saúde é um direito de todos e pressupõe que a sua garantia deve ser responsabilidade do Estado” (Souza, 2014, p. 228), a negação desse direito também

é uma realidade que afeta milhões de brasileiros/as, principalmente pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidades sociais.

[...] algo que deve ser observado é a relação da universalidade e equidade, pois num sistema em que as desigualdades são extremas, não se pode desconsiderar as diversidades, sejam elas regionais ou de condições de vida, de moradia, de renda, de gênero ou de etnia. Não se pode desconsiderar as necessidades e capacidades dos sujeitos, as prioridades políticas na melhoria da qualidade de vida da população mais pobre e em situação de risco e vulnerabilidade, mas isso não significa reduzir a saúde a uma política para os pobres (Souza, 2014, p. 232).

Apesar dos arcabouços legais e teóricos, a implementação do princípio da universalidade segue sendo um desafio. Além de todos os interesses do capital para a privatização do SUS e das políticas públicas, o fato da universalidade da saúde ser um dos fundamentos centrais definido no projeto de Reforma Sanitária faz com que a mesma provoque muita resistência em relação aos outros princípios, já que o projeto da saúde articulada ao mercado é guiado por concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, que se contrapõem às concepções coletivas e universais do SUS (Souza, 2014).

Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho (1998), em um texto bastante antigo, intitulado “Saúde Coletiva: uma ‘nova saúde pública’ ou campo aberto a novos paradigmas?”, colocam que a saúde coletiva, estando sempre aberta à incorporação de propostas inovadoras, se consolida como campo científico e âmbito de práticas, muito mais do que qualquer outro movimento equivalente na esfera da saúde pública mundial. A saúde coletiva, assim, se afirma como um campo interdisciplinar dinâmico, com constante e consistente produção teórica, mas que ainda enfrenta diversas interrogações e dilemas.

Alguns dilemas dizem respeito à agenda neoliberal, que segue presente e se intensifica a partir das privatizações de serviços de saúde. No contexto da Reforma Sanitária, que é concomitante à reabertura democrática no Brasil, a “nova ordem mundial” se inspira no neoliberalismo e se instaura na década de oitenta, provocando uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Principalmente nos países de economia capitalista dependente, como no caso do Brasil, “a opção pelo ‘estado mínimo’ e o corte nos gastos públicos como resposta à chamada ‘crise fiscal do estado’ em muito comprometem o âmbito institucional conhecido como saúde pública” (Paim; Filho, 1998, p. 301).

Dessa forma, a garantia de acesso ou falta do mesmo está intrinsecamente relacionada à desigualdade social. Uma das formas de perceber isso é que o acesso a políticas públicas como educação, saúde e cultura pode variar de acordo com o território em que se vive. É o que demonstra o Mapa da Desigualdade 2023, que mapeia a desigualdade social em São Paulo/SP desde 2012, com 45 indicadores (organizados por temas como população, meio ambiente, segurança viária, direitos humanos, habitação, saúde, educação, cultura, esporte, trabalho e renda) de 96 distritos. Os indicadores demonstram que o Brasil ocupa a nona posição no ranking dos países mais desiguais do mundo: o 1% mais rico da população brasileira recebe 32,5 vezes mais do que os 50% mais pobres (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

A pandemia da COVID-19 acentuou, ainda mais, as desigualdades estruturais, agravando as condições de vida dos segmentos mais vulneráveis da sociedade, incluindo os mais pobres, as mulheres e a população negra. Apesar da enorme importância e complexidade do enfrentamento às desigualdades, os investimentos, nesse sentido, não acompanham o ritmo necessário (Rede Nossa São Paulo, 2023).

O Mapa utiliza uma medida, chamada “desigualtrômetro”, que mostra a média de diferença entre o melhor e o pior indicador, sendo possível, dessa forma, perceber a disparidade de acesso a direitos como educação, saúde e cultura entre os territórios. Assim, o local onde se nasce e se vive em São Paulo é determinante para o acesso às políticas públicas. (Rede Nossa São Paulo, 2023).

Os dados demonstrados a partir do Mapa da Desigualdade Social em São Paulo poderiam ser encontrados em outros territórios do Brasil. As dificuldades de acesso evidenciadas também mostram que, para dar conta de quebrar essas barreiras, são necessários investimentos em políticas intersetoriais. Sanchez e Ciconelli (2012) referem que

[...] a melhoria do acesso à saúde e a garantia de uma maior equidade não serão obtidas com ações cujo foco se limite aos sistemas de saúde. Em vez disso, dependem de ações intersetoriais e políticas sociais e econômicas que permitam dissipar diferenças de renda e educação (Sanchez; Ciconelli, 2012, p. 260).

## **2.3 A Necropolítica e o Coronavírus**

*O Brasil precisa ser dirigido por uma pessoa que já passou*

Como a crise do coronavírus atualiza a necropolítica já vivenciada com a aids, incidindo sobre as populações marginalizadas pela sociedade? Ao olharmos para a epidemia do coronavírus como alteridade e espelho da necropolítica, percebemos que as populações mais afetadas são amplas, mas as que mais morrem do vírus também carregam a carga da desigualdade social. O COVID-19 apareceu, pela primeira vez, na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, a partir de vários casos de pneumonia, então reportados à Organização Mundial da Saúde - OMS, por se tratar de uma nova cepa de coronavírus que ainda não havia sido identificada em seres humanos. O vírus se espalhou rapidamente e, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto do novo coronavírus como uma emergência de saúde pública de importância internacional. Pouco mais de um mês, em 11 de março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como uma pandemia, referindo-se a uma epidemia que já teria se espalhado por vários países e regiões do mundo<sup>4</sup>.

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi identificado no final de fevereiro de 2020. Na primeira semana de março de 2020, já haviam sido diagnosticados 19 casos. A primeira morte ocorreu em 12 de março de 2020, no Rio de Janeiro, já colocando em evidência o peso da desigualdade social na crise do coronavírus: a trabalhadora doméstica foi infectada pelos empregadores/as, que haviam feito uma viagem para a Itália. Os empregadores se curaram, mas a trabalhadora doméstica não teve o mesmo acesso a diagnóstico e serviços de saúde<sup>5</sup>.

Em 10 de abril de 2021, pouco mais de um ano desde a primeira morte por coronavírus, o número de óbitos por COVID-19 no Brasil já havia superado a totalidade de mortes causadas por aids em 40 anos – chegou a 351.469 óbitos<sup>6</sup>, enquanto eram 349.784 as mortes causadas pelo HIV (Brasil, 2021). Somente dois meses depois, em 19 de junho de 2021, o Brasil chegou a 500.861 mortes<sup>7</sup>,

---

<sup>4</sup> Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>.

<sup>5</sup> Fonte: Folha de São Paulo, disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>

<sup>6</sup> Fonte: G1, disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/04/10/brasil-ultrapassa-350-mil-mortes-por-covid-media-de-mortes-volta-a-passar-3-mil-depois-de-8-dias.ghtml>

<sup>7</sup> Fonte: Folha de São Paulo, disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/06/brasil-chega-a-500-mil-mortes-por-covid.shtml>

chegando a registrar 4.211 óbitos em um único dia, em 6 de abril de 2021<sup>8</sup>.

Esses dados, tanto de aids quanto do coronavírus, escancaram a necropolítica como um projeto de governo, entrelaçado a grandes perdas de recursos das políticas sociais, mas também com decisões bastante explícitas que demonstram que a priorização nesse momento de crise não está voltada às pessoas no lugar de maior vulnerabilidade.

O coronavírus tem se colocado como uma lupa que amplia, e muito, problemas globais já existentes. Estamos falando de problemas relacionados à desigualdade social e às vulnerabilidades, acarretadas pelo aumento da pobreza extrema e maior concentração de oportunidades e renda.

Achille Mbembe (2020) fala que o coronavírus é uma calamidade que afeta nossa capacidade de respirar. Ao mesmo tempo, vimos, ao longo desses mais de dois anos de pandemia, que o vírus não afeta todas as pessoas de maneira igual. O vírus atingiu primeiramente as classes alta e média, para depois chegar às populações mais vulneráveis, que estão sendo as mais afetadas, em muitos sentidos. O isolamento foi colocado como uma das formas de proteção sanitária, podendo servir como cordão de proteção para ter consequências menores para a população mais vulnerável. Porém, países como o Brasil vivenciaram um debate sobre qual deveria ser a prioridade: salvar a economia ou a população? Essa questão evoca a necropolítica, no sentido de que essa é a lógica do sacrifício que rege o neoliberalismo. Para Mbembe (2020), o sistema neoliberal sempre operou com um aparato de cálculo, na ideia de que alguém valha mais que outros. “Quem não tem valor pode ser descartado. A questão é o que fazer com aqueles que decidimos não ter valor. Essa pergunta, é claro, sempre afeta as mesmas raças, as mesmas classes sociais e os mesmos gêneros (Mbembe, 2020).

Essa lógica do neoliberalismo, que atua com a necropolítica, é a que define quem são as pessoas que têm direito à respiração. Existem várias formas de asfixia vivenciadas. Existe a asfixia provocada pela devastação do meio ambiente; a asfixia provocada pela concretude de um momento em que Estados, como o Amazonas, estiveram com falta de respiradores para pessoas em estado grave devido ao coronavírus (em janeiro de 2021), decorrente de uma crise sanitária, política e de governabilidade; mas também existe a asfixia provocada pelo racismo estrutural, em que pessoas são mortas por sufocamento, pelo Estado ou por instituições, como o

---

<sup>8</sup>Fonte G1, disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/04/06/brasil-bate-marca-de-4-mil-mortes-por-covid-registrados-em-um-dia-e-soma-3376-mil-na-pandemia.ghtml>).

caso de George Floyd, nos Estados Unidos, João Alberto Freitas, no Carrefour em Porto Alegre, Genivaldo de Jesus Santos, homem negro diagnosticado com esquizofrenia, torturado e assassinado pela Polícia Rodoviária Federal em Umbaúba, Sergipe, utilizando uma câmara de gás improvisada, e tantos/as outros/as. O que têm em comum essas pessoas?

Antes deste vírus, a humanidade já estava ameaçada de asfixia. Se tiver de haver guerra, deverá ser, em consequência, não contra um vírus em particular, mas contra tudo o que condena a grande maioria da humanidade à paragem prematura de respiração, tudo o que ataca fundamentalmente as vias respiratórias, tudo o que, na longa duração do capitalismo, confinou segmentos inteiros de populações e raças inteiras a uma respiração difícil, ofegante, a uma vida pesada. Mas para daí sair é preciso ainda compreender a respiração, para lá de aspectos puramente biológicos, como aquilo que nos é comum e que, por definição, escapa a qualquer cálculo. Falamos, assim, de um direito universal de respiração (Mbembe, 2020).

Durante a pandemia, o presidente Jair Messias Bolsonaro minimizou sua gravidade, referindo-se à doença como uma “gripezinha” (em 20 de março de 2020); disse não ser “coveiro”, quando o Brasil chegou a 2.584 mortes por covid (em 20 de abril de 2020); imitou pessoas morrendo com falta de ar, quando o Brasil chegou a 294.115 mortes por covid (em 18 de março de 2021) e o fez mais uma vez, quando o Brasil chegou a 417.176 mortes por covid (em 06 de maio do mesmo ano); defendeu medicamentos ineficazes e fez enormes críticas às vacinas contra covid. A compra dessas vacinas teve atraso de pelo menos cinco meses, já que relatórios da CPI da covid apontam que a farmacêutica Pfizer teria iniciado as ofertas para vacinas ao governo federal em agosto de 2020, sendo que o início de vacinação ocorreu em janeiro de 2021, com a Coronavac<sup>9</sup>.

Conforme Achille Mbembe (2020), “a tentação eugenista não desapareceu. Pelo contrário, está na base dos recentes progressos das ciências e da tecnologia”. Para Preciado (2020),

o vírus atua à nossa imagem e semelhança; nada mais é do que replicar, materializar, intensificar e estender à toda a população, as formas dominantes de gestão biopolítica e necropolítica que já estavam trabalhando no território nacional e em seus limites. Portanto, cada sociedade pode ser definida pela epidemia que a ameaça e pela forma como se organiza frente a ela<sup>10</sup>.

Retomamos a pergunta: como a crise do coronavírus atualiza a necropolítica

---

<sup>9</sup> Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/05/13/executivo-da-pfizer-confirma-que-ofereceu-ao-governo-70-milhoes-de-doses-de-vacina-ainda-em-agosto>.

<sup>10</sup> Disponível em: <http://agbcampinas.com.br/site/2020/paul-b-preciado-aprendendo-com-o-virus/>.

já vivenciada com a aids, incidindo sobre as populações marginalizadas pela sociedade? O pesquisador Richard Horton defende que a COVID-19 tem efeito, não de pandemia, mas de sindemia, por se tratar de um processo de interação sinérgica entre dois ou mais agravos, em que os efeitos se potencializam mutuamente.

Sindemias são caracterizadas pela interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações. Ainda de acordo com a teoria, os contextos social, econômico e ambiental, que determinam as condições de vida das populações, potencializam a interação entre as doenças coexistentes e a carga excessiva das consequências resultantes. Assim, as doenças se agrupam desproporcionalmente afetadas pela pobreza, exclusão social, estigmatização, violência estrutural, problemas ambientais, dentre outros (Bispo Junior; Santos, 2021).

O conceito de sindemia é importante para entender o impacto do novo coronavírus na resposta brasileira ao HIV. Estudo aponta para o risco de aumento da mortalidade por aids em países de renda média, em virtude do abandono de tratamento, intensificado em até 10 por cento durante a pandemia (Hogan *et al*, 2020). Outro estudo sobre os impactos dos primeiros meses da pandemia em um serviço de HIV no Rio Grande do Sul demonstrou que, entre fevereiro e agosto de 2020, houve aumento de 14 por cento no abandono de tratamento antirretroviral. Isso gera um impacto no aumento de vulnerabilidade das pessoas vivendo com HIV, pois o abandono do tratamento é uma das maiores causas de morbimortalidade por aids devido ao comprometimento imunológico (Curvello; Fogaça, 2020).

Durante os primeiros meses e nos meses mais críticos, os serviços de saúde, incluindo os que realizam cuidado às pessoas vivendo com HIV, precisaram se reorganizar para reduzir a aglomeração de pessoas e a transmissão do vírus. Com isso, muitos deles operaram com diminuição de horários de funcionamento, de ofertas de atendimentos e até mesmo de testagens de HIV, sífilis e hepatites B e C, impactando no acompanhamento dos/as usuários/as e na resposta à epidemia, dificultando, inclusive, estratégias de prevenção. Os resultados desse direcionamento têm se refletido em dados, conforme demonstra o Boletim Epidemiológico de Porto Alegre, de 2023: a taxa de detecção de aids em Porto Alegre na população negra, que estava em 56,5 para cada 100 mil habitantes em 2020, subiu para 72,2/100 mil em 2021, enquanto na população branca diminuiu de 24,1/100 mil para 20,6/100 mil no mesmo período. Com relação à hepatite C, também houve aumento. Em 2020, a taxa de detecção era de 78,2 por 100 mil habitantes na população negra, tendo aumentado para 84,5/100 mil em 2021. Na população branca, houve aumento, mas não tão significativo: subiu de 46,2/100 mil

em 2020 para 51/100 mil habitantes em 2021. Já a sífilis preocupa ainda mais. Em 2020, a população negra apresentava taxa de detecção de 241,2 por 100 mil habitantes, tendo aumentado para 245,5/100 mil em 2021. Na população branca, o aumento foi de 95,2/100 mil para 101,6 por 100 mil habitantes no mesmo período (Porto Alegre, 2023).

Do lugar que ocupo na Rede de Atenção à Saúde, a partir de um CAPS AD III, temos acompanhado usuários/as que chegam com vulnerabilidades muito mais agravadas, com intensificação de questões clínicas importantes, como tuberculose, HIV com interrupção de tratamento e outras comorbidades, demandando ainda mais articulação em rede entre os serviços de saúde e intersetoriais.

Assim, ao retomarmos a percepção da crise do coronavírus como espelho da necropolítica vivenciada com a aids, fica evidente que ela incide diretamente sobre as mesmas populações marginalizadas do campo da saúde mental, que carregam as marcas das desigualdades sociais. É sobre essa construção da necropolítica, a partir do processo de colonização e da Reforma Psiquiátrica, que iremos tratar no Capítulo 3.

### **3. DA COLONIZAÇÃO À REFORMA PSIQUIÁTRICA: A PARTE DA REFORMA AINDA NÃO REFORMADA**

*No regime colonial, gratidão, sinceridade e honra são  
palavras vazias.  
(Frantz Fanon)*

Aníbal Quijano concebe a colonialidade como um dos elementos constitutivos e específicos do padrão mundial do poder capitalista, junto com raça e classe, estabelecidas como instrumentos de classificação. Em "A colonialidade do poder e a classificação social" (2010), aborda a escala societal do poder, fundamentada em relações sociais de exploração, dominação e conflito, centradas na disputa pelo controle dos meios de existência social. Estas relações estão ligadas ao trabalho e seus produtos; à natureza e seus recursos de produção; ao sexo, seus produtos e a reprodução da espécie; à subjetividade e seus produtos materiais e intersubjetivos, incluindo o conhecimento; bem como à autoridade e seus instrumentos, especialmente a coerção, para assegurar a reprodução desse padrão de relações sociais e regular suas mudanças.

Para chegar a essa discussão, Quijano começa por retratar o olhar eurocêntrico, resultante da confrontação entre duas principais correntes de pensamento: o liberalismo, como ideia hegemônica; e o materialismo histórico, que era subalterno, mas tinha intenção contestatória. Quijano salienta que Marx não foi o "descobridor" da temática das classes sociais, nem de suas lutas, pois historiadores e economistas burgueses já haviam escrito sobre isso, como é o caso da obra de Claude Henri de Saint-Simon. No entanto, mesmo na obra de Marx, as questões relacionadas às diferenças de classes sociais prevaleciam, cunhadas a partir do postulado amo e escravos, patrícios e plebeus, senhores e escravos, industriais e operários. Do ponto de vista marxista, "o controle do trabalho é a base sobre a qual se articulam as relações de poder e, ao mesmo tempo, o determinante do conjunto e de cada uma delas" (Quijano, 2010, p. 77).

O conceito de classificação social surge no século XVIII, sob inspiração do naturalista sueco Linneo, que realizava classificações botânicas. No pensamento eurocêntrico, herdeiro do Iluminismo Continental, a sociedade era considerada um organismo, uma ordem dada e fechada, e essas classes sociais foram pensadas

como categorias já estabelecidas na "sociedade", assim como as classes de plantas na natureza (Quijano, 2010).

Em "Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina", Quijano (2005) refere que as concepções de raça e classe foram estabelecidas como instrumento de classificação social básica da população depois que a América foi colonizada, assim como o capitalismo foi colocado como uma nova estrutura de controle do trabalho.

O eurocentrismo promove um novo dualismo, a partir das relações entre corpo e não corpo na perspectiva eurocêntrica, tanto por sua influência no modo de produzir conhecimento, quanto por sua estreita relação com as questões de raça e gênero. Dessa perspectiva, certas raças são consideradas "inferiores", pois não são vistas como sujeitos "racionais", mas sim como objetos de estudo, mais próximas da "natureza", tornando-as mais domináveis e exploráveis. De acordo com o mito do estado de natureza e da cadeia do processo civilizatório que culmina na civilização europeia, algumas raças - negros (ou africanos), índios, oliváceos, amarelos (ou asiáticos) - são consideradas mais próximas da "natureza" do que a dos brancos. Essa perspectiva peculiar permitiu que os povos não europeus fossem considerados, principalmente até a Segunda Guerra Mundial, como objeto de conhecimento e de dominação/exploração pelos europeus (Quijano, 2005, p. 129).

Quijano (2005) aborda o dualismo da questão de gênero relacionada à questão de raça:

Esse novo e radical dualismo não afetou somente as relações raciais de dominação, mas também as mais antigas, as relações sexuais de dominação. Daí em diante, o lugar das mulheres, especialmente das mulheres das raças inferiores, ficou estereotipado junto com o restante dos corpos, e quanto mais inferior a raça, mais próxima da natureza ou diretamente dentro da natureza, como no caso das escravas negras. É provável, embora ainda por investigar, que a ideia de gênero tenha sido elaborada após o novo e radical dualismo como parte da perspectiva cognitiva eurocêntrica (p. 129).

Compreender essa perspectiva histórica é crucial para pensar no processo do colonialismo e em como ele opera na história da manicomialização. Segundo Fanon (2022), "a verdade é que a colonização, em sua essência, já se apresentava como uma grande fornecedora dos hospitais psiquiátricos" (p. 251). A "cura" para um colonizado seria torná-lo homogêneo a um meio social do tipo colonial.

O processo de escravização no Brasil teve início em 1535, marcando o aviltamento da condição de sujeitos das pessoas negras desde os primórdios do Brasil Colonial. A partir de 1870, coincidindo com o declínio da monarquia e a abolição da escravatura em 1888, promulgada pela Lei Áurea, surgiu a política de branqueamento por meio da imigração europeia.

O período de abolição da escravidão sofreu brutal interferência das políticas de incentivo à imigração europeia, que pretendiam retirar os(as) negros(as) dos espaços de trabalho e de produção, substituindo-os(as) por imigrantes europeus. Na segunda metade do século XIX até os últimos anos do império, a busca de embranquecer o Brasil se fez política (David; Vicentin, 2020, p. 267).

Nesse contexto, Souza (2018) refere que o racismo produz um critério em que as pessoas negras “passam a ser sinônimo de periculosidade e de anormalidade” (p. 93). Uma vez alforriados, as pessoas escravizadas passam a ser tomadas como mão de obra barata e critério de anormalidade. Dessa forma, o racismo produz dois marcadores: de classe e de normalidade, ou seja, a raça como atributo de anormalidade e a pobreza como insígnia racial “geram um novo significante, mundialmente cambiável, da pobreza como anormalidade genética: a pobreza como fracasso e destino de raça inferior” (p. 93)

Junto com a abolição da escravatura, se constrói um conjunto de dispositivos legais e científicos, que introduzem os/as negros/as, agora alforriados, na condição de cidadania de segunda categoria, sendo colocados/as como uma fonte de ameaça em todo o continente americano. Tornam-se, assim, a causa dos males aos quais as drogas estão associadas: crime, tráfico, violência, pobreza (Souza, 2018).

Não é coincidência que, próximo ao período da promulgação da Lei do Ventre Livre (1871), da Lei Áurea e da Política de Branqueamento, tenha surgido o primeiro manicômio no Brasil, o Hospício D. Pedro II, fundado em 1852, no Rio de Janeiro. O surgimento dos manicômios no Brasil teve início no final do século XIX, influenciado pelo tratamento moral da psiquiatria francesa e marcado pelo processo de colonização e escravização.

São essas as raízes que fazem perpetuar esse sistema de violências até hoje, sob novas formas, como coloca Rachel Gouveia Passos (2018):

A naturalização da violência institucional sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial. O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico, ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de apartheid social, expressas

pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais (Passos, 2018, p. 13).

Paulo Amarante e Mônica Nunes (2018), no artigo “A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios”, realizam um percurso histórico e epistemológico da construção das políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial a partir da Reforma Sanitária e da consolidação do SUS. Segundo os autores, a crítica aos hospitais psiquiátricos teve início, no Brasil, com o Movimento dos Trabalhadores/as em Saúde Mental (MTSM), na década de 1970, tendo sido o primeiro movimento coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica. Já no início dos anos 1980, diante da crise financeira da Previdência Social, surgiram propostas de reformulação, não apenas da assistência médica, mas também do sistema de saúde como um todo. Muitos/as dos/as participantes do MTSM estiveram envolvidos/as nesses processos. Com a transição política para a reabertura democrática no país, ocorreu a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, que marcou uma mudança significativa na participação social para formulação de políticas públicas (Amarante; Nunes, 2018).

Essa conferência abordou temas amplos, como o direito à saúde, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor. No entanto, foram convocadas conferências específicas, incluindo a I Conferência Nacional de Saúde Mental, devido à relevância da temática no cenário nacional. Sua realização enfrentou desafios, uma vez que o governo central, à época, era resistente às ideias reformistas e à participação social na elaboração de políticas públicas. A atuação decidida de membros do MTSM foi crucial para a realização das conferências estaduais, mesmo sem o aval do Ministério da Saúde. Em virtude disso, a I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada no Rio de Janeiro, não em Brasília, entre 25 e 28 de junho de 1987 (Amarante; Nunes, 2018).

Durante esse evento, ocorreu um encontro do MTSM que decidiu convocar seu II Congresso Nacional, ainda naquele mesmo ano, com sede na cidade de Bauru, onde David Capistrano, defensor da Reforma Psiquiátrica, ocupava o cargo de Secretário de Saúde, facilitando a realização do evento. O II Congresso Nacional enfatizou a proposta "Por uma sociedade sem manicômios", lema que representou duas transformações significativas no movimento: a transição de um coletivo de

profissionais para um movimento social, e uma mudança na imagem-objeto, que passou a incluir explicitamente a extinção das instituições e concepções manicomiais. A partir desse momento, o movimento passou a se chamar Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (Amarante; Nunes, 2018).

No contexto brasileiro, o marco inicial da Reforma Psiquiátrica foi a experiência pioneira de Santos que, em 1989, promoveu uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico conhecido como a “casa dos horrores”, devido à sucessão de maus tratos e violências contra usuários/as em sofrimento psíquico. A partir disso, a gestão municipal estabeleceu os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e implementou cooperativas, residências para egressos de hospitais psiquiátricos e outras iniciativas. Nesse mesmo ano, o deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso Nacional um Projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção gradual dos manicômios no país, dando início às lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo. A cidade de Santos também se destacou como a primeira do Brasil a adotar a Redução de Danos e implementar a distribuição de seringas descartáveis para usuários de drogas injetáveis. Entre 1989 e 1996, Santos tornou-se a primeira cidade brasileira sem manicômios, alcançou sucesso na redução da transmissão do vírus do HIV, desenvolveu programas de assistência domiciliar e implementou estratégias inovadoras para lidar com questões como a exploração sexual infantil e o uso de crack (Lancetti, 2012).

Inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, movimentos sociais em diversos estados brasileiros conseguiram aprovar as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma Rede Integrada de Atenção à Saúde Mental. O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado a aprovar, em 1992, a Lei 9.716. No entanto, a lei nacional foi sancionada somente em 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional. A Lei Federal 10.216, resultante desse processo, redirecionou a atenção em saúde mental para serviços de base comunitária, estabelecendo proteção e direitos para pessoas com transtornos mentais, embora não tenha instituído mecanismos objetivos para a progressiva extinção dos manicômios.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no mesmo ano, consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de Estado, conferiu aos CAPS um

papel estratégico na mudança do modelo de assistência e defendeu a construção de uma Política de Saúde Mental para usuários de álcool e outras drogas, reafirmando o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. No entanto, como alertam David e Vicentin (2020), não haverá Reforma Psiquiátrica plena no Brasil enquanto a Luta Antimanicomial não compuser a Luta Antirracista interseccionada à raça/cor, classe, gênero e anticapacitista (David; Vicentin, 2020).

As Cartas de Bauru<sup>11</sup>, de 1987 e 2017, sustentam que o racismo é uma configuração manicomial. Os documentos apontam uma direção ético-política que não separa as lutas antirracistas da luta antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica expressa, a partir disso, uma perspectiva decolonial. Porém, mesmo com esse histórico, na dimensão técnico-assistencial, tanto a análise dos efeitos das discriminações raciais e do racismo quanto as condutas antirracistas seguem invisibilizadas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (David; Vicentin, 2020).

O fato de que o tema álcool e outras drogas tenha entrado tardiamente no processo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial configura uma das evidências dessa invisibilização. Essa morosidade foi utilizada para justificar modalidades de tratamento excludentes, suscitando diferentes dicotomias, muitas vezes fundamentadas em aspectos morais, que influenciam a forma como as políticas são desenvolvidas e implementadas (Adamy, 2017). Nessa brecha, a estrutura racista, mais uma vez, ganha espaço. Souza (2018) fala sobre como a estrutura do racismo foi engendrando a relação com a periculosidade e o proibicionismo, que tem nos corpos negros o seu maior alvo.

O proibicionismo aliou interesses geopolíticos globais com o aumento das possibilidades de intervenção na vida das populações. As drogas se tornaram um novo eixo de normalização, de esquadramento e de subdivisões, que permite estabelecer distinções estratégicas sobre o conjunto da população (Souza, 2018, p. 96).

Lancetti, em 2011, afirmava que um dos maiores riscos do advento do crack seria a fragilização do processo de Reforma Psiquiátrica na construção da Política de Saúde Mental. Há uma “fissura” por encaminhamentos pautados pelas interações, tanto em hospitais como em comunidades terapêuticas, em contraposição às construções compartilhadas de cuidado no território. Em nome do

---

<sup>11</sup> A Carta de Bauru é um dos marcos do movimento dos/as trabalhadores/as de saúde mental em defesa dos direitos humanos e pela extinção dos manicômios. Ela propõe uma mudança de paradigma da exclusão pela internação para o cuidado em liberdade.

“cuidado”, práticas de segregação e exclusão são utilizadas como forma de normatização dos modos de viver. As internações compulsórias - previstas para casos extremos na Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica - são tomadas como ação cotidiana (Adamy, 2017).

Os discursos em torno do crack e da periculosidade, pautados pela estrutura do racismo, têm movimentado uma grande economia. Quem tem lucrado com isso são as comunidades terapêuticas, as clínicas privadas, os hospitais, como prestadores de serviço do SUS, e algumas categorias profissionais.

Se novamente a internação compulsória nos conduz para uma estratégia que fracassa em seus objetivos, precisamos entender sua função estratégica para além dos interesses explícitos. Se uma estratégia fracassa há séculos e ainda mantém um valor de uso para a sociedade, é porque cumpre uma função que se ajusta e se potencializa no próprio fracasso (Souza, 2018, p. 101).

Segundo David e Vicentin (2020), as dimensões subjetivas e sócio-históricas do racismo impõem uma direção ético-política antirracista, a qual os autores, inspirados em Abdias Nascimento, chamam de aquilombamento. Aquilombar a Reforma Psiquiátrica significa implementar, de fato, práticas antirracistas na Rede de Atenção Psicossocial enquanto compromisso ético-político, buscando promover a equidade racial e a desinstitucionalização do racismo. Para isso, é necessário realizar uma análise crítica constante dos impactos do racismo nos processos de trabalho nos serviços de saúde mental, além de implementar um projeto de atenção radical, voltado para os efeitos do racismo como uma questão fundamental no combate ao modelo manicomial. Essa direção ético-política não separa a luta antirracista da luta antimanicomial, pois aproxima as Políticas de Saúde Mental (2001) e Política de Saúde Integral da População Negra (2010) pelo princípio da equidade e pela perspectiva decolonial.

O RS criou formas de financiamento estadual para Comunidades Terapêuticas a partir de 2007, tendo sido o primeiro estado do Brasil a instituir recursos públicos para equipamentos baseados em pressupostos como a cura pela fé, o foco no afastamento dos espaços sociais e na abstinência como condição de acesso e permanência do cuidado, na contramão da Reforma Psiquiátrica. De 2011 a 2014, a gestão estadual da saúde no RS desencadeou um amplo e longitudinal processo de fiscalização destes estabelecimentos. Isso possibilitou rescindir inúmeros contratos, por conta de irregularidades sanitárias, e subsidiar tecnicamente

a interdição de algumas dessas instituições sob responsabilidade do Ministério Público e do Judiciário (Oliveira, *et al*, 2019). Mesmo assim, esses equipamentos nunca deixaram de ser financiados com dinheiro público, seja pelo estado, por meio da Secretaria da Saúde, pela Secretaria de Desenvolvimento Social, ou pela Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, ou pelo governo federal. Esta passa a incorporar recursos pela Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), ainda no Governo Dilma, em 2011, pela pressão da Bancada Evangélica no Congresso Nacional.

Foi também em 2011, no contexto macropolítico, que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída, por meio da Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A RAPS foi formulada com objetivo de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Teve como foco o fortalecimento do território e a desinstitucionalização dos/as usuários/as de hospitais psiquiátricos para serviços substitutivos de base comunitária.

O modelo de atenção da RAPS é pautado pela Reforma Psiquiátrica, cujo cuidado é centrado no/a usuário/a, com seu projeto terapêutico singular articulado em rede. Em 2017, porém, a RAPS passou por reformulações que marcaram retrocessos, com a promulgação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a Rede de Atenção Psicossocial, e do Decreto nº 9.761, que aprova a Política Nacional de Drogas. Assim, foi retomado incentivo federal aos Hospitais Psiquiátricos Especializados e houve aumento do financiamento de comunidades terapêuticas e ações fundamentadas em uma abordagem proibicionista das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, contrariando a Lei 10.216 e trazendo a abstinência como paradigma ideológico. Também, o ritmo de implantação de serviços de base comunitária viu-se estagnado. A referida Portaria foi revogada em 21 de junho de 2023, pelo governo Lula. Porém, ainda mantém-se o financiamento para serviços que já estavam habilitados.

Ou seja, embora, desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, tenham sido privilegiados, ao longo dos anos, serviços com lógica territorial, o passado colonial permaneceu presente com a representação das comunidades terapêuticas e a retomada de recursos para hospitais psiquiátricos. Além disso, não basta ampliar

serviços, se não enfrentarmos as lógicas estruturantes que alimentam o racismo e a necropolítica. Como problematiza Itauane Oliveira (2019), é importante nos perguntarmos:

Quais vestígios do nosso presente-passado colonial-manicomial estão presentes nas nossas práticas? Quais os vestígios do sexismo e do racismo compõem as nossas intervenções em saúde? O que esses vestígios dizem sobre nós? É possível transformá-los, no sentido de produzir novos vestígios para a nossa história cultural futura? Para o SUS que tanto queremos? Conseguiremos romper com a lógica colonial-manicomial que nos faz repetir a história do mesmo modo, da mesma forma, travestida de invenção? (Oliveira, 2019, p. 5).

Nesta direção ético-política, é crucial evitar a armadilha eurocêntrica, que molda, de modo patriarcal, nossa Reforma Psiquiátrica, adotando predominantemente os modelos italianos e franceses de desinstitucionalização. É fundamental incorporar as experiências e conhecimentos afro-ameríndios, incluindo discussões sobre raça, classe e gênero nos projetos terapêuticos singulares e institucionais dos equipamentos da RAPS (David e Vicentin, 2020).

Refletir sobre como o conceito de classificação social foi construído com base em raça e classe é de extrema importância para desenvolver uma clínica política antirracista, que possa abrir espaços para construir caminhos e políticas afirmativas que busquem a reparação social do processo de escravização que o Brasil ainda não superou. A Redução de Danos, ao trabalhar com a produção de saúde, cidadania e cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas, coloca-se como uma ferramenta na direção de uma clínica-política antirracista.

### 3.1 A Redução de Danos como movimento de resistência à Necropolítica

*Não leve seu repertório  
Quando vai a um território,  
Busque nele inspiração.  
Não queira mudar a pessoa  
Que está na dela, de boa,  
A sua ansiedade é opressão.  
Não existe um modelo  
Que não seja um atropelo  
Para a singularidade.  
Não leve a sua demanda  
por onde você anda  
Exercite a alteridade.  
Não proponha, não incuta,  
Antes de ter uma escuta,*

*Conhecer a história de vida.  
Aprenda com quem atende,  
Então o trabalho rende  
Qualificando a sua vida.  
(Carlinhos Guarnieri)*

A Redução de Danos (RD) carrega em seu percurso algumas contribuições que vão na direção do protagonismo e da equidade aos/às usuários/as, como a não exigibilidade da abstinência; o direito e o incentivo à participação política em diferentes espaços, como conselhos de saúde, conferências, discussão das políticas sobre drogas como um todo; e o trabalho no campo articulado com o território (Petuco; Medeiros, 2010). Essa trajetória clínico-política traz sustentação para pensarmos na RD como um movimento de fortalecimento de uma clínica-política antirracista e de resistência à Necropolítica.

A trajetória da RD remonta a tempos e espaços diferentes, com origem na Inglaterra, no início do século XX, a partir do Relatório Rolleston, de 1926<sup>12</sup>. Esse relatório, elaborado por médicos na época, definiu que a administração monitorada de opiáceos seria a maneira mais adequada de tratar pessoas com dependência severa de heroína e morfina. Já na década de 1980, em Amsterdã, Holanda, um surto de Hepatite B motivou um grupo de usuários/as de drogas injetáveis, conhecidos/as por *Junkiboden*, a pressionar o governo pela distribuição de material esterilizado, como seringas descartáveis, já que as farmácias locais, na época, estavam se recusando a vender o material. Essa mobilização resultou na implementação de programas de troca de seringas para prevenir a transmissão da Hepatite B. Foi um movimento que não apenas impactou a saúde, mas também os direitos humanos, ao desafiar as normas sociais e jurídicas que rotulavam certas práticas como "desviantes" (Brasil, 2001; Rigoni, 2006; Adamy, 2019).

Com o advento da epidemia de HIV, a RD ganhou mais força como estratégia de saúde pública. As experiências da Holanda e da Inglaterra foram seguidas por outros países, que organizaram conferências mundiais sobre o tema. No entanto, houve resistência significativa de vários países, com destaque para os Estados Unidos, adeptos de uma política mais rígida de combate às drogas (Marlatt, 1999).

---

<sup>12</sup> O Relatório Rolleston, ou Rolleston Report, pode ser encontrado através deste link: <http://www.drugtext.org/Table/Rolleston-Report/>

No Brasil, a Redução de Danos teve início em Santos, em 1989, como uma estratégia de prevenção ao HIV e Hepatites entre usuários/as de drogas injetáveis. Essa experiência ocorreu em um terreno de muito confronto e encontrou forte resistência das forças conservadoras do município e do Ministério Público que, por considerar as trocas como ilegais, acabou suspendendo, a partir de uma ação judicial contra o Secretário de Saúde de Santos da época - o mesmo David Capistrano que já havia estado à frente da Saúde no município de Bauru (Lancetti, 2012).

Como traz Souza (2022), a ação judicial que Capistrano sofreu não pode ser tomada como um episódio pessoal, mas como um acontecimento político, que demarca “o encontro entre as forças conservadoras que sustentam uma política antidrogas e as forças progressistas que adotavam a RD como uma estratégia em defesa da vida e da democracia” (p. 41).

Em virtude da proibição das trocas, alguns/as trabalhadores/as da saúde e voluntários/as, ligados/as a serviços de saúde e organizações não-governamentais – denominados/as ‘agentes de saúde’ – passaram a implantar, através de ações de educação em saúde, de comunicação social e do trabalho de campo, o ensinamento de como desinfetar seringas e agulhas através do uso de soluções de hipoclorito de sódio. Posteriormente, essas ações foram abandonadas e hoje são contraindicadas por terem baixa eficácia (Brasil, 2001).

Anos mais tarde, em 1995, Salvador inicia também um Programa de Redução de Danos. Mas é São Paulo o primeiro estado a sancionar legalmente a troca de seringas, através de uma lei, de autoria do Deputado Paulo Teixeira, de março de 1998. Desde então, outros estados passaram a aprovar leis semelhantes (Brasil, 2001).

No Rio Grande do Sul, a primeira experiência ocorreu em Porto Alegre. O Programa de Redução de Danos (PRD) foi formulado em 1995, voltado à prevenção do HIV por usuários/as de drogas injetáveis. Em 1996, inicia-se o trabalho de campo com um grupo em torno de oito pessoas, sendo alguns/as trabalhadores/as da Comunidade Terapêutica da Cruz Vermelha – COTE, serviço semelhante ao trabalho que temos hoje nos CAPS AD, que ainda não existiam na época, e ex-usuários/as de drogas que frequentavam o serviço (Lancetti, 2012). Desse coletivo de redutores/as de danos, fizeram parte muitas pessoas que se tornaram referência sobre a RD no país, como a saudosa Fátima Machado, que atuou de 1997 a 2001

no PRD, e enfrentou forte precarização no processo de trabalho. Fátima faleceu em 2019, depois de lutar contra vários problemas de saúde, deixando uma entrevista como legado, dentre tantos outros (Raupp *et al*, 2021). Além de Fátima, também atuaram Domiciano Siqueira, Dênis Petuco, Carlinhos Guarnieri, entre tantos/as que chegavam em um território totalmente invisibilizado por outros equipamentos do Estado.

O projeto foi implantado primeiramente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde havia um grande número de pessoas que faziam uso de drogas injetáveis e uma equipe sensível para trabalhar essas questões com outra forma de abordagem. No bairro que sediava a UBS, foram colocadas caixas coletoras de seringas em locais estratégicos – ponto de ônibus, domicílio, bar. Além disso, os/as redutores/as realizavam trabalho de campo à tarde e sua presença na comunidade fazia com que as pessoas os/as procurassem para trazer questões para além do uso de drogas, mas que versavam sobre a saúde como um todo, tendo grande adesão a esse trabalho por parte dos usuários (Lancetti, 2012).

Sua regulamentação somente aconteceu três anos depois do seu início, através da aprovação do Projeto de Lei nº 69/99 (Rio Grande do Sul, 1999). Porto Alegre manteve o Programa de Redução de Danos até 2012 e, desde o seu início, o trabalho foi marcado por diversas discontinuidades, em função das relações precárias de trabalho que foram estabelecidas desde o início (Adamy, 2019).

Essas discontinuidades não são características somente do território de Porto Alegre, mas é uma marca que a RD carrega ao longo da sua trajetória. A Redução de Danos sempre enfrentou desafios e discontinuidades ao longo de sua história. O Golpe Institucional de 2016 intensificou essas dificuldades, culminando na aprovação da atual Política Nacional sobre Drogas – PNAD, com a promulgação do Decreto nº. 9.761, de 11 de abril de 2019. A nova política, carregada de vieses conservadores e de interesses do capital, passa a ter a abstinência dos/as usuários/as – e não mais a redução de danos – como foco, destacando o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas (CT's) como lugar de tratamento, em detrimento dos demais equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, como os CAPS. Assim, as CT's passam a ter maior incentivo, tanto social quanto financeiro, do setor público.

Para Souza (2018), a abstinência e a internação compulsória evidenciam a estratégia disciplinar que se apoia no fracasso no campo da saúde. Porém, no campo mais amplo da política repressiva, precisamos entender que as críticas ao fracasso supõem que há em curso uma repressão generalizada às drogas. Essas análises se baseiam numa teoria repressiva, deixando de lado uma complexidade que importa à dimensão produtiva do poder, em que a repressão cumpre um papel específico e não geral. “Seria mesmo a política de drogas igualmente repressiva para todo o conjunto da sociedade?” (p. 105).

É inegável a estrutura racista que permeia a construção dessa “nova” política de drogas, já que a construção do proibicionismo tem evidente enraizamento nos mecanismos de produção e reprodução do racismo, através de processos de restrição de direitos e de criminalização baseadas em hierarquias raciais (Ferrugem, 2018). A abstinência, aqui, é tida como meta; o dependente químico, como diagnóstico; e a internação compulsória, como medida. A partir disso, opera-se um “círculo vicioso que individualiza o fracasso e, ao mesmo tempo, possibilita uma intervenção de corte populacional” (Souza, 2018, p. 104).

Apesar disso tudo, a Redução de Danos ainda resiste no fazer cotidiano de diversos serviços e seus/suas trabalhadores/as, comprometidos/as eticamente com uma população marginalizada, que vivencia diretamente na pele as marcas do racismo. Assim, a RD traz diferentes perspectivas clínico-políticas, que influenciam a prática e o trabalho em campo, constituindo-se como um potente subterfúgio da necropolítica e sendo pautada por serviços que persistem na lógica do cuidado em liberdade.

### **3.2 Medicalização da vida e Redução de Danos**

*Se nenhum mal, com efeito, nos ferisse, não teríamos mais necessidade de ajuda, e tomar-se-ia evidente, daí, que era o mal que nos restituía o bem precioso e caro, porque ele era o remédio (pharmakón) da doença que era o mal: mas à doença suprimida, o remédio não tem mais objeto. Assim se passa com o bem? (...) Parece, diz ele, que essa seja a verdade. (Lísias, 220 c.d. p. 79)*

Para tratar sobre o conceito de medicalização que estamos considerando aqui, recorreremos, primeiramente, a Foucault, que nos ajudará a compreender as relações de poder relacionadas ao consumo. Os atributos de valor à droga estão

atrelados a uma ampla economia, definidos a partir de regimes de verdade, que servem para manter estruturas de poder específicas. Como “verdade”, estamos falando de um “conjunto de regras, segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos de poder” (Foucault, 2012, p. 53). Foucault afirma que as questões políticas são a própria verdade e que não se trata de libertá-la de todo o sistema de poder, “mas de desvincular o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, políticas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento” (Foucault, 2012, p. 54).

O campo das drogas é produzido pela Biopolítica, alimentada por relações de poder/saber, instituindo regimes de verdade da política sobre drogas, que ora opera por uma via repressiva, ora incita o consumo. Essa lógica de incitação de modos de acessar o prazer, que é efeito de discursos repressivos, acaba produzindo modos cada vez mais diversos de lucrar, que se servem dos “problemas” derivados desse consumo. Os hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e outros espaços que lucram com a restrição de liberdade são exemplos disso. O lucro não é apenas econômico, mas é o lucro da manutenção do sistema capitalista, que mantém o indivíduo fixado nessa identidade de consumo. E a fixação das identidades consumistas, por sua vez, garantem a continuidade do lucro.

Sobre as identidades consumistas, Rolnik (1997) refere que a globalização da economia e os avanços tecnológicos produzem Kits de perfis-padrão de identidades, de acordo com as órbitas do mercado, para serem consumidos pelas subjetividades. “Identidades locais fixas desaparecem para dar lugar a identidades globalizadas flexíveis, que mudam ao sabor dos movimentos do mercado e com igual velocidade” (Rolnik, 1997, p. 1). As mudanças implicam em uma flexibilidade para adaptar-se ao mercado em sua lógica de pulverização e globalização, com abertura para o novo, ou seja, os novos produtos, as novas tecnologias, novos paradigmas, novos hábitos. Mas essa abertura para o novo não significa necessariamente estar aberto/a para o estranho, ter tolerância ao desassossego que isto mobiliza e tampouco estar disposto para criação de figuras identitárias singulares. A desestabilização exacerbada e a persistência da referência identitária convocam ao perigo de se virar um nada, caso não se consiga produzir o perfil requerido pelo mercado. A combinação desses dois fatores faz com que esses vazios de sentidos sejam insuportáveis (Rolnik, 1997).

Para proteger-se desse vazio, freia-se o processo anestesiando o corpo dos seus afetos por meio de um mercado variado de drogas, que sustenta e produz esta demanda de ilusão, que promove uma espécie de “toxicomania generalizada” (Rolnik, 1997, p. 2). E quais são essas drogas às quais Rolnik se refere?

Primeiro as drogas propriamente ditas, fabricadas pela indústria farmacológica que são pelo menos de três tipos: produtos do narcotráfico, proporcionando miragens de onipotência ou de uma velocidade compatível com as exigências do mercado; fórmulas da psiquiatria biológica, nos fazendo crer que essa turbulência não passa de uma disfunção hormonal ou neurológica; e, para incrementar o coquetel, miraculosas vitaminas prometendo uma saúde ilimitada, vacinada contra o stress e a finitude. Evidentemente não está sendo posto em questão aqui o benefício que trazem tais avanços da indústria farmacológica, mas apenas seu uso enquanto droga que sustenta a ilusão de identidade (Rolnik, 1997, p. 2).

Cada sociedade, segundo Foucault, carrega os tipos de discurso que ela faz funcionar como verdadeiros; as instâncias e os mecanismos que possibilitam a distinção dos enunciados verdadeiros dos falsos; a maneira como sanciona uns e outros; o estatuto daqueles que têm a função de dizer o que funciona como verdadeiro e as técnicas e procedimentos valorizados para obtenção da verdade. Tudo isso está colocado como regimes de verdade da sociedade, ou seja, sua “política geral” de verdade.

A “economia política” da verdade tem cinco características historicamente importantes na nossa sociedade:

[...] a “verdade” é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; está submetida a uma constante incitação econômica e política (necessidade de verdade tanto para a produção econômica, quanto para o poder político); é objeto, de várias formas, de uma imensa difusão e de um imenso consumo (...); é produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos (universidade, exército, escritura, meios de comunicação); enfim, é debate político e de confronto social (as lutas “ideológicas”) (Foucault, 2012, p. 52).

O regime discursivo colocado como regime de verdade nas sociedades está atrelado aos efeitos de poder próprios do jogo enunciativo. E Foucault relaciona a questão de poder ao saber afirmando que não há relação de poder que não tenha sido constitutiva de um campo de saber nem relação de saber que não constitua e suponha, ao mesmo tempo, relações de poder. Porém, ele é contrário à ideia do poder como “uma lei que diz não”, pois refere que a noção de repressão é totalmente inadequada, já que sempre existe algo de produtor no poder.

Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não, você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (Foucault, 2012, p. 44-45).

Dois grandes pólos operam o poder sobre a vida a partir de procedimentos que lhes são próprios - as técnicas de disciplinarização dos corpos e as de regulação das populações. Os dois pólos se associam entre si, podendo ser vistos nos três modelos de desenvolvimento da medicina social. Temos então o “corpo máquina”, a partir da disciplinarização dos corpos, em que são aplicadas práticas de adestramento, já que o corpo necessita estar saudável para assegurar a força de trabalho. Da mesma forma, é preciso disciplina e controle para se adaptar aos modos de produção impostos pelo capitalismo (Foucault, 1998).

Disso que é imposto, decorre uma espécie de normatização que indica como “normal” o que é “igual, regular” e o que é patológico como o que é “diferente, irregular”. No contexto capitalista, essa normatização se estabelece de acordo com as leis do capital, da produção e do consumo. O biopoder se constitui, assim, como o que regula a sexualidade dos indivíduos, pois o sexo está na articulação dos dois eixos desde onde se desenvolve a tecnologia política sobre a vida, dando acesso tanto à vida do corpo como da espécie (Foucault, 1998).

Sobre a sociedade disciplinar, que se constitui a partir de poderes transversais e tem como dominante o modelo Panóptico de vigilância, de Bentham (Foucault, 2011), Deleuze aponta que há uma disseminação dos mecanismos disciplinares para além dos espaços de confinamento, em todas as esferas sociais. O aspecto disciplinar não desaparece, mas deixa de estar circunscrito às instituições fechadas, tornando-se mais sutil e adquirindo total fluidez, configurando o que Deleuze vai nomear de sociedade de controle (Deleuze, 2005). O próprio Foucault já apontava para esse caminho, pois as técnicas disciplinares vão adquirindo certa invisibilidade, constituindo-se como “dispositivo panóptico” (Foucault, 2011, p. 166).

Enquanto na sociedade disciplinar tínhamos como premissa que os indivíduos modelassem os seus comportamentos, a sociedade de controle amplifica os pilares que constituem a sociedade disciplinar, fazendo com que os indivíduos sejam afetados pelos dispositivos disciplinares independentes da presença de alguma

autoridade, já que a disciplina passa a ser incorporada nos seus modos de viver. A forma de controlar passa a ser cada vez mais invisível, e o controle é exercido “através de formas cada vez mais sutis de assujeitamento, moldando nossos corpos não apenas do *exterior*, mas, sobretudo, do *interior*, através de uma homogeneização dos nossos modos de pensar, agir e sentir” (Nardi; Silva, 2004, p. 06).

É nesse contexto que as políticas sobre drogas se constituem, como forma que define, através dos interesses econômicos, políticos, religiosos, as drogas legais e ilegais, definindo também qual é o padrão de normalidade aceito em nossa sociedade com relação às formas de consumo. Foucault aponta que não são somente questões econômicas que sustentam essa engrenagem:

[...] o internamento psiquiátrico, a normalização mental dos indivíduos, as instituições penais têm, sem dúvida, uma importância muito limitada se se procura somente sua significação econômica. Em contrapartida, no funcionamento geral das engrenagens do poder, eles são sem dúvida essenciais (Foucault, 2012, p. 42)

No campo das disputas das políticas sobre drogas, Tadeu de Paula Souza (2022) aponta qual é o fio de sustentação entre as instâncias que defendem o proibicionismo - é a abstinência o ponto de articulação entre a moral religiosa, as formas jurídicas e as normas psiquiátricas, criando um aparato de poder antidrogas e antidemocrático (Souza, 2007; Souza, 2022). Esse fio de sustentação moral sustenta também uma prescrição dos modos de ser, delimitando as diferenças do que é aceito como droga lícita e do que é colocado à margem como droga ilícita.

O uso de medicamentos entra aqui como um dos sintomas da face perversa da patologização e do fomento ao mercado como modos de produção. Aqui, o conceito de medicalização, tal qual é formulado e debatido pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade em movimento<sup>13</sup>, vai além das discussões relacionadas ao uso abusivo de medicamentos a partir do processo de patologização da vida. Ele engloba uma compreensão mais ampla, que descreve uma tentativa de controle sobre os diferentes modos de andar a vida<sup>14</sup>, impondo uma lógica que aprisiona a diversidade e culpabiliza as pessoas que não se conformam

---

<sup>13</sup> Movimento social que se dispõe a ser instrumento científico, político e social no enfrentamento da medicalização da vida (Viégas, 2021).

<sup>14</sup> Emerson Merhy trata sobre o termo “modos de andar a vida” como “o usuário e seu mundo de necessidades” e “as distintas formas produtivas (tecnológicas)” de que o trabalhador pode lançar mão para “capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho” (Merhy, 2002).

às normas preestabelecidas. Esse processo reprime o fato de estarmos sujeitos/as a diversas imposições de uma sociedade pautada pela desigualdade, seja ela histórica, política, social ou econômica. Dentro dessa perspectiva, a medicalização funciona como um instrumento de estigmatização e dominação contra grupos sociais específicos, especialmente aqueles que enfrentam opressões sistemáticas, justificando violências como o racismo, a cis-heteronormatividade, a discriminação de classe, o capacitismo, entre outras (Viégas, 2021).

O conceito de medicalização da vida se refere à apropriação que a medicina e o poder biomédico fazem na nossa vida cotidiana, interferindo na construção de conceitos, costumes e regras prescritivas de comportamentos sociais (Zanchet, 2019; Caponi *et al.*, 2010). Ele não fica restrito à figura do/a médico/a, mas ao poder que se exerce nos atos cotidianos da população, derivado de um certo saber médico, sobre a vida, incorporado na sociedade. “A medicalização diz respeito às inúmeras maneiras como os saberes e as práticas médicas participam e compõem os nossos modos de viver, produzindo subjetividade” (Zanchet, 2019, p. 55). Para entender mais profundamente esta questão, basta perceber que, no campo da saúde, não se prescreve apenas medicamentos: prescreve-se modos de ser, modos de viver a sexualidade, modos de viver as identidades de gênero, prescreve-se que as pessoas devam ficar abstinentes de drogas proscritas, mas que devam ter “adesão” às drogas prescritas, entre tantas outras formas de comportamentos.

Desse entendimento relacionado às ofertas prescritivas que se relacionam com a medicalização da vida, Ivan Illich (1975) utiliza o conceito de iatrogênese - "iatros" (médico) e "genesis" (origem) - para discutir a emergência de uma nova epidemia de doenças causadas pela própria prática médica. O autor descreve esse processo em que o sistema de saúde, destinado a preservar e cuidar da saúde, acaba, paradoxalmente, comprometendo-a e gerando doenças. Ele parte do pressuposto de que a medicalização da vida é resultado da industrialização, trazendo consigo a profissionalização e burocratização da instituição médica. Essa institucionalização representa, para Illich, uma ameaça à saúde (Illich, apud Gaudenzi; Ortega, 2012).

Dessa forma, Illich explora a iatrogênese em três níveis que, em conjunto, contribuem para o que ele considera o grande mal da medicina, que é a diminuição da capacidade autônoma dos indivíduos. O primeiro nível é a iatrogênese clínica,

que se refere às doenças causadas pelos próprios cuidados médicos, como efeitos colaterais indesejados de medicamentos, cirurgias desnecessárias e traumatismos psicológicos.

O segundo nível é a iatrogênese social, que pode ser entendida como a medicalização da sociedade. Trata-se do impacto social indesejado e prejudicial da medicina, mais do que de sua ação técnica. Nesse sentido, a iatrogênese social se manifesta como uma crescente dependência da população em relação às prescrições médicas, substituindo o senso de responsabilidade individual pelo modelo de “paciente” passivo/a e dependente da autoridade médica. Segundo Illich, é a produção dessa dependência, mais do que lesões físicas ou disfunções orgânicas, que caracteriza o principal dano causado pela proliferação dos profissionais de saúde e da ideologia médica (Illich, apud Gaudenzi e Ortega, 2012).

Illich identifica várias formas de iatrogênese social. Primeiro, a medicalização do orçamento, que reflete a ilusão de que o nível de cuidados de saúde é diretamente proporcional aos gastos com a indústria médico-farmacêutica. Segundo, a invasão farmacêutica, em que os gastos com medicamentos são consideravelmente mais altos do que os gastos com a atenção na saúde. E em terceiro, o controle social por meio do diagnóstico, resultando na medicalização de categorias sociais e na aceitação generalizada da necessidade de cuidados em saúde sistemáticos em diferentes estágios da vida (Illich, apud Gaudenzi e Ortega, 2012) ou a depender do contexto social. Concernentes a essa “etiquetagem iatrogênica”, podemos considerar as populações-chave e prioritárias do HIV, foco da Política de HIV para as ações de prevenção e tratamento e, ao mesmo tempo, alvo da necropolítica, operacionalizando, assim, uma engrenagem.

Finalmente, Illich aborda a iatrogênese estrutural ou cultural, em que a medicina moderna transforma o sofrimento humano em um problema técnico, minando a capacidade das pessoas de lidar autonomamente com a doença, a dor e a morte. Ele alerta para a substituição da ação autônoma pela obediência às instruções dos profissionais de saúde, que prescrevem formas corretas de viver e morrer. A perda resultante disso consiste na destruição do potencial cultural das pessoas para lidarem de forma autônoma com as enfermidades, a dor e a morte, causando uma regressão estrutural e ancestral das formas de se produzir saúde (Illich, apud Gaudenzi e Ortega, 2012).

O conceito de iatrogênese dialoga com uma das consequências que a medicalização ainda acarreta: o processo de medicamentação. Este se refere ao uso de medicamentos em situações que não seriam consideradas problemas médicos/as anteriormente, não existindo um tratamento farmacológico para tal (Brasil, 2019). O luto, o puerpério, o desejo de transformação de identidade de gênero, a ausência de trabalho, de moradia ou outras questões inerentes à vida ou sociais seriam exemplos desses processos passíveis de medicamentação. Assim, esse conceito “diz respeito ao uso de medicamentos/psicofármacos como primeira escolha para se lidar com o sofrimento psíquico” (Zanchet, 2019, p. 111). O fenômeno mais recente desse processo de medicamentação é o aumento da venda de antidepressivos e estabilizadores de humor a partir da pandemia de Covid-19. O levantamento realizado pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF)<sup>15</sup>, com base nos dados da Consultoria IQVIA, comparou as vendas em 2019, ano anterior à emergência de saúde pública, com as de 2022. O número de unidades comercializadas desses medicamentos aumentou de 82.667.898 para 112.797.268, ou seja, 36% (CFF, 2023<sup>16</sup>).

Dito isso, as experiências com psicofármacos trazidas pela GAM favorecem um espaço de diálogo e trocas sobre as ambiguidades em torno dos medicamentos. Medicamento é *Phármakon* - vocábulo grego, que pode significar tanto remédio como veneno (Escohotado, 1997, v.1). Ele carrega, ao mesmo tempo, o sentido de remédio e de veneno. Sua polissemia impede que o diálogo se encerre em totalizações (Sade; Melo, 2019). Para o impasse relacionado aos processos de medicalização, que ocupam lugares diferentes em relação aos medicamentos psicotrópicos e para prevenção e tratamento do HIV, o princípio de *Phármakon* pode ser um importante termômetro e um problematizador ao mesmo tempo. .

Em Derrida (2015), encontramos a ambivalência do termo grego *phármakon*, a partir de Platão:

Quando uma palavra inscreve-se como a citação de um outro sentido dessa mesma palavra, quando antecena textual da palavra *phármakon*, significando remédio, cita, re-cita e permite ler o que na mesma palavra significa, num outro lugar e a outra profundidade da cena, veneno (por exemplo, pois *phármakon* quer dizer ainda outras coisas), a escolha de uma

<sup>15</sup>Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/16/03/2023/vendas-de-medicamentos-psi-quiatricos-disparam-na-pandemia#:~:text=Levantamento%20feito%20pelo%20Conselho%20Federal,da%20pandemia%20de%20Covid%2D19>.

<sup>16</sup>Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/16/03/2023/vendas-de-medicamentos-psi-quiatricos-disparam-na-pandemia>

só dessas palavras pelo tradutor tem como primeiro efeito neutralizar o jogo citacional, o “anagrama”, e, em último termo, simplesmente a textualidade do tema traduzido” (p. 52).

O Phármakon, como termômetro das relações entre sujeito e substâncias, sujeito e instituições ou sujeito e Estado, seguirá nos acompanhando ao longo deste trabalho, possibilitando sair da centralização do objeto ao propor construções singulares com base no que atravessa essas relações, fortemente pautadas pelos marcadores sociais.

#### **4. DISPOSITIVOS DE CUIDADO E LINHAS DE FUGA À CAPTURA DA NECROPOLÍTICA: A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM DIÁLOGO COM A PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV**

*Eu sou uma pessoa, não uma doença.  
(Guia GAM, 2012, p. 18)*

O impacto das ofertas prescritivas em saúde, sobretudo nos campos do HIV e da saúde mental, o atravessamento da pandemia e a necropolítica sobre as populações mais vulnerabilizadas demandam ferramentas de cuidado que possam operar numa lógica de dispositivos e linhas de fuga. Trata-se de abrir espaço para o fortalecimento da autonomia e uma maior democratização na relação entre usuários/as e serviços de saúde.

Por dispositivos, referimo-nos ao que Deleuze (1990) menciona ao falar sobre a dimensão de invenção, a produção do novo e do repúdio aos universais e às formas homogêneas: são “máquinas de fazer ver e de fazer falar” (p. 84). Deleuze trabalha o conceito desde a perspectiva filosófica, ligada ao pensamento de Michel Foucault. Um dispositivo é entendido como um conjunto heterogêneo de elementos que podem incluir discursos, instituições, normas, leis, medidas administrativas, proposições científicas, e outros componentes que juntos estruturam e exercem poder na sociedade.

Os dispositivos são fundamentais para entender como o poder é estruturado e exercido em diferentes contextos sociais. Eles organizam práticas e pensamentos de forma que moldam comportamentos e percepções. Deleuze ressalta que os dispositivos estão intimamente ligados às relações de poder, já que eles não apenas refletem o poder, mas também o produzem, moldando e limitando as possibilidades de ação dos indivíduos dentro de uma sociedade. Outro ponto importante é que os dispositivos não são estáticos; eles evoluem ao longo do tempo, adaptando-se às mudanças nas estruturas sociais e políticas. Isso reflete a dinâmica do poder, que também é fluido e mutável (Deleuze, 1990).

Foucault destaca as curvas de visibilidade e as curvas de enunciação como as primeiras duas dimensões de um dispositivo. As enunciações, por sua vez, estão ligadas a linhas de enunciação que distribuem as posições diferenciais de seus elementos. Se as curvas são enunciações, é porque as enunciações são curvas que distribuem variáveis. Uma ciência em determinado momento, um gênero literário, um estado de direito ou um movimento social se definem precisamente pelos regimes

de enunciações. Esses regimes não são nem sujeitos nem objetos, mas precisam ser definidos em relação ao visível e ao enunciável, com suas derivações, transformações e mutações. Em cada dispositivo, as linhas atravessam limiares que as tornam estéticas, científicas, políticas, entre outras (Deleuze, 1990).

Um dispositivo também envolve linhas de forças. Essas linhas estão localizadas nas anteriores, conectando pontos singulares; de certa forma, elas ajustam as curvas previamente traçadas, desenham tangentes, entrelaçam os caminhos de uma linha com outra e realizam idas e vindas entre o ver e o dizer. Estas forças agem como setas que continuamente penetram tanto nas coisas quanto nas palavras, conduzindo incessantemente ao confronto (Deleuze, 1990).

Por fim, ainda segundo Deleuze (1990), Foucault descobre as linhas de subjetivação, chegando a uma nova compreensão. Esse momento representou uma crise em seu pensamento, obrigando-o a revisar o mapa dos dispositivos de poder que analisava. Ele precisou encontrar uma nova abordagem para evitar que esses dispositivos se fechassem em linhas de força intransponíveis e com contornos definitivos. Foucault entendeu que os dispositivos não poderiam ser limitados por uma linha que os envolvesse, pois outras forças poderiam cruzar ou contornar essas linhas. Assim, ele se perguntava: "Como atravessar essa linha? Como chegar ao outro lado?" Essa travessia ocorre quando a linha de força se curva, forma meandros, se funde e se torna subterrânea. Em outras palavras, a força não age de forma linear, mas volta-se para si mesma, exercendo-se sobre si própria ou afetando-se de maneiras complexas. O conceito de "si-mesmo" não é uma característica preexistente, mas sim um processo em constante formação. É uma linha de fuga, uma forma de subjetividade que se desenvolve dentro do dispositivo e que foge das formas estabelecidas de saber e poder. Não é um saber nem um poder fixo, mas um processo de individuação que pode se manifestar em grupos ou indivíduos, escapando às estruturas e conhecimentos dominantes.

As linhas de fuga referem-se à criação de escapes dentro de sistemas rígidos ou opressivos. São forças que desestabilizam estruturas rígidas e permitem o movimento, produzindo outros modos de subjetivação, já que é a quebra de uma subjetividade fechada (Deleuze e Guattari, 1997).

A linha de fuga não é uma "fuga" no sentido tradicional de evasão ou escapismo, mas sim um vetor de transformação. Ela funciona em oposição a estruturas de poder e controle, permitindo que novos modos de existência, pensamento ou organização surjam. Ela é associada à desterritorialização, que é o

processo de romper com territórios estabelecidos (não só físicos, mas também simbólicos, sociais e conceituais). A linha de fuga, portanto, é uma forma de resistência e invenção que permite novos "agenciamentos" ou formas de vida (Deleuze e Guattari, 1997).

Assim, tomando esses conceitos e considerando a potência desses movimentos, trabalhamos com a aposta no encontro entre Gestão Autônoma da Medicação, Redução de Danos e Prevenção Combinada como um dispositivo para problematizar os processos prescritivos e potencializar reposicionamentos nas relações de cuidado em saúde, produzindo linhas de fuga à captura da necropolítica.

#### **4.1 Prevenção Combinada**

O debate sobre Prevenção Combinada foi incorporado no Brasil a partir de 2013, com a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Brasil, 2013), que alterou o critério para o início do tratamento antirretroviral (TARV) independente do nível de contagem de células CD4, fortalecendo assim o paradigma do tratamento como prevenção. O Ministério da Saúde alinhou-se a documentos internacionais para essa incorporação, como o documento do UNAIDS, intitulado "Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections" (UNAIDS, 2010).

Esse processo de construção do campo da prevenção combinada está intrinsecamente relacionado à forte atuação das organizações da sociedade civil e suas conquistas, bem como ao fortalecimento democrático e à consolidação da Reforma Sanitária. Essas forças coletivas desempenharam um papel crucial na definição das diretrizes e na implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção e o tratamento do HIV/aids no Brasil.

Com base nessa construção com a sociedade civil organizada, o Ministério da Saúde retomou, em 2016, o Grupo de Trabalho de Prevenção, o qual desempenhou um papel fundamental ao abrir espaço para o diálogo e construção coletiva, justamente em um momento de forte fragilização política. Tal momento culminou na consolidação do Golpe Institucional, destituindo a Presidenta Dilma Rousseff do poder e influenciando diretamente as políticas de saúde vigentes até então, sobretudo as que trabalhavam com as populações de maior vulnerabilidade.

Fortalecer a relação com a sociedade civil era, então, uma aposta estratégica para que a Política de HIV/aids não retrocedesse. Neste período, eu fazia parte da equipe de Prevenção e Articulação Social, do então Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais, que puxou essa agenda temática. Pude não somente acompanhar, mas também participar dessa construção.

Neste Grupo de Trabalho, as críticas por parte de alguns/as representantes da sociedade civil, relacionadas à ênfase das intervenções biomédicas - com ampla oferta de medicamentos como estratégia de prevenção, em detrimento do fortalecimento das estratégias comportamentais e estruturais -, foram compartilhadas e discutidas. Elas se referiam à necessidade de retomar ações em relação aos preservativos, trabalhando na perspectiva de realizar campanhas em que ele estivesse incorporado, de fato, na cena sexual, e que pudesse ser trabalhado de outras maneiras, de forma que se erotizassem mais as campanhas. Outro aspecto que ficou nítido nesse processo é que, se era tão óbvia a necessidade de se trabalhar aspectos da sexualidade no diálogo para a oferta do preservativo, também seria importante “sexualizar” a intervenção com medicamentos (Adamy *et al*, 2020).

Este grupo contribuiu significativamente para a elaboração do documento “Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde” (Brasil, 2017). O documento apresenta a conjugação de intervenções que combinam diferentes estratégias de prevenção, incluindo abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais. A Prevenção Combinada é apresentada pelo Ministério da Saúde como a diretriz para resposta à epidemia que também reforça a importância da autonomia, no sentido de incentivar que cada pessoa possa escolher a sua forma de prevenção ao HIV, de acordo com suas possibilidades (Brasil, 2017).

Fazem parte do conjunto denominado de intervenções biomédicas as estratégias voltadas à redução do risco de exposição mediante métodos de barreira física, como preservativos feminino, masculino e gel lubrificante e métodos de barreira baseados no uso de antirretrovirais - ARV, como Tratamento para Todas as Pessoas, Profilaxia Pós-Exposição - PEP, Profilaxia Pré-Exposição - PrEP, prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis - IST e imunização (Brasil, 2017). O “Tratamento para todas as pessoas” ou “Tratamento como Prevenção”, preconizado a partir de 2013 (Brasil, 2013), tem por objetivo reduzir a carga viral para indetectável, tornando-a intransmissível para o HIV. Isso

promove ampliação da qualidade de vida das pessoas em tratamento, evitando adoecimentos e proporcionando aumento da expectativa de vida.

As intervenções comportamentais, por sua vez, correspondem a estratégias como incentivo ao uso de preservativos masculino e feminino; aconselhamento e gerenciamento de risco ao HIV/aids e outras IST; incentivo à testagem; adesão às intervenções biomédicas; vinculação junto aos serviços de referência para tratamento do HIV; estratégias de comunicação e educação entre pares; campanhas de prevenção em HIV e outras IST e redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios (Brasil, 2017).

Já as intervenções estruturais são estratégias para o enfrentamento de fatores e condições socioculturais que influenciam nas vulnerabilidades dos indivíduos ou grupos sociais das populações-chave e prioritárias para a epidemia do HIV, em razão de preconceito, estigma, discriminação ou outras formas de violações de direitos. Devem ser expressas através de políticas afirmativas, marcos legais e ações programáticas que impactam nos determinantes sociais de saúde, além de ações de fortalecimento da autonomia e protagonismo dos/as usuários/as e sociedade civil organizada e, ainda, enfrentamento ao racismo, sexismo, homofobia, transfobia e demais preconceitos (Brasil, 2017).

O documento do MS sobre Prevenção Combinada aponta a importância de não hierarquizar os métodos preventivos, bem como o reforço ao direito de escolha, à singularidade e autonomia de cada indivíduo (Brasil, 2017). Assim, a autonomia é colocada na centralidade das políticas que se ocupam do cuidado integral, como a Prevenção Combinada do HIV; a Saúde Mental; e a Redução de Danos.

Porém, apesar de benefícios relacionados à ampliação de ofertas de prevenção, alguns artigos problematizam tais ofertas, sinalizando a necessidade de superação da tendência à prescrição e à medicalização, desafios relacionados à implementação da Prevenção Combinada do HIV nos serviços do SUS (Ferraz; Paiva, 2015; Seffner; Parker, 2016). As ofertas de intervenções biomédicas, através de métodos de barreiras baseados em antirretrovirais, são importantes e produzem impacto na resposta à epidemia, mas não alcançam resolver uma série de questões que vão além da adesão à medicação. Há que se exercitar outros modos de responder à doença, de maneira a não abrir mão dos avanços farmacêuticos tratamento e exames, mas cuidando do que ultrapassa o que é prescrito pelos/as profissionais da saúde (Seffner; Parker, 2016) e do fortalecimento das intervenções estruturais da Prevenção Combinada. As questões levantadas pela GAM dialogam

com essas problematizações.

## 4.2 A Gestão Autônoma da Medicação

A promoção do protagonismo e da autonomia encontra na estratégia da GAM um instrumento potente, pois esta tem como objetivo “proporcionar às pessoas que usam medicamentos psicotrópicos um processo de reflexão sobre a sua qualidade de vida”, bem como sobre o “lugar que os medicamentos e outras práticas de cuidado ocupam na sua vida diária” (Silveira; Moraes, 2017, p. 140). Dessa forma, a GAM pode auxiliar em problematizações relacionadas às práticas de prescrição e medicalização do campo da Prevenção Combinada, servindo, também, como estratégia de linha de fuga para a captura da necropolítica.

Segundo Palombini e Rodrigues-del-Barrio (2021), a GAM desenvolveu-se no Quebec, nos anos 1990, por organismos comunitários reunidos na associação de recursos alternativos de saúde mental e por grupos de direitos dos/as usuários/as, em parceria com a universidade. O processo de reflexão, pesquisa e ação foi longo e envolveu usuários/as, trabalhadores/as e pesquisadores/as em diferentes

etapas até a sua consolidação e a constituição de uma rede de transferência de conhecimento, acompanhamento e apoio às experiências GAM entre os chamados serviços alternativos do Quebec e no setor público (p. 205).

A estratégia GAM radicaliza na centralidade da autonomia, na promoção da saúde e na produção do cuidado, buscando incidir sobre o aspecto da medicamentação da saúde mental, que ocorre sem que os/as usuários/as tenham conhecimento dos motivos, efeitos e possibilidades de tomada de decisão. Entre 2009 e 2014, foi estabelecida uma parceria entre Brasil e Canadá (Aliança Internacional de Pesquisas entre Universidade e Comunidade - Saúde Mental e Cidadania) para a elaboração da versão brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia GAM-BR - “instrumento a serviço dos usuários da saúde mental, visando ao aumento do seu poder de negociação a propósito de seus tratamentos medicamentosos com os profissionais com quem se tratam” (Palombini; Rodrigues-del-Barrio, 2021, p. 205).

No Brasil, a estratégia GAM passa a ser utilizada no contexto de uma pesquisa intervenção em alguns serviços de saúde mental, com uma versão traduzida e transformada coletivamente (Palombini; Rodrigues-del-Barrio, 2021), para

problematizar as altas taxas de medicalização da população, tendo como princípio “a defesa dos direitos do usuário em participar das decisões sobre seu tratamento” (Onocko-Campos, *et al*, 2013, p. 2889) – legado da Reforma Psiquiátrica.

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Com o suporte de um material impresso (Guia GAM), a proposta é de que os usuários tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e assim possam reivindicar seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas redes sociais e sua qualidade de vida (Onocko-Campos *et al*, 2013, p. 2890-2891).

Porém, não há como falar em alteração das relações de poder sem incluir as relações raciais. Zanchet e Palombini (2020) relatam que os artigos produzidos pela GAM brasileira até 2018 não fazem menção direta à discussão decolonial, às relações raciais e seus efeitos no campo da saúde mental, embora a racialidade se fizesse presente de forma interseccional à loucura: “uma grande maioria dos usuários participantes na primeira etapa da pesquisa (2009-2010) era negra, enquanto os acadêmicos eram quase todos brancos” (p. 35). Em que pese esse tema não ser abordado nos artigos até então, as autoras referendam-se em uma fala de Emiliano de Camargo David, em um evento em Porto Alegre, em 2019, para sugerir a GAM como “uma estratégia antirracista na medida em que tensiona os lugares de saber/poder cristalizados na relação usuário X psiquiatra, ao incentivar a participação daquele nas decisões sobre o tratamento medicamentoso” (p. 41).

Onocko-Campos e colaboradores/as (2013) trazem, através da pesquisa GAM, desafios do campo da saúde mental que são muito próximos aos colocados pelo campo do HIV/aids. Um deles é problematizar a “primazia do tratamento farmacológico no conjunto de ações dos profissionais de saúde mental, a tal ponto que muitas vezes o tratamento em saúde mental reduz-se apenas aos psicotrópicos” (p. 2890), desafio próximo à crítica do movimento social relacionada à entrada das intervenções biomédicas no campo da prevenção do HIV. Outro aspecto diz respeito à “participação do usuário nas decisões relacionadas ao seu tratamento” (p. 2890), diretriz também colocada pela política de HIV em relação às possibilidades de escolha de estratégias de prevenção pelos/as próprios/as usuários/as, constando em um dos documentos sobre prevenção combinada que

o melhor método de prevenção é aquele que o indivíduo escolhe e que atende suas necessidades sexuais e de proteção. Nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções (Brasil, 2018, p. 17).

#### 4.2.1 O Guia da Gestão Autônoma da Medicação

O Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia da Gestão Autônoma da Medicação, 2012) é um instrumento a ser utilizado tendo o grupo, composto por usuários/as e trabalhadores/as, como dispositivo. Apresenta-se como um “Guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos” e traz em sua apresentação que

Autonomia, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, é sempre construída na relação com o outro, em um exercício de compartilhamento de diferentes pontos de vista, numa experiência de cogestão. Pensar em gestão autônoma da medicação implica considerar os usuários como protagonistas e corresponsáveis na gestão do tratamento com medicamentos, participando da decisão de como usá-los e do modo como usá-los (Guia da Gestão Autônoma da Medicação, 2012, p. 11).

Embora o Guia seja um instrumento a ser trabalhado no dispositivo grupal, cada usuário recebe o seu instrumento, podendo trabalhar as suas questões de acordo com suas vivências e em primeira pessoa. A *“Parte Um: Sua qualidade de vida”*, é subdividida em quatro passos.

O *“Primeiro passo: conhecendo um pouco sobre você”* traz três perguntas que dizem respeito a como a pessoa se apresenta; como as outras pessoas a apresentam; se existem diferenças entre como a pessoa se apresenta e como os/as outros/as a apresentam e uma quarta pergunta que parte do que se entende pela frase: *“Eu sou uma pessoa, não uma doença”*. Essa é uma frase emblemática e analisadora, que dialoga com as pessoas vivendo com HIV, pois, mesmo com todo o avanço das possibilidades de tratamento do vírus, receber o diagnóstico de HIV ainda hoje carrega a carga de estigma e de discriminação que envolveu o agravo desde os seus primeiros anos.

O *“Segundo passo: observando a si mesmo”* traz perguntas disparadoras para que a pessoa possa analisar a sua vida em diferentes aspectos, sendo a medicação um deles, dentre tantos outros. As perguntas direcionam-se para aspectos referentes ao cuidado de si; acesso ao trabalho; renda; rede de apoio; saúde; relação com a medicação e seus efeitos em sua vida.

O *“Terceiro passo: ampliando a sua autonomia”* traz aspectos da vida que contribuem na tomada de decisões compartilhadas sobre o uso de medicamentos.

Dentre esses aspectos, esse passo traz questões que envolvem o que a pessoa precisa para viver; a sua rede afetiva, grupos e serviços que podem lhe ajudar e, por fim, os direitos e compromissos que a pessoa tem em relação ao seu tratamento. É também nesse passo que o Guia conversa sobre os direitos de quem faz tratamento e o de escolher seguir ou não o tratamento que lhe foi prescrito, fomentando a potencialidade da discussão para um debate acerca das garantias de direitos humanos, básicos para todas as pessoas, e os direitos das pessoas vivendo com HIV. Como forma de ampliar as ferramentas para essa conversa, esse passo traz a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (Brasil, 2011, p.3-4)

O *“Quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos”* permite aprofundar aspectos do uso de medicamentos, trazendo questões sobre como é a experiência diária em relação ao uso; efeitos, doses; interações medicamentosas e contraindicações. É também o passo que explicita quais os medicamentos comumente usados em psiquiatria, as diferentes formas de prescrição e a bula. Embora o Guia tenha como foco os medicamentos psiquiátricos, é esse o momento em que se poderá dialogar sobre o uso da terapia antirretroviral e sua indicação no tratamento do HIV, na perspectiva da Prevenção Combinada, dando espaço para todos os seus impasses.

A *“Parte Dois: Um caminho para mudanças”* traz mais dois passos. O *“Quinto passo: por onde andamos”* retoma as discussões dos passos anteriores na direção de exercer a autonomia e fortalecer a participação do/a usuário/a no seu tratamento. Uma forma de aumentar a participação é a indicação de que o/a usuário/a possa conhecer seu projeto terapêutico e como se inclui a medicação no mesmo. Além disso, esse passo traz algumas questões que ajudam a perceber outras possibilidades de tratamento além da medicação, fazendo perguntas que vão na direção de ampliar o cardápio de promoção de saúde, além de retomar as referências de rede de apoio e afetiva, bem como a garantia de direitos.

Palombini e Rodriguez-del-Barrio (2021) e Palombini, Pasini, Zanchet *et al* (2020) chamam atenção para a modificação crucial que há, nessa parte, entre a proposição do Guia GAM do Quebec e a do Brasil. Esta mudança envolve a exclusão, na versão brasileira, de uma seção que, no Guia original, oferecia instruções para que os/as usuários/as pudessem reduzir progressivamente e de modo seguro a quantidade de medicamentos prescritos e, eventualmente, fazendo sua retirada. No lugar disso, a versão brasileira reorientou o foco para a negociação, e a segunda parte do Guia foi reescrita para promover uma maior participação dos/as usuários/as na gestão de seu projeto terapêutico. As razões para essa alteração refletiam, por um lado, a posição dos/as próprios/as usuários/as, que expressaram, durante a pesquisa, sua preocupação não apenas com o direito de interromper o uso de medicamentos, mas também com o direito fundamental de ter acesso a eles, como parte de seu direito de cidadania (Palombini; Rodriguez-del-Barrio, 2021; Onocko-Campos *et al*, 2012). Por outro lado, considerando o cenário sempre em disputa da política de saúde mental no Brasil, os/as pesquisadores/as avaliaram que manter a proposta do Guia original na íntegra poderia inviabilizar a pesquisa na rede de serviços, em virtude da centralidade do tratamento farmacológico, em comparação a outras ofertas terapêuticas. Além disso, havia preocupações, por parte de psiquiatras pesquisadores/as, com uma possível reação do Conselho Profissional de Medicina, órgão costumeiramente conservador, que poderia interpretar a proposta como um exercício antiético da profissão. Assim, conforme Palombini e Rodriguez-del-Barrio (2021, p.280):

É possível afirmar que nós, pesquisadores brasileiros, cedemos ao Estado ao abandonar a mais radical e concreta – de o usuário decidir pela retirada dos medicamentos; e forçamos, ou pretendemos forçar, o Estado, na figura dos seus agentes – profissionais e serviços de saúde – a conceder o reconhecimento dos direitos dos usuários, a participação efetiva destes na formulação do seu projeto terapêutico, o exercício de cidadania no cotidiano dos serviços. Elementos presentes no ideário da reforma sanitária no Brasil, direitos, participação, cidadania forjam as ideias de autonomia e protagonismo – de trabalhadores e usuários – no SUS, em tensão com a função reguladora e de controle das populações pelo Estado.

Nessa perspectiva individualizante e, conseqüentemente, neoliberal e privatizante da saúde, concluem as autoras, a ideia de protagonismo ou autonomia deságua na responsabilização apenas do sujeito por seu adoecimento, bem como pelos cuidados à sua própria saúde. Ao excluir da versão brasileira a segunda parte do Guia GAM original, os serviços e suas equipes são poupados de tomar contato com ela, sendo livrados de ter que responder, coletivamente, à perspectiva de

retirada dos medicamentos. Ressalta-se que a diminuição ou retirada por parte dos/as usuários/as acontece, independentemente do serviço acompanhar. Acontece que, não colocando isso na roda, os/as usuários/as tornam-se os/as únicos/as responsáveis por essa decisão (Palombini e Rodriguez-del-Barrio, 2021).

O “*Sexto passo: planejando nossas ações*” reforça que

Os passos deste guia ajudam a desenvolver mais autonomia, uma atitude mais ativa em relação ao tratamento. Para isso, criamos o hábito de fazer perguntas, de procurar as informações disponíveis e chegar a conclusões a respeito do que nos ajuda a viver melhor. A partir do que trabalhamos, vamos pensar como podemos enfrentar os problemas que permanecem (Guia da Gestão Autônoma da Medicação, 2012, p. 107).

Um detalhe importante desse passo é que ele já não se dirige à pessoa (você) individualmente, mas ao grupo participante da experiência GAM, como coletivo que identifica seus problemas comuns e planeja ações coletivas. Esse último passo propõe uma tabela sobre planejamento de ações, que inclui descrever cada problema identificado; descrever os motivos pelos quais se considera que estes problemas são importantes; quais as propostas de ação para enfrentamento de cada problema e, por fim, quais redes de apoio podem ser acionadas coletivamente como forma de auxiliar a resolver cada um dos problemas listados. Após trabalhar sobre as propostas de ação, como uma última questão, o Guia convoca os/as participantes a descreverem como foi participar da experiência.

Finalizados os Passos, o Guia traz alguns Anexos, como: Informações sobre os medicamentos psiquiátricos mais utilizados; Informações sobre interações medicamentosas; Informações sobre algumas plantas medicinais; Lei 10.216: Lei da Reforma Psiquiátrica; Relação de Medicamentos distribuídos pelo SUS. No Anexo sobre interações medicamentosas, o Guia introduz alguns medicamentos antirretrovirais em suas interações com uso de psicofármacos, porém sem adentrar em seus efeitos psíquicos e sociais.

O coletivo que experienciou as primeiras pesquisas sobre a Gestão Autônoma da Medicação no Brasil se ocupou, ainda, de elaborar o Guia de Apoio a Moderadores (Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio a Moderadores, 2014), que traz, a partir das experiências das etapas do projeto original da GAM, algumas pistas sobre a organização dos grupos de intervenção nos serviços de saúde. O conteúdo visa

[...] estimular um modo de fazer cogestivo construído entre vários, garantindo que seu uso não ganhe contornos prescritivos e esvaziados de sentido para aqueles que se arvorarem a participar de grupos de intervenção (Zanchet, 2019, p. 75).

Como conteúdo, o Guia de Apoio a Moderadores apresenta a história da GAM e seus princípios; faz uma breve conversa sobre a Reforma Psiquiátrica e o contexto histórico e político em que se desenvolve a GAM no Brasil; e, principalmente, discute sobre os Grupos de intervenção (Grupos GAM), dando pistas sobre a sua metodologia, conversando, a partir das experiências, sobre formas possíveis de usar o Guia GAM em cada um dos seus seis passos (Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio a Moderadores, 2014).

Esse material não se propõe a estabelecer um protocolo ou prescrição de como trabalhar com a GAM, mas sim de se colocar como dispositivo para que o acesso à experiência se faça possível nos grupos de intervenção, sendo que o papel do/a moderador/a é o de facilitar para que esse processo seja possível (Zanchet, 2019), a partir de um manejo cogestivo.

## 5. PERCURSO METODOLÓGICO

*Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele.  
(Paulo Freire)*

A resposta à epidemia e a construção da política de HIV no Brasil, assim como o movimento da Reforma Psiquiátrica, são marcadas pela participação ativa da sociedade civil, tanto na contribuição para a garantia de direitos dos grupos populacionais mais atingidos, como para organizar as políticas públicas de enfrentamento à epidemia. A intensa mobilização dos movimentos sociais se estruturou em dois eixos:

o do ativismo político, que reivindicava os direitos dos pacientes, e o da solidariedade, que buscava redefinir os princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas infectadas pelo vírus (Grangeiro *et al*, 2009, p. 90).

A participação social no campo do HIV, apesar de toda a fragilização dos últimos anos, continua se dando através de várias frentes, tanto no formato de comissões, para discutir a política com o governo federal, quanto com ações de base comunitária. Entre as frentes de base comunitária, está o trabalho de pares, desenvolvido por Organizações Não Governamentais da Sociedade Civil Organizada, formadas por pessoas representantes de usuários/as, populações-chave para a resposta ao HIV e pessoas vivendo com HIV, que desenvolvem estratégias de amparo e apoio mútuo, com o objetivo de compartilhar e promover cuidados com a saúde (Brasil, 2017). No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica também é marcada pela participação de usuários/as, familiares e trabalhadores/as no movimento da Luta Antimanicomial, que lutava - e ainda luta - pela desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e pelo cuidado em liberdade. A redução de danos, campo comum tanto da política de aids, quanto da saúde mental, também bebe dessa fonte, já que iniciou no Brasil em 1989, em Santos, como uma estratégia de prevenção ao contágio de HIV e Hepatites Virais entre os/as usuários/as de drogas injetáveis, através das trocas de seringas pelos/as próprios/as usuários/as, ou seja, trabalho de pares.

Mais do que participação social, estamos falando da experiência dos/as usuários/as, familiares e população na história da construção da Política de HIV, Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos. A estratégia GAM traz como pressuposto o trabalho em grupos, como dispositivo para promover a coletivização da experiência entre usuários/as e trabalhadores/as da saúde (Gestão Autônoma da Medicação - Guia de apoio a moderadores, 2014), e a lateralização das relações, ou seja, o colocar as pessoas lado a lado, em formato de roda, promovendo uma relação mais horizontal.

Tomamos como princípio que a produção de conhecimento é inseparável da produção de realidade, pois, ao pesquisar, intervimos e, conseqüentemente, produzimos a realidade. Dessa forma, como método, reforça-se que a experiência dos/as usuários/as que a estratégia GAM possibilita é uma ferramenta potente para o fortalecimento do protagonismo e de práticas de autonomia no cuidado de si e dos outros, fator bastante presente na construção e manutenção da política de HIV, da redução de danos e da luta antimanicomial. Tal experiência é, ainda, um auxiliar na construção de linhas de fuga para a necropolítica vigente. Ao mesmo tempo, também contribui com algumas problematizações necessárias às práticas de prescrição e medicalização neste campo e a um reposicionamento dos/as trabalhadores/as.

Trabalhamos, portanto, com a metodologia da pesquisa-intervenção. Nesta, os momentos de pesquisa e intervenção são os mesmos, já que se está sempre implicado (Benevides de Barros; Passos, 2000). Ao tomar o pesquisar como ação de conhecimento e criação de territórios de subjetivação, é possível pensar nos seus efeitos para além dos limites da pesquisa em seu sentido estrito, mas nos modos através dos quais a atividade da pesquisa ativa outras formas de participação que aporte nos multiversos sentidos e singularidades autorais (Maraschin, 2004, p. 99).

Nessa proposta, é fundamental a participação dos/as usuários/as em todo o processo, de forma que as ações não seriam apenas construídas de forma colaborativa entre a comunidade e pesquisadores/as, mas sim elaboradas conjuntamente desde o seu princípio, na perspectiva do PesquisarCOM, trazida por Silveira (2013). Para a autora, “PesquisarCOM é uma forma que une essa abertura encontrada na pesquisa avaliativa de Quarta Geração com a participação no modo mais radical, com participantes ao lado do pesquisador, fazendo junto” (2013, p. 34).

Assim, esta pesquisa se deu em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas - CAPS AD IV<sup>17</sup>, com a proposta de trabalhar com as questões relacionadas ao HIV e à prevenção combinada junto a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Experienciamos juntas e juntos aos/às usuários/as e trabalhadores/as as dimensões do cuidado, direitos e autonomia, tendo o Guia GAM como instrumento e o grupo como dispositivo.

Trata-se de uma pesquisa-intervenção, com enfoque qualitativo, na perspectiva do PesquisarCOM. Tal pesquisa envolveu a utilização do Guia GAM e a Mandala da Prevenção Combinada como inspiração e instrumento para dialogar a respeito do fortalecimento da autonomia e das questões relacionadas à álcool e outras drogas, questões raciais, de gênero/identidade de gênero e socioeconômicas, inclusão de antirretrovirais para o tratamento do HIV e outras estratégias de prevenção combinada ao HIV e demais infecções sexualmente transmissíveis.

A pesquisa passou por dois Comitês de Ética, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob nº 6.225.886/2023, bem como pelo Comitê de Ética do Hospital Mãe de Deus/Associação Educadora São Carlos (AESC), sob nº 6.422.822/2023, considerando que o CAPS AD IV, onde foi realizado a pesquisa, é gerenciado pela AESC a partir do Termo de Colaboração 67834/2018 entre Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e AESC.

### **5.1 Campo de intervenção:**

Durante a experiência da Banca de Qualificação do Doutorado, foram cogitados os possíveis espaços para que esta pesquisa pudesse acontecer. Uma das sugestões dizia respeito à potencialidade de levar usuários e usuárias a ocuparem mais os espaços da universidade pública, que tanto sustentou resistência política para o fortalecimento da democracia nos últimos anos de tantos retrocessos.

Porém, após a qualificação, vivenciei nova mudança, voltando a trabalhar no campo da saúde mental e da redução de danos, na coordenação de um CAPS AD III. Ao mesmo tempo em que considerava as questões da banca, eu seguia

---

<sup>17</sup> A especificidade desse equipamento será abordada na seção 5.1.1

vislumbrando um local que proporcionasse trocas e espaços de convivência entre usuários/as e trabalhadores/as, próximo ao que o equipamento do CAPS proporciona, por reconhecer a importância desses espaços coletivos.

Ainda assim, como primeiro movimento, apresentamos a proposta da pesquisa junto ao Centro de Referência em Direitos Humanos, Relações de Gênero, Diversidade Sexual e Raça (CRDH), do Núcleo de Pesquisa em Relações de Gênero e Sexualidade (NUPSEX) da UFRGS - CRDH/NUPSEX, responsável pelo atendimento às pessoas LGBTQI+ e pessoas vivendo com HIV/aids que buscam acolhimento para as suas demandas sociais, jurídicas, de saúde e/ou psicológicas, além de ofertar espaços de formação para a rede intersetorial. O CRDH realiza esse trabalho em parceria com algumas Organizações Não-Governamentais, como a SOMOS - Comunicação, Saúde e Sexualidade, que presta serviços à comunidade para os mesmos públicos. Havendo o interesse em participação, propusemos que, na medida em que houvesse interesse em participar dos grupos, estes pudessem ser ofertados no espaço do CRDH, que se incumbiu de realizar os convites às usuárias e usuários. Eu e dois bolsistas de iniciação científica que me acompanharam aguardamos a chegada de participantes durante três semanas para dar início ao grupo, sem que aparecesse ninguém. Entendemos que os/as usuários/as ainda não se sentiam pertencentes aos espaços da universidade.

Como segunda aposta, realizei visita ao Serviço de Atenção Especializada - SAE Murialdo, equipamento voltado ao acompanhamento de pessoas vivendo com HIV, que se localiza no Bairro Partenon, em Porto Alegre. Apesar do processo de compartilhamento do cuidado das pessoas vivendo com HIV para a Atenção Primária em Saúde, que iniciou em 2013, e das diretrizes do Ministério da Saúde, segundo as quais os SAEs permaneceriam apenas com os casos mais graves, como as pessoas com CD4 abaixo de 350 ou outras comorbidades, os SAEs seguem atuando com grande parcela da população que realiza acompanhamento. É um serviço que atende todas as populações-chave e prioritárias vivendo com HIV.

O SAE Murialdo havia sido inaugurado no ano anterior, devido à grande demanda de prevalência de HIV naquele território. A coordenação acolheu o projeto, e o mesmo foi encaminhado para assinatura da gestão municipal, para os trâmites do comitê de ética. Por se tratar de um serviço recente, ainda contava com poucos/as usuários/as em acompanhamento e nenhum processo em grupo, algo de interesse para o local, mas sem a cultura do coletivo. Enquanto aguardava a assinatura do Termo de Aceite (demorou mais de dois meses para chegar) para encaminhar ao

Comitê de Ética em Pesquisa do município de Porto Alegre, segui meu direcionamento de desejo e me aproximei do CAPS AD IV Céu Aberto.

Por se tratar de um serviço terceirizado pela AESC, termo empregado pela Prefeitura para esse tipo de terceirização, realizei o primeiro contato com a gestora dos serviços de saúde mental da instituição e com a então coordenadora do CAPS AD IV, que acolheram a pesquisa e encaminharam a documentação para submissão ao Comitê de Ética. A partir disso, iniciei minha aproximação com o campo, agora desde o lugar de pesquisadora.

### **5.1.1 O CAPS AD IV Céu Aberto**

A complementariedade da iniciativa privada na prestação de serviços, prevista na Lei Orgânica do SUS - Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, prevê que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar” (Brasil, 1990). Segundo Paim e Almeida Filho (1998), essa previsão, que dá continuidade à agenda neoliberal, presente desde a “nova ordem mundial”<sup>18</sup>, se instaura nos anos 1980 no Brasil, provocando a fragilização dos esforços coletivos para o enfrentamento dos problemas de saúde. A ideia de “estado mínimo” defende o corte nos gastos públicos como resposta à chamada crise fiscal do estado, comprometendo o âmbito institucional, conhecido como saúde pública, sobretudo nos países de economia capitalista.

[...] enquanto a estratégia da atenção primária à saúde se difunde a partir da Conferência de Alma-Ata, os centros hegemônicos da economia mundial revalorizam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e questionam a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, inclusive saúde (Paim; Almeida Filho, 1998, p. 301).

O caráter complementar da possibilidade de participação da iniciativa privada abre brecha para o repasse da responsabilidade clínico-sanitária do executivo

---

<sup>18</sup> A expressão "Nova Ordem Mundial" remete a um momento histórico que teve início com o fim da Guerra Fria. Esse período foi marcado pelo término da ordem bipolar, caracterizada pela existência de dois centros de poder mundial, e pela conseqüente formação de uma ordem multipolar, na qual vários centros de poder emergiram ao redor do globo. Entre as características da Nova Ordem Mundial destacam-se a globalização da economia e a diversidade cultural. A globalização econômica refere-se à interconexão e interdependência crescente entre as economias ao redor do mundo, impulsionada pelo avanço das tecnologias de comunicação e transporte.

municipal para terceiros, amplia-se e torna-se a base dos serviços ofertados à população nos municípios. É o que Ana Paula Lima, presidenta da gestão anterior do Conselho Municipal de Saúde, de Porto Alegre, chamou de “processo de empresariamento da saúde, onde o gestor municipal, em vez de fazer a gestão da política do SUS, está fazendo a gestão numa lógica empresarial”<sup>19</sup>, provocando o sucateamento dos serviços e desinvestimento nos/as servidores/as públicos para justificar a terceirização.

Em Porto Alegre, de um total de 132 Unidades de Saúde existentes, 114 são parceirizadas com instituições privadas, 12 estão sob gestão do Grupo Hospitalar Conceição e 1 pelo Hospital de Clínicas, o que significa que apenas 5 estão sob a administração do município, ou seja, apenas 3,7%. O efeito das terceirizações dos serviços da Atenção Primária à Saúde impacta diretamente o acompanhamento longitudinal dos/as usuários/as.

Com relação à Rede de Atenção Psicossocial do município de Porto Alegre, esta é formada pela Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde, por meio das Unidades de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Consultórios na Rua; Equipes de Saúde Mental Adulto (ESMA); Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi); Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico; Comunidades Terapêuticas (CT); e Oficina de Geração de Renda.

A Constituição da RAPS em Porto Alegre já carrega em si várias contradições, a começar pelo financiamento direto em Comunidades Terapêuticas e nos leitos em Hospital Psiquiátrico. Dos oito CAPS AD existentes no município, somente um é de administração pública, sendo que o mesmo não é 24 horas. Quanto aos demais, um é de administração do Grupo Hospitalar Conceição e outros seis terceirizados, sendo dois pelo IB Saúde e quatro pela Associação Educadora São Carlos (AESC). É no âmbito dessas parceirizações que o CAPS AD IV se inclui, sendo administrado pela AESC.

O CAPS AD IV Céu Aberto foi inaugurado em 29 de março de 2019, tendo

---

<sup>19</sup> Disponível em: <https://sul21.com.br/noticias/saude/2022/06/com-novos-repasses-porto-alegre-passa-a-ter-96-das-unidades-de-saude-terceirizadas/>

sido o primeiro CAPS nessa modalidade do Brasil. Instalado em cena aberta de uso de drogas, ocupa uma região de grande vulnerabilidade socioeconômica e concentração de população em situação de rua, sendo, também, marcado pela itinerância de uma população flutuante (não residente, trabalhadores/as, estudantes/as). Dados do Censo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre<sup>20</sup>, realizado em 2016 por pesquisadores/as da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), demonstraram que, naquele momento, existiam 5.788 pessoas vivendo nas ruas da capital. O dado já era 244% maior do que o contabilizado pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), que contabilizava 2.371 nessa condição. Subdimensionar os dados, provoca desassistência, já que esses baseiam as políticas públicas.

No momento da formulação do projeto, a equipe considerou esse contexto para colocar algumas condições sobre como o almejavam: 1) que o serviço não tivesse grades, para que as pessoas não encontrassem barreiras físicas para acessá-lo, já que tantas outras barreiras já os atravessam; 2) que o teto do acolhimento noturno remetesse ao céu, já que o céu é, de fato, o teto diário da maioria dos/as usuários/as que acessariam o serviço, que estão em situação de rua.

Para dar conta das duas vertentes que a Portaria 3588/17 estabeleceu, o serviço se organiza em um modelo híbrido na gestão do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, que são a linha de cuidado na retaguarda crise e a linha de cuidado no Acolhimento/Permanência diurno e noturna. Dessa forma, o serviço oferta 20 camas, sendo 11 para receber pessoas em situação de crise e 9 de retaguarda para permanência diurna/noturna. Estas últimas ficam de referência para a população do território adstrito, assim como ocorre nos demais CAPS AD III da rede. Já as camas para atenção à crise servem de retaguarda para todo município.

No artigo “Retrocessos da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019”, Nelson Falcão de Oliveira Cruz, Renata Weber Gonçalves e Pedro Gabriel Godinho Delgado (2020) apontam algumas críticas relacionadas à proposta de projeto que constitui o CAPS AD IV. Tais críticas estão relacionadas à desvirtuação da lógica de cuidado, construída ao longo dos

---

<sup>20</sup> Disponível em:

[https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu\\_doc/cadastro\\_e\\_mundo\\_da\\_populacao\\_adulta\\_em\\_situacao\\_de\\_rua\\_de\\_porto\\_alegre\\_rs\\_2016.pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/cadastro_e_mundo_da_populacao_adulta_em_situacao_de_rua_de_porto_alegre_rs_2016.pdf)

anos para esse modelo de atenção. Ao se apresentar como um serviço que presta atenção a urgências e emergências, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como propõe a lógica que fundamenta os CAPS, carrega o risco de se transformar em projeto de intervenção por meio do recolhimento compulsório dos/as usuários/as, capaz de servir como grande porta de entrada para internações em comunidades terapêuticas.

Os autores chamam a atenção para a característica estrutural de um pequeno hospital, já que possui 20 leitos, segundo a Portaria 3588/17, o que se diferencia de uma estrutura com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados. Além disso, alertam que a construção desses serviços próximos às cenas abertas de uso

afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares etc., como se o território, e, portanto, a própria existência do usuário de álcool e outras drogas, só se desse no local de uso. Ainda, como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas (Cruz *et al*, 2020, p. 7).

Com relação às críticas relacionadas ao lugar de emergencialização que os CAPS AD IV ocupam, estas vêm ao encontro do lugar que os CAPS AD 24H foram sendo colocados, desde a pandemia da covid-19, no município de Porto Alegre - e certamente em outros territórios do Brasil. Com a superlotação dos serviços hospitalares e de emergência, houve um aumento considerável de casos encaminhados aos CAPS AD pela SAMU, os quais teriam indicação, de fato, para encaminhamento à urgência e emergência. Além disso, com relação ao CAPS AD IV, especificamente, há o receio de que um maior número de camas de observação sejam utilizadas como uma forma de subverter a lógica do CAPS, dando mais ênfase às internações do que aos espaços comuns, de coletividade e comunidade que os CAPS propiciam. Com o processo de ambulatorização que os CAPS também vivenciaram na pandemia, essa preocupação se expande a todos eles, pois foram sendo privilegiados atendimentos individuais, trazendo efeitos para a demanda produzida até os dias de hoje, já que perdura essa lógica.

Quanto à crítica com relação à territorialização do CAPS AD IV nas cenas abertas de uso de drogas, talvez seja um dos elementos por meio dos quais se

percebe o distanciamento entre a história da loucura e a história da redução de danos. Ora, para quem conhece a redução de danos e o seu princípio de atuação nos territórios, justamente nas cenas de uso de drogas, essa territorialização dos CAPS AD IV não é incoerente, até mesmo porque grande parte desses/as usuários/as não são domiciliados, tendo este território de uso como sua moradia. Estamos falando de pessoas totalmente invisibilizadas para os demais serviços da rede, que encontram enormes barreiras de acesso - desde barreiras físicas, de transporte ou estruturais. Algumas dessas pessoas vão encontrar a representação do Estado pela via repressiva da segurança ou pelo acesso de trabalhadores/as da saúde ou assistência social no território. Estar nas cenas de uso é poder se aproximar dos modos de ser de cada usuário/a em sua matriz social, nas linhas de cuidado que são tecidas por esses encontros num território - que é também subjetivo.

E os dados dos primeiros 90 dias de abertura do serviço justificam a importância dessa territorialização: de 497 prontuários abertos naquele período (março a maio de 2019), 429 são de pessoas em situação de rua e 68 de domiciliadas. Com relação à identidade de gênero, 404 são homens cisgênero, 80 mulheres cisgênero, 12 mulheres trans e 1 homem trans.

Quatro anos depois, os dados seguem sustentando e justificando a importância do serviço naquele território: no ano de 2023, acessaram o serviço 2998 usuários/as, sendo: 2.077 domiciliados/as (69%) e 921 pessoas em situação de rua (31%). Com relação a gênero, 726 são mulheres (24%) e 2.271 homens (75%) (os dados não identificam se se trata de pessoas cis ou trans, certamente invisibilizando as últimas). Com relação à raça/cor, 8 usuários/as são amarelos/as (0,3%); 2 indígenas (0,1%); 490 pardos/as (16,3%); 606 pretos (20%); 1.754 brancos (58,5%); e 138 sem informação (4,6%). Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Censo de 2022, demonstram que a população autodeclarada negra (pretos/as e pardos/as) em Porto Alegre é de 26%. No CAPS AD IV, a proporção de pessoas negras que acessam é de 36,3%, demonstrando que a questão de classe, gênero e raça estão totalmente interligadas.

Com relação à pesquisa-intervenção, dentre os/as usuários/as que participaram, percebemos uma aproximação direta com os demais dados do serviço. Participaram, ao todo, em um movimento de itinerância, 43 usuários/as, sendo 33 homens cis, 7 mulheres cis e 3 mulheres trans. Com relação à situação de moradia,

13 pessoas são domiciliadas e 29 pessoas em situação de rua. No quesito raça/cor, 26 pessoas são brancas, 17 pessoas negras. Do total de participantes, 9 pessoas tinham HIV, sendo 6 mulheres: 2 mulheres trans negras e 4 mulheres cis (3 negras e 1 branca). Além disso, olhando mais especificamente esses dados e no entrecruzamento das interseccionalidades, das 29 pessoas em situação de rua, 15 são pessoas negras.

Dentre os/as usuários/as em situação de rua, muitos/as acessam equipamentos terceirizados contratualizados, como pousadas em situações extremamente precárias, em parceria com a FASC da Prefeitura de Porto Alegre. No dia 26 de abril de 2024, ao fechamento desta Tese, acordamos com a notícia do incêndio em uma das unidades da rede de Pousadas Garoa, causando a morte de 10 pessoas e outras tantas feridas gravemente. Dos nomes das vítimas até então publicizados, temos a certeza de que duas participaram dos grupos desta pesquisa. Outras quatro eram vinculadas ao CAPS AD IV e outra ao CAPS AD III onde trabalho. Mesmo o local não tendo alvará para funcionar como pousada nem Plano de Proteção contra Incêndio, a Prefeitura mantinha o repasse anual de 2,7 milhões por ano<sup>21</sup> para essa rede. A Necropolítica é cara. Ela se refaz o tempo inteiro e de diversas formas. Ela tira direitos. Queima. Asfixia. Tira o direito à respiração. E custa milhões para fazer morrer.

Como operar dispositivos capazes de produzir linhas de fuga que escapem à captura dessas populações pela Necropolítica?

## **5.2 Da metodologia dos encontros**

Durante todos os encontros e Grupos-Intervenção, utilizamos o Método da Roda como forma de operacionalizar os grupos como dispositivo. A Roda, na perspectiva de Gastão Campos, é um método de apoio à cogestão, que busca a ampliação da capacidade de análise e intervenção do próprio grupo, tendo como setting básico os espaços coletivos. A cogestão realizada em espaços coletivos é um caminho para a progressiva desalienação da maioria e para a democratização

---

<sup>21</sup> Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2024/04/26/pousada-que-pegou-fogo-em-porto-alegre-recebe-r-27-mi-por-ano-da-prefeitura-para-abrigar-pessoas-em-situacao-de-rua.ghtml>

dos processos. De acordo com Campos, a desalienação absoluta é uma utopia, e o Método da Roda é uma aposta na possibilidade de instituir processos de cogestão que produzam compromisso e solidariedade com o interesse público, capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção (Campos, 2000).

Segundo o autor:

Um método inspirado na roda com que os pedagogos construtivistas iniciam o dia de trabalho nas escolas. E também na roda de samba, na do candomblé e na de ciranda em que cada um entra com sua disposição e habilidade sem desprezar o ritmo do coletivo. O Método da Roda: a roda como espaço democrático, um modo para operacionalizar a co-gestão. Mas também a vida girando e se movimentando, sempre: a roda (Campos, 2000, p. 14).

A Roda tem essa potência de produzir encontros mais horizontais entre usuários/as, trabalhadores/as e pesquisadores/as, estabelecendo trocas de olhares, falas, experiências e possibilidades mais democráticas de participação. Campos (2014) constitui o método da Roda a partir da concepção do Apoio Institucional. Para ele, o termo apoio indica um lugar de fora e implica trazer algo externo ao grupo: sustentar e, ao mesmo tempo, impulsionar o/a outro/a - ou dar condições de possibilidades de. Considera que o/a apoiador/a (aqui, seria a pesquisadora) tem que se colocar na roda, permitindo, concordando e, até mesmo, buscando ativamente incluir-se no processo - ou seja, “sofrer o efeito Paideia”. E, para isso,

[...] é fundamental desmentir a falácia da neutralidade, explicitando o lugar de vinculação de cada um. O que significa colocar em análise as relações de poder, de conhecimento e de afeto envolvidas. Os analistas institucionais denominam esse processo de “análise de implicações” (Campos *et al*, 2014, p. 991).

Sade e Melo (2019) trabalham com o conceito de cogestão como um campo de experiências a partir do trabalho compartilhado com o Guia da Gestão Autônoma da Medicação. Eles referem que o Guia trata de uma experiência também pessoal, mas que se coletiviza a partir da Roda. Ao reunir lado a lado diferentes usuários/as, trabalhadores/as e pesquisadores/as, é possível produzir uma experiência coletiva de cogestão da experiência, cujo acesso e, sobretudo, alteridade dependem das relações.

Zanchet (2019) também retoma as contribuições da GAM a respeito do acesso à experiência no Brasil, constando que:

- o acesso à experiência requer o encontro, seja ele entre duas ou mais pessoas;
- o acesso à experiência, quando experimentado no campo da saúde mental por seus atores, tende a ser “um caminho sem volta”. Usuários, trabalhadores e pesquisadores, uma vez reposicionados, como que num movimento inercial, tendem a seguir neste movimento e reconhecer

criticamente a problemática da objetualização dos sujeitos, a qual se faz tão comum no cotidiano das pesquisas e dos serviços;  
- o acesso à experiência vai permitir sua transmissão e, por consequência, a produção de um saber/poder. No campo da saúde mental ele vem sendo denominado Saber da Experiência ou Saber Experiencial e sua existência ainda é razão para inúmeras questões e tensionamentos (ZANCHET, 2019, p. 75).

Inspiramo-nos no Guia, mas não nos prendemos a ele, pois era necessário trazer mais ludicidade para dar condições de possibilidade de maior engajamento dos/as usuários/as, incluindo também àqueles/as que não estavam inseridos na questão do letramento. Outra inspiração veio do Guia de Apoio a Moderadores (2014), ao reforçar que as pessoas que têm dificuldades com leitura e escritas, ou mesmo que não sejam alfabetizadas, não sejam excluídas. Essas pessoas também tiveram acesso à informação segura, compartilhamento de sua experiência, exercício de protagonismo e práticas de autonomia, como uma garantia de direito. “A leitura coletiva do guia requer uma política de narratividade da GAM. A compreensão dos conceitos e informações do guia muitas vezes demanda uma construção coletiva” (Sade; Melo, 2019, p. 52).

Os Grupos de Intervenção GAM aconteceram em dez encontros, com duração entre uma hora e uma hora e meia em média e frequência semanal. A moderação do grupo teve como pressuposto o manejo cogestivo a partir de uma atitude de descentralização da figura do/a moderador/a.

A escuta e a linguagem do manejo cogestivo devem estar afinadas com a política de narratividade da GAM e fomentá-la, estando atenta para não apreender as falas dos participantes apenas em seu aspecto informacional, mas também naquilo que elas expressam (Sade; Melo, 2019).

O manejo cogestivo, segundo o Guia de Apoio a Moderadores (2014), tem como direção produzir experiências compartilhadas entre os/as participantes, como usuários/as e trabalhadores/as ou familiares, usuários/as e trabalhadores/as, buscando ampliar a comunicação, o diálogo e as trocas sobre assuntos ou questões que, usualmente, são desconsiderados.

É um manejo que procura estimular a participação dos usuários nas decisões do que acontece no grupo e no seu projeto terapêutico, que é singular. A proposta é que esse tipo de manejo de grupo permita o "acesso à experiência". Chamamos de acesso à experiência o acolhimento das vivências dos participantes do grupo, prestando atenção – na dinâmica dos encontros – aos sinais presentes nas falas, nos gestos e na atitude dos sujeitos (Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio a Moderadores, 2014, p. 23-24).

Por ser um tema inédito em relação às pesquisas GAM, foi necessário deixar

o texto do Guia em alguns momentos para adentrar o campo do HIV e da Prevenção Combinada, trazendo a ideia do jogo da Mandala para que, de forma mais interativa, pudéssemos compartilhar as experiências de cada um e cada uma com relação às estratégias de prevenção combinada, num ir e vir cujo ritmo foi dado pelo próprio grupo. Além disso, algumas questões do Guia sofreram modificações, como forma de maior aproximação com os/as usuários/as e o cuidado relacionado ao HIV.

Por se tratar de um serviço que atua em um território com intensa vulnerabilidade, cujos/as frequentadores/as são, em grande parte, pessoas em situação de rua, definimos, em conjunto com a equipe, por ofertar grupos abertos, não limitando a participação somente para pessoas vivendo com a HIV, justamente para abrirmos a possibilidade de diálogo em relação a todas as estratégias de prevenção combinada. Tendo essa marca de ser um grupo aberto e itinerante, que a cada semana contava com novos e novas participantes, realizamos um processo em que, ao iniciar cada encontro, convidávamos os/as próprios/as usuários/as a contarem como havia sido suas experiências nos encontros anteriores, de forma a produzir uma memória e uma apropriação daquele espaço.

Após o encerramento dos grupos, realizamos um convite, aos/às usuários/as que participaram da pesquisa e aos/às trabalhadores/as que se envolveram com a experiência, para uma nova roda de conversa, a fim de restituirmos algumas narrativas. Somente duas usuárias participaram do primeiro momento, devolvendo-nos suas afetações com as narrativas. Em momentos separados, encontramos mais um usuário e uma usuária e pudemos retomar, também com eles/as, de forma individual, a experiência. Ainda, como forma de promovermos um encontro de educação permanente, realizamos outra roda de conversa com a equipe do serviço, a qual compartilharemos mais adiante. Essas Rodas têm como propósito dar devolutivas ao grupo como uma forma de validação dos dados. Esse método é chamado de grupo narrativo (Miranda *et al*, 2008) ou hermenêutico (Campos, 2011).

As memórias da pesquisa-intervenção participativa assumem uma política de narratividade que não elabora representações imparciais, mas que, ao reviver a experiência do grupo, recoloca o seu dialogismo. Essa escolha metodológica permite dar acesso à experiência do grupo, que só se completa na restituição das narrativas aos participantes (Sade; Melo, 2019, p. 58).

Essas devolutivas poderão servir para expressar e consolidar a experiência coletiva de cuidado do grupo GAM, uma vez que as narrativas são lidas e discutidas em grupo, podendo produzir efeitos de reflexão coletiva do processo de pesquisa

(Sade; Melo, 2019).

### 5.3 A aposta nas narrativas como legitimação das experiências:

*Acho que vocês nunca se preocuparam em organizar uma narrativa para mim. Sei que o tempo foi passando e o que foi dito por vocês, antes de minha memória, foi dito em retalhos. Então precisei juntar os pedaços e inventar uma história. Por isso não estou reconstituindo esta história para você nem para minha mãe, estou reconstituindo esta história para mim. Preciso arrancar a tua ausência do meu corpo e transformá-la em vida. Para isso, não me limito ao que vocês me contaram, nem ao que estes objetos me dizem sobre você. Não acho que devemos lidar apenas com a lógica dos fatos. Prefiro uma verdade inventada, capaz de me pôr em pé.*  
(Tenório, Jeferson, 2020, p. 183).

Para fazer ecoar as vozes colhidas no campo, trabalhamos com a construção de narrativas, que consistem em uma “estratégia de tornar o material denso, mantendo-se fiel à história que nele se conta, mas não necessariamente em sua sequência temporal e tampouco produzindo as formas lexicais do grupo” (Campos, 2011, p. 1273).

Sade e Melo (2019), no artigo "A política de narratividade na pesquisa - intervenção participativa", trazem o papel das narrativas como uma metodologia central em pesquisas-intervenção participativas, especialmente no contexto da saúde mental e da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Os autores destacam a importância de escutar e legitimar as experiências dos/as participantes, utilizando as narrativas como meio de acesso a essas experiências. A narrativa é vista como um modo de incluir pontos de vista comumente excluídos, valorizando as diferentes subjetividades e promovendo um diálogo que vai além da mera coleta de informações.

As narrativas permitem que os/as participantes expressem suas vivências, o que é essencial para a produção de conhecimento e para o cuidado. Ao invés de perguntas rígidas e estruturadas, a metodologia narrativa convida os/as participantes a contar suas histórias, promovendo uma cogestão e produção coletiva de sentido. Além disso, os autores demarcam a importância da coautoria na construção do conhecimento, onde os/as participantes contribuem ativamente para a interpretação e validação dos dados coletados (Sade e Melo, 2019).

Para a construção de narrativas nesta pesquisa, as Rodas de Conversa e os Grupos de Intervenção GAM foram gravados e transcritos, mas não constam nos anexos como forma de manter a identidade dos/as participantes/as. A partir das transcrições e das elaborações do Diário de Campo, tomamos como inspiração para a construção das narrativas algumas obras literárias, como “Insubmissas Lágrimas de Mulheres”, de Conceição Evaristo; “O avesso da pele”, de Jeferson Tenório; “O corpo recusado”, de Luiz Cecílio; “Tornar-se Mulher Usuária de Crack”, de Luana Malheiro; e Putafeminista, de Monique Prada.

Da inspiração de Conceição Evaristo, trazemos uma escrita que aprofunda os traços dos marcadores de opressão, que perpassam tantas histórias que escutamos. Na obra “Insubmissas Lágrimas de Mulheres”, de 2011, ela nos apresenta a história de treze mulheres, cujos contos são intitulados com os nomes de cada personagem. Cada uma das histórias carrega dores, lutas, sonhos, discriminações, perdas, decepções e violências das mais variadas formas, trazidas pelo olhar-espelho que “experiências que um corpo não negro, não mulher, jamais experimenta” (Evaristo, 2020, p. 18). Foi a partir da afetação dessa obra que veio a inspiração de também nomear alguns capítulos com nomes de participantes dos grupos, pois, mesmo com as violências, preconceitos e discriminação sofridos, as mulheres trazidas por Evaristo não se curvam, não se silenciam, têm muito a falar. “E quando não falam, fica evidente que não aceitam a subordinação e a dor. Há, quase sempre, uma resistência dessas ‘irmãs’ africanas, que encontram um meio de sobreviver à violência e à opressão” (Oliva; Pereira, 2017, p. 488).

Evaristo trabalha o método da escrevivência, que é contado pelo que também passa pelo corpo de quem o executa, produzindo uma escrita em primeira pessoa de uma agência da diáspora. Não é como corpo negro que escuto e escrevo, mas como mulher cis branca, que, entre o gozo e a luta contra minha própria branquitude, se aproxima dessas histórias, em constante afetação e exercício de problematização da cadeia de privilégios. Portanto, não se trata aqui de identificar as narrativas produzidas nesta pesquisa à escrevivência, mas de apostar na possibilidade de trazer para a escrita as marcas de opressão e potências de insubmissão que escutamos nos relatos das/dos participantes. E, no encontro com usuárias e usuários, o qual têm uma dimensão de aquilombamento, deixar-se escutar suas histórias como quem lê uma escrevivência.

Portanto, estas histórias não são totalmente minhas, mas quase que me pertencem, na medida em que, às vezes, se (con)fundem com as minhas. Invento? Sim, invento, sem o menor pudor. Então as histórias não são inventadas? Mesmo as reais, quando são contadas. Desafio alguém a relatar fielmente o que aconteceu. Entre o acontecimento e a narração do fato, alguma coisa se perde e por isso se acrescenta, o real vivido fica comprometido. E, quando se escreve, o comprometimento (ou o não comprometimento) entre o vivido e o escrito aprofunda mais o fosso. Entretanto, afirmo que, ao registrar estas histórias, continuo no premeditado ato de traçar uma escrevivência (Evaristo, 2020, p. 7).

Já Jeferson Tenório, em “O avesso da pele”, inspirou-nos no reconhecimento das limitações da psicanálise tradicional. Em uma das passagens de seu romance, narra uma cena de escuta analítica em que, quem o faz, a partir de um corpo branco, não leva em conta as questões raciais e as vivências específicas de pessoas negras, sugerindo que a prática psicanalítica ainda está imersa em uma visão de mundo branca e de classe média, o que a torna incapaz de abordar de maneira profunda os problemas relacionados ao racismo, que são centrais na vida de muitos sujeitos. Assim, como pesquisadora psicóloga branca, com formação em psicanálise, problematizo meu lugar na escuta de tantas histórias de pessoas que carregam as marcas do racismo estrutural, trazendo a importância da ampliação das representatividades para essas escutas, na perspectiva de processos cogestivos e de maior horizontalidade nas relações, tal qual a GAM propõe.

Em “O corpo recusado”, de Luiz Cecílio, inspiramo-nos no seu método de narrativa corajosa, que faz aparecer, para além do médico sanitarista renomado, como o conhecemos, as inseguranças e experiências de experimentação da sexualidade de um homem gay, que se descobre viver com HIV em uma época em que receber esse diagnóstico era uma sentença de morte.

Com Luana Malheiro, em “Tornar-se mulher usuária de crack”, inspiramo-nos pela forma como ela vivenciou a pesquisa com mulheres e suas culturas de uso de crack, fazendo uma experimentação junto a elas nas cenas de uso, ao mesmo tempo em que fala de seus próprios usos em primeira pessoa. Mesmo em um contexto de forte repressão, ela consegue coletar histórias tão intensas de desejos, atravessadas pelas dores do patriarcado e do racismo estrutural.

Já com Monique Prada, em “Putafeminista”, inspiramo-nos nas histórias contadas a partir de uma narrativa manifesto, carregada de posicionamentos políticos e de afirmação de existência.

Assim, as histórias que aparecem na escrita desta tese passam pela minha vivência como mulher branca, cisgênero, usuária e trabalhadora do SUS, mãe, filha, companheira, sobrinha, pesquisadora, militante, sendo a análise de implicação uma companheira constante.

O diário de campo - ou diário de bordo - utilizado ao longo do processo foi um instrumento por vezes descritivo e, em outros, essencial para a elaboração de tantas histórias densas e encontros potentes. Sendo um dos instrumentos da pesquisa-intervenção, tem a função de descrever, analisar e possibilitar a passagem de intensidades que produzam novos sentidos, possibilitando, também, exercitar a escrita singular para narrar o vivido. Pozzana e Kastrup (2009) falam da importância do diário de bordo como relatos das intervenções para captar e descrever o que está no plano intensivo das forças e dos afetos. Utilizo o diário de campo para compor as narrativas, não somente com fatos ocorridos especificamente no tempo transcorrido das intervenções relacionadas a esta pesquisa, mas ao tempo subjetivo que me transpassa a partir das memórias de outras histórias que me atravessam nesse campo de experiências. Como coloca Melo (2015),

a produção de conhecimento é tida por indissociável da produção de efeitos na realidade, sendo preciso evidenciar as implicações que pesquisadores assumem com o objeto de pesquisa e considerar a corresponsabilidade destes com o conhecimento gerado (p. 7).

“O tema da implicação define uma direção clínico-política ao trabalho de pesquisa-intervenção” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009, p. 25). Para formular o conceito de análise de implicação, Lourau toma da psicanálise os conceitos de transferência e contratransferência, mas vai além, pois critica a relação dual estabelecida e afirma a necessidade de dar conta de uma dinâmica de relação em que as posições estanques e bem localizadas não têm mais lugar (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009).

Para a construção das narrativas, também foi considerado o tema da pesquisa. Foram escolhidas, sobretudo, histórias relacionadas a pessoas vivendo com HIV, já que estes seriam os sujeitos da pesquisa. Das 43 pessoas que passaram pelos grupos, 9 vivem com HIV. Destas, 6 são mulheres e todas falaram abertamente sobre sua sorologia nos grupos. Entre os homens, somente um falou abertamente. Além disso, devido à importância do tema da medicalização, também trouxemos uma narrativa de uma usuária que não vive com HIV, mas que traz a relação com o

medicamento de um modo muito intenso, de forma que nos permitiu dialogar com o princípio de *pharmakon* e da redução de danos, não fugindo, necessariamente, do tema de pesquisa, pois ela representa justamente os corpos que são alvo dos processos medicalizantes. Como forma de qualificar alguns dados, sobretudo relacionados à raça/cor, identidade de gênero, situação de moradia e diagnósticos, tivemos acesso aos prontuários.

Alguns nomes são fictícios e outros não. A algumas pessoas que participaram, conseguimos retomar as narrativas e disponibilizar as leituras. Consultados/as quanto aos afetos que geraram ao escutar suas histórias e quanto a como desejavam ser nomeados/as, cinco pessoas, dentre usuárias, usuários e trabalhadores/as, quiseram manter seu próprio nome, algo simbólico e que faz todo sentido, considerando suas histórias. Assim, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I), que já havia sido disponibilizado no início da pesquisa, ofertamos um Adendo (Anexo II), com uma declaração constando que a pessoa foi informada sobre ética e sigilo da pesquisa, tendo-lhe sido assegurada a não divulgação de seu nome e/ou dados que pudessem identificá-la, mas, tendo optado, por livre e espontânea vontade, por manter seu nome verdadeiro na divulgação dos dados dessa pesquisa. Todas as outras pessoas as quais não tivemos a oportunidade de restituir as narrativas, inclusive aquelas que aparecem na escrita a partir de minhas memórias e afetações, tiveram seus nomes trocados.

## PARTE II

## 6. DAS MEMÓRIAS DOS ENCONTROS: SOBRE COMO O COLETIVO SE PRODUZIU EM NÓS

*Pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas.  
Emerson Merhy*

A questão de como narrar a experiência dos grupos, expressando o plano coletivo implicacional, surgiu inicialmente das memórias e das afetações com cada um dos encontros. Depois, buscamos as gravações, que ajudaram não somente nas transcrições, mas a recuperar afetos colocados nas palavras de cada pessoa, os quais a escrita transcrita não dá conta de fazer aparecer. Como traz Melo (2015), o ponto de vista do/a narrador/a representa uma experiência circunscrita, uma perspectiva de primeira pessoa que reflete como o fenômeno se manifesta para o/a observador/a. No entanto, o trabalho de manejo envolve acessar outros pontos de vista de primeira pessoa, que enxergam o grupo de maneira única e que são afetados e afetam os demais participantes. Além disso, o manejo busca simultaneamente acessar a experiência compartilhada que dá origem a cada ponto de vista.

Considerando que a função do dispositivo é dar voz a experiências silenciadas, ignoradas, inibidas, excluídas ou barradas, o manejo procura acolher essas experiências, reconhecendo sua legitimidade e criando um canal para seu compartilhamento com o grupo (Melo, 2015). É sobre isso que trataremos neste capítulo.

Chegada a hora de, efetivamente, estar no campo, fizemos contratualização com a coordenação do serviço. Foram agendados dois momentos de educação permanente com a equipe para compartilhamento sobre a pesquisa e construções coletivas. No primeiro encontro com parte da equipe do CAPS AD IV Céu Aberto, após roda de conversa, um educador social comentou sobre a sensação de que talvez o Guia não tivesse uma linguagem acessível aos/às usuários/as. Seria necessário reinventar outras formas de trabalhar com essa proposta, já que o Guia poderia se tornar inibidor para algumas participações, sobretudo para as pessoas que não tivessem a inserção no letramento. Reafirmamos a proposta de trabalhar a partir do Guia e não somente sobre ele, mesmo porque precisaríamos incluir uma

série de questões e temas que fazem relação com os estruturantes sociais que atravessam as populações-chave e prioritárias para o campo do HIV. Combinamos, então, que ofereceríamos o Guia a quem quisesse, mas que, se alguém não quisesse pegá-lo, a participação não seria restrita.

No segundo encontro, a equipe se comprometeu a realizar os convites aos/às usuários/as, sobretudo às pessoas que vivem com HIV. Ainda assim, considerando as itinerâncias, combinamos que outros/as participantes/as sem HIV poderiam ser incluídos, já que a perspectiva da prevenção combinada poderia incluir a todos/as. Combinamos, também, que os grupos seriam abertos, podendo receber novos participantes a cada semana, em virtude da rotatividade e itinerância dos/as usuários/as no serviço.

Realizamos um novo encontro no CAPS, dessa vez com as duas pessoas da equipe que acompanhariam os grupos-intervenção com os/as usuários/as, um educador social e uma farmacêutica. Fizemos, em conjunto, uma breve releitura do Guia para podermos propor um cronograma dos encontros.

Ao final da proposta, conversamos sobre darmos um nome ao grupo. Colocamos uma chuva de ideias no papel e, dos tantos nomes, acabamos chegando em duas propostas: “Laços que cuidam” e “O que você precisa para viver”, sendo este último em alusão à frase que consta na página 38 do Guia.

Embora o tempo seja um marcador subjetivo para muitos corpos que se fizeram representar nesta pesquisa, marcados pelos diversos atravessamentos sociais, traremos aqui, em forma de cronologia, os relatos dos grupos-intervenção - aos quais ora chamaremos de encontros, ora de Rodas -, com o objetivo de compartilhar o método e as construções coletivas a partir desses momentos.

## **6.1 Conhecer a si mesmo/a**

Chego ao CAPS AD IV Céu Aberto para o primeiro grupo, em um dia marcado por forte temporal. Uma usuária, que estava sentada, aguardando para ser atendida, me pergunta do que tratava o grupo e se ela poderia participar. Eu explico que o grupo era sobre fortalecimento do cuidado e autonomia e sobre a relação disso tudo com o uso de medicamentos, álcool e outras drogas e com as exposições ao HIV e

outras IST. Ela demonstra animação em participar, e eu comento que logo poderíamos lhe chamar.

Subo as escadas e encontro com a farmacêutica e o educador social que iriam me acompanhar no grupo. Os mesmos referem que, devido à chuva, o grupo teria que acontecer no espaço aberto do segundo andar, uma espécie de saguão, lugar comum onde toda a equipe circula para chegar às salas de atendimento e onde se encontra, também, a recepção com os administrativos. O espaço do CAPS IV não comporta uma sala grande para grupos, sendo que os mesmos ocorrem, sobretudo, na calçada de fora, à *céu aberto*. Referem, então, que somente quatro usuários, que estavam em acolhimento noturno, poderiam participar. Questiono sobre os/as demais que estariam lá embaixo, se não poderiam ser convidados/as. Me referem que não, pois não é permitido subir aos outros andares usuários/as que não estejam em acolhimento noturno. Tento sensibilizar sobre a importância de podermos incluir mais pessoas, inclusive a usuária que havia demonstrado interesse, e a farmacêutica desce para conversar com equipe da enfermagem da observação, mas retorna dizendo que não obteve sucesso.

Iniciamos, então, entre sete participantes: quatro usuários/as – três homens cis (um negro e dois brancos) e uma mulher trans negra –, dois trabalhadores da equipe (uma mulher cis branca e um homem cis negro) e eu, pesquisadora, mulher cis branca. Após o início do grupo, incorporou-se mais um usuário, homem cis branco, terminando o grupo entre oito pessoas, além das demais que estavam observando o que estava acontecendo.

A respeito do espaço aberto, como forma de conter um certo desconforto de minha parte e sensação de falta de borda, me prendi ao nome do CAPS, “Céu Aberto”, para retomar a clínica a céu aberto, a clínica peripatética, da qual Lancetti nos fala lindamente em seu livro, de mesmo nome. Essa, que é a mesma clínica do acompanhamento terapêutico, que faz a escuta ser atravessada pela cidade o tempo todo: pelos carros, ônibus, gritos, buzinas, sirenes, conhecidos/as da rua que intervêm em meio a uma fala tão essencial.

Começamos o grupo explicando do que se tratava aquele espaço. Expliquei sobre a pesquisa, fiz o convite e contei um pouco sobre o que havíamos planejado. Com a concordância de todas as pessoas, fiz a leitura do termo de consentimento. Quando mencionei que iríamos trabalhar também com as questões relacionadas

com o HIV, sendo a partir de quem vive com o HIV, como também de quem não vive, uma das participantes, Rochele, mulher trans negra, levantou o dedo para sinalizar viver com o vírus.

Apresentei o Guia e reforcei que não ficaríamos presos/as a ele, mas que, caso quisessem pegar algum, que ficassem à vontade. Tódes pegaram. Lembrei de Douglas Casarotto que, em sua tese, propõe o Guia GAM como insumo de redução de danos. O insumo oportuniza maior aproximação e vínculo nas saídas de campo de redução de danos, ajudando a acessar os territórios com algo a oferecer. Assim me senti ao ter os Guias comigo, tendo, também, o que ofertar nesse espaço.

Apesar de tódes pegarem os Guias, realmente não nos prendemos a ele. Fizemos uma rodada de apresentação, sugerindo que cada participante falasse um mais sobre si, podendo contar um pouco sobre o que gostava de fazer. Aqui, a arte apareceu como uma potência de vida a partir da relação com a música, a leitura, o teatro, o trabalho. Além disso, também foi citado o gosto por cozinhar a partir da oportunidade de realização de curso de padeiro/a, bem como a relação com o trabalho.

Lemos a frase *“Eu sou uma pessoa, não uma doença”*, a ressignificamos e pedimos para que cada pessoa escrevesse o que pensar a partir dela: *“Eu sou uma pessoa, não um/a usuário/a de drogas”*. Nesse momento, Rochele fica paralisada e eu pergunto se ela quer minha ajuda. Ela refere que sim, pois diz que *“troca as letras”*, referindo-se à dislexia, que denomina ter. Sento-me ao lado dela e lhe peço para me dizer o que gostaria que eu escrevesse. Terminado esse momento, dividimos o grupo em duas duplas e pedimos que as pessoas conversassem entre si para, depois, um/a poder apresentar o/a outro/a.

Enquanto o grupo acontecia, um usuário, Vinícius, senta-se em uma cadeira ao meu lado, começa a comer bolachas e pede um chá. Pega um dos Guias e começa a folhear. Eu explico rapidamente sobre o que estamos fazendo, e logo ele começa a se abrir. Conta ter trabalhado quase dez anos como cobrador de ônibus e que se encontra desempregado. Fala sobre uma sensação profunda de depressão:

*Sou depressivo e bipolar. Isso me atrapalha muito na minha vida. Me atrapalha assim... Estraga minha vida. E eu luto contra ela, né? Tenho me tratado faz 11 anos com essa doença. E é uma luta difícil, parece que tu vai perder, mas a gente tem que lutar. Tem horas que parece que a gente não vai conseguir resistir, mas é isso aí. Tomo remédio pra depressão, medito, me cuido aqui no CAPS, sou bem acolhido. Na primeira vez que fiquei aqui foi por 14 dias, aí tá, tudo bem, pensei que fosse ficar tudo bem, mas quando cheguei em casa, começou tudo de novo. Começou a ansiedade, a depressão, começou o mal-estar, aí voltei de novo. Agora estou há 10 dias e estou pra ir pra casa hoje. E eu tenho muito medo de ir pra casa e começar*

*a acontecer de novo esse tipo de coisa. Porque há muitas opiniões dentro da medicina, pois eu pesquiso. A depressão tem cura e outros falam que não tem cura. Meu médico diz que não tem cura, que isso é genético e é de família. No entanto, eu vejo em livros e matérias, na literatura médica, que ela às vezes tem cura, sabe? Tem vários pontos de vista. Tu pode te tratar com medicamento, com psicoterapia, com reike, com ioga.*

Pergunto no que ele acredita. Ele responde acreditar no tratamento medicamentoso. Então o convidamos para seguir participando do grupo. *Agora comprei um remédio caro, de 73 reais, mas que se tu deixa de tomar tu enlouquece. Meu médico disse, esse aqui, se tu não tomar, tu vai lá no fundo do poço, é uso contínuo. Eu tenho um medo disso aí... Agora eu tive uma crise em fevereiro do ano passado, Deus me livre, horrível, horrível. Tu fica que nem um trapo atirado. Tu fica sem fazer nada, não toma banho, não escova os dentes... Tu te sente horrível.* Vinícius segue falando do esforço que tem feito para ficar bem e, também, sobre as ideias suicidas que teve até esse momento.

Pergunto se mais alguém já sentiu o mesmo. O grupo acolhe e os/as demais participantes trazem outros relatos de tentativas de suicídio e começam a falar sobre o que fazem para conseguir melhorar quando sentem o mesmo. Dentre as coisas que enumeram como forma de cuidado, colocam a oração na centralidade, como um desejo de uma cura messiânica.

Antes de finalizar, Vinícius olha pra mim e fala:

*- Mas o que eu tava dizendo pra senhora, toda a pessoa que idealiza o suicídio não quer dizer que ela vai se suicidar.*

*- Mas quer dizer alguma coisa, respondo.*

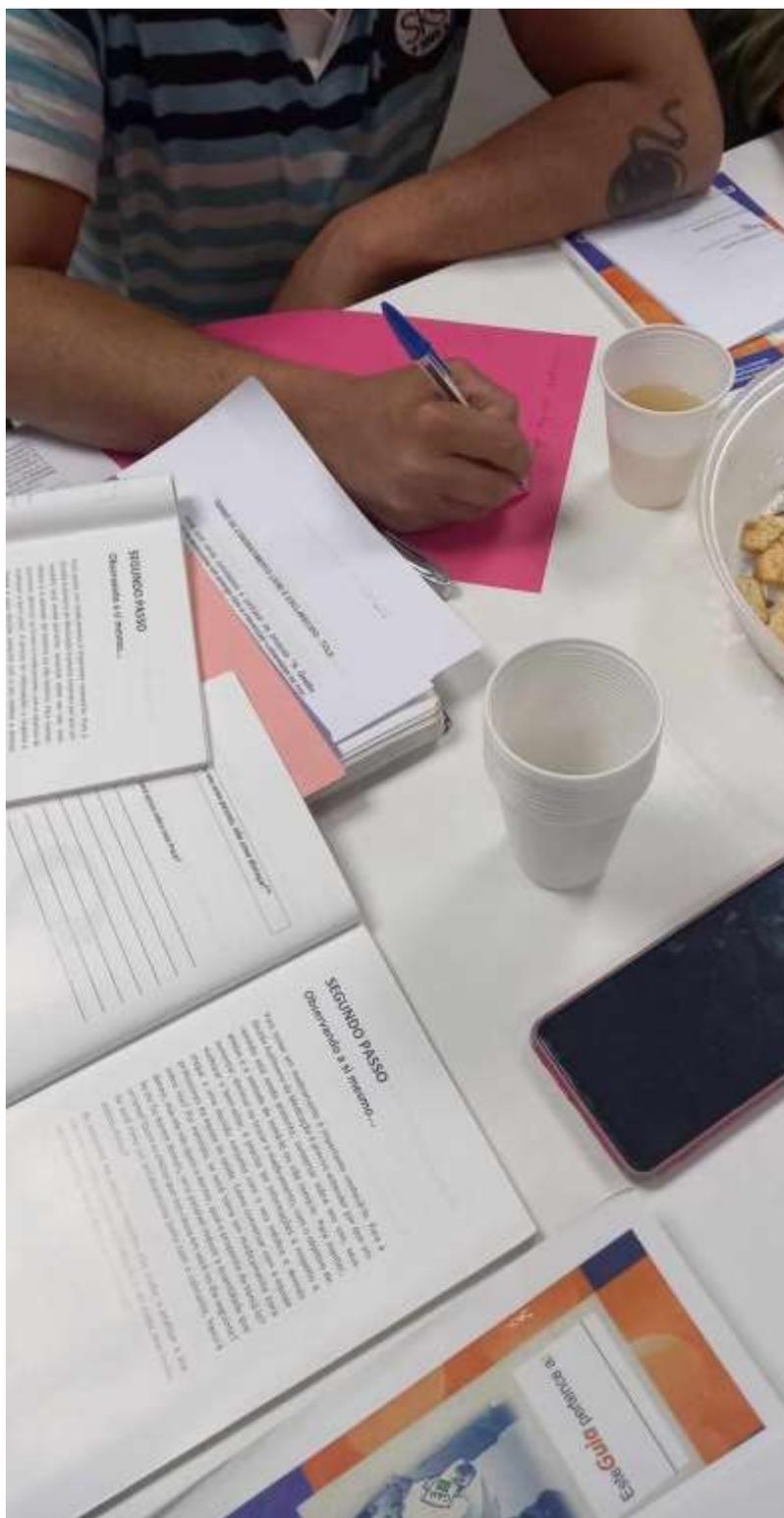
*- Quer dizer alguma coisa, é um sinal perigoso. Tava vendo que nem toda a pessoa que idealiza um suicídio vai se suicidar.*

*- Mas, se já tá planejando, é um sintoma ruim. Pra que planejar algo que não faz bem, Se já não é certo fazer mal a um animal, por que fazer mal pra si?, comenta Luís, um dos participantes.*

*- Mas também quer dizer que a pessoa tá querendo um apoio. Podemos tentar pensar em como o grupo pode servir como uma rede de apoio, para formar esse laço entre nós e pensar em como poderíamos nos fortalecer, retomo.*

(Diário de campo, 21 de outubro de 2023)

Compartilhamos, então, com o grupo, sobre os nomes propostos. A escolha coletiva se deu pela junção das duas propostas: “Laços que cuidam: o que você precisa para viver?” Perguntamos se gostariam de levar os Guias. Reforçamos os convites para os próximos encontros e falamos que talvez outros/as participantes entrariam.



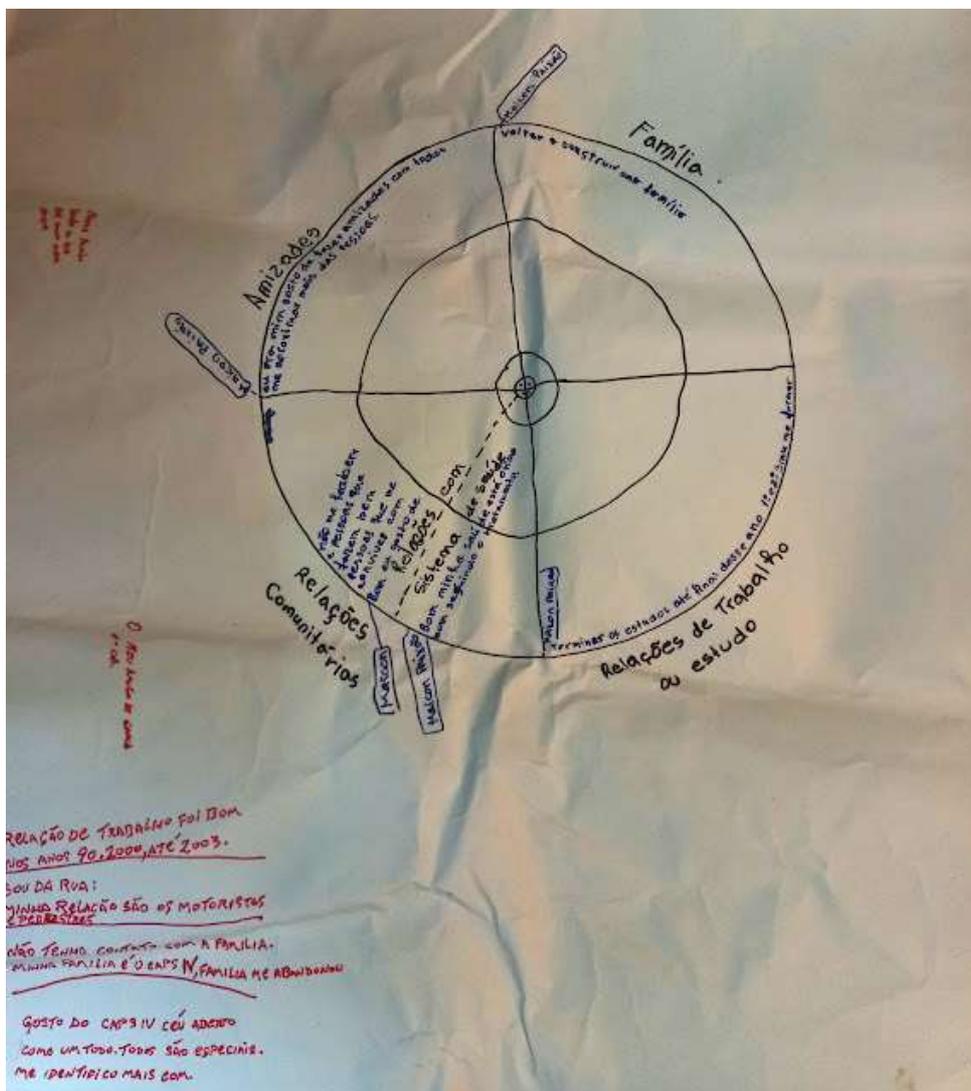
## 6.2 Mapa afetivo

Dessa vez, o dia era de sol e seria possível realizar o grupo no espaço externo do CAPS, no andar de baixo, podendo ter a participação também de usuários e usuárias que não estivessem em acolhimento noturno. O grupo aconteceu com quatro usuários homens cis, um negro e três brancos; uma usuária mulher cis, negra; um educador social, homem cis negro; uma farmacêutica, mulher cis branca; e a pesquisadora, mulher cis branca.

Ao iniciar, o educador social lembrou aos/às usuários/as o que seria o nome do grupo, escolhido no encontro anterior, *O que você precisa para sobreviver?*, e foi corrigido: *“sobreviver não, para viver”*. Ato-falho providencial: penso muito nesse cotidiano da rua, da luta pela sobrevivência diária.

Iniciamos o grupo fazendo a narrativa de como havia sido o primeiro encontro, ocorrido na semana anterior. Como nenhum/a dos/as usuários/as que estavam ali haviam participado do primeiro encontro, o relato foi realizado por mim e pelas pessoas da equipe do CAPS.

Distribuímos os Guias e convidamos os/as usuários/as a construir um mapa de sua rede afetiva, inspirados no Guia GAM, colocando as pessoas, redes e instituições que lhes são mais próximas. Trabalhamos com cartolina os seus “Mapas afetivos”, como chamamos, a partir do Guia. Um dos usuários fez o desenho que está no Guia, e todos/as começaram a escrever.



Da relação com a rua, a maior parte tem apropriação, pois vive nessa itinerância, dormindo entre albergues, abrigos, CAPS e calçadas. É nesse contexto que surge uma das frases colocadas no cartaz, *Sou da rua: minha relação são os motoristas e pedestres*, que toca nesse lugar das relações passageiras e na questão do desamparo da população em situação de rua.

Durante o grupo, um dos usuários, Manoel, homem cis branco, menciona a importância da música na sua vida, mas também o uso da maconha, como uma forma de moderar seu desejo por outras drogas, ocupando um espaço de redução de danos. Refere usar todas as manhãs e reforça que isso o acalma.

Nara, a única mulher usuária participante nesse dia, levantou-se e sentou-se várias vezes na roda, parecendo não se sentir à vontade para falar de suas questões abertamente. Quando perguntamos a ela quais eram as suas redes de apoio,

respondeu: *a mãe*. E reafirmou: *apenas a mãe* Ou seja, ela consegue reconhecer nesse cuidado apenas uma outra mulher, sendo esta a sua principal referência. Reflexo da cultura patriarcal, em que as mulheres, que tanto cuidam, não encontram redes de apoio quando necessitam ser cuidadas. Como Rochele, Nara também demonstrou dificuldades com a leitura e a escrita das questões que propusemos, aceitando nossa ajuda de forma tímida e sem conseguir permanecer em todo o grupo. Enquanto percebia seus movimentos, eu me perguntava: Que lugar têm as mulheres em um CAPS AD? O grupo teve seguimento, com predominância da participação dos homens.

Paulo, homem cis branco, fala que, por conta da relação com o álcool, acabou rompendo com todas as relações que tinha. Algumas, refere ele, *por culpa minha. Outras por preconceito*. Conta que o que mais o magoou foi perceber como a família tem preconceito com o sofrimento psíquico. Conta ser servidor público, tendo se aposentado aos 28 anos. Quando precisa de apoio, refere recorrer ao CAPS. Ali se sente bem e passa o seu sentimento de inutilidade: *Eu vou lembrar pra sempre do CAPS. Diz eu não consigo chorar porque os remédios não deixa(m)*. E continua: *Aquilo que tu falaste, eu achei interessante. No meu caso, eu ando escutando muito, há três anos, 'Paulo alcoolista, Paulo alcoolista.'* Mas também eu poderia focar em Paulo, quem é? *Alguém que teve uma infância boa, tem um filho de 13 anos, passou num concurso público. Era 1265 pessoas para 11 vagas e eu fiquei em 4º lugar.*

Outro usuário que chegou depois, Gilberto, fala sobre os anos de uso de drogas injetáveis e dos distanciamentos com toda a família, inclusive filhos, de quem se encontra afastado há 23 anos. Refere não ter rede, e o grupo começa a lembrá-lo de outras referências suas, como alguns usuários próximos que sustentam com ele uma relação de amizade.

Manoel fala de um irmão, com o qual não havia mais tido contato e que viu no CAPS na semana anterior, acompanhado pelo Ações Rua. Diz não acreditar que fosse ele, mas ficou impressionado com a forma como ele falava, pelo seu estado. O irmão está em situação de rua, e Manoel tem desejo de ajudá-lo. Manoel conta de sua mãe, que também passou por muitas internações e outras intervenções por questões relacionadas à saúde mental. Fala que seus objetivos de vida seriam ajudar sua família, seu pai, sua mãe e irmão. Também deseja terminar o ensino médio e se formar, já tendo iniciado vários cursos, como de técnico de informática, mas sem conseguir finalizar. Conta ter tentado trabalho numa rede de supermercados, mas não conseguiu pelos horários.

Proponho que nós, pesquisadora e trabalhadores/as do CAPS, possamos falar também das nossas redes. Começo falando sobre buscar meu companheiro e meu terapeuta como redes de apoio. Conto sobre ter me mudado de cidade diversas vezes e que algumas pessoas seguem com amizade fortalecida, assim como outras ficaram afastadas, apesar do afeto ser grande. Como rede de serviços, comento acessar muito a unidade básica de saúde e outros serviços do SUS.

Clara conta da relação forte que mantém com a família e das relações fortes que tem no CAPS, nas suas relações de trabalho. Comenta que, mesmo que as pessoas possam estar distantes, se os afetos são fortes, elas estarão ali para quando precisar.

Adriano traz em seu relato um foco grande na relação com a música e com a arte. Diz que sua família era muito unida, mas, com o falecimento da mãe, não conseguem mais se reunir. Seguem tocando a vida como dá e, quando

possível, se encontram. Nas relações de trabalho, fala que tenta produzir diferença nos espaços de que participa.

(Diário de campo, 24 de outubro de 2023)

Ao finalizar o cartaz, propomos ao grupo que pudéssemos escrever em tarjetas pequenas frases ou palavras sobre a pergunta: “O que você precisa para viver?”. Combinamos uma devolução disso na semana seguinte.

### **6.3 Caixa dos Prazeres**

Novamente dia de chuva. O grupo foi direcionado para acontecer no segundo andar do CAPS, em virtude do clima. Com a minha chegada, vários e várias usuários/as se aproximaram do espaço, junto com outra educadora social da equipe que também se somou à proposta. O grupo neste dia teve 10 participantes usuários/as, 3 trabalhadores/as e a pesquisadora. Entre os/as usuários/as, estavam 1 mulher trans, 3 mulheres cis e 6 homens cis.

Iniciamos fazendo o relato sobre o encontro anterior, pedindo que quem participou dos primeiros falasse de como havia sido a experiência. Rochele não quis falar, pois disse que “gaguejava”. Adriano, então, começou a contar como foram os dois primeiros encontros, já que havia pessoas que estavam participando pela primeira vez.

Lancei um convite ao grupo para conversarmos sobre como cada um e cada uma estava na sua relação de cuidado, e que, para fazer isso, levamos como proposta a *Caixa dos prazeres*. A caixa continha: copo, lata de refrigerante, pandeiro, preservativo, medicamentos, cuia de chimarrão, café, fotos em alusão à carnaval, churrasco, crianças, entre outras. A ideia seria circular a caixa para que cada pessoa pudesse pegar 3 itens da mesma e falasse sobre sua relação com cada um.



*Se tiver uma caixa de ritalina é comigo mesma, diz Tatikiti, mulher cis branca, que vem ao grupo pela primeira vez. Ela escolhe três itens e começa com a caixa de medicamento. Explica sobre sua relação intensa com o metilfenidato, chegando a tomar 30 comprimidos por dia em momentos mais difíceis.*

A caixa chega em Rochele, que escolhe um medicamento e pergunta para que serve. Explico que é o 3 em 1, um dos antirretrovirais para o HIV. Ela então o escolhe e diz, gaguejando e com muita dificuldade: *peguei esse aqui, eu tenho HIV*. Pergunto como é para ela esse remédio na sua vida. *Ah, é triste. Tem que tomar. Pra sempre, né? Pra sempre....* Escolhe outro item, um pacote de café, e diz gostar de café batido. E, por último, escolhe uma cuia, dizendo que acorda com uma cuia de chimarrão na boca. Por fim, pede desculpas: *eu sou gago* [no masculino]. As pessoas respondem que *tudo bem ser "gaga"* e que ela se saiu muito bem.

Luana, então, pega a caixa. Escolhe um copo, uma caixa de medicamentos e o isqueiro e diz: *o que na minha vida representa uma situação bem complicada, pois eu sou completamente dependente de tabaco*. Luana segue falando sobre o lugar que o medicamento está ocupando na sua vida. *Ultimamente, tenho me visto uma pessoa dependente. Eu troquei uma droga por outra. Tenho me sentido assim: uma drogada, com formas de drogas diferentes*. Por último, escolhe um copo e fala de sua relação com o uso de álcool, como algo que também está tentando ressignificar. *Um Rivotril com vodka e energético cai super bem. É um coquetel de enrolar a língua, perfeito*.

Comentamos que até aquele momento somente as mulheres haviam pegado a caixa e perguntamos quem gostaria de seguir. Outros usuários homens e também nós, pesquisadora e trabalhadores/as, circulamos a caixa e falamos sobre nossas relações de prazer e veneno com alguns objetos.

Algumas pessoas do grupo comentam sobre suas relações com os medicamentos, tanto como forma de redução de danos, como no lugar de uma relação problemática. Comento que, somadas à medicação, cada pessoa também foi escolhendo outras possibilidades como forma de ressignificar o prazer para além da droga e dos medicamentos. Também retomo o que Rochele falara sobre a relação com o medicamento antirretroviral, que não é psicotrópico, mas é de uso contínuo e bem importante para sua vida. Pergunto a Rochele como é sua relação com o medicamento, e Luana reforça que também gostaria de escutar. *É difícil a pessoa aceitar esse remédio, pra tomar pra sempre na vida... É difícil. Eu aceitei. Alguns anos parei, mais de 4 anos atrás. Voltei hoje, aqui, o remédio do HIV*, conta Rochele.

Luana segue a conversa com Rochele, para perguntar sobre o fato de ela ter parado o medicamento por quatro anos. Junto com Alberto, que também se interessa em saber como ela está, pergunta se Rochele sentia que a doença havia evoluído, se sentira diferença nesse tempo. Apontando para Olívia<sup>22</sup>, Rochele comenta que, se não fosse ela ajudar, não teria retomado.

(Diário de campo de 27 de outubro de 2023).

Como encerramento, retomamos as palavras escritas pelos/as participantes ao final do encontro anterior, que havíamos colocado dentro de cápsulas de medicamentos. As cápsulas foram distribuídas para o grupo, junto com o guia, distribuído para quem não o havia recebido ainda. Tatikiti logo comentou ter pensado que era cápsula de ritalina.

Ao abrirem as cápsulas, comentaram as palavras ou frases que encontraram: "Amor"; "Ajuda"; "Música"; "Encontro com os filhos"; "Não se sinta só"; "Vamos conversar"; "Família", entre outras. As palavras compartilhadas retomavam o desejo

---

<sup>22</sup> Olívia é o nome escolhido pela educadora social que participou dos grupos-intervenção.

de conexão, de compartilhamento, de pertencimento, reforçando a importância do coletivo como lugar de identificação e resistência. Comentei que as frases haviam sido escritas na semana anterior e que talvez não tivessem conexão com quem as tirou, pois estavam no desejo de quem as construiu. Fiz então convite para que produzíssemos outras frases de desejos para os próximos encontros.



Ao final do encontro, Luana solicitou fazer teste de HIV. Referenciei para a equipe, que concordou em realizar a oferta depois.

Durante o grupo, observei que Makori, homem, cis, negro, imigrante, se apresentou, mas não quis participar da dinâmica da caixa dos prazeres. Também ficou em silêncio durante todo o grupo, parecendo prestar atenção no que era dito.

Vi no prontuário que também é pessoa vivendo com HIV, mas não comentou sobre isso no grupo, como se não tivesse se sentido à vontade para falar, demonstrando o quanto ainda se apresentam barreiras para acessarmos os/as usuários/as. Nesse caso, considerando a questão da migração, também se somava a barreira da língua.

#### **6.4 O que você precisa para viver?**

Antes de iniciarmos o grupo, decidimos retomar a conversa entre a equipe e a coordenação do serviço, para avaliarmos o processo e pensarmos os próximos passos. Outra educadora social, mulher cis branca, que já teve experiência com Guia GAM em outro CAPS e que estava no último encontro, inseriu-se no grupo.

Combinamos processo de cogestão, como uma forma de revezarmos quem ficaria mais à frente de cada encontro, bem como de envolvermos usuários e usuárias nessa função. Adriano salientou novamente a forma da fala, que por vezes se torna distante do alcance dos/as usuários/as. Segundo ele, essa não é a linguagem do território. Combinamos de nos reorganizarmos na condução dos grupos, trazendo os/as usuários/as para participar do processo. Foi falado, também, dos efeitos que os grupos fazem reverberar nos usuários/as, citando usuárias que eram mais caladas e estavam participando de outros espaços de forma mais ativa.

A coordenadora do serviço, mulher, branca, cis, falou sobre o desejo de que aquele grupo tivesse continuidade para além da pesquisa e, com isso, reforçou a importância da equipe ficar mais à frente do processo e manter os encontros quando houver outra necessidade de ausência.

Para realizarmos a Roda nesse dia, fomos em busca de espaço, já que o pátio de baixo estava sendo ocupado. Decidimos realizar novamente no saguão do segundo andar, local que ficou instituído até o término das Rodas. Participaram do grupo três pessoas que já haviam estado em grupos anteriores: Rochele (mulher trans preta), Tatikiti (mulher cis branca) e Gilberto (homem, cis, negro). Outros 5 foram pela primeira vez: 1 mulher cis branca e 4 homens cis (1 negro e 3 brancos).

Ao se apresentarem, Tatikiti entendeu que o seu nome havia sido trocado, tendo corrigido: *Tatikiti... Podem me chamar de Ritalina, é melhor*. Recusamos o convite, na ideia de recusarmos também o reforço ao objeto da droga e à

medicalização. Afinal, como iniciamos a GAM, “Eu sou uma pessoa, não um/a usuário/a de drogas”.

Pedimos para que as três pessoas que haviam estado na semana anterior - Gilberto, Rochele e Tatikiti - contassem um pouco sobre como se sentiram naquele encontro. Tatikiti falou de sua relação de amor com a ritalina: é sua alegria e *relação de amor também*.

Utilizando-me dessa referência sobre amor que Tatikiti trouxe, fiz o convite para falarmos a respeito das relações estabelecidas com os medicamentos. Vários/os compartilharam suas experiências com os medicamentos, entre remédio e veneno: ora para diminuir os efeitos do álcool e outras drogas, ora para potencializá-los. Clara reforçou para o grupo a não centralidade do medicamento no cuidado em saúde mental. *É que, juntando talvez com a caixa, que vocês fizeram no último encontro... medicamento é uma ferramenta, fora o restante. Você falou: ‘ah eu gosto de música’... ‘eu gosto de estar aqui no grupo’, então ajuda. Eu acredito que o medicamento, por mais que eu seja farmacêutica, o medicamento é só uma ferramenta de outras tantas coisas legais que a gente pode fazer que nos ajudam a tudo isso que tu falou, né?”*

Ampliamos a discussão para considerar os medicamentos de uso contínuo para acompanhamento de outros agravos, como HIV, hepatite C, diabetes, etc. Francisco relatou também fazer uso de antirretroviral e que, naquele momento, encontrava-se com a carga viral indetectável. Perguntamos se o uso de álcool e outras drogas influenciava no seguimento do tratamento com a medicação. A maioria referiu que sim, sendo que Eduardo fez um relato impactante sobre isso: *Quando eu, eu... eu uso a substância e tomo os meus remédios, eu me transfiro para um outro mundo, aí geralmente eu fico... ele viu... geralmente eu fico na cama dois dias, sem vontade para nada, numa depressão assim... fulminante. Parece assim que eu vou morrer e não consigo levantar, nem abrir os olhos.*

Tatikiti logo se identifica e faz um relato próximo, falando de sua relação com a ritalina. *No pós uso eu só capoto, durmo o dia todo. Depois acordo que nem ressaca de bêbada, dor de cabeça... aí começo a tomar de novo [...] Ritalina dizem que não é para isso, mas me dá ânimo, para mim dá uma alegria, uma sensação de alegria, um bem estar.*

*O Crack, ele me dava alegria também, mas o pós uso é horrível,* comenta Eduardo.

Olivia, educadora, dá um contorno para o que o grupo traz. *Para vocês verem que a medicação é a mesma, mas cada um sente e entende no seu corpo de uma forma. E é isso, né? É importante que a gente entenda o sentido dessa medicação pra gente. Para o nosso tratamento, né?”*

(Diário de campo, 13 de novembro de 2023)

Em um determinado momento, Tatikiti levantou-se para falar com seu médico psiquiatra. Sentou-se novamente e falou com ele ali mesmo, no grupo, solicitando a renovação de sua receita. Ele disse que o medicamento só devia ser tomado pela manhã. Ela concordou, mas disse que precisava sair com a receita para poder comprar.

Antes de finalizar, perguntamos ao grupo sobre quem gostaria de se reunir para planejar o próximo encontro. Quiseram participar Rochele, Francisco, Eduardo e João.

## 6.5 Um processo cogestivo

Cheguei ao CAPS para realizarmos o encontro de organização com um pouco de atraso, devido ao forte temporal na cidade. Ao chegar, Rochele já me recepcionou desde a entrada, dando-me um abraço e sorrindo. Tatikiti também estava presente, mas disse que não iria participar, pois estava rolando uma música e queria ficar por ali. Rochele, de forma muito autônoma e protagonista, convidou outra usuária a participar junto. Esta subiu ao segundo andar com a gente, mas sentou-se à mesa ao lado, para fazer outra atividade.

Logo, outros usuários foram chegando para nosso encontro de organização: Francisco, João, Eduardo, Tatikiti (que ficou um tempo, mas logo saiu), outro usuário que logo saiu também (que nunca havia participado) e, da equipe, Olívia, Adriano, Clara e eu, pesquisadora. Começamos o grupo falando sobre por onde havíamos andado até então e mostrando o cronograma que havíamos planejado no início, que estaria aberto a qualquer mudança.

Adriano lembrou-nos que, no encontro anterior, havíamos conversado a respeito dos usos de medicamentos e que o grupo trouxera o desejo de se aprofundar mais. Eduardo, então, comentou: *Eu sei que nas bulas têm todas as orientações, mas a maioria das pessoas desconhece isso. Tem que orientar as pessoas a adquirir os remédios e ler o que o remédio fornece, as indicações e contra-indicações, a posologia... porque as pessoas não sabem, né?*

Clara reforçou que, muitas vezes, o que está escrito na bula não é totalmente compreensível. Olívia sugeriu que pudéssemos materializar as questões e dúvidas de forma que os/as ajudassem a tirar as dúvidas quando tivessem as consultas médicas, entendendo os objetivos e para quê foram prescritos, pois, continuou, cada medicamento podia ter funções diferentes a depender de quem os usava e dos sintomas.

Durante o encontro, construímos coletivamente uma proposta para trabalhar o tema dos medicamentos na Roda seguinte, confeccionando um cartaz, contendo: 1. rótulo do medicamento, 2. Para que serve e 3. como eu me sinto. Enquanto elaborávamos o cartaz, os/as usuários/as fizeram vários relatos sobre a relação com os medicamentos, desde antirretrovirais a medicamentos psicotrópicos. Rochele mostrou o seu guia GAM com algumas tabelas já preenchidas, feitas em conjunto com a educadora social, que a auxiliou. Um dos usuários explicou para outra usuária como seria o fluxo para solicitar medicamento especial, via farmácia estadual. Outro usuário falou que estava gostando muito dessas “palestras”, ao que conversamos sobre o propósito daqueles grupos, que teriam um objetivo de maiores trocas e participação ao invés de palestras. Nas discussões sobre o planejamento do cartaz, o grupo conversava sobre as diferenças entre as cores dos receituários, com alguns/as usuários/as demonstrando bastante conhecimento sobre os objetivos de cada um - receituário branco, azul e amarelo.

Antes de encerrar, um usuário se dirigiu a mim *A senhora deve estar cansada, né? Fico lhe observando e imagino que a senhora deva trabalhar o dia todo e depois vir aqui.* Realmente eu estava exausta. Conciliar coordenação de outro CAPS AD 24 horas, pesquisa e maternidade não vinha sendo trabalho fácil. Tomei essa intervenção como um acolhimento e um olhar para o cuidado, que é recíproco e que pode ser horizontal. De alguma forma, esse grupo foi totalmente diferente dos demais, pois os/as usuários/as se colocaram nele de outra maneira, muito mais participativa.

Depois do encerramento, segui conversando com a equipe e com usuários que permaneceram no saguão. Um usuário, Eduardo, perguntou-me se eu era psicóloga, pois ele estaria precisando de uma escuta. Perguntei a ele quem seria seu técnico de referência no CAPS e que seria importante que ele pudesse falar o que estava sentindo para a equipe. Logo depois, João contou-me que estava

morando na Pousada Garoa, mas que logo iria sair dali. Disse que veio para Porto Alegre por engano, pois dormiu no ônibus. O objetivo teria sido chegar em Lages, município de Santa Catarina. Pergunte-lhe o que ele iria fazer em Lages. Contou que estava à procura de um trabalho, mas que já morou em diversos lugares, em diferentes países e que falava seis línguas: português, hebraico, árabe, inglês, espanhol e Tupy Guarani. Conversou utilizando um pouco de cada uma delas. Disse que a língua que mais gostava era hebraico. Enquanto ele falava, outras pessoas da equipe se aproximaram para escutá-lo. Despedi-me em inglês, e ele me respondeu na mesma língua.

## **6.6 Qual lugar os medicamentos têm na minha vida?**

Dia de sol, depois de uma sequência de dias de chuva. Eu havia retornado ao CAPS para mais uma das nossas Rodas, sempre marcadas pelas itinerâncias, com usuários/as que chegam pela primeira vez a cada semana. Porém, podia perceber o grupo como um espaço já constituído no CAPS, com envolvimento da equipe e com usuários/as que têm vindo para esta participação. Neste dia, 04 usuários/as que já vêm participando estavam novamente: Tatikiti, Rochele, Gilberto e Eduardo. Além destes, participaram pela primeira vez outros 5 homens cis, 3 negros e 2 brancos.

Como sempre, iniciamos o grupo perguntando sobre a experiência de quem vinha participando dos encontros. Gilberto iniciou com uma fala poética, fazendo análise de seu processo no CAPS. Questionado sobre sua participação nos grupos sobre a GAM, comentou sobre a banalização do uso de medicamentos por toda a sociedade e disse que, ao longo do tratamento, sua relação com medicamentos mudou. Ao mesmo tempo que falava sentir aumento de autonomia no seu processo de cuidado, não sabia citar todos os nomes dos medicamentos que tomava e tampouco a relação destes com sua alimentação e sua diabetes. Compartilhamos o modo como o grupo vem se constituindo e convidamos os/as usuários/as a falar sobre como vinham sendo suas experiências com os últimos encontros.

Tatikiti pede para complementar o que Gilberto trouxe em relação aos medicamentos. Diz não conseguir acordar sem tomar ritalina, chegando a ter que ingerir 04 comprimidos para acordar. Pergunto se no período em que está no CAPS ela tem se interessado por outras coisas, ela refere que não, pois está passando por momento difícil e tem tido muitos pensamentos

de morte, chegando a pensar que, se for para casa agora sozinha, tem receio de se matar.

Eduardo pergunta se o caso de Tatikiti seria de uma superdosagem e ela responde que já chegou a ter overdose. *Superdosagem é um número X, mas aí passando disso é uma overdose, quando passou do limite. Quando tá no limite é superdosagem, mas quando passou do limite é overdose [...] Tanto é que eu mesma paro de tomar. Quer dizer, eu tomo até certo tempo e depois eu capoto, porque eu sei que eu tô mal, mas aí eu fico com aquela coisa, mas se eu tomar mais uma eu vou ficar me sentindo melhor. Só que eu nunca me sinto melhor e cada vez eu vou ficando pior. Aí eu chego a ponto de capotar na cama de exaustão. [...] Chega um ponto que eu tomo e depois eu vou dormir. E aí já sinto o coração aqui, coração aqui, deitada de bruços na cama, eu durmo e já sinto o coração aqui, já sinto o corpo todo se tremer, o estômago, até os rins... [...] Fisicamente eu fico sentindo aquilo e eu tenho noção de que eu tô mal.*

Provocado pela fala de Tatikiti, Dênis comenta sobre o ritmo de seu corpo, de estar acostumado a ser mais acelerado e que, por vezes, o corpo não aguenta mais essa aceleração que, junto com o uso de crack, amplia ainda mais. Então sabe que é importante fazer uso do diazepam ou de clorpromazina para que o corpo se permita parar.

Eduardo conta do seu processo de consciência corporal em relação ao uso de álcool e outras drogas, incluindo medicamentos. Fala sobre suas sensações quando está com a diminuição dos efeitos.

(Diário de campo, 20 de novembro de 2023)

Retomamos a proposta realizada no encontro anterior para trabalharmos sobre os medicamentos. Construímos um cartaz sobre os medicamentos, colando os rótulos em uma coluna, para que cada participante que fazia uso de um ou mais daqueles medicamentos pudesse dizer para que serviam, como se sentiam ao usá-los.

|  | Para que Serve              | Como eu me sinto  |
|--|-----------------------------|---|
|  | Depressão Ansiedade         | Calmo   |
|  | Anti depressivo             |   |
|  | Dor no corpo, dor na cabeça | Ativo da dor, relaxamento   |
|  | Fissura Ansiedade insônia   | Sono ativo bem-estar Passado Depois incoerente (com efeito colateral) |
|  | Estimulante                 | Agitado sem sono  |

| MEDICAMENTO | PARA QUE SERVE  | COMO EU ME SINTO                                     |
|-------------|---|--|
|             | - Regular crises de Absorção Alucina<br>- Para ansiedade, sono                      | - Tranquilidade e esta bilidade<br>- Calmo, relaxado |
|             | - Prevenir sonolência<br>- Anti-psicótico, manter lucidez<br>- Reduzir agitação     | - Sono leve<br>- Melhor após a 400mg Lucidez         |
|             | - Audição de voz<br>- Visão de coisas   | - Diminuir pensamentos                               |
|             | - Melhorar a agitação, o transtorno de humor<br>- Equilíbrio de transtorno de humor | - Melhor a lucidez<br>- Muito calmo                  |
|             | - Remédio da vida<br>- Antiretroviral<br>- Para insônia                             | - Tremura  |
|             | (Zovirax)   | Sono lento e agitado (sem efeito)<br>Tolerância      |

## 6.7 Para que serve?

Outro dia de fortes chuvas. A Roda desse dia teve a participação de duas usuárias, Rochele e Tatikiti, que têm sustentado a sua participação, além de Adriano, Clara e Olívia, do CAPS, e demais participantes que vieram pela primeira vez: 5 homens cis, sendo 3 brancos e 2 negros.

Explicamos para quem estava participando pela primeira vez os propósitos do grupo e da pesquisa, convidando as pessoas que têm participado para que relatassem como têm sido suas experiências. Ao longo do encontro, Rochele passou a ter uma postura mais autônoma e participativa. Apresentava dificuldades de falar em alguns momentos, mas demonstrava sua implicação de formas diversas, como fazendo as colagens de rótulos nos cartazes, pintando com cores os comprimidos de cada medicamento, etc. Ao falar sobre os antirretrovirais, denominou-os *remédio da vida*.

Ao final, comentamos sobre o que havíamos programado para os encontros subsequentes, fazendo convite de participação na organização. Comentei que a próxima Roda seria para falar sobre prevenção combinada e que iríamos fazer um jogo. Falei sobre o que conversaríamos nesse jogo, como as questões relacionadas ao HIV, sífilis, outras ISTs, medicamentos, etc. Três usuários que ali estavam comentaram já terem feito tratamento para sífilis e referiram as quantidades de injeções de penicilina que haviam feito. Combinamos que, além deste encontro sobre prevenção combinada, ainda faríamos outro sobre garantias de direitos e experiências sobre violações de direitos relacionados a questões raciais, gênero/identidade de gênero, uso de álcool e outras drogas, situação de rua, etc.

Conversei com a coordenadora do CAPS ao final do grupo, e ela informou que um dos usuários que haviam participado na semana anterior, imigrante, realizou teste de HIV, tendo resultado positivo. Ao conversar com seu técnico de referência, teria perguntado se nunca iria poder casar depois daquele resultado, tendo recebido aconselhamento.

## 6.8 O jogo da Mandala

Em virtude de aumento de casos de COVID positivo entre equipe e usuários do CAPS AD IV, na tarde da sexta anterior ao nosso oitavo encontro, a coordenadora da equipe encaminhou a seguinte mensagem:

Pessoal, tendo em visto o plano de contingências COVID-19 em execução no CAPS-AD IV Centro, as atividades coletivas estão suspensas até nova avaliação. Dessa forma, na segunda teremos que suspender o grupo GAM do dia 23/10. Durante a próxima semana estaremos reavaliando o Plano de Contingências, e informo por aqui sobre o dia 30/10. Obrigada.

O retorno do que ainda não está superado salienta a dificuldade dos CAPS na sustentação do trabalho voltado ao coletivo. Com a pandemia, houve um processo, de forma geral, de ambulatorização dos CAPS. Não foi diferente com os CAPS em Porto Alegre, onde esse processo se viu amplificado pelo movimento da gestão municipal de transformar os CAPS AD em prontos-atendimentos em saúde mental. Além disso, o CAPS AD IV, em específico, tem um lugar na rede que é de estar na retaguarda dos demais CAPS AD III ou CAPS AD II, operando, mais do que outros, na lógica da itinerância dos/as usuários/as. Esse é um dos fatores que fazem com que os grupos de intervenção da pesquisa sejam tão diversos a cada semana, tendo sempre pessoas diferentes a cada encontro.

Retomamos o grupo para trabalhar sobre prevenção combinada. Comento com Tatikiti que, no último encontro, ela teria saído bem no momento em que iríamos falar do “seu medicamento”. Pergunto se ela chegou a escrever algo depois.

Tatikiti conta, aos risos, ter tomado 3 medicamentos no dia anterior: *Eu tomei três ontem. Se enganaram e me deram 3 de noite pra tomar de uma vez só.*

Rochele: *Bem alegre!*. [risos]

Paula: *Sério? E tu não falou nada?*

Tatikiti: *Claro que não. Tomei. Depois que eu falei, perguntei aí só pra confirmar. E aí ela confirmou que não era a medicação que eles disseram que era, que era ritalina mesmo. Tomei três ontem. Ontem a noite foi longa”.*

*(Diário de campo de 30 de novembro de 2023)*

Colocamos uma Mandala da Prevenção Combinada impressa em um grande cartaz, com uma caneta ao centro para que cada um e cada uma girasse na sua vez de jogar, sendo que a tampa da caneta apontaria para a estratégia de prevenção combinada de que falaríamos naquele momento. Em meio ao jogo, surgiram dúvidas; desconhecimentos e barreiras em relação às ofertas de prevenção; discussões sobre



Ao iniciarmos o grupo, retomamos as narrativas dos/as participantes sobre as experiências dos encontros anteriores a partir do relato de quem estava. Explicamos sobre o grupo anterior e sobre a construção de autonomia no seu processo de cuidado a partir das experiências da gestão autônoma da medicação e da prevenção combinada. Gilberto, pela primeira vez, relatou sua experiência ao receber o diagnóstico de Hepatite C, tendo, num primeiro momento, confundido com Hepatite A, reforçando que não havia sido explicado para ele realmente o significado desse diagnóstico e o tratamento. Anos depois do diagnóstico, teve acesso, a partir do CAPS, ao tratamento e estava aguardando os próximos exames para saber se havia alcançado a cura. Perguntei a ele se, quando recebeu o diagnóstico, teve algum momento de conversa com a profissional que deu o resultado para entender mais sobre isso. O grupo também falou sobre as experiências em relação à diabetes e outras doenças crônicas, as quais envolviam mudanças estruturais na vida para refletir no cuidado.

O encontro com a Prevenção Combinada possibilitou a abertura para alguns diálogos relacionados à sexualidade, identidade de gênero, racismo estrutural, estigma, discriminação, que, até o momento, ainda não haviam surgido com tanta potência. A possibilidade de conhecer os direitos relacionados ao acesso à prevenção combinada e quais as populações-chave e prioritárias para a resposta à epidemia, considerando as inúmeras barreiras e vulnerabilidades dos/as usuários/as, faz diferença para a construção da autonomia e protagonismo não só em relação à epidemia, mas aos acessos e cuidado nos serviços de saúde e intersetoriais.

Em um determinado momento, Dandara, mulher trans preta, refere que seu exame deu “não detectado”, referindo-se ao exame de carga viral, e pergunta o que isso significa, demonstrando as grandes barreiras que a saúde ainda sustenta a respeito da comunicação e escuta com os/as usuários/as. Mesmo que as informações sejam passadas, elas se mantêm inacessíveis ou sem possibilidade de elaboração. Dessa forma, faz-se importante que outros serviços das redes de atenção à saúde, não somente os especializados em HIV, possam trabalhar essas questões, pois têm a potência de acessar essas questões de outras maneiras e, assim, enfrentar as iniquidades. Essa mesma usuária conta do momento em que, além do HIV, pegou tuberculose e da importância de ter conseguido acessar os serviços de saúde.

A caneta gira novamente e aponta para a “Redução de Danos”. Dessa vez, é Gilberto que comenta: *Redução de danos pra mim é mudar as companhias... Eu era uma pessoa que usava muitas drogas injetáveis, por isso nós estamos aqui. Isso não é pra me orgulhar, mas, se eu não vier pra cá, eu estou negando o trabalho necessário.*

(Diário de campo, 15 de dezembro de 2023)

## 6.10 Acesso a direitos, por onde andamos e ações coletivas

Último encontro. Para minha surpresa, Rochele retornou ao CAPS e veio participar da Roda. Pelo que Olívia trouxe, algo não deu certo em seus planos recentes de mudança e de relacionamento, fazendo com que ela retornasse. Estava visivelmente mais inquieta e um tanto abatida. Treze usuários/as participaram do encontro. Além, de Rochele, também participaram Felipe, homem cis branco; Dandara, mulher trans preta; Luís, homem cis branco; Laís, mulher cis negra; Sandra, mulher cis preta; Ernesto, homem cis branco; Tatikiti, mulher cis branca; Paulo, homem cis branco; Karen, mulher cis preta; Gilberto, homem cis branco; Carlos, homem cis branco (de aniversário); Davi, homem cis branco.

Enquanto servem chá e bolachas, um usuário comenta:

*Quando eu morava lá fora e nós era muito pobre, o nosso café da manhã era milho verde e chá de cidreira, porque não tinha condições de comprar pão. E a farinha era cara e eu fui criado pela minha avó. Pergunto de onde ele era, ele responde: São Gabriel.*

Clara: *“Chá de cidreira vocês tiravam da horta? Ele afirma que sim.*

*Minha mãe era mãe solteira e ela teve que me dar para minha vó, porque, naquela época, não ter pai era mal visto, né? Agora o mundo já é outro, né? Coisa boa esse chazinho com essa bolachinha.*

Nos apresentamos. Comento sobre a pesquisa e sobre os grupos que estamos realizando desde setembro, convidando quem participou a falar de sua experiência. Este encontro, como todos os anteriores, é também marcado por itinerâncias - e alguns retornos.

Alberto, homem cis branco, se apresenta dizendo já ter participado de um dos encontros, *o da caixinha*, menciona, referindo-se à caixa dos prazeres. Conta que teve uma recaída depois de sair do CAPS, tendo sido expulso pela filha e agora já tendo recuperado a sua amizade. Diz acordar de madrugada procurando a pedra em cima da cama.

Tatikiti, ao lembrar sobre a dinâmica da caixa dos prazeres, demarca que faltou a caixa de ritalina.

Dandara, mulher trans negra, lembra de ter participado do encontro anterior com o jogo da prevenção combinada, sobre HIV.

Luís, homem cis branco, conta que faz tratamento há três anos e lembra que participou do primeiro encontro; depois começou a trabalhar e não pode dar continuidade. Mesmo assim, levou o livro do Guia GAM e mostrou que havia lido e preenchido várias partes. *Livro de fácil compreensão*, segundo ele. Rochele se apresenta, mas diz que *falar não é comigo*. Prefere não trazer muito sobre sua experiência nos outros encontros, somente que foi *tudo de bom*.

Laís, mulher cis negra, participa pela primeira vez. Diz ter 27 anos e que vem usando cocaína desde os 23. Conta que fazia acompanhamento em outro CAPS, mas que foi para o IV por causa de uma intercorrência. *Às vezes eu não sou muito fácil de lidar, eu sou bipolar, mas eu tento me esforçar pra não magoar ninguém, não falar nenhuma besteira. Tem dias que eu não tô muito legal, que nem hoje, mas eu vou fazer o movimento contrário, porque não vou ficar deitada na cama enquanto todo mundo tá participando. Acho legal, importante ter grupos assim, diferenciados, onde a gente consiga falar não só apenas de uma doença, mas do cenário que*

*tá na nossa volta, medicação, pessoas usuárias, mas o que cada um causa em si, como 'eu uso medicamento, me sinto de tal forma'. Acho importante isso.*

Sandra, mulher cis negra, que havia participado do encontro anterior sem querer conversar muito e sem querer assinar o termo de consentimento, se apresenta, diz ter 42 anos, desde os 15 faz uso de álcool, maconha, cocaína e crack. Tem HIV há 22 anos e conta com mais detalhes sua história de internações anteriores. *Estou aqui já há 13 dias, o máximo que eu consegui até hoje. Já passei por todos os CAPS, [...] Hospital Espírita, Santa Ana.* Nesse momento, Luís comenta: *Eu ainda te ganhei então, fui parar até no São Pedro*, referindo-se à última internação compulsória que teve. Ao final do encontro, Sandra pede para assinar o termo.

Karen, mulher cis negra, diz ter 28 anos e fazer uso de crack desde os 13 anos. *Faz 15 anos que eu tô sem usar [talvez se referindo a 15 dias], e sinto muita falta disso. Mas eu gostei primeiro do que fizeram, pra cuidar da minha saúde [...] e eu gostei bastante e tô tentando parar com isso, porque eu vou fazer uma nova vida pra mim. Agora eu tenho um bebê, tenho um bebezinho agora, vou me conservar. E eu gostei de vocês aqui.* Conta que terá um bebê, mas não lembra com quantas semanas está.

Gilberto, homem cis branco, com voz embriagada sob efeito de álcool, declara muitas coisas de forma poética. Diz que estamos repetindo as mesmas coisas de que já falamos e que temos passado. Entre todas as suas falas, afirma: *Sou músico, gosto de música.* Lembra de uma música do Djavan. Nesse momento, Tatikiti novamente é chamada pelo seu terapeuta de referência e retira-se do grupo, sendo o quarto encontro consecutivo em que não consegue ficar até o final. Gilberto é convidado a descer para tomar soro e medicação, sendo aplaudido pelo grupo antes de sair. De pé, faz um discurso. *Desculpa. Enquanto a gente não encarar a realidade da vida em que nós passamos, cada um passa, ninguém é igual, ninguém é igual, porque Deus não fez ninguém igual. Se fosse igual, seria robô, robocop. Não, Deus fez com a sua característica, com a sua mente, aí você vai...*

(Diário de campo de 15 de dezembro de 2023)

Além das itinerâncias, esse encontro ficou marcado pelas fortes falas acerca dos contextos de vulnerabilidades, salientadas por suas múltiplas interseccionalidades. Deixaram marcas também as trocas enquanto coletivo, compartilhando onde buscar pelos seus direitos. Nessa última Roda, foi possível perceber uma organização grupal que se constitui a partir de horizontes comuns. A questão de gênero também se impôs, com o maior número de mulheres até então, desde o início dos encontros.

Antes de finalizarmos, convidei cada um e cada uma a dizer uma palavra sobre o processo de participação nos grupos. *Fome. Trocas. Compartilhamento. Agregar. Paz. Segurança. Saúde.* Finalizamos cantando parabéns ao Carlos, pelos seus 41 anos.

## **6.11 Restituição das narrativas e a invenção do Baralho GAM**

A restituição de narrativas foi o fio que nos acompanhou durante todo o tempo de acontecimento e efetivação das Rodas. Como um grupo que se propôs a ser aberto, ficando o espaço marcado por itinerâncias, buscamos fazer as costuras entre um encontro e outro por meio de narrativas das experiências do encontro anterior, contadas por quem havia estado presente. Dessa forma, ao invés de simplesmente perguntarmos como havia sido o encontro anterior para quem havia estado presente, perguntávamos como havia sido a experiência de ter participado. Segundo Sade e Melo (2019), a “valorização da experiência dos participantes da pesquisa se desdobra no problema das narrativas como meio de acesso e inclusão da experiência” (p. 49).

Além dessas costuras a cada encontro, ao finalizar o percurso do grupo, precisávamos restituir as narrativas construídas em dois espaços, para dois grupos de interlocutores/as. Tratava-se de compartilhar, por um lado, as narrativas escritas com os/as usuários/as; e, por outro, o desenrolar da pesquisa com toda a equipe do CAPS.

Para a primeira restituição, convidamos os/as usuários/as participantes dos grupos a mais um encontro no serviço. Apenas duas usuárias compareceram, Rochele e Tatikiti; uma terceira usuária, Laís, que se encontrava no CAPS nesse dia, não quis participar do grupo. Também estiveram presentes as trabalhadoras do CAPS que haviam participado da pesquisa e outras duas trabalhadoras, com vínculos maiores com as usuárias, que quiseram acompanhá-las nesse momento. Separamos os capítulos em que as histórias das participantes apareciam para lermos em conjunto. Ao final da leitura, perguntamos o que haviam sentido ao escutarem as suas histórias narradas e como gostariam de ser nomeadas nesses escritos. Em relação aos/às demais usuários/as que participaram dos grupos, mas que não estavam presentes no momento da restituição, compartilhamos as narrativas que lhes eram pertinentes com a equipe que acompanhou a pesquisa, para que pudessem fazer a sua leitura com eles/as, caso encontrassem um momento oportuno, o que foi possível acontecer, de forma individual, para mais um participante e uma participante: Laís e Adir Edson. Essas devolutivas serão trazidas em cada uma das respectivas narrativas, nos capítulos 7 e 8.

Quanto ao compartilhamento com a equipe sobre o processo da pesquisa, foi agendado para um espaço de educação permanente do CAPS. Quando este finalmente pôde acontecer, o incêndio da Pousada Garoa havia ocorrido há apenas cinco dias. Portanto, não tínhamos como não falar de perdas nesse reencontro com a equipe, já que alguns usuários do CAPS vieram a falecer e outros ficaram gravemente feridos nesse episódio. Falaremos disso com a intensidade devida mais adiante. Mas a equipe também fez devolutivas sobre a experiência das Rodas, destacando sua percepção da alienação ainda existente da relação entre usuários/as e médicos/as. Trouxeram que, durante os encontros em que construímos os cartazes sobre os medicamentos, ficou evidente o quanto os/as usuários/as não se autorizavam a conversar com os/as prescritores/as sobre os medicamentos que vinham recebendo. Comentaram, ainda, dos efeitos da pesquisa no serviço. Um deles foi a criação do grupo de mulheres “É as gurias”, formado após o encerramento dos encontros da pesquisa, a partir da escuta do que as mulheres sinalizavam nas Roda sobre seu desejo de ter um lugar no serviço em que pudessem trazer as questões de gênero, num espaço de confiança.

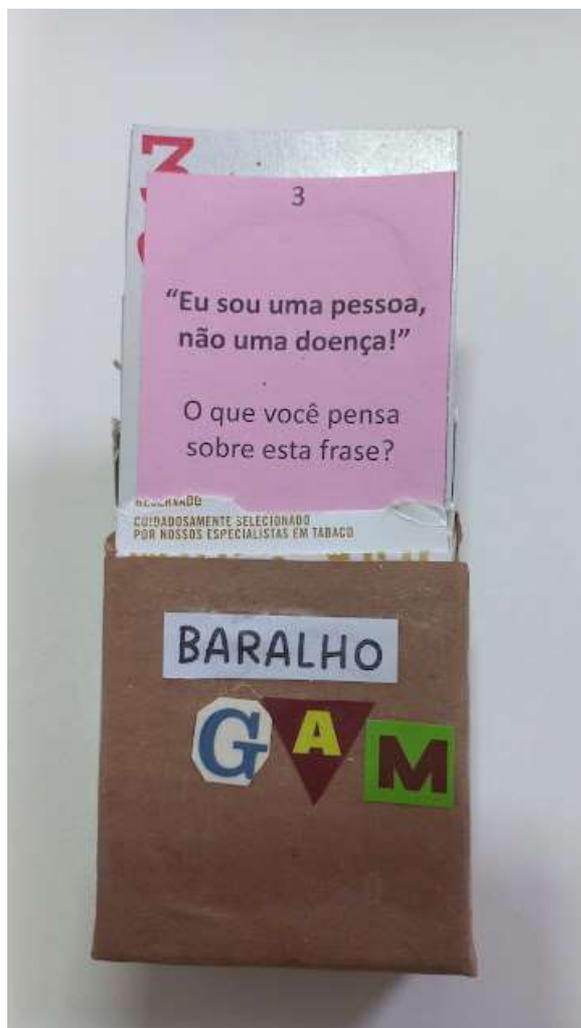
Ao narrar a experiência da pesquisa, falando sobre os movimentos e reposicionamentos que testemunhamos, percebemos que seria importante juntarmos essas experiências em um único instrumento que pudesse servir de dispositivo para trazer todas essas questões. Foi nesse lugar de escuta e de alteridade que outro educador social, Bento Fagundes, que até então não havia participado da pesquisa, ajudou a construir uma ferramenta para efetivar, de forma lúdica e inventiva, esse encontro entre a GAM, a Redução de Danos e a Prevenção Combinada. O “Kit GAM”, como denominamos, contém um Guia GAM; uma caixa de “medicamentos”, em cujo rótulo se lê a pergunta: “O que você precisa para viver?”; e um “Baralho GAM”. Dentro da caixa de medicamentos, cada cápsula traz, no seu interior, uma das tarjetas que haviam sido distribuídas antes para a equipe pela educadora social que acompanhou a pesquisa e nas quais cada profissional escreveu aquilo que desejava para viver. Entre os desejos compartilhados, encontramos: “Uma roda de samba”; “Paixão”; “Música”; “Plantar uma árvore”, “Água”, entre outros.

Do Baralho GAM, compartilhamos cartas formadas por perguntas que aparecem no Guia GAM, as quais adicionamos também outras, inspiradas pelo que

apareceu nos grupos-intervenção. Questões relacionadas à redução de danos, direitos, racismo, transfobia, sexualidade, prevenção combinada foram incluídas, de forma a incorporar, de fato, os caminhos por onde andamos nesta pesquisa. Dessa forma, além de questões presentes no Guia GAM presente em cada carta do baralho, também incluímos nove outras perguntas: 1) “Você já viveu ou assistiu algum tipo de violência institucional (Racismo, lgbtqiapn+fobia, xenofobia, imposição por polícia)?”; 2) “Que substâncias você utiliza que podem interagir com seus medicamentos?”; 3) “Você sabe o que é redução de danos? Quais estratégias de redução de danos você pensaria para você?”; 4) “Você já utilizou alguma substância como forma de remédio?”; 5) “Você já foi chamado por outro nome no serviço que o/a constrangeu?”; 6) “O que é sexo seguro para você? Você acha que respeito e consentimento têm a ver com sexo seguro?”; 7) “Você sabe a diferença entre HIV e aids? E como se pega?”; 8) “Você sabe o que é prevenção combinada? Tratamento antirretroviral? PEP? PrEP?”; 9) “O que você sabe sobre Indetectável = Intransmissível?”. Oferecemos o Baralho GAM para que cada trabalhador/a pudesse pegar uma carta e, a partir dela, comentasse sobre o que leu. A proposta é de que o Baralho possa ser utilizado em formato de jogo, proporcionando maior participação e circulação das palavras, da mesma forma que o Método da Roda permite.







Finalizando, aqui, o registro das memórias dos encontros realizados no percurso da pesquisa, no próximo capítulo colocaremos em análise o discurso emanado das múltiplas vozes que compõem as narrativas e que evidenciam, entre outras temáticas: construções de gênero; lugar das mulheres nos CAPS AD; aporofobia; (des)maternização; descriminalização do cuidado; sexualidade; medicalização; estigma e preconceito; racismo estrutural; acesso e barreiras; masculinidade hegemônica. Essas problemáticas foram trazidas pelas vozes dos/as participantes, sobretudo das mulheres cis e trans negras, que narram suas experiências por meio de uma escrevivência, que não se poupa de colocar em cena corpos encarnados. Trazemos essas experiências em narrativas cujos nomes de protagonistas dão títulos a cada uma das histórias, justamente para quebrar a invisibilidade que muitas e muitos vivenciam cotidianamente. Como dissemos antes (p.97), a inspiração para essa forma de nomeação nasceu do livro “Insubmissas Lágrimas de Mulheres”, em que Evaristo (2020) reúne histórias protagonizadas por

mulheres negras, as quais vivenciam diversos tipos de violência. Mesmo com toda opressão, essas mulheres encontram formas e linhas de fuga para lidar com o sofrimento e fortalecer meios de resistência.

A escolha de priorizar as usuárias mulheres como protagonistas da maior parte das narrativas também passa pelo fato de que, inicialmente, nossa proposta de pesquisa envolvia a realização de grupos-intervenção somente com pessoas vivendo com HIV. Porém, ao abrirmos para todas as pessoas, independente de diagnóstico, observamos que, dentre aquelas que vivem com HIV, participantes das Rodas, a maioria eram mulheres, mesmo estas sendo a minoria nos serviços de CAPS AD. Assim, nossa escolha demarca também uma posição: a de ampliar a visibilidade para essa população, sobretudo no que toca à política de HIV, cujas ações seguem direcionadas prioritariamente para a população masculina (homens cis gays) e jovens. Das mulheres trazidas para protagonizar cada uma dessas histórias, apenas uma que não vive com HIV também dá título a uma das narrativas. Narramos sua história, pois ela é reflexo e resultado do processo de medicalização da vida, no qual todos/as estamos submersos/as, mas que se intensifica em determinadas populações. Além disso, é uma história que perturba o entendimento, pautado por parâmetros morais, do que é droga legal e ilegal na nossa sociedade.

## 7. GÊNERO, RACIALIDADE, SEXUALIDADE E VIOLÊNCIAS: O LUGAR DAS MULHERES EM UM CAPS AD

*Achava também que qualquer vida era um risco e o risco maior era o de não tentar viver.  
(Conceição Evaristo)*

O uso de álcool e outras drogas carrega em si várias concepções sociais e de gênero, que se presentificam nos contextos dos serviços de saúde voltados a esse campo. Enquanto, na Atenção Primária, são as mulheres cis que mais buscam cuidado (Martins *et al*, 2022), nas diversas realidades encontradas nos CAPS AD, ainda existe maior prevalência de homens cisgênero e menor participação de mulheres cis e trans.

Mulheres encontram diversas barreiras para acessar esses serviços e, quando estão dentro dos mesmos, vêem, muitas vezes, a masculinidade tóxica se expressar nas relações entre usuários/as e trabalhadores/as, de forma que não se sentem à vontade para prosseguir no seu processo de cuidado, como demonstram as pesquisas “Gênero e assistência psicossocial: perspectiva de usuárias sobre o Caps-AD” (Pierry, Tassinary *et al*, 2021); “NÃO SOU EU UMA MULHER? Cartografando o atravessamento das questões de gênero, raça e classe na produção de cuidado em saúde com mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas” (Oliveira, 2019) e “No corre: o encontro entre a Gestão Autônoma da Medicação e a Redução de Danos nas práticas de um CAPS AD (Oliveira, 2023). Para as mulheres trans, aparece ainda a transfobia como mais uma camada de opressão, fazendo com que elas não permaneçam no serviço ou que tenham dificuldade em sustentar a sua identidade de gênero.

Apesar do Relatório Mundial sobre drogas, do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC (2022)<sup>23</sup>, demonstrar que o uso de álcool e outras drogas está crescendo entre as mulheres, a ideia de que nós fazemos menos uso dessas substâncias ainda permeia as crenças populares e as dinâmicas dos serviços. O Relatório demonstra que as mulheres<sup>24</sup> seguem como a minoria das

---

<sup>23</sup> Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2022/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2022-do-unodc-destaca-as-tendencias-da-pos-legalizacao-da-cannabis-os-impactos-ambientais-das-drogas-ilicitas-e-o-uso-de-drogas-por-mulheres-e-jovens.html>

<sup>24</sup> O documento não especifica se faz referência a mulheres cisgêneras ou transgêneras. Devido ao caráter cis-hegemônico implícito, concluímos tratar-se de mulheres cis.

peças que usam drogas em todo o mundo em termos quantitativos, porém, ao mesmo tempo, tendem a aumentar sua taxa de consumo de drogas e a progredir mais rapidamente do que os homens em relação aos transtornos associados ao seu uso.

Malheiro (2020) acompanhou as “caminhadas” de mulheres cis que fazem uso de crack no Centro de Salvador e demonstrou que a relação que as mulheres estabeleciam com a substância não era uma forma de morrer, mas sim uma busca para amortizar a desassistência, as dores, as violências de gênero e institucionais. A autora realizou uma etnografia e acompanhou mulheres em cenas de uso, trazendo a experiência da cultura do uso de crack manifesta por suas trajetórias de vida e atravessada por um olhar crítico sobre os múltiplos significados de ser mulher. Na pesquisa, Malheiro não se propõe a falar sobre o problema das drogas, mas, entre tantas outras coisas, sobre as trajetórias de cuidado construídas pelas próprias mulheres para tantas violências, inclusive a do Estado.

Dos movimentos itinerantes nas Rodas de Conversa dos grupos da pesquisa, os homens cisgênero tiveram maior participação quantitativa entre os/as usuários/as na maior parte dos encontros, com exceção do último. Durante as 10 Rodas que ocorreram, um total de 43 usuários/as participaram, sendo 33 homens cis e 10 mulheres (7 cis e 3 trans). Além deles/as, 3 trabalhadores/as (duas mulheres cis brancas e 1 homem cis negro) e 1 pesquisadora (mulher cis branca). Do total de participantes, 9 pessoas tinham HIV, sendo uma delas um diagnóstico recente, realizado após um dos grupos. Dessas 9, 6 eram mulheres: 2 mulheres trans negras e 4 mulheres cis, sendo 3 negras e 1 branca.

As mulheres cis e trans que participaram, embora estivessem em menor número, puderam compartilhar histórias e experiências carregadas de toda a intensidade que as relações entre gênero, uso de drogas, sexualidade e a situação de rua podem construir como marcadores de opressão.

No primeiro encontro, entre os/as usuários/s, a única representação feminina que tivemos foi de Rochele, mulher trans e preta, que, ao lado de mais três usuários homens cis, um profissional educador social, homem cis negro e duas mulheres cis brancas, uma pesquisadora e outra profissional do CAPS, colocou-se tímida, mas, aos poucos, foi sustentando seu espaço no grupo e falando, do seu jeito, sobre as suas vulnerabilidades.

No segundo encontro, Nara, mulher cis branca, foi a única mulher usuária participante. Para além de uma timidez, demonstrou não se sentir à vontade com aquele espaço - e talvez nem tenha entendido de fato o real convite para que ela participasse.

No terceiro encontro, o da caixa dos prazeres, nós estávamos entre cinco: uma mulher trans negra; quatro mulheres cis brancas entre as usuárias, pesquisadora e trabalhadora. Nesse dia, todas trouxeram falas fortes sobre esse lugar: ser mulher que faz uso de drogas, além das relações com medicamentos.

Uma delas foi Rochele, que falou de sua relação com o uso de antirretroviral: *“Ah, é triste. Tem que tomar. Pra sempre, né? Pra sempre...”*. A outra foi Tatikiti, com toda a complexidade de uma vida solitária, da superação de um luto e do encontro com o medicamento prescrito como forma de subterfúgio para o sofrimento. E a terceira foi Luana, que compartilhou cenas de sua relação intensa com o uso de drogas, tendo passado por nove internações. Da caixa, Luana escolheu como objetos: o isqueiro, por se dizer dependente de tabaco; um comprimido, pois refere ter trocado *“uma droga pela outra”*, já que o remédio a ajuda a segurar a fissura e a intensidade do uso de drogas; e o copo, como algo de que está tentando se *“libertar”*. Luana também demonstrou muito interesse pela história de Rochele e sua relação com os antirretrovirais, tendo solicitado para fazer teste rápido de HIV após o grupo, ao que encaminhamos junto à equipe do CAPS.

Aos poucos, nos demais encontros, as mulheres cis e trans foram sustentando esse espaço. Em alguns momentos se fizeram mais presentes, em outros estiveram num quantitativo menor, mas sempre com falas muito intensas. E foi no último encontro que essa representação ficou realmente marcada. Éramos dez mulheres: entre as usuárias, três mulheres trans negras e quatro mulheres cis, uma branca e três negras; duas trabalhadoras, mulheres cis brancas; e eu, pesquisadora, cis branca.

Mas estarmos em maior número não é determinante para que as mulheres usuárias se sintam melhor representadas. Butler afirma que a representação, num processo político, busca estender visibilidade e legitimidade às mulheres como sujeitos políticos. Porém, ao mesmo tempo, ela é a função normativa de uma linguagem, que tem o potencial de revelar ou distorcer o que é tido como verdadeiro desta mesma categoria (Butler, 2023).

Inspirada no livro de Conceição Evaristo, “Insubmissas lágrimas de mulheres”, compartilho, neste capítulo, algumas narrativas que foram construídas com base nas histórias trazidas por algumas das mulheres que participaram dos encontros. São histórias vivenciadas a partir do que me atravessa em minha pele branca e meu corpo cis e do encontro com a pele negra das outras mulheres em corpos cis ou trans, com todos os seus aspectos interseccionais, carregando as marcas do entrecruzamento de opressões. As histórias escolhidas para compor as narrativas trazem consigo várias questões surgidas no contexto deste trabalho: uso de drogas (prescritas e proscritas), maternidade, racismo, transfobia, trabalho sexual, barreiras de acesso, violências e situação de rua, todas elas alicerçadas no atravessamento da masculinidade tóxica hegemônica e na necropolítica instituída pela máquina do Estado.

Essas histórias nos ajudarão a pensar, no capítulo 9, sobre as práticas que transcendem as dificuldades morais acerca das concepções sobre os usos de drogas, pois, ao operarem a partir de uma perspectiva *Pharmakon*, têm a potência de ampliar invenção de mundos para a diferença, como nos mostra Oliveira (2023). São as práticas da GAM e da Redução de Danos que, ao se encontrarem com a Prevenção Combinada, operam como dispositivos de ampliação da autonomia e do protagonismo das/os usuárias/o, podendo estabelecer linhas de fuga que nos desviem da captura da necropolítica.

## 7.1 Rochele: tornar-se mulher trans em um CAPS AD

*Me sinto um peixe  
Fora do aquário, dá pra ver  
(Liniker)*

Rochele. A pele que ela habita é preta, no corpo de uma mulher trans. Nos primeiros encontros, ela carregava uma dificuldade imensa de falar, por conta de um grande nervosismo que aparecia quando estava em meio a outras pessoas. Foi assim que se apresentou: *Eu sou gago [no masculino]. Meu nome é Rochele. Eu vim pro CAPS pra consultar, eu tava chapada, bêbada, cheirada, tentei me matar... [inaudível]. Por causa dos parentes... Mágoa guardada, entendeu? Por causa dos parentes.*

Contou que trabalha cuidando de idosos e que gosta de cozinhar, tendo feito um curso de padaria. Além disso, demonstrou dificuldade para ler, referindo ter dislexia, ao que logo nos colocávamos à disposição para ler e escrever para ela.

Ao longo dos encontros, foi uma das primeiras a falar abertamente sobre viver com HIV e da relação que tinha com os antirretrovirais. Em um momento de sua vida, chegou a ficar em abandono de tratamento por quatro anos, segundo ela, *definhando*. Retomou o tratamento por conta do seu vínculo com o CAPS. Mesmo sem termos combinado, foi uma das únicas do grupo a mostrar o seu Guia GAM preenchido, algo que vinha fazendo com o apoio da educadora Olívia. No encontro em que fazíamos o cartaz a respeito dos medicamentos, a partir do Guia GAM, colando os rótulos e escrevendo sobre para que serve cada um e como cada um/a se sente, definiu o antirretroviral como *remédio da vida*.

Apresenta-se como mulher, veste-se como mulher, mas, em muitos momentos, refere-se a si mesma no masculino, deixando, num primeiro momento, transparecer uma identidade fluida ou ainda em construção e afirmação. No encontro em que tratamos de Prevenção Combinada, fazendo o jogo da caneta com a mandala, as questões relacionadas a gênero, identidade de gênero, racialidade e sexualidade vieram à tona.

Adir Edson, um usuário que participava pela primeira vez, homem cis branco, contou sobre sua experiência em relação a sua homossexualidade e aos riscos relacionados ao HIV, em uma época (trinta anos atrás) em que receber esse diagnóstico era tido como uma sentença de morte. Ao mesmo tempo em que Adir Edson trazia toda essa narrativa, virou-se para Rochele e se referiu a ela como *e/e*. Nessa primeira vez, eu mesma o corriji, fazendo o movimento de olhar para Rochele na expectativa de que ela conseguisse falar.

O jogo da mandala seguia, nesse encontro entre o Guia GAM e a Prevenção Combinada. Até que a caneta apontou para “Prevenção da Transmissão Vertical”. Perguntamos sobre o que significava esse termo e vieram as respostas mais imaginativas possíveis, até de uma transmissão em cadeia provocada por várias relações sexuais: *Eu transo com ela, que transa com ele, que transa com ele e etc*. Explicamos tratar-se de uma transmissão a partir de uma gestação, parto ou amamentação, quando a pessoa que está gestando tem HIV e não faz tratamento. Uma das participantes colocou que talvez ficasse mais explicativo se o termo se

referisse à mãe e ao bebê. Então, comecei a falar sobre as razões do termo “Transmissão Mãe-Bebê” não ser reproduzido no Brasil, usando, como um dos motivos, evitar a culpabilização das mães, e outro, que esse termo não contemplaria os homens trans, que também poderiam engravidar.

Nesse momento, houve várias falas simultâneas e muitas questões. Rochele, primeiramente, disse: *Ah, entendi, as machorras, que nem eu*. Depois, referiu não ter entendido, pois se considerava um homem trans. Lúcia começou a fazer várias perguntas, pois, contou ela, teve uma filha que hoje se identifica como um menino: *então o que ela é?* Perguntamos como cada um e cada uma se identificava. Rochele referiu se identificar como mulher e Lúcia referiu que o filho se identifica como menino. Então falamos que o gênero não tinha relação com o órgão sexual, mas sim com a identidade e que, por esse motivo, se Rochele se identifica como mulher, ela é uma mulher trans, da mesma forma que o filho de Lúcia é um menino trans: *Então meu filho pode engravidar*, concluiu Lúcia. A educadora Olívia comentou sobre alguns termos pejorativos, que são reproduzidos a partir de uma opressão, como *machorra*. Começaram a citar vários outros termos que são repetidos cotidianamente, sem que se perceba que são formas de violência.

Após todo esse debate, Adir Edson se reposicionou no seu lugar de homem cis branco e começou a sua explicação. Disse que, há alguns anos, só existia a sigla GLS e que ele parou nesse tempo, como se não tivesse idade o suficiente para acompanhar as outras transformações. No seu tempo, seguiu falando, não havia problemas em chamar as pessoas de *machorra*, quando se tratava de uma mulher que se relacionava com outra mulher; ou *traveca*, quando se tratava de uma mulher trans ou travesti; ou *morena, cor de cuiá* ou *mulata*, quando se tratava de uma pessoa negra. Mas, segundo ele, há pouco fora corrigido por uma amiga que explicou que *as pessoas pardas também são consideradas pessoas negras*.

Adriano, educador social, homem, cis, preto, tomou a palavra para se endereçar a Adir Edson: *Sabe por que não se fala moreno ou mulato? Porque isso é pejorativo de mula, pra isso que é usado. Quando os africanos chegaram aqui, eles começaram a colocar os negros e as negras para carregar*.

Do meu lugar de fala, mulher, cis e branca, lembrei de uma passagem do livro “O avesso da pele”, do momento em que os pais de Pedro, ambos negros, buscaram seus terapeutas, ambos brancos, para uma escuta em conjunto:

Por breves instantes o silêncio dominou novamente a sala. Enquanto isso, você observa os terapeutas. E penso que eles não sabiam nada de vocês. Não conheciam o tumulto vital de vocês. Eles eram brancos. Vieram de uma classe média. E tinham uma visão limitada do mundo. Não perceberam o que estava acontecendo ali. Eles não faziam a mínima ideia de que a metade dos seus problemas estava contida na cor da pele, você pensou. Não diretamente, mas lá no fundo. Você sabia que tudo era mais complexo do que eles imaginavam. A psicanálise tinha cor e ela era branca, você pensou. E definitivamente havia coisas que escapavam a Freud (Tenório, 2020, p. 85)

*Eu ainda estou entendendo, estou me policiando para quando falar dele*, diz Adir Edson, apontando para Rochele. Desta vez, ela rebateu em alto e bom som: *Ela! Ela!* Ela, Rochele, uma mulher preta e trans, tomava seu lugar de fala como ainda não havia feito em outros momentos, para defender a sua existência.

E assim Rochele seguiu se definindo ao longo das rodas, a cada encontro mais confortável para falar de suas dores e de suas experiências com as drogas prescritas e proscritas, com as violências por que passava, com suas perdas. Comentei que faltava discutirmos os aspectos estruturais da prevenção combinada, falando sobre quais são as pessoas que estão mais suscetíveis em relação ao HIV, que têm seus direitos violados. Dei exemplo de alguns direitos, como *o direito da Rochele ser chamada como ela*. Rochele me respondeu, muito feliz, que iria fazer a carteira com nome social, dando o nome completo que constará no documento.

A partir da sua história, recorremos a Butler para pensar nas construções sociais sobre gênero. Butler retoma o conceito de genealogia, de Foucault. A genealogia recusa buscar as origens do gênero e uma identidade sexual genuína ou autêntica, mas, ao invés disso, investiga categorias de identidade, que são efeitos de instituições - como o falocentrismo e a heterossexualidade compulsória -, práticas e discursos, cujos pontos de origem são difusos (Butler, 2023). Ainda, Butler toma emprestado o termo de Simone de Beauvoir, de que “ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, justamente para dizer que

[...] mulher é um termo em processo, um devir, um construir de que não se pode dizer com acerto que tenha uma origem ou um fim. Como uma prática discursiva contínua, o termo está aberto a intervenções e ressignificações (Butler, 2023, p. 69).

Ou seja, ele não tem uma origem, mas tem um vir a ser. A autora também fala sobre o conceito de gênero ser atravessado por relações de poder e aspectos interseccionais, não sendo uma dimensão encapsulada:

Se alguém “é” uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é; o termo não logra ser exaustivo, não porque os traços predefinidos de gênero da “pessoa” transcendam a parafernália específica de seu gênero, mas porque o gênero nem sempre se constitui de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas. Resulta que se tornou impossível separar a noção de “gênero” das interseções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida e mantida (Butler, 2023, p. 21).

Dentre as tantas possibilidades de ser, há também as tantas formas e tentativas de denominar. O Ministério da Saúde conceitua as pessoas trans como aquelas “cuja identidade e expressão de gênero não estão em conformidade com as normas e expectativas socialmente impostas em relação ao gênero que lhes foi designado ao nascer” (Brasil, 2018, p. 30). A categoria de pessoas trans é bastante ampla e envolve outras identidades de gênero, como mulheres trans, travestis, homens trans, pessoas não binárias entre outras (Krüger *et al*, 2019, p. 2).

Segundo o documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2018), as mulheres transexuais, ou mulheres trans, são aquelas que “nasceram com sistema genital considerado ‘masculino’, possuem identidade de gênero feminina e desempenham papel social de gênero feminino” (p. 31). Elas se identificam como mulher e têm o desejo de serem reconhecidas e tratadas como tal, sendo chamadas pelo nome que escolheram para si. Muitas buscam a transformação da imagem física e de seus corpos recorrendo à harmonização e procedimentos cirúrgicos, bem como à cirurgia de redesignação sexual para realização de neovaginoplastia (Brasil, 2018), o que é acessível apenas para poucas.

As travestis são aquelas que nasceram com sistema genital considerado masculino e também possuem identidade de gênero feminina, porém, “reivindicam a legitimidade de sua identidade para além dos parâmetros binários do masculino e do feminino, desejando, todavia, serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam” (Brasil, 2018, p. 31). Também buscam a transformação da imagem física e de seus corpos a partir da hormonização, embora, segundo o documento do Ministério da Saúde, geralmente não desejem realizar a cirurgia de redesignação sexual. O termo “travesti” nasceu antes da terminologia “pessoas trans” ou “mulheres trans” e é usado somente no Brasil. Essa terminologia começou a ser utilizada por pessoas cis para se referir a pessoas que se travestiam como uma forma de ofensa,

mas virou um símbolo de militância e luta, reforçando a resistência e afirmação política das pessoas que possuem esse modo de existência<sup>25</sup>.

Os homens trans “são pessoas que nasceram com sistema genital considerado ‘feminino’ e possuem identidade de gênero masculina, desempenhando papel social de gênero masculino” (Brasil, 2018, p. 31). Reivindicam serem tratados no masculino e pelo nome que escolheram, buscando a transformação de seus corpos e suas imagens em conformidade com sua identidade de gênero a partir do uso de hormonização e de procedimentos cirúrgicos, como mastectomia, histerectomia e redesignação sexual para a realização de neofaloplastia ou metoidoplastia (construção de um pênis) (Brasil, 2028).

Pessoas não-binárias são aquelas que se identificam com um gênero diferente dos gêneros reconhecidos pela nossa cultura, como homem e mulher, reconhecendo-se pelo gênero neutro ou fluido, podendo circular entre eles<sup>26</sup>

Estas categorias identitárias de gênero foram, durante muito tempo, confundidas com orientação sexual, provocando invisibilização e limitando seu caráter identitário (Brasil, 2018). O que as pessoas trans reivindicam, acima de tudo, é reconhecimento social e respeito à sua identidade e, como referem Krüger *et al* (2019), “muito mais do que diferenças marcadas por cirurgias genitais ou pela ingestão de hormônios, estas identidades se distinguem por conotação política e/ou subjetiva” (p. 2).

Rochele, em meio a uma das rodas em que falávamos sobre a GAM, contou fazer uso de hormônios de forma automedicada. *Eu tomo esse remédio também. Pra criar peito, crescer bunda. Nós, trans, toma. É pouco hormônio que eu tomava. Mas eu parei de tomar. Faz mais de 5 anos que eu parei. Era hormônio o que eu tomava.*

Krüger *et al* (2019) avaliam as características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. Os dados demonstram que as participantes iniciaram o uso de hormônios com média de idade de 18,7 anos e que a maioria (64,5%) já havia tomado e continuava tomando hormônios para a feminização corporal. Além disso, as mulheres trans e travestis mais velhas têm

---

<sup>25</sup> Webnário - Diálogos em Prevenção do HIV. Disponível em: <https://www.youtube.com/live/YkTMBhVJGfU?si=D7Z8ola902LjrFEH>.

<sup>26</sup> Webnário - Diálogos em Prevenção do HIV. Disponível em: <https://www.youtube.com/live/YkTMBhVJGfU?si=D7Z8ola902LjrFEH>.

menores oportunidades de fazer uso contínuo de hormônios, assim como pessoas que se autodeclararam pretas. Enquanto as pessoas com maior renda têm mais chances de fazer uso contínuo, as que declararam ter realizado trabalho sexual nos últimos 30 dias também encontram barreiras para seguir com o processo de hormonização.

Com relação ao acesso, 84% das participantes referiram adquirir os hormônios diretamente nas farmácias, sem receituário médico. Grande parte (41%) relatou ter recebido orientações sobre o uso do medicamento por meio de seus pares (outras mulheres transexuais ou travestis). O estudo mostra que, em comparação com o grupo de pessoas negras, jovens e de faixa etária intermediária (25 a 34 anos), de menor renda e escolaridade, as mulheres trans e travestis com maior renda e escolaridade têm maiores chances de buscar orientação de profissionais de saúde sobre o uso de hormônios. Isso conduz à auto-hormonização da população de menor renda por “falta de acesso a serviços e insumos de saúde, barreira imposta pela precariedade da assistência a essa população, pela negação da sua existência pública, pela estigmatização e pela discriminação” (Krüger *et al*, 2019, p. 10).

O Brasil é considerado o país que mais mata pessoas trans e travestis no mundo, de acordo com os dados da pesquisa realizada pela Transgender Europe (TGEU), de 2008 a 2021, que monitora dados globalmente levantados por instituições trans e LGBTQIA+. Embora esses dados não levem em conta os países em que sequer há um levantamento a respeito das mortes de pessoas trans e travestis, eles nos permitem entender a busca por um padrão de beleza cisgênero e jovial como uma luta pela sobrevivência. Butler ajuda a compreender a tentativa de fuga do lugar de abjeção para um lugar de existência social compreendida no feminino (Butler, 2023). Krüger *et al* também corroboram isso:

Transcendendo a noção de corpo apenas como dispositivo de autossatisfação com a imagem, configurado em dispositivo de autoproteção social, têm-se que a aparência “cada vez mais próxima à de uma mulher cis” pode evitar constrangimentos sociais diários e violências transfóbicas (Krüger *et al*, 2019, p. 11).

A Tese de Doutorado de Laís Magno Santos de Souza (2017), “Estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids entre travestis e mulheres transexuais”, destaca os efeitos do estigma como elementos estruturantes do processo de vulnerabilidade desta população ao HIV/aids, o que inclui a violência, a discriminação e a transfobia.

Tal processo é operado por meio do poder exercido pela heterossexualidade hegemônica e compulsória sobre os corpos trans.

Além de Rochele, outras duas mulheres trans participaram dos grupos, com menos frequência do que ela. Todas as três são negras, e duas delas vivem com HIV. Segundo o relatório do Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Trans - Pesquisa DIVAS (Diversidade e Valorização da Saúde) (Bastos; Malta, 2018), a prevalência de HIV nesta população no Brasil variou entre 19,7%, em Curitiba, e 65,3%, em Porto Alegre, tendo sido esta a capital com prevalência mais alta. A sífilis ativa também teve maior resultado em Porto Alegre, chegando a 35,3%.

Este foi o primeiro estudo no Brasil com amostra tão significativa. Foram entrevistadas no total 2.846 travestis e mulheres trans, distribuídas nas cidades de Belém (259 entrevistadas), Belo Horizonte (181), Brasília (201), Campo Grande (108), Curitiba (246), Fortaleza (348), Manaus (230), Porto Alegre (79), Recife (350), Salvador (166), Rio de Janeiro (292) e São Paulo (386).

Os resultados da pesquisa apontaram que a maior vulnerabilidade dessa população à infecção pelo HIV resulta de atravessamentos de fatores opressores, como preconceito, discriminação e violência a que essa população está exposta em diferentes ambientes, incluindo serviços de saúde, o que pode dificultar o acesso e a manutenção ao tratamento (Bastos; Malta, 2018).

Inspiro-me em Luana Malheiro, que utiliza no título de seu livro o termo “tornar-se mulher”, de Simone de Beauvoir, para falar sobre essa construção de lugar para pessoas trans em um CAPS. Rochele não se tornou mulher trans naquele momento, ela já é, ela existe, está nas ruas, na vida e nas suas relações. Porém, talvez naquele espaço, operado por tantas expressões de masculinidade hegemônica e cisheteronormatividade, não seja tão simples se apresentar como tal. Foi preciso demarcar lugar, foi preciso ampliar espaço para que ela própria se referisse a si mesma como gênero feminino.

Embora mulheres e homens trans encontrem-se nos serviços de saúde mental, ainda se reflete, nesses espaços, uma ausência de lugar. Fato é que a maioria dos trabalhos acadêmicos aos quais tivemos acesso, falando sobre o lugar das mulheres que fazem uso de drogas, não diferenciam a cisgeneridade da transgeneridade, o que leva a concluir que se voltam às mulheres cis. Também não

encontramos estudos que explicitassem as expressões de sexismo e de transfobia que pudessem provocar barreiras de acesso ou de seguimento do cuidado às mesmas em CAPS AD ou mesmo em pesquisas GAM. Essa ausência quer dizer muitas coisas. Küger *et al* (2019) colocam que o panorama cisheteronormativo e o controle biopolítico dos corpos produzem exclusão de determinadas identidades em serviços de saúde, pela visão binário-sexual hegemônica nas ciências biomédicas.

Algo que poderia fortalecer esse lugar é a representatividade nos serviços de saúde. Mas, se representatividade é importante para a escuta no campo AD, ela pode ser potencializada a partir das participações das próprias usuárias, ao ocuparem um lugar cogestivo e lateralizado junto a outros usuários e usuárias e às equipes dos CAPS. Se, desse lugar de mulher branca cis, não conseguimos escutá-la em profundidade, Adriano, educador social, o fez desde o lugar de homem preto, ao responder a Adir Edson sobre os termos racistas. É fato que nós também poderíamos responder, afinal o racismo só existe porque nós, pessoas brancas, o perpetuamos. Mas Adriano pôde responder com representatividade, compartilhando as marcas de quem vive na pele esse atravessamento. E ele foi extremamente assertivo em colocar questões que, de alguma forma, já haviam aparecido, mas que não haviam tido o mesmo espaço de diálogo.

Rochele, embora demonstrasse desconforto, ocupou também esse lugar protagonista, ao levar outras usuárias trans para o grupo, as quais foram se fazendo presentes nos últimos encontros. Foi, também, a presença de Rochele que ajudou a sustentar o lugar das mulheres cis e trans, das pessoas negras e das pessoas vivendo com HIV nas rodas, fazendo a conexão entre temas tão distintos e tão próximos ao mesmo tempo - distintos para nós, da branquitude cisnormativa, mas próximos dos usuários e usuárias.

Como nos diz Butler (2018):

Os corpos em assembleia “dizem”: “nós não somos descartáveis”, não importando que estejam ou não usando palavras no momento; o que eles dizem, por assim dizer, é “ainda estamos aqui, persistindo, reivindicando mais justiça, uma libertação da precariedade, a possibilidade de uma vida que possa ser vivida” (Butler, 2018, p. 32).

Reivindicar "uma vida que possa ser vivida" conta com a visibilidade como uma das suas estratégias. Passados cinco meses do término dos grupos-intervenção, convidamos Rochele para escutar esta narrativa. Após a leitura, ela

abriu um sorriso grande: *gostei*. Perguntamos se ela achava que teria mudado desde o início dos grupos até o momento. Num primeiro momento, respondeu que não. Depois, Olívia e Clara foram lembrando todos os seus movimentos: colocou cabelos mais longos, acrescentou um segundo nome, refez seu documento com seu nome legítimo. Olívia perguntou-lhe como foi ser lida assim. Rochele respondeu *brigada!* Logo, lembrou da cena em que foi chamada por pronome masculino: *eu fiquei louca!* Perguntamos como ela gostaria que seu nome aparecesse na pesquisa. *Rochele Pérola*. Reforcei que ela poderia mudar o nome, se quisesse, e ela reafirmou que não, que queria o seu próprio nome. Uma forma de dizer: “Já fui tratada por outro nome por muito tempo e invisibilizada o suficiente, agora quero assumir meu nome próprio”.

## 7.2 Laís: na rua, a noite não adormece

*A noite não adormece  
nos olhos das mulheres  
a lua fêmea, semelhante nossa,  
em vigília atenta vigia  
a nossa memória.  
(Conceição Evaristo)*

Laís é uma mulher cis negra, vivendo com HIV, com menos de 30 anos. Apareceu no grupo somente no último encontro, mas tendo feito parecer que estava há bastante tempo naquele espaço, tamanha a profundidade das trocas. Foi encaminhada ao CAPS por estar em risco em outro território, trazendo com ela as marcas de violências pelas quais já passou e ainda passa.

Da sua história, iniciou contando das dificuldades e estigmatização que tem sofrido e vivenciado, sendo novo para ela estar em situação de rua. Junto com Rochele, Keila, Dandara, mulheres trans negras; Adriana, mulher cis branca; Sandra e Karen, mulheres cis negras; falou sobre as várias situações em que se sentiu vulnerável.

À noite, segundo ela, é ainda mais tenso. *A situação de não conseguir dormir na rua, pois o medo é justamente isso, de alguém chegar pra ti e dizer ‘não, pode ficar comigo que eu vou te proteger’, mas, se vai proteger, acaba fazendo algo, sabe? Neste tempo em que eu fiquei na rua, entre duas a três semanas, eu fiquei em casa*

*de pessoas, amigos e conhecidos. Quando parou a oportunidade de ficar na casa das pessoas, eu tive que ir pra rua.*

Laís narrou essa cena de forma tão vívida que eu me emocionei com os seus relatos, como se estivesse vivenciando junto. Talvez seja pelo fato de ser mulher e de já ter passado pela condição do medo da violência sexual, embora ocupe lugar de privilégio em relação às oportunidades e à minha própria branquitude. Ela contou ter parado em frente a uma loja que tinha câmeras, quando chegou um homem convidando-a para ficar, pois aquele ali seria *o ponto dele*. Laís resistiu, mas acabou ficando, sem conseguir dormir, com muito pavor de sofrer uma violência sexual. *Acabei ficando, mas com medo. Bah, o cara tá me forçando a ficar aqui com ele. E eu não consegui dormir, um frio, frio, que nem a chuva que tá dando agora, e eu assim, encolhida. E ele dizia 'chega mais perto'. E eu dizia não, tô bem aqui, mas eu apavorada [...].*

Bem próximo aos relatos que Laís traz quando fala de sua experiência de dormir na rua e das violências de gênero, Luana Malheiro (2020) narra uma passagem de uma usuária sobre sua estratégia para sobreviver às ruas: *“para ser respeitada, ou anda armada, ou anda com um homem ao lado”* (Malheiro, 2020 p. 77). Acontece que esse homem que protege é o mesmo que, muitas vezes, também violenta, fazendo com que as mulheres em situação de rua encontrem dificuldades em sustentar outras formas de relação. Afinal, ao menos a violência vinda de quem elas conhecem pode ser mais previsível e mais possível de se desvencilhar.

A violência de gênero é algo sempre vivo para Laís - uma violência que aparece na rua, mas carrega marcas da relação com sua família e com o seu ex-companheiro. Laís falou-nos desse modo de subjetivação que se constitui a partir de experiências de agressão travestidas de cuidado:

*Eu já ouvi: eu te amo e por isso eu te bato. Eu fico pensando, pô, então quem ama precisa fazer o outro sentir dor pra dizer que ama? Eu preciso te machucar pra dizer que tô te amando? Eu tô te ensinando na dor. Que nem minha mãe dizia: 'Eu bato em ti pra que os outros não te batam na rua'. [...] Ela foi criada assim. Ela foi adotada e a família adotiva dela era muito rígida. E ela achava que aquilo era o padrão de educação. De tu olhar pra criança e a criança já se travar. Mas não era, era uma pressão, era uma coisa que tu chegava a ficar sem ar, sabe? Não era uma infância saudável. Era uma coisa que escutava um grito e já olhava pro lado, ferrou.*

*[...] Eu dormia com três calças, porque de noite meu padrasto me pegava pra me bater. Meu padrasto era alcoólatra e chegava em casa e descontava em mim. Aí minha mãe tentava pegar ele, e ele fugia, mas já tinha me batido horrores. Às vezes eu ia toda roxa pra casa da minha tia e o que mais me doía era que eu dizia pra minha mãe: 'Por que tu não acaba com uma pessoa que bate num filho teu, sendo que ele não é nem o meu pai?' E eu não entendia o porquê. Até hoje eu não entendo, mas acho que cada um tem suas razões, e eu não vou criticar ela. [...] Mas acho que ela foi um pouco conivente com as injustiças que eu tava sofrendo dentro de casa.*

Laís falou de sua relação com a mãe e do sentimento por tê-la perdido recentemente. Comentou, de forma muito breve, ter uma filha, que não está sob sua guarda. Disse ter precisado da ajuda do CREAS em algum momento. Também falou sobre a relação difícil com seus familiares após o falecimento da mãe, tendo como referência uma irmã, a qual não tem conseguido acessar muito.

Em algum momento da Roda, Olívia demarcou que essa violência toda compartilhada no grupo tem um nome: *Misoginia*.*[...] E às vezes pode ser sutil [...] Pode ser te objetificar, ficar olhando pro teu corpo, ou te tratar como se tu não tivesse entendido algo que tu entendeu, pressupondo que a mulher é burra, que a mulher é ingênua, que a mulher é um objeto sexual.*

Ao refletirem sobre todas essas formas de agressão, da relação com o uso de drogas, das barreiras de acesso e do acolhimento no CAPS, Laís, junto a outras usuárias, problematizaram a percepção de que a maior parte dos usuários que frequentavam o CAPS AD eram homens. *Eu não sei por que a maioria dos usuários são homens, acho que pra eles é mais fácil, pois a maioria das mulheres têm que abrir mão de muitas coisas, têm que arrumar a casa, alguém para cuidar dos filhos pra poder vir [...]. Muitas vezes a família também não concorda que fale sobre os usos.*

A respeito do acompanhamento no CAPS, Laís comentou que já passou pela sensação de não se sentir à vontade por saber que tem mais homens do que mulheres. *Tu já pensa: 'eu vou me sentir deslocada' [...] Acho que as mulheres pensam: 'ah, eu vou lá, não vou me sentir bem, como é que vou falar as coisas na frente das pessoas. Será que quem vai me atender é um enfermeiro ou uma enfermeira?' Sabe, eu já passei dessa fase de ter vergonha de coisas que eu não falo pra um enfermeiro. Mas quando eu cheguei, eu ficava assim, sabe? Eu pensava,*

*mas eu queria falar tal coisa e não vou conseguir falar com ele, entendeu? Meu psiquiatra era um homem. Eu me dava bem com ele, só que tem coisas que fica mais chato de falar, mas aos poucos eu fui pegando a confiança no pessoal.*

Pierry, Tassinary *et al* (2021) analisam a perspectiva das mulheres em um CAPS AD em um município do interior do Rio Grande do Sul, com base em entrevistas com 14 mulheres que fazem acompanhamento no serviço. A vergonha e os sentimentos autodepreciativos aparecem como barreiras para a busca por tratamento, por se tratar de um espaço majoritariamente masculino, além de toda a carga de estigmatização presente na sociedade, que afeta “a autoestima e a autoimagem da mulher” (p. 06) que faz uso de substâncias psicoativas. Um dos direcionamentos apontados no artigo é que receber acolhimento no momento inicial de acesso ao CAPS por profissional feminina pode auxiliar no processo de identificação com o serviço.

As mulheres vivenciam situações de constrangimento diante de um ambiente marcado pela hegemonia masculina, mas, ainda assim, veem o Caps-AD como um lugar de apoio. O atendimento por profissionais mulheres foi reconhecido nesta pesquisa como estratégia que pode favorecer o acolhimento e vinculação ao tratamento (Pierry; Tassinary *et al*, 2021, p. 10).

Oliveira (2019) também relata as dificuldades que se apresentam no encontro do CAPS AD com as mulheres que fazem uso de álcool e outras drogas. Segundo a autora, muitas usuárias que sofreram ou sofrem violência por parte dos homens têm dificuldades de compartilhar essas experiências em grupos ou oficinas, pois podem personificar a figura dos abusadores ou agressores nos demais usuários homens participantes. Algumas mulheres, após enfrentarem barreiras de acesso para chegar ao CAPS, são inseridas em espaços de grupalidade, mas não conseguem sustentar suas presenças nesses grupos pelo fato de que a maioria participante é homem. Dessa forma, interrompem a sua participação em espaços coletivos, dando preferência aos espaços individuais de escuta, onde se sentem melhor acolhidas. Isto se torna problemático, pois fortalece o processo de ambulatorização do CAPS, que se propõe a uma outra lógica de cuidado e de clínica ampliada.

Contudo, e essa é outra questão colocada por Oliveira (2019), não necessariamente uma mulher se sentirá melhor acolhida pelo fato de ser escutada por outra mulher, sobretudo se a mulher usuária for negra e a mulher trabalhadora for branca, atravessada pela branquitude e por referenciais teóricos, sobretudo,

colonizadores. Grada Kilomba (2020) traz grandes contribuições para a compreensão da interseccionalidade entre raça e gênero. Ela refere que, em algumas teorias feministas, ao conceituar o gênero como única forma de opressão, é ignorado o fato de que as mulheres negras sofrem tanto com formas institucionalizadas de sexismo, ao serem oprimidas por homens, quanto por racismo, tanto de homens quanto de mulheres brancas. Por isso, a autora defende que raça e gênero são inseparáveis. Kilomba refere que as mulheres negras habitam um “espaço vazio”. É um espaço que se sobrepõe às margens da “raça” e do “gênero”, que seria como um “terceiro espaço”, já que as mulheres negras carregam esse duplo fardo, raça e gênero - ou triplo fardo: racismo, sexismo e lesbofobia e/ou transfobia.

Apesar de todas as marcas de violência, de branquitude e da masculinidade hegemônica que se apresentam no CAPS, a maioria afirma o serviço como espaço de cuidado e proteção, pois, como comentou Laís, *ninguém vai parar pra escutar um morador de rua na rua. [...] Aqui [no CAPS] tu chega e as pessoas não têm nojo de encostar em ti.*

Uma vez que ser atendida por uma mulher num serviço de saúde não significa ser melhor acolhida, é necessário que nós, trabalhadoras cisgênero e brancas, não nos façamos surdas pelo atravessamento da branquitude e da cisnormatividade. É necessário potencializar espaços “onde as mulheres possam compartilhar as suas vivências umas com as outras, se reconhecendo em suas alteridades” (Oliveira, 2019, p. 43).

Nesse sentido, é essencial sustentar nos CAPS AD espaços de grupalidade que realmente proporcionem relações de identificação e pertencimento, tendo em vista a importância de trocarmos e serem escutadas por outras mulheres, não somente por trabalhadoras que, em sua maioria, são brancas e cisgênero. É preciso ampliar espaços para trocar sobre identidade de gênero, violências, trabalho sexual, masculinidade tóxica, HIV, racismo. Questões que aparecem pouco nas pesquisas GAM, mas que, com sua metodologia e ferramentas, têm potencial para serem trabalhadas de forma mais horizontal e menos prescritiva. Na defesa da construção de coletivos como esse, Itauane Oliveira deixa alguns vestígios:

[...] muitas vezes quando a minha branquitude me fazia surda, ou paralisada, frente à narrativa de algumas das mulheres do grupo, a fala de alguma outra participante me irrompia e me chamava para a

responsabilidade de pensar não só sobre a minha escuta, mas também sobre o lugar que ocupo no mundo (Oliveira, 2019, p. 34).

Após o término dos grupos-intervenção, segui encontrando Laís em outro CAPS, embora não tenhamos conseguido nos falar tanto. Quando organizamos o grupo para restituir as narrativas, ela estava no CAPS AD IV, mas não quis participar. A equipe disse que ela estava mais afastada, sem desejo de participar dos grupos e buscando o CAPS em momentos de maior necessidade, embora se mantivesse naquele território. Então, deixei a narrativa com a equipe e combinamos que a enfermeira que era sua terapeuta de referência iria ler com Laís em um atendimento, quando sentisse abertura para isso. Dois dias depois, a enfermeira me escreveu contando que havia feito a leitura e que Laís ficou muito emocionada: *Eu não sabia que vocês me enxergavam*. Ainda, a enfermeira perguntou como ela gostaria de ser chamada nas narrativas. Ela escolheu que fosse seu próprio nome.

### 7.3 Tatikiti: uma paixão química

*Viver passou a ser uma questão de evitar a dor a qualquer custo. Numa espécie de encarceramento voluntário, você vai sendo acossado dia após dia pelo medo do desconforto.*  
(Jeferson Tenório, em *O avesso da pele*)

O encontro com Tatikiti, como ela escolheu ser nomeada nas narrativas, reverberou em mim uma série de afetos e memórias, que me fizeram parar, em alguns momentos, após os grupos e durante a transcrição, para respirar e elaborar. Tatikiti é uma mulher cis branca, que passou a frequentar o CAPS por causa de sua relação com o medicamento. Iniciou sua participação a partir do terceiro grupo, quando trabalhamos com a caixa dos prazeres. Suas primeiras palavras já anunciaram sua relação tão visceral. *Remédio, porque eu sou viciada em ritalina. Eu tomo trinta comprimidos se deixar, porque pra mim a ritalina me dá um prazer assim..., é uma felicidade assim que não tem noção... pra mim é uma felicidade tomar. É uma relação de amor também.*

Contou ter chegado a tomar em torno de 30 comprimidos por dia, chegando a ficar totalmente sem sentido. *Quando eu tô com recaída de uso de ritalina, eu tomo tanta ritalina que eu chego a ficar deitada de bruços na cama, sentindo o coração, o*

*estômago, até os rins tremerem tudo por dentro na cama, que eu chego a sentir até o colchão tremendo, que nem um celular, vibrando sem parar. O corpo todo dentro, não fora, mas dentro dos órgãos, assim, tudo vibrando dentro e até o colchão tremendo assim, que nem um celular sem parar. Chego a sonhar que eu tô passando mal, chego a sonhar que eu tô internada, que eu tô morrendo, que eu tô tendo um infarto e que eu tô indo pro hospital. E chega a ser desesperador. O prazer vira desespero.*

Durante os encontros, Tatikiti compartilha não só o seu prazer com o uso, mas também os efeitos dessa intensidade. *No pós uso eu só capoto, durmo o dia todo. Depois acordo que nem ressaca de bêbada, dor de cabeça... aí começo a tomar de novo [...] Ritalina, dizem que não é para isso, mas me dá ânimo, para mim dá uma alegria, uma sensação de alegria, um bem-estar.* Essa fala fez com que outros usuários se identificassem e compartilhassem experiências com uso de crack e outras substâncias. *O Crack ele me dava alegria também, mas o pós uso é horrível... Alegria momentânea né? É o que eu tava falando... e depois do uso a pessoa fica, bah..."*

Os relatos acima, que trazem as relações estabelecidas com as substâncias, não as diferenciam como legais ou ilegais, prescritas ou proscritas. Se não citássemos o nome do objeto de uso, poderíamos ler interpretando como a mesma substância, inclusive. Porém, as políticas sobre drogas se constituem de forma que balizam, a partir de estruturantes raciais, de gênero, classe e geografia, a legalidade ou ilegalidade de cada droga, passando por interesses econômicos, políticos e/ou religiosos, definindo também qual é o padrão de normalidade aceito em nossa sociedade com relação às formas de consumo e ao acesso aos serviços. Por óbvio, esse "padrão de normalidade" será definido a partir desses marcadores de opressão para cada segmento populacional. Para Deleuze,

A lei é sempre uma composição de ilegalismos, que ela diferencia ao formalizar. Basta considerarmos o Direito das sociedades comerciais para vermos que as leis não se opõem globalmente à ilegalidade, mas que umas organizam explicitamente o meio de não cumprir as outras (Deleuze, 2005, p. 39).

No quarto encontro, em um determinado momento, Tatikiti se levanta para falar com seu médico psiquiatra. Senta-se novamente e fala com ele ali mesmo, do grupo, solicitando a renovação de sua receita. Ele diz que o medicamento só deve

ser tomado pela manhã. Ela concorda, mas diz que precisa sair com a receita para poder comprar. Começa a enaltecer o lugar da ritalina. Diz que precisa aumentar a dose, pois está tomando somente dois comprimidos e o medicamento traz alegria para sua vida. Refere que está sentindo muita tristeza. *É porque eu to passando por um momento difícil agora, por isso que veio a necessidade de tomar mais uma. Não porque... independente de querer... de se sentir bem, mais por necessidade, por estar passando por um momento difícil agora e precisar de alguma coisa pra... sabe?*

Perguntamos a ela se gostaria de falar sobre essa tristeza, ela diz que não, e isso segue acontecendo em outros momentos, demonstrando que Tatikiti não sentiu no grupo abertura suficiente para poder compartilhar essas questões. Eu afirmo a ela que não precisaria falar no grupo caso não se sentisse à vontade, mas que seria importante buscar alguém do CAPS para conversar. Apesar dessa afirmação, também me perguntava por que Tatikiti não trazia suas questões no grupo de forma espontânea e sem resistências, entendendo depois que a resistência poderia ser minha.

Ao escutar Tatikiti, eu escutava uma tia que, durante muitos anos, estabeleceu a mesma relação com este medicamento. Não sei em que momento minha tia passou a ter uma relação assim com este remédio em específico, mas o fato é que, durante minha infância e adolescência, sempre convivi com essa questão. Lembro que, em alguns momentos, ela me relatava como fazia para poder se medicar em maior dosagem, já que a tomada do medicamento estava sendo monitorada por meu tio. Me contava que costumava guardar o comprimido que ele lhe dava durante vários dias, mesmo não se sentindo bem, para tomar todos os comprimidos juntos quando tivesse algum momento específico, como uma reunião de trabalho ou uma saída em família que lhe deixasse angustiada, para que não precisasse sair.

O fato é que minha tia teve diversas tentativas de suicídio com o uso do medicamento, tendo sido internada em hospital psiquiátrico inúmeras vezes, nunca tendo tido a experiência de cuidado em um CAPS. Lembro, nitidamente, do dia em que ela saiu de sua última internação. Eu havia ido em uma festa e iria dormir em Porto Alegre, no apartamento de minha prima, pois, na época, ainda morava em São Leopoldo. Quando cheguei da festa, por volta de 4 horas da manhã, minha tia estava lá, acordada, querendo saber como havia sido a nossa noite. Conversamos animadas, eu, sobre a noite que tinha tido, e ela, sobre sua internação. Tínhamos

essa troca afetiva e confidente, que fazia com que eu pudesse compartilhar muitas coisas da minha vida com minhas tias, mais do que com minha mãe, e acho que ela mantinha o mesmo. Ela dizia que havia feito amizades no hospital, que estava feliz e que havia combinado de seguir encontrando essas pessoas. Uma alegria um pouco desconcertada, pensei no momento, sem saber muito bem o porquê. Dias depois, nos encontramos novamente, já na sua cidade, do interior do Rio Grande do Sul. Eu precisava entregar a ela uma chave e, quando a entreguei, logo comentei que suas unhas estavam compridas. Ela disse que sim, que estava feliz e que havia parado de roê-las. Falei o quanto ela estava bonita. Nos abraçamos. Nos despedimos. Dias depois, recebi de outra tia uma ligação com a notícia de seu falecimento.

Sobre Tatikiti, dificilmente em sua fala trouxe algo não relacionado à ritalina, seja para falar do excesso, seja para falar da falta. Em um determinado encontro, perguntei em que momento Tatikiti passou a ter outra relação com o medicamento.

*É que foi um erro médico. Porque eu tinha perdido o meu pai e eu já sofria de depressão. E, quando meu pai morreu, minha depressão piorou, e eu tava fazendo estágio na época e eu não tava conseguindo me concentrar, eu tava mal. Aí eu disse pra psiquiatra, porque tava fazendo acompanhamento psiquiátrico, que eu não tava conseguindo me concentrar no serviço, que eu tava mal, que eu não tava conseguindo me focar, que tava cometendo muito erro por desatenção - e era verdade isso. Aí ela pegou e deu ritalina pra melhorar esse foco, pra eu conseguir me focar. Aí, quando eu tomei a primeira pílula, no dia que eu tomei a primeira pílula antes do serviço, me subiu uma alegria, uma felicidade que eu nunca senti com nenhum antidepressivo, e eu já tinha tomado vários e nenhum fazia efeito. Mas quando eu tomei aquilo foi uma euforia assim, parecia que tavam saindo todos aqueles problemas, toda aquela tristeza da perda do meu pai, parecia que tava saindo tudo ali, naquela hora, sabe, evaporando assim, de uma vez só... tirando com a mão. Aí eu me viciiei. Depois disso fui só aumentando, fui passando pra duas, pra quatro e foi. Até chegar a 30 num dia e chegar a mais de 30, como foi a overdose que eu tive um dia.*

O relato de Tatikiti me convocava a refletir sobre como teria sido o relato de minha tia, caso eu lhe perguntasse em que momento ela passou a ter essa relação com o medicamento, mas também trazia toda a carga sobre o imperativo

contemporâneo de consumo, de felicidade e de gozo, bem como a prescrição de medicamentos para tamponamento dos afetos. Acreditamos, em nossa cultura, ser possível viver sem dor, por isso produzimos poucos espaços e modos de sofrer, trazendo uma falsa ideia de que bem-estar é estar livre da subjetividade. Não era Tatikiti somente que não estava conseguindo suportar vivenciar o luto – se fosse somente ela, estaria num lugar legítimo –, mas a sociedade, que não suporta ver a dor do/a outro/a, com a intensa necessidade de seguir produzindo, mesmo em meio a uma perda intensa; e também os/as próprios/as profissionais da saúde, pela dificuldade em suportar escutar essa dor, sendo mais fácil medicalizá-la.

A partir dessa virada, Tatikiti passa a ter uma relação visceral com o uso como um efeito iatrogênico, como abordado por Illich, quando o sofrimento humano é transformado em um problema médico, comprometendo a possibilidade das pessoas de vivenciarem suas dores, lutos, enfermidades, como já explicitado no Capítulo 3 (Illich, apud Gaudenzi e Ortega, 2012).

A relação de Tatikiti com essa substância também convoca a pensar sobre esse lugar que a droga pode ocupar em nossa vida, podendo estar tanto como objeto de prazer, quanto como objeto de necessidade. Sendo objeto de prazer, o sujeito consegue se relacionar com a droga de uma maneira em que ela não é colocada como o centro de sua vida. O objeto de prazer, inclusive, pode ser substituído por outro objeto de desejo, pois o sujeito faz o uso de drogas, sem que, com isto, ela tome um espaço e um lugar de falta em sua vida (KEHL, 2005). Ampliando a noção desse objeto droga, ele poderia ser o pandeiro ou o chocolate, que Tatikiti escolheu na Caixa de prazeres, ou simplesmente a dose de álcool, o uso eventual de maconha, sem que este uso cause problemas nas relações interpessoais.

Já objetos de necessidade, como a ritalina é percebida por Tatikiti, transformam-se em imperativos para viver. Sujeitos que estabeleceram uma relação assim com a droga, que os leva a um ponto extremo, apresentam uma posição de grande ambivalência, pois a droga é, ao mesmo tempo, fonte de prazer e alívio das tensões e de dependência e sofrimento (Ribeiro, 1999). Somos todos faltantes de alguma coisa, “só que na necessidade imperativa da droga, esse sujeito perdeu a via de acesso ao desejo” (Kehl, 2005).

Apesar disso, ao mesmo tempo que Tatikiti fala de todas essas intensidades, também reforça o lugar do CAPS como referência de cuidado e redução de danos.

Ela explicava, em um dos encontros, que fazia medicação assistida no serviço, pois, se dependesse somente dela, era possível que usasse os mais de trinta comprimidos num único dia. Fazendo o acompanhamento no CAPS, conseguia tomar *apenas* três comprimidos por dia. *Mas eu também tenho recaída, porque, às vezes, quando eu recebo, eu fico tão fissurada, porque eu tenho muita fissura, eu sou muito viciada nesse remédio, e aí às vezes eu acabo comprando sem receita logo que eu recebo. Porque aí eu tenho dinheiro e compro sem receita. e acabo tomando, tendo recaída em casa. Aí eu tomo trinta num dia e fico a semana inteira tomando trinta comprimidos num dia até acabar todo o dinheiro. Aí não tem mais dinheiro e eu volto pro PMO (Programa de Medicação Orientada realizado no CAPS, preconizado pela Portaria 3588/2017<sup>27</sup>, que estabelece os parâmetros e diretrizes do CAPS AD IV)*”.

Para Tatikiti, a oferta do PMO é a efetivação da estratégia da redução de danos e do fortalecimento de vínculo com a usuária, considerando que o serviço tem conseguido sustentar um cuidado diário com a mesma, algo muito distante do que foi ofertado para minha tia: como as inúmeras internações psiquiátricas, apenas equipamentos baseados na abstinência total e no enclausuramento.

Os dados do “III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira” (Bastos *et al*, 2027) demonstram os efeitos do processo de medicalização no corpo das mulheres. Estas fazem mais frequentemente uso de medicamentos de forma não-prescrita (4,0% nos últimos 12 meses e 1,5% nos últimos 30 dias) do que os homens (2,0% nos últimos 12 meses e 0,7% nos últimos 30 dias), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Além disso, as mulheres representam cerca de 45-49% de usuários/as de anfetaminas e de usuários/as não medicinais de estimulantes farmacêuticos, opióides farmacêuticos, sedativos e tranquilizantes.

A inclusão da oferta de medicação assistida no projeto terapêutico singular de Tatikiti pode ser considerada próxima às experiências das estratégias de redução de danos a partir da sala segura de uso de drogas, existentes em alguns países, como França, Portugal, Espanha e Holanda. Por conta de questões relacionadas à moralidade em torno das discussões da legalidade e ilegalidade das substâncias, fazer oferta de sala de uso seguro para as drogas ilícitas em um serviço do tipo CAPS

---

<sup>27</sup> A referida Portaria foi revogada pela Portaria GM/MS 757, em 21 de junho de 2023, mantendo-se o custeio dos serviços até o lançamento de outra normativa substituta

poderia suscitar muitas disputas dicotômicas, embora, ao mesmo tempo, pudesse ser uma forma de ampliação de acesso. As salas de uso são instalações onde pessoas (geralmente, em situação de rua) que possuem relação de dependência com as drogas podem usar suas substâncias de forma segura, em ambiente mais calmo, seguro, higiênico e sem julgamento ou punição. Elas buscam reduzir os danos à saúde e à sociedade relacionados ao uso de drogas, disponibilizando um espaço onde as pessoas podem levar suas drogas ilícitas para usar, já que as drogas não são fornecidas<sup>28</sup>.

Por mais que Tatikiti tenha participado de praticamente todos os encontros, não foi possível seguir trabalhando com ela a sua relação com o medicamento, pois a mesma foi chamada antes do término das últimas quatro Rodas de Conversa, já que tinha agendamento de acompanhamento com o seu terapeuta de referência no mesmo horário. Mas ela nos deu pistas sobre alguns fios possíveis para conectá-la a outras paixões, outros repertórios de potência de vida no grupo com a Caixa de Prazeres, já que a medicação não foi sua única escolha. *Chocolate, que é uma coisa que eu sempre gostei desde pequena... tem gostinho bom, é doce... Eu gosto de chocolate. E música, que é uma coisa que eu sempre gostei desde criança e também instrumento musical, que é uma coisa que eu sempre quis aprender a tocar. E gosto de um instrumento, já toquei pandeiro nos grupos aqui e gostei e eu queria aprender algum instrumento. Acho legal...*

Em Paixões e Químicas, Sandra Torossian (2017) faz um paralelo entre as paixões e o consumo: nos apaixonamos por pessoas, trabalho, militância, pelo esporte, bem como nos apaixonamos também pelo que conseguimos consumir, como fármacos e outras drogas. Da relação que estabelecemos com nossas paixões, podemos nos colocar de diferentes modos: um ficar eventual, habitual ou constante. E qualquer uma dessas relações pode ser remédio e veneno. Um amor pode ser a cura para a depressão, ao mesmo tempo que pode se tornar uma relação tóxica, inclusive. Assim como as paixões químicas. Mas, se “um amor só se cura com outro amor”, Torossian pergunta: por que, com as “paixões químicas”, as propostas vão essencialmente na direção das restrições, com projetos terapêuticos voltados à abstinência, internação e segregação em comunidades terapêuticas? “Do mesmo modo que um amor se cura com outro, a saída para as paixões químicas

---

<sup>28</sup> Disponível em: <https://www.rafaelarigoni.com/pt-br/2020/11/26/salas-de-uso-de-substancias/>

está na criação de outras relações passionais. E não na limitação das possibilidades de se apaixonar” (p. 371).

Quando retomamos o encontro com Tatikiti, quatro meses depois do encerramento dos grupos, para restituir-lhe as narrativas, as primeiras palavras que ela verbalizou após o término da leitura foram: *Eu queria aprender a tocar bateria. Parece que se tu fica batendo, se desestressa, coloca pra fora aquilo que tu tá sentindo*. Tatikiti estava visivelmente abatida e com semblante triste. Comentou ter se distanciado do CAPS e não estar conseguindo participar dos grupos, pois não se sentia à vontade com alguns trabalhadores homens, corroborando as questões colocadas por Laís. Também foi tirada do PMO, fazendo com que ela voltasse a não ter mais controle sobre a quantidade de seu uso. Ao escutar sua história, disse sentir uma tristeza. Fazia pensar em outros desejos que gostaria de retomar, mas não conseguia por falta de recursos, como a natação. Com a ajuda de Rochele, fomos pensando juntas em alternativas para que Tatikiti se reencontrasse com possibilidades de prazer, a partir de ofertas de oficinas de músicas no CAPS ou outros espaços da rede. A escolha de como gostaria de ser nomeada foi a partir da possibilidade de voltar a brincar. *Tem que ser nome sério ou pode ser apelido?* Escreveu em um papel seu codinome e me entregou.

#### 7.4 Karen: A rua e o contexto do trabalho sexual

*ser vítima de abuso na infância foi a experiência mais confusa da minha vida. aprender o que era sexo sem ter nenhuma referência ferrou com a minha cabeça de formas que eu mal consigo entender. ter um orgasmo tão cedo. ter a vida colocada em risco. ser aberta à força. levar mordida, cuspidas. virar mulher aos quatro anos de idade. conhecer o medo de perto. sentir o medo fungar no pescoço. ficar anestesiada. imóvel. inerte. de repente ter em mim toda vergonha do mundo*  
(Rupi Kaur)

*‘Ei, tu faz programa?’, quer dizer que toda mulher que mora na rua faz programa? [...] é como se pudessem te usar de qualquer jeito, porque tu não tem recurso; como se fosse um pedaço de carne, literalmente.*

“A carne mais barata é a carne negra”, já dizia Elza Soares, como forma de metaforizar o efeito do racismo sobre os corpos negros. Quando Laís se compara a

um pedaço de carne, ela não está falando somente do efeito do racismo, mas da conjugação deste com o sexismo, como Kilomba apresenta como racismo genderizado:

“Raça” não pode ser separada do gênero nem o gênero pode ser separado da “raça”. A experiência envolve ambos porque construções racistas baseiam-se em papéis de gênero e vice-versa, e gênero tem um impacto na construção de “raça” e na experiência do racismo. O mito da mulher negra disponível, o homem negro infantilizado, a mulher muçulmana oprimida, o homem muçulmano agressivo, bem como o mito da mulher branca emancipada ou do homem branco liberal são exemplos de como as construções de gênero e de “raça” interagem (Kilomba, 2020, p. 94).

Karen, ao escutar sobre a questão do trabalho sexual, argumentou: *Eu não tenho vergonha. Eu fui garota de programa faz uma carinha, faz bastante tempo até. Aí eles falavam assim: ‘uma menina tão bonita que faz programa, isso é pecado’. Como pecado, já que não é todo mundo que escolhe o que fazer?*

Você tem toda razão, Karen, não é todo mundo que pode escolher o que fazer. Ainda menos quando se é violentada. Ainda menos aos dois anos de idade. Karen contou ter sido estuprada nessa idade por um tio. Nesse momento, o grupo paralisou: *um bebê, coitada, que forte. Que forte!* Meu filho tem quatro anos, e eu não consigo imaginar ele passando por isso. Mas ele é menino e é branco, fatores determinantes para livrá-lo de grande porcentagem de riscos de violência. O meu trabalho, como mãe, é de formá-lo para que ele não as exerça.

Pelo relato de Karen, o trabalho sexual não foi uma escolha, mas a marca perpetuada de uma violência sofrida desde os seus dois anos de idade, quando ainda era bebê, e das tantas formas de sobrevivência ou de violações pelas quais o corpo da mulher passa nessa relação com o machismo, com a rua e com os usos de drogas. Karen comentou que, automaticamente, as pessoas pensam que uma mulher que faz uso de drogas na rua precisa “fazer programa” para sustentar o uso, ampliando outras formas de preconceito, algo que ela diz não criticar, pois as pessoas podem fazer o que quiserem com seus corpos.

Segundo Malheiro (2020), o consenso encontrado de que a entrada na prostituição seria para sustentar o vício é refutado e problematizado pelas participantes de sua pesquisa. O trabalho sexual, para elas, tem relação com as inúmeras experiências de estupros e violências sexuais, como a que relata Karen, fazendo com que elas “descuidem do corpo” (p. 310). Talvez, o que a autora queira dizer com “descuido” seja que as mulheres, ao passarem por tantas experiências de

violências sexuais, acabem naturalizando o não consentimento na exploração dos seus corpos.

Já Adriana, também participante do grupo, traz outra relação com o trabalho sexual. *Eu sou mais do sexo. E ganho dinheiro à vontade. É só dar uma voltinha aí e eu ganho. Mas pra mim é muito difícil lidar com dinheiro. Aí, o que eu faço, vou direto pra casa. Nem passo na venda pra comprar cigarro. Vou lá pra minha filha, 'oh, filha, compra um cigarro pra mim', e fico dentro de casa.*

O conceito de prostituição como um trabalho carrega polarizações dentro das perspectivas feministas. De um lado, as feministas radicais, ditas *radfem*, condenariam o trabalho sexual, alicerçadas pela perspectiva de que ele só ocorre a partir da exploração do corpo, da objetificação da mulher e da manutenção dos interesses do patriarcado, produzindo marcas de violências contra as mulheres (Sulz; Cardoso, 2019). *Radfem* é uma expressão utilizada dentro do movimento feminista, por mulheres reconhecidas e autorreconhecidas como “radicais” - um movimento advindo da “segunda onda do feminismo”, do início dos anos 1960 ao final da década de 1990, que tem como princípio o enfrentamento à supremacia masculina (Sulz; Cardoso, 2019). “Ser ‘radical’ significa, para essa corrente feminista, identificar e, em seguida, extirpar as raízes do sistema opressor, para que este seja destruído em sua totalidade” (Cyrino, 2023, p. 3). Tal vertente feminista traz muitas contradições, pois carrega em seu discurso marcas transexcludentes, defendendo uma versão biologizante e essencialista acerca da constituição da mulher e da opressão às mesmas.

Alguns feminismos, e também a maioria dos setores da sociedade, especialmente os mais conservadores, consideram que a prostituição é o ato indigno de vender o próprio corpo. Nós, trabalhadoras e trabalhadores sexuais, a consideramos uma prestação de serviços (Prada, 2018, p. 45).

De outro lado, as feministas liberais defendem que o exercício do trabalho sexual é uma escolha, já que o corpo da mulher pertence a ela mesma e, portanto, poderá dispor dele como lhe convier, sendo livre, inclusive, para cobrar por sexo. Afinal, “meu corpo, minhas regras”. Porém para as trabalhadoras do sexo, essa máxima tem um peso diferente do que para as mulheres que não precisam cobrar por sexo. É preciso lembrar do óbvio, de que, na prostituição, há um serviço a ser ofertado, o serviço sexual, e o contratante do mesmo é, geralmente, um homem

conservador e machista, como a maioria dos homens. Dessa forma, a máxima transgressão possível é justamente a de cobrar pelo sexo (Prada, 2018).

Silvia Federici, em *Calibã e a Bruxa* (2017), refere que são três os trabalhos que se exige das mulheres sem que nada se pague por eles: o trabalho doméstico, o trabalho reprodutivo e o trabalho sexual. Assim, Prada faz uma provocação de que, ao colocar um preço no trabalho sexual que executa, a trabalhadora sexual pode, em certo sentido, estar subvertendo a lógica - e justamente por isso precise ser brutalmente perseguida. Entretanto, é preciso lembrar que a prostituta é uma mulher igual às outras, estando inserida no mesmo contexto de exploração e opressões de todas as mulheres. “Nesse sentido, o feminismo é importante: ele empodera essa mulher, que existe para além de seu trabalho” (Prada, 2018, p. 72).

A própria denominação para designar as pessoas que realizam trabalho sexual é alvo de constante disputa, e os espaços políticos desse segmento, como a Rede Brasileira de Prostitutas e a Central Única de Trabalhadoras e Trabalhadores Sexuais (CUTS), não têm consenso sobre isso. Monique Prada se interessa mais pelo termo “trabalhadora sexual” para definir a atividade que exerce, por considerá-lo importante politicamente, pois demarca que “trabalho sexual é trabalho” (Prada, 2018, p. 55).

De modo reto e descomplicado, podemos dizer que a prostituição consiste no ato, por pessoas adultas e em condições de consentir, de trocar sexo por dinheiro ou outros bens, de modo regular ou ocasional. É basicamente uma prestação de serviços. As pessoas - homens ou mulheres, cisgêneras ou transgêneras - podem se envolver em trabalho sexual por diversos motivos (Prada, 2018, p. 50).

No Brasil, a atividade do trabalho sexual foi incluída entre as profissões na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) no começo do século XXI. Pela legislação brasileira, este trabalho não pode ser exercido por pessoas com menos de 18 anos ou por pessoas maiores de 18 que estiverem sob coação ou ameaça. Nesse sentido, trabalho sexual só se refere a adultos que tenham condições de discernir sobre seus atos, de forma consciente e consensual, não cabendo aqui a terminologia “prostituição infantil”, pois isto, na verdade, configura exploração sexual. “Trabalho sexual é trabalho. Exploração sexual, estupro e tráfico de pessoas são crimes - e não trabalho” (Prada, 2018, p. 58).

Monique Prada remonta falas dessa vertente do feminismo liberal de que o trabalho sexual seja empoderador, dizendo não ser uma linha que a represente, já

que considera que “nenhum trabalho exercido em nossa sociedade e, em especial, nenhum trabalho precário exercido por mulheres de baixa escolaridade e classe social possa realmente ser considerado emancipador ou emancipatório” (Prada, 2018, p. 58). O que ela traz é que a prostituição tem sido um trabalho possível para um grande número de pessoas pelas quais ela passou, sendo a maioria “mulheres (cisgêneras, transgêneras, travestis) pobres que buscam alternativas para sobreviver, sustentar uma família, ter vidas um pouco menos precárias e alcançar alguma mobilidade social” (Prada, 2018, p. 59).

Muitas de nós, mulheres cisgêneras, acabamos por ter no trabalho sexual a única (ou última) alternativa para fugir da fome e da miséria. É por isso que banir o trabalho sexual da face da Terra é uma péssima ideia: seguiríamos expostas às mesmas necessidades e nossa única ou melhor alternativa laboral estaria extinta. Nossa luta, neste sentido, deve continuar sendo para acabar com a pobreza no mundo (Prada, 2018, p. 60).

Entre as mulheres trans e travestis, a situação é ainda mais complexa. A maioria, segundo Prada (2018), é expulsa de casa pelas famílias bem cedo, como foi o caso de Rochele, assim como são rejeitadas pelo mercado de trabalho formal. O mercado de trabalho dito formal não se encaixa para a maioria delas, quando abre vagas de emprego solicitando “boa aparência”, expressão que se traduz em transfobia e racismo, na grande maioria das vezes.

Assim, entre elas, o trabalho sexual é quase sempre compulsório, mesmo sendo reconhecido por algumas travestis como um espaço de construção de afetos e de reconhecimento de identidade, já que são aceitas por seus corpos e nomes sociais sem precisar de legislação específica. Ainda assim, enquanto as mulheres cisgêneras têm espaços para exercer o trabalho sexual em casas noturnas, boates ou mesmo na internet, às mulheres trans e travestis sobra, prioritariamente, o trabalho da rua, que amplia ainda mais suscetibilidades e possibilidades de violências.

Então, o debate que importa aqui é se a inserção no trabalho sexual foi realmente realizada por uma escolha, como aparece na fala de Adriana - ou uma imposição da vida, onde caberiam decisões a partir de contextos de violência - como sinaliza a fala de Karen.

O estudo transversal sobre vigilância biológica e comportamentos de trabalhadoras do sexo, encomendado pelo Ministério da Saúde e realizado no ano

de 2016 em 12 capitais brasileiras, demonstra que a vulnerabilidade das mulheres trabalhadoras do sexo “aumenta de acordo com as características sociodemográficas, o tempo de exercício da profissão, o local de trabalho e o uso de álcool e drogas” (Braga *et al*, 2020, p. 2). As vulnerabilidades vivenciadas pelas trabalhadoras do sexo têm relação com as prevalências de HIV, conforme mostram os dados.

A pesquisa teve amostra de 4.328 trabalhadoras do sexo e demonstrou prevalência de HIV de 5,3%, aumentando para 8,4% entre as que fazem uso de drogas; 26,3% das entrevistadas sofreram violência sexual; destas, somente 26,5% buscaram um serviço de saúde e, dentre estas, 71,1% não fizeram uso da Profilaxia Pós-Exposição ao risco de infecção pelo HIV (PEP) (Szwarcwald *et al*, 2018), evidenciando as inúmeras barreiras de acesso e atendimentos para essa população. Além disso, as altas prevalências de HIV encontradas em territórios de extrema pobreza demonstram que o trabalho sexual realizado em pontos de rua configurou uma variável associada ao baixo grau de escolaridade, mulheres que sofreram exploração sexual na infância ou adolescência antes de se tornarem trabalhadoras sexuais, comportamentos e situações de risco e maior prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (Braga *et al*, 2020).

Também apareceram as diferenças no padrão de uso de drogas relacionadas ao local de realização da pesquisa, bem como às práticas culturais de cada cidade. Em São Paulo, observou-se alta proporção de usuárias de crack, possivelmente pela localização da unidade de saúde onde eram coletados os dados, próxima à região da cidade conhecida pejorativamente como Cracolândia, centro de concentração de usuários da droga. Em Porto Alegre, identificou-se, dentre outras drogas, maior proporção de uso de cocaína injetável comparando-se com os demais sítios de pesquisa. Tal dado corrobora as altas prevalências de HIV tanto na capital como no Estado do Rio Grande do Sul (Braga *et al*, 2020).

O estudo também evidenciou os baixos percentuais de usos de preservativos no sexo vaginal com clientes, sendo inferiores a 80% em 6 dos 12 municípios investigados. A proporção de trabalhadoras do sexo que declararam aceitar não fazer uso de preservativo por algum motivo foi superior a 50,0% em cidades de alta prevalência de HIV, demonstrando a necessidade do fortalecimento das medidas de

prevenção combinada e de conscientização do risco às infecções sexualmente transmissíveis (Braga *et al*, 2020).

Refletindo sobre esses dados relacionados às falas que aparecem nas rodas de conversa e às contribuições de Monique Prada, cabe pensar o quanto essas mulheres encontram de espaço nos serviços de saúde, sobretudo nos CAPS, para conversarem abertamente sobre essas experiências, sem receber de volta intervenções salvacionistas, carregadas da intenção de tirar todas as mulheres da condição de prostituição, como o que é professado pela vertente radical do feminismo. “O fato é que o feminismo convencional não chega no prostíbulo e, quando chega, é ou na forma de salvacionismo, ou na de discurso de ódio” (Prada, 2018, p. 68).

O que cabe aqui é refletir se o encontro com esse trabalho é realmente um fator de escolha e quais as condições de possibilidade para ampliar seu grau de autonomia, cuidado e empoderamento. Quais as contribuições da GAM e da Prevenção Combinada para ampliar essas questões nos serviços? Um dos vestígios é de que ambas preconizam o fortalecimento da autonomia, sendo que a GAM opera a partir dos dispositivos de grupalidade, potencializando, assim, espaços de maior participação, horizontalidade nas relações e cogestão dos processos de cuidado, servindo como dispositivo para maior empoderamento nas tomadas de decisões de projetos terapêuticos singulares.

Indo ao encontro da importância dos coletivos, Monique Prada coloca que o empoderamento não é uma questão individual, mas estrutural. Somente como processo coletivo ele vai se mostrar em sua potência verdadeiramente transformadora. É incentivando a autonomia umas das outras que se poderá estabelecer mudanças nas relações entre as trabalhadoras do sexo e o resto do mundo, sendo um processo potencialmente revolucionário.

Por fim, ela afirma:

Lutar por políticas públicas que garantam às mulheres mais e melhores opções de vida, lutar por equiparação salarial entre homens e mulheres e lutar por direitos das trabalhadoras sexuais não são, e não podem ser, excludentes (Prada, 2018, p. 68).

## 7.5 O (des)encontro entre Marília e Karen: maternidade e mulheres em situação de rua

*Natalina alisou carinhosamente a barriga, o filho pulou lá de dentro respondendo ao carinho. Ela sorriu feliz. Era sua quarta gravidez, e o seu primeiro filho. Só seu. De homem nenhum, de pessoa alguma. Aquele filho ela queria, os outros não. Os outros eram como se tivessem morrido pelo caminho. Foram dados logo após e antes até do nascimento. As outras barrigas ela odiara.*  
(Conceição Evaristo, em *Olhos d'Água*)

Durante a minha pesquisa de Dissertação de Mestrado, intitulada “Das rodas e dos modos de andar a redução de danos: territórios e margens de um trabalho vivo” (Adamy, 2014), tive a oportunidade de conhecer Marília. Acompanhando redutores e redutoras de danos em uma noite fria de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, chegamos a uma casa considerada abandonada pelo poder público, mas ocupada e habitada por um grupo de pessoas que faziam dali sua moradia, além de cena de uso de drogas.

*Chegamos à casa. Havia seis pessoas nesse momento, e elas vieram cumprimentar os/as redutores/as de forma muito afetiva. Minha colega e eu fomos apresentadas como trabalhadores de redução de danos de Porto Alegre. [...] A casa não tinha luz, mas havia muitas velas espalhadas. Entramos nos quartos para cumprimentar quem estava dentro e vejo que em um deles havia um balcão pintado de vermelho com uma flor de enfeite. Perguntei de quem era. A Camila, uma das moradoras, me respondeu: “não temos como saber, pois aqui aparecem coisas de todos os cantos do mundo!” Aquela flor havia sido encontrada no lixo. Ela nos conta que arruma a casa e enfeita todas as terças, quando sabe que vão receber visitas dos redutores.*

*Sentamos em uma roda em um dos quartos e começamos a conversar. Eles nos contavam como estavam e falavam de suas vidas. Deram-nos a notícia de que a Marília, que também mora na casa, mas não estava no momento, tinha ganhado nenê: trigêmeos! A Carol, redutora de danos, ficou perplexa, pois estava acompanhando a Marília para fazer pré-natal desde o momento em que ela se descobriu grávida. Ela contou que perguntavam ao médico se não eram gêmeos, pois a barriga estava realmente muito grande, mas o médico falava que não, pois as contas do tempo de gestação é que estavam erradas. Eis que chegou a Marília! Muitos a abraçaram, lhe deram até presentes. A Carol pediu que ela lhe contasse como havia sido o parto e a descoberta de serem trigêmeos. Ela e Marília lembraram da insistência do médico de que era só um, mas que, no final da gestação, Marília fez outra ecografia que mostrou dois bebês. Ela diz ter ficado muito assustada com a notícia. Vinha moderando o uso de crack, mas uns dias após ter ficado sabendo que teria gêmeos, sentiu muita dor. Não queria falar pra ninguém da dor e fumava pedra pra se anestésiar. Fumou seis pedras seguidas. Até que uma hora não aguentou e caiu.*

*Aqui há um intervalo. Marília diz que a próxima cena que vem à sua memória é a do hospital, no momento do parto. Os amigos a ajudam a complementar a história, falam que, quando ela caiu, a levaram no colo para pedir ajuda à Unidade Básica de Saúde próxima da casa, e Marília foi levada ao hospital de ambulância. Volta a cena de Marília do momento do parto. Nasceram os*

*dois bebês. O médico faz algum comentário com a enfermeira ao lado que Marília não consegue escutar. Ele se aproxima do rosto dela e diz: “você tem três bebês, tem mais um nascendo!”*

*Nenhum dos três bebês nasceu com menos de 2kg 400g. Assim que os bebês nasceram, a equipe do hospital avisou o conselheiro tutelar para garantir que as crianças ficassem abrigadas após a alta. Mas Marília se mostrava contente, pois acreditava que as crianças ficariam com um casal muito próximo a ela, e ela estava podendo vê-los todos os dias no abrigo. Conta, com um brilho intenso no olhar, que naquele dia os amamentou.*

*Em minha cabeça, vieram todas as lembranças de prescrições que fazem às mães: beba muita água, não fume, olhe para os olhos do bebê para dar de mamar, amamente no peito, enfim... Mas para Marília nada disso foi dito, pois nenhum profissional de saúde apostava que ela pudesse cuidar desses filhos, então não havia por que fazer mil recomendações, por mais prescritivas que fossem. [...] Sem precisar que perguntássemos, talvez sentindo esse ar de prescrição, Marília nos olhou e disse que não estava em uso de crack, não com a mesma intensidade. Nestes cinco dias, desde que os bebês nasceram, havia usado somente duas pedras. Dizia-nos que, se conseguisse se organizar, a família que provavelmente ficará com as crianças, deixará que Marília as visite todos os dias. (Adamy, 2014, p. 10-12)*

Essa passagem é carregada de informações e intensidades. O desfecho dessa história é o mesmo vivenciado por várias outras mulheres negras, em situação de rua ou em situação de vulnerabilidade e com relação de uso de álcool e outras drogas, as quais a sociedade não legitima no lugar de mãe: os bebês foram retirados, e Marília não teve mais contato com eles. Diferentemente do que estava sendo esperado por ela, a família que os adotou era desconhecida. E o desfecho ainda não termina aí. Após essa violência institucional, a casa onde Marília residia, que era uma casa ocupada, sofreu uma ação policial, e todas as pessoas foram retiradas, indo morar no cemitério da cidade.

Se, de um lado, temos a atuação higienista do Ministério Público, que não dá a possibilidade dessas mulheres vivenciarem a maternidade pelo fato de serem estigmatizadas como incapazes de exercer o cuidado, do lado da saúde não vemos nada diferente, dadas as condições que foram ofertadas à Marília no pré-natal, desde a escuta por parte do profissional de saúde, que desconfiou sobre o seu cálculo de gestação, até a qualidade técnica em si, que vai da ausculta do coração à ecografia (Adamy, 2014). Será que uma mulher branca, que não fizesse uso de drogas, teria a mesma surpresa ao descobrir que gestava mais bebês somente ao final da gestação e no parto?

Diante de tanta violência por parte das políticas públicas a ocorrer com as mulheres gestantes que fazem uso de drogas, o trabalho da redutora de danos e do restante da equipe seguiu resistindo na aposta de produzir diferença. Colocaram-se

ao seu lado para acompanhá-la nesse momento de gestação, trabalhando a maternidade como uma via possível de retomada de projetos de vida, via que foi interrompida. O trabalho seguiu no cemitério, após a retirada dos bebês e a perda da casa. Cemitério é o lugar simbólico da morte em vida produzida pelo Estado e pela sociedade, com a necropolítica escancarada. Talvez os/as redutores/as de danos tenham sido os/as únicos representantes do poder público a que essas pessoas tiveram acesso neste lugar (Adamy, 2014).

Passados dez anos do encontro com Marília, encontro-me com Karen. Nesses dez anos, pude experienciar, desde o campo do trabalho, muitas outras situações de mulheres em situação de rua ou uso de drogas que perderam o direito de maternar. Dentro desse intervalo de tempo, há quatro anos, tornei-me mãe. Ao mesmo tempo em que não romantizo a maternidade justamente pelo fato de exercê-la, vejo-me tocada ainda mais pelas violações de direitos relacionadas às questões de gênero, raça e classe, que são o fio moral que conduzem tais violências. Do meu lugar no feminismo branco, problematizei se realmente desejava ser mãe e se isso caberia na minha vida, mas jamais passou pela minha cabeça que, ao decidir exercer a maternidade, eu correria o risco de ter meu filho retirado de mim.

Com relação a Karen, ela é uma mulher cis negra, tem 28 anos, vive com HIV e faz uso de crack desde os 13 anos. Participou somente do último encontro, parecendo, num primeiro momento, sentir uma certa desconforto, tendo saído e retornado para a roda diversas vezes, até conseguir colocar o que estava sentindo. *Faz 15 anos que eu tô sem usar [talvez se referindo a 15 dias], e sinto muita falta disso. Mas eu gostei primeiro do que fizeram, pra cuidar da minha saúde [...] e eu gostei bastante e tô tentando parar com isso, porque eu vou fazer uma nova vida pra mim. Agora eu tenho um bebê, tenho um bebezinho agora, vou me conservar. E eu gostei de vocês aqui.* Colocou as mãos na barriga para mostrar que estava gestando um bebê.

Karen, que já tinha compartilhado no grupo sobre o preconceito relacionado ao HIV, suas experiências na rua, violências e trabalho sexual, falou sobre o fio de vida em que apostava a partir da maternidade, dos planos de voltar a estudar para entender como enfrentar as violações do cotidiano. *[...] eu sou soropositivo também. E é um preconceito assim, enorme. 'Aí, tu não pode tomar nesse copo porque tá*

*passando'. O meu sonho é ser advogada. Só que eu parei na oitava série, mas eu quero estudar mais pra poder saber mais como é que se lida.*

Dessa forma, ela vai inventando para si outras possibilidades de existência, apostando nessa maternagem. Como dito anteriormente, não se trata de romantizar a maternidade, mas sim de perceber que, para muitas mulheres, a sua efetivação pode ser uma via para retomar e sustentar projetos de vida que ficaram deslocados pelas diversas vulnerabilidades experienciadas. Obviamente não é fácil essa sustentação, e por isso a importância de políticas públicas que reconheçam que o direito à vida dos bebês é da mesma ordem do direito à vida das mulheres.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Os direitos à saúde sexual e à saúde reprodutiva representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos, tal como o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, que também são considerados direitos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de profissão ou de orientação sexual. A igualdade de direitos depende do respeito às diferenças. Não existe um direito mais importante que o outro; o que existe é equidade, envolvendo o reconhecimento dos determinantes sociais que possibilitam ofertas diferenciadas para necessidades diferenciadas. Portanto, para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos (Brasil, 2013).

Considerando essa percepção e preceito, faz-se necessária abordagem sobre saúde sexual em que se considere a diversidade, as possibilidades e o desejo de cada pessoa, além das questões que envolvam a saúde reprodutiva e o direito à maternidade em relação a diferentes histórias, contextos e possibilidades. Quanto aos direitos reprodutivos, destaca-se que planejamento reprodutivo não é o mesmo que controle de natalidade e, segundo o Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (Brasil, 2013):

[...] o governo brasileiro pauta-se pelo respeito e garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e, nesse sentido, coloca-se claramente contrário a qualquer política com caráter controlista da natalidade, ou seja, que implique imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. A superação da situação de pobreza existente no País passa pela implementação de políticas que promovam o desenvolvimento sustentável e a distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes (Brasil, 2013, p. 59).

Porém, se, de um lado, o Estado, com base em suas políticas de saúde sexual e reprodutivas, faz a defesa do direito à maternidade em diferentes contextos e singularidades, de outro, é também o Estado que faz o processo inverso, a política de desmaternização das mulheres em situação de rua e/ou que fazem uso de drogas. A política de desmaternização dessas mulheres carrega em si todo o histórico do racismo estrutural, como coloca Isadora Souza, no artigo “Mulheres usuárias de drogas e o sequestro de seus filhos” (Souza, 2022). A autora refere que a criminalização das mulheres usuárias de drogas, alimentada pela violência social e econômica do colonialismo, é uma política de discriminação de gênero, reforçada ainda mais quando se refere a mulheres não brancas, pobres, grávidas ou mães.

Essa construção de desmaternização aparece desde o processo colonial e escravocrata nos países colonizadores, como o Brasil, desde o lugar em que eram colocadas as mulheres pretas escravizadas, que serviam para suprir cuidados maternos das mulheres brancas escravocratas, enquanto não lhes era dada a oportunidade de exercer os mesmos cuidados de seus próprios filhos, cujos corpos cresciam como propriedade da casa grande. Lélia Gonzales, em “Racismo e sexismo na cultura brasileira”, traz grandes contribuições para refletir sobre essa intersecção. Ela trata o racismo como sintoma da neurose cultural brasileira e situa o lugar da mãe-preta como o da mãe da cultura:

Porque a branca, na verdade, é a outra. Se assim não é, a gente pergunta: quem é que amamenta, que dá banho, que limpa cocô, que põe prá dormir, que acorda de noite prá cuidar, que ensina a falar, que conta história e por aí afora? É a mãe, não é? Pois então. Ela é a mãe nesse barato doido da cultura brasileira. Enquanto mucama, é a mulher; então “bá”, é a mãe. A branca, a chamada legítima esposa, é justamente a outra que, por impossível que pareça, só serve prá parir os filhos do senhor. Não exerce a função materna. Esta é efetuada pela negra. Por isso a “mãe preta” é a mãe (Gonzales, 1984, p. 235).

A Lei do Ventre Livre, de 1871, trazia, em seu 1º Artigo, que “os filhos de mulher escrava que nascerem no Império desde a data desta lei serão considerados de condição livre”. Com a sua promulgação, porém, assinada pela Princesa Isabel, não ocorre de fato nenhuma mudança efetiva, já que as mães dessas crianças continuariam na condição de escravizadas, procriando e oferecendo “a carne necessária para alimentar o sistema” (Bento, 2018).

Esse sistema escravocrata, que invalida o lugar de maternagem que as mulheres periféricas ocupam, continua se retroalimentando. De acordo com Souza (2022),

Muitas mulheres têm sido culpabilizadas pelos seus modos de vida, para além de todo julgamento sobre o uso de drogas, também foram julgadas pela situação de pobreza em que viviam. Nas pesquisas de Malheiro (2020) e Souza (2022), as mulheres que foram parceiras não mediram esforços para sustentar e cuidar de seus filhos. Porém, na leitura de muitos serviços, isso não era suficiente, reforçando a ideia de que as mães pretas não servem para seus filhos, mas esses filhos podem servir para as mulheres brancas e aqui, poderíamos entrar em outro debate, que diz respeito às formas de produção de adoção no Brasil (Souza, 2022, p. 5).

No livro “Drogas para Adultos”, Carl Hart (2021) aponta que existe uma crença popular sobre a exposição pré-natal às drogas, de que ela danifica inevitavelmente o cérebro dos fetos em desenvolvimento. O autor defende que é mais prejudicial para bebês serem criados sem família (em abrigo) do que terem sido expostos ao uso de drogas. Apesar disso, acompanhamos serviços da rede que sustentam a lógica do abrigo desses bebês, com justificativa mais moral do que científica. Obviamente, estamos falando de acompanhamentos de mães que desejam sustentar esse cuidado, com todo o suporte que uma rede e políticas públicas possam dar, pois nenhum serviço pactua com a exposição de riscos para uma criança. Porém, o Estado tem o dever de dar condições de possibilidades para essa efetivação do cuidado, e não simplesmente privá-las disso.

Na história de Marília, embora não tenha tido um bom desfecho na perspectiva do direito à maternidade, aparece a figura da/o agente redutora de danos nessa construção de cuidado, ajudando a costurar um cuidado onde outros serviços não chegaram. Já na história de Karen, o CAPS aparece como o lugar materializado pelo Estado para trabalhar, junto com ela, essas outras possibilidades de existência. Será que o desfecho da história de Karen será o mesmo vivenciado por Marília e por várias outras mulheres negras, em situação de rua ou em situação de vulnerabilidade e com relação ao uso de álcool e outras drogas, as quais a sociedade não legitima no lugar de mãe? Como pode o CAPS operar nessas relações e articulações intersetoriais?

## 7.6 Construções de gênero e masculinidade hegemônica

*Existirmos: a que será que se destina?*  
(Caetano Veloso)

Na construção da masculinidade hegemônica, as mulheres são sempre mais violentadas, mas os homens não passam ilesos pelas marcas dessa cultura. O Estudo Global sobre Homicídios 2023, elaborado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC, 2023), mostra que o Brasil lidera o ranking de países com mais homicídios do mundo em números absolutos. Os dados, que se referem a 2021, demonstram que o país registrou mais de 45 mil assassinatos, seguido pela Índia, (com 41.000 casos), México (35.700), Estados Unidos (22.941) e Mianmar (15.299). Do total de óbitos, os homens representam 81% das vítimas de homicídio, mas são as mulheres que têm maior probabilidade de serem mortas por seus parceiros ou parentes. Embora elas representem 19% das mortes em geral, correspondem a 54% de todos os homicídios domésticos e a 66% de todas as vítimas de homicídio por parceiro íntimo.

Mesmo com números totais já alarmantes, Cesaro *et al* (2018) reiteram que dados de morbimortalidade não podem ser deslocados de marcadores sociais que produzem hierarquias de masculinidades. Quando demonstrados somente em dados absolutos, “se apresentam insuficientes para explicar os processos de vulnerabilidade e adoecimento dos homens no planejamento de políticas públicas” (Cesaro *et al*, 2018, p. 3). É preciso compreender as diversas formas de masculinidades no contexto da historicidade e suas inter-relações, ampliando sua multiplicidade e singularidade.

Os/as autores/as citados apontam para as fragilidades da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), do Ministério da Saúde (Brasil, 2008), pois, considerando que homens, da faixa etária dos 20 aos 59 anos, estão mais sujeitos a internações e mortes devido a causas externas, principalmente homicídios, esses indicadores deveriam constituir a pauta elementar da Política. Além disso, a PNAISH se embasa nas dificuldades de acesso dos homens aos serviços de atenção básica, produzindo custos excedentes em internações hospitalares, já que se expõem mais às situações de risco para a saúde. Esse risco é tomado como algo a ser enfrentado, mas não é apresentado na Política condições

de possibilidades de promoção de saúde e prevenção para essas questões (Cesaro *et al*, 2018).

Diante de políticas universalizantes, que não se constituem a partir de marcadores sociais e de equidade, diversas feminilidades e masculinidades acabam ficando de fora, não sendo objeto de atenção para o Estado ou, quando o são, estão colocadas no modo de disciplinarização dos corpos. Dessa forma,

[...] ao longo da história, desde o homem escravizado, enquanto corpo social masculino, há uma linha condutora das masculinidades produzidas por meio da noção de raça, enquanto tática de poder no interior do dispositivo da medicalização (Cesaro *et al*, 2018, p. 3).

Dessa história, Fanon (2008) traz que “o inconsciente coletivo não depende de uma herança cerebral”: é a consequência do que ele chama de “imposição cultural irrefletida” (p. 162). Poderíamos afirmar, então, que, para Fanon, a masculinidade se constitui a partir da violência colonial. Para ele, “o colonialismo não fez outra coisa a não ser despersonalizar o colonizado. Essa despersonalização é sentida igualmente no plano coletivo, no nível das estruturas sociais” (Fanon, 2022, p. 304). Assim, a violência se manifesta como uma forma de resgatar a sua humanidade, aniquilada pelo processo de colonização e escravização. A questão é que, muitas vezes, ela se projeta para seus/suas iguais - ou na relação de gênero.

Enquanto, no patriarcado, o homem é visto como provedor, aqui a masculinidade se sustenta pela via da violência como forma de afirmação de lugar: um lugar projetado a partir do mesmo inconsciente coletivo do colonizador. Assim, as marcas de violências também se traduzem a partir das vulnerabilidades vivenciadas. E onde elas poderão ser escutadas?

Cecílio (1997), no texto "Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada", apresenta uma crítica aos modelos tradicionais de assistência à saúde, que colocam a Atenção Básica como a base de uma pirâmide, representando a "porta de entrada" para os cuidados. O autor argumenta a favor de uma subversão desse paradigma, sugerindo a adoção de um modelo circular, que reconheça como as pessoas realmente acessam os serviços de saúde, ou seja, pelo que é mais acessível a elas. Além disso, ele aponta para uma dimensão mais profunda da dificuldade dos homens em cuidar de sua própria saúde, que vai além das limitações dos serviços de Atenção Básica em visibilizar e engajar os usuários nas ações de saúde.

Na lógica das Redes de Atenção à Saúde, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é colocada como porta de entrada preferencial, mas não única, pois as pessoas irão acessar o sistema justamente por onde encontrarem mais acesso e a partir de suas demandas. O CAPS AD, como serviço de portas abertas para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, é a porta de entrada que muitos homens cisgênero encontram no sistema de saúde para o seu processo de cuidado, sendo considerado o equipamento de maior acessibilidade de muitos usuários que frequentam este serviço, inclusive com a possibilidade de ampliar o cuidado para outras questões para além da saúde mental. É a partir do CAPS que muitos usuários terão acesso às testagens de HIV e outras IST's, retomada do tratamento antirretroviral ou outros agravos, encaminhamentos para assistência social, entre outros tantos. Daí vem a importância de toda a articulação intra e intersetorial, indispensável para ampliar o acesso dessas pessoas a outras políticas públicas e à garantia de direitos.

O acesso dos homens a outros serviços das Redes de Atenção à Saúde passa por uma série de obstáculos relacionados à construção da masculinidade, que dificulta essa relação de cuidado. Dessa forma, o modelo de atenção psicossocial, proposto pela reforma psiquiátrica nos CAPS, precisa reconhecer as diferenças e iniquidades de gênero e raciais, oferecendo um espaço para falar sobre masculinidades, racismo, sexualidades, ajudando a quebrar o “silêncio dos homens”<sup>29</sup> a respeito dos seus sentimentos e, assim, desintoxicar o “tóxico” da masculinidade, dando condições de possibilidade para operar um reposicionamento desse lugar na sociedade.

As marcas de violências foram bastante presentes nas falas de participantes dos grupos. Enquanto escutavam sobre as diversas experiências de agressões que as mulheres já haviam passado, os usuários homens compartilharam esse modo de subjetivação masculina com bastante consciência. Assim Paulo resume o que a sociedade reconhece como masculinidade hegemônica: *A gente vem de uma herança ainda que o homem virava homem quando fazia duas coisas: tomava o*

---

<sup>29</sup> Produzido pelo Canal do Youtube “Papo de Homem”, o filme apresenta dados e conversas com personagens reais e especialistas ligados à saúde mental e à sociologia sobre masculinidade tóxica, que é ensinada, de forma geral, desde que pais e mães descobrem que estão grávidos de um menino. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NRom49UVXCE&list=PLV8siqRMVJ2algHcbaNPimU8Z8omJDpGN&index=1>

*primeiro trago ou quando ia no bordel. [...] Eu tomei minha primeira cerveja com 9, 10 anos. Tomei minha primeira cerveja e fiquei bêbado. A partir disso, seguiu-se um diálogo intenso de trocas sobre essas construções:*

*Luís: Pode ser pela cultura da sociedade...*

*Paulo: Estímulo da criação. Ser homem... Deixa ele beber, acho que é por aí.*

*Luís: É que o uso de drogas não deixa de ser uma violência, né? É uma violência no nosso próprio corpo, né? O homem é violento, nasceu pra ser violento, foi ensinado pra ser violento. Quando a gente usa drogas, a gente é violento com nós mesmos.*

Ernesto também compartilhou com o grupo uma cena, a partir de uma narrativa bastante forte, sobre uma experiência de violência sexual. *Eu me lembro até hoje que eu vim com uns 15 anos lá da campanha. Daí meu tio pegou, eu era pequeno, criando uns fiapos de barba ainda, aí não, tem que ir nas mulher e tal... Me levou no bordel e eu lembro que saí desesperadamente correndo a escada. Todo mundo começou a rir. Diziam, 'ah, não sei, é que ele é meio estranho'. Aí minha avó que cuidou de mim dizia que o rapaz tem que ter o tempo dele, deixa ele se descobrir. Aí eles ficavam falando as coisas assim, que eu não era homem. Imagina eu pequenininho, lá aquelas mulheres, me apavorei. Aí todo mundo me criticava. Mas pra fora é assim, fazem isso com os rapazes novinhos.*

Da mesma forma, Luiz Cecílio (2020) também narra a experiência de ter sido levado a um bordel pela “máquina familiar de controle” (p. 75), para que sua virilidade fosse testada. Ele tinha apenas 15 anos, assim como Ernesto, e nem sabia o que fazer. Foi levado ao quarto pela própria mulher, que, na saída, deu o veredito ao seu primo: “Tranquilo, é macho. Deu no couro!” (p. 76).

Cecílio conta que não conseguia ficar feliz com tudo aquilo, nem conseguia sacar que o estavam “condenando a permanecer para sempre no limbo do desejo frustrado” (Cecílio, 2020, p. 77). Depois, ao longo do tempo, foi achando o “armário” tão acolhedor, que imaginava ser o seu melhor lugar no mundo. Os efeitos dessa violência foram longos, e ele demorou muitos anos para conseguir viver seu desejo legítimo.

Convém trazeremos a lupa racial para o olhar lançado às violências experienciadas. Segundo Achille Mbembe (2018), três acontecimentos dominaram o discurso negro no campo da filosofia, literatura, artes ou política: a escravidão, a

colonização e o apartheid, que constituem uma espécie de prisão. Há, ao menos, três significados canônicos que são atribuídos a esses acontecimentos: separação de si mesmo; desapropriação; degradação.

A *separação de si mesmo* acarretou uma “perda da familiaridade consigo mesmo que o sujeito, tornado estranho para si mesmo, teria sido relegado a uma identidade alienada e quase inerte” (Mbembe, 2018, p. 143). Assim, o sujeito teria se “constituído numa alteridade na qual o eu teria deixado de se reconhecer: o espetáculo da cisão e do desmembramento” (p. 143).

A ideia de *desapropriação* remete a “procedimentos de ordem jurídico-econômica que teriam acarretado expropriação e desposseção material” (Mbembe, 2018, p. 144), por um lado, e, por outro, “uma singular experiência de sujeição, caracterizada pela falsificação de si pelo outro e em seguida o estado de máxima exterioridade e de empobrecimento ontológico que daí decorreria” (p. 144).

Por último, a ideia de *degradação*, significa que “a condição servil não teria somente mergulhado o sujeito negro na humilhação, no rebaixamento e num sofrimento inominável. No fundo, ele teria experimentado uma morte civil, caracterizada pela negação da dignidade, pela dispersão e pelo retorno do exílio” (Mbembe, 2018, p. 144).

Mbembe (2018) também refere que “o alforriamento das pessoas escravizadas não apaga nenhuma das manchas de ignomínia que os maculam em decorrência de sua raça – ignomínia que faz com que negro necessariamente rime com escravidão” (p 151). Então, como fazer a escuta dessas manchas de ignomínia e auxiliar no direcionamento de cura para esse sofrimento? É possível fazer isso sem considerar os fatores estruturantes que fazem perdurar esses efeitos?

Neusa de Santos Souza, psiquiatra, psicanalista e autora do livro “Tornar-se negro”, publicado originalmente em 1983, fala sobre o olhar que se volta em direção à experiência de ser negro numa sociedade branca, fazendo uma reflexão sobre a experiência emocional do negro que responde positivamente ao apelo da ascensão social (Souza, 2021). Vinte e cinco anos após a publicação do livro, a mesma autora, em entrevista para o programa Espelhos, para Lázaro Ramos e Sandra Almeida, fala que, passado esse tempo, já não falaria mais nesta mesma perspectiva, pois, segundo ela, do ponto de vista da psicanálise, não é possível falar em termos genéricos sobre o negro no Brasil. Como trazido pela autora, para a psicanálise, só

se fala da singularidade, uma um, a partir de uma elaboração singular das suas próprias questões<sup>30</sup>. Reforçamos, portanto, que esse não é um problema de Neusa Santos, mas sim da própria psicanálise enquanto instituição.

Sabe-se que Freud trabalhou a questão do social principalmente em dois textos, que são “Mal-estar na civilização” e “Psicologia das massas e análise do eu”. Contudo, e apesar da construção da histeria ter uma função social em relação à escuta do desejo das mulheres, essa construção é feita a partir do individual, estando a construção do complexo de Édipo circunscrita ao referencial branco, burguês, heteronormativo.

Frantz Fanon (2008) faz críticas à psicanálise ao retratar alguns trechos de escuta de sonhos de pacientes negros/as, em que, em um deles, o/a paciente se vê como branco/a. Ele aponta para uma direção nessa escuta em relação ao complexo de inferioridade vivenciado e do quanto é preciso “protegê-lo/a e pouco a pouco, libertá-lo/a desse desejo inconsciente” (p. 95). Ele não desloca essa questão do social, pois fala que, se aparece o desejo submerso de ser branco/a, é porque vive em uma sociedade que possibilita esse complexo de inferioridade ao afirmar a superioridade de uma raça. E, como uma possível direção de cura para o sofrimento causado pelo racismo estrutural, fala que, enquanto psicanalista, deve ajudar o/a paciente a conscientizar seu inconsciente, não mais tentando um embranquecimento alucinatório, mas agindo no sentido de provocar mudanças das estruturas sociais. Ele fala sobre a importância da pessoa negra tomar consciência de uma nova possibilidade de existir<sup>31</sup>.

Fanon afirma que as descobertas de Freud não são de nenhuma utilidade, pois

[...] é preciso recolocar estes sonhos no seu tempo, e este tempo é o período em que oitenta mil nativos foram assassinados, isto é, um habitante para cada cinquenta; e colocá-los no seu lugar, e esse lugar é uma ilha de quatro milhões de habitantes, no seio da qual nenhuma verdadeira relação pode ser iniciada, onde as dissensões pipocam aqui e além, onde mentira e demagogia são os únicos senhores (Fanon, 2008, p. 98-99).

---

<sup>30</sup> Entrevista disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eugWGVhG48o&t=63s>

<sup>31</sup> Essa questão remete ao trecho trazido por Walter D. Mignolo (2008), no artigo “Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política”: “Danem-se, eu não sou um índio, sou um aymara. Mas você me fez um índio e como índio lutarei pela libertação” (p. 290). Mignolo parece referir-se à especificidade da cultura de cada um dos múltiplos povos indígenas que habitam nosso continente, sendo que essas especificidades não impedem a luta comum daqueles que, diversos, foram todos arrolados sob a denominação de “índios”. O recado de Mignolo é lido como uma complexificação do que professa Fanon, ou seja, as identidades negra e indígenas no enfrentamento à hegemonia branca, apesar da diversidade cultural entre negros/as e entre indígenas.

O autor, diferentemente do que Neusa de Santos Souza vai professar, coloca que: “É preciso dizer que, em certos momentos, o social é mais importante do que o individual” (Fanon, 2008, p. 100).

Mbembe (2018), pela via da psicanálise, também aponta para um direcionamento da escuta e direção da cura daqueles que carregam o sofrimento calcado pelo racismo estrutural e pelos séculos de escravização. Ele sustenta que a cura consiste em

[...] trazer de volta à consciência dois tipos de segredo que Freud evoca em seu *O inquietante*: aqueles que conhecemos e que nos esforçamos por esconder, e aqueles que não conhecemos porque não se apresentam diretamente à consciência” (...). Nessas condições, uma prática autêntica de cura consistiria, para os negros, em se libertarem desse pequeno segredo, reconhecendo de uma vez por todas “o outro em si” e assumindo esse “desvio pela alteridade” como fundamento de um novo saber sobre si mesmos – um saber necessariamente dividido, um saber do hiato da sua representação (p. 212-213).

Dessa forma, a escuta de uma clínica antirracista, que se pauta pela quebra da cisheteronormatividade e da masculinidade hegemônica, não pode dar ouvidos à expressão da violência somente como um ato individual, já que essas marcas de opressão são estruturantes sociais. Reforçando o que diz Mbembe, a abolição da escravatura não apaga as marcas geradas por essa violência, não sendo possível a clínica sem considerar esse processo. Apesar disso, é preciso, também, ofertar uma escuta que vislumbre caminhos possíveis para outras formas de subjetivação de masculinidade, considerando, para isso, as singularidades de cada sujeito. O CAPS, ao se apresentar, para alguns homens, como único serviço de saúde por meio do qual conseguirão acessar o sistema, precisa conceber em seu projeto técnico institucional uma escuta nessa direção, visando outras formas de subjetivação da masculinidade. Há espaço para isso na concepção do serviço? Há possibilidades de escuta do inconsciente e das subjetividades em meio ao processo de emergencialização dos CAPS?

## 8. ADIR EDSON: AMPLIAÇÃO DE OFERTAS DE PREVENÇÃO COMBINADA PARA QUEM?

*Ameaçado na sua afectividade,  
Ameaçado na sua actividade social,  
Ameaçado na sua cidadania,  
o Norte Africano reúne todas as condições que tornam um homem doente.  
Sem família, sem amor, sem relações humanas, sem comunhão com a  
coletividade, o primeiro encontro consigo próprio far-se-á de um modo  
neurótico, de um modo patológico, sentir-se-á esgotado, sem vida, em  
corpo a corpo com a morte, uma morte aquém da morte, uma morte na  
vida, e que haverá de mais patético do que este homem de músculos  
robustos que nos diz com a sua voz verdadeiramente quebrada: 'Doutor,  
vou morrer?  
(Fanon, 1980, p. 17).*

Em “O corpo recusado” (2020), o sanitarista Luiz Cecílio, que tem enorme contribuição no campo da Saúde Coletiva, lança-se à escrita corajosa de uma narrativa pessoal para falar de sua experiência como homem gay que se descobre com HIV, há mais de 30 anos. Foi o que ele chamou de “livro vingança do HIV”, que se intrometeu na sua vida e tem custado batalhas que parecem não ter fim. “Estar vivo trinta anos depois de um diagnóstico de infecção é minha maior vingança” (Cecílio, 2020, p. 19).

Da experiência de recusa de seu corpo, ele já carregava as marcas desde a infância e a adolescência, com um jeito de ser, de falar, de se expressar que ia se produzindo fora das “normas”, sendo submetido à vigilância e à correção. Era controlado por todos que se sentiam no direito de apontar possíveis “desvios”: tios, primos mais velhos, vizinhos - todos em aliança com seu pai - o puniam de forma cada vez mais cerrada e violenta, conforme ele crescia e dava sinais de ser um “desviante das normas familiares e sociais” (Cecílio, 2020, p. 29), numa cultura machista e cisheteronormativa, constituinte dessa masculinidade tóxica. Sobreviveu a tudo isso à custa de ser condenado a viver apartado de seu próprio desejo.

Foi estudar medicina distante da família e virou militante de esquerda. A pressão social para que se encaixasse em um desejo heteronormativo aumentava, e ele começou a namorar mulheres, tendo, inclusive, se casado com uma e constituído uma família. Habitou, por anos, um “corpo abandonado” (Cecílio, 2020, p. 62), segundo ele, pois “entrar no armário” é, para muitos contextos, “uma estratégia de sobrevivência” (Cecílio, 2020, p. 73).

Passou a viver muitas histórias com outros homens de forma clandestina enquanto ainda era casado com uma mulher. Frequentava saunas, cinemas, casas noturnas, tendo tido muitas relações casuais até realmente viver a primeira paixão por um homem. Quando finalmente conseguiu falar que pensava ser gay para sua até então esposa e em seu processo analítico, percebeu que “ir além da palavra seria inescapável, por mais que a palavra tanto possa” (Cecílio, 2020, p. 98). Porém, era meados dos anos 80, e muitos iam se descobrindo com aids, vindo a falecer em pouco tempo. Esse passou a ser o maior medo e terror dos homens gays na época.

Na primeira vez que realizou o teste de HIV, Cecílio conta não ter tido coragem para ir buscar o resultado, tendo recebido o mesmo por uma ex-namorada, que já sabia de suas relações com outros homens. O resultado foi negativo, trazendo uma imensa carga de alívio para ele naquele momento. Anos depois, ao saber do falecimento de alguns ex-namorados por aids, decidiu testar novamente.

Entre o armário - que eu supunha blindado e inexpugnável - e assumir com orgulho minha condição de gay, vivi uma longa e sofrida fase de transição, cheia de contradições. O diagnóstico de HIV atravessando meu caminho complicou tudo. As mortes de alguns personagens que estiveram comigo nessa travessia deixaram tudo mais doloroso e trágico. Deixar o armário em tempos de aids foi muito complicado. Quando fui me assumindo, saindo devagar do armário, descobri desolado que havia agora outro aspecto, talvez mais terrível ainda: o do ocultamento da condição de soropositivo, que mobilizava muitos medos e preconceitos. No meu caso, o HIV significou um novo armário. Um armário dentro do outro (Cecílio, 2020, p. 97)

A história narrada por Cecílio é próxima da história de muitas pessoas que também vivenciam essa carga de violências pautada pela homofobia, transfobia e pela imposição de um desejo cisheteronormativo. Também é próxima da história de Adir Edson, homem cis branco, homossexual, que participou de apenas uma roda de conversa, compartilhando experiências, repertórios de cuidado e inseguranças. *Sexo, drogas e rock in'roll. Então... era todo mundo com todo mundo, não me importava, quando via era quatro ou cinco ao mesmo tempo. E uma coisa que eu aprendi depois é que, na verdade, com o tempo eu descobri que tem que ter um sexo mais seguro, ter uma consciência da sexualidade. E não procurar sexo por sexo, isso também é uma doença.*

Assim como Cecílio, Adir Edson contou que, há trinta anos, foi fazer o teste de HIV. O resultado demorava três meses para ficar pronto. Nesse intervalo, reverberavam as imagens de Cazusa. Adir Edson acreditava que seu destino seria o mesmo, até que foi buscar o resultado, e este era negativo. Trouxe, em sua fala,

toda a carga de estigma e preconceito que homens cis homossexuais viviam por conta da relação social que existia (e ainda perdura) entre a sexualidade e o vírus do HIV. *Sim. Aí tu ia fazer o exame e demorava três meses pra vir o resultado. Eu, como eu senti algumas coisas, alguns sintomas, porque as informações eram poucas na época... E eu... Eu comecei a sentir alguns sintomas, tipo suor noturno, cabelo caindo, eu tava com cabelo comprido... Aí eu disse, ai meu Deus, tô com aids. Nunca tinha usado camisinha na minha vida, sempre transava aleatoriamente, né? Então, quando deu isso, eu fui fazer o primeiro teste e levou três meses, eu sequei. Eu tava com cara de aidético, eu tava perdendo cabelo, eu tava com todos os sintomas... [...] E eu já tava indo em psicóloga, procurando direitos, tipo, o que eu posso fazer. [...] Aí deu aquela pandemia de aids que matou um monte de gente e... 'daí isso quer dizer que eu tenho?' Daí ela disse que não, que deu negativo. Eu disse, 'eu não acredito, eu tenho sim, tá errado, deu alguma coisa errada'... [risos]. [...] Eu cheguei em casa e queria matar meu ex, porque foi ele que me botou a pilha, porque ele tinha medo de fazer o teste e dar positivo e preferiu mandar eu fazer”.*

O termo “aidético”, trazido por Adir Edson, reflete toda a carga de estigma que as pessoas vivendo com HIV ainda carregam, mesmo tendo-se passado mais de quarenta anos do início da epidemia e mesmo com todos os avanços que a ciência trouxe para o controle do agravo. O estigma fortalece as muitas barreiras de acessos que persistem para que algumas populações cheguem até os serviços.

O encontro da GAM com a Prevenção Combinada possibilitou abertura para esses diálogos relacionados à sexualidade, identidade de gênero, racismo estrutural, estigma e discriminação que, até o momento, ainda não haviam surgido com tanta potência nas rodas de conversa. Para promover esse encontro, além de incluirmos a temática do HIV e os medicamentos antirretrovirais durante todas as discussões que havíamos feito até então a partir da GAM, utilizamos o Jogo da Mandala da Prevenção Combinada - jogo que havíamos criado, com um tabuleiro e uma caneta no seu centro, que, ao ser girada, apontava para uma estratégia de prevenção específica, sobre a qual o grupo compartilharia experiências, trocas e dúvidas, tornando mais interativa a participação do coletivo.

Ao mesmo tempo em que esses diálogos tiveram espaço, também ficou evidente as enormes barreiras de acesso às diferentes possibilidades de prevenção, corroborando os dados de prevalências ao HIV e outras ISTs nas populações mais

vulnerabilizadas. Desde as suas experiências singulares e histórias de vida, algumas pessoas constroem para si práticas de autonomia relacionadas às estratégias de prevenção. Reconhecer isso é importante para o estabelecimento e fortalecimento de relações mais horizontais no campo do cuidado. Adir Edson compartilhou suas próprias construções ao descrever em quais situações conseguia abrir mão ou não do uso de preservativos:

*Adir Edson: Eu acho que se firmar uma relação e quiser ter maior intimidade, a parceria é fazer o teste, né? E ter uma fidelidade realmente que não vai... Tipo eu tenho um ex namorado que a gente combinou que só eu e ele transamos sem camisinha. Entre eu e ele. Se for transar fora, camisinha. [...] E tem uma confiança, tipo eu transei sem camisinha, vai fazer o teste, espera o tempo necessário pra gente poder ter um relacionamento novamente sem precisar usar o preservativo. Foi uma forma legal, assim, que a gente achou. A gente casou seis anos, separou, deu muitos problemas. E no final a gente sempre acabava ficando junto. Então vamos fazer um pacto? Vamos. Entre nós a gente não usa camisinha. Mas se alguém for transar fora, tem que avisar o outro e ter honestidade, né? E é uma relação forte, agora é mais que um irmão, é amigo, irmão, amante, uma coisa bem mais ampla. É quem me ajuda nas horas difíceis, é quando eu preciso de algum conselho.*

*Olívia: Porque o conversar também pode ser uma forma de prevenção.*

*Adir Edson: Tem que ter palavras, assim...*

*Olívia: Acordo, escuta...*

Adir Edson traz a experiência viva de que a oferta exclusiva de preservativos não é suficiente para garantir os diversos aspectos da saúde sexual. Assim, torna-se fundamental a ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco de forma a ampliar também as possibilidades que compõem a Prevenção Combinada (Brasil, 2018).

Conhecer os direitos relacionados ao acesso à prevenção combinada e quais as populações-chave e prioritárias para a resposta à epidemia faz diferença para a construção da autonomia e protagonismo, não só em relação aos agravos, mas aos acessos e cuidado nos serviços de saúde e intersetoriais. A construção e ampliação de repertórios de cuidado a partir de processos de fortalecimento do protagonismo também é reflexo de acessos a políticas públicas estruturantes, dando condições de possibilidades para essas construções.

Embora tenham sido potentes esses relatos de construções autônomas de repertórios de cuidado, também apareceram com força os vazios assistenciais. Mesmo que a Política de HIV tenha tido enormes avanços e ampliação de possibilidades de prevenção e cuidado, alguns segmentos populacionais, que são justamente os que se encontram entre as populações-chave e prioritárias para a resposta à epidemia, continuam totalmente à margem das campanhas e dos efeitos desses avanços. Enquanto algumas organizações da sociedade civil e alguns/as autores/as já citados anteriormente discutem sobre a centralidade da medicalização na política de prevenção ao HIV, em algumas populações esse acesso, que poderia ajudar na ampliação da expectativa de vida, sequer chegou. Exemplo disso é o desconhecimento dos/as usuários/as acerca das estratégias de prevenção combinada, como a vacinação para o HPV, prevenção da transmissão vertical e profilaxias pré e pós-exposição ao HIV.

Quando, no Jogo da Mandala, a caneta aponta para “Profilaxia pré-exposição - PrEP”, pergunto se alguém sabe o que a mesma significa, e o grupo responde que nem imagina. Compartilho este trecho do diálogo:

Paula: *Vocês devem ter ouvido falar do anticoncepcional, né? Ao responderem que sim, pergunto para que serve. Respondem que serve para não engravidar. Sigo. Se é pra não engravidar, é pra prevenir a gravidez. A profilaxia pré-exposição é também uma forma de prevenção, mas é prevenção do quê?*

Adir Edson: *Do sexo.*

Paula: *Prevenção de algo que pode ser transmitido pelo sexo, que é o HIV. Então a PrEP nada mais é do que um medicamento que se toma todos os dias, um comprimido, como forma de prevenção ao HIV. Pra poder ter acesso, tem que buscar uma unidade de saúde, fazer os testes e, se tudo der negativo, pode ter acesso à PrEP como uma forma também de prevenção ao HIV.” [...]*

Rochele: *Quem não tem? Quem tá negativo?*

Paula: *Exatamente. Quem pode ter acesso à PrEP é quem não tem HIV. Tudo isso que a gente tá falando é ofertado pelo SUS. Então é buscar uma unidade de saúde de referência, a US Modelo, algum SAE, pois os serviços que fazem acompanhamento de HIV também fornecem PEP e PrEP [...] e dizer que quer a PrEP, que vai poder ser encaminhado.*

Adir Edson: *Interessante, eu não tinha conhecimento disso.*

Paula: A questão é a seguinte, a PrEP não previne as outras infecções sexualmente transmissíveis. Por exemplo, uma pessoa que usa PrEP justamente usa porque tem um relaxamento maior em relação ao uso do preservativo. Então vai ficar mais suscetível também em relação às outras infecções. Porém, fazer esse acompanhamento da PrEP permite que a pessoa também faça mais exames em relação às outras infecções, tendo mais oportunidade de tratar, porque os serviços mostram que quem faz PrEP ou busca PEP é quem tá mais buscando os serviços de saúde e isso dá mais oportunidade de serem diagnosticados com algo que pode ter mais chances de tratamento. Porque se a pessoa nem busca, a pessoa nem sabe se tem algo, de repente vai descobrir uma sífilis quando já está super avançada. Mas, se a pessoa tá lá, fazendo acompanhamento, a indicação é que se faça os exames a cada três meses, depois a cada seis meses, vai espaçando, mas vai tendo chance de fazer os outros acompanhamentos. E a verdade é que buscam essas possibilidades de prevenção quem já não faz um uso do preservativo tão frequente. Então, já que não vai fazer uso do preservativo tão frequente, que pelo menos possa buscar outras possibilidades de prevenção.

Adir Edson: E eu não sei, eu ouvi um amigo meu que eu transei [risos]... E após várias vezes que a gente transou, um dia, no ato, foi sem camisinha. Daí depois eu disse que não transo sem camisinha. Aí ele disse que não tem problema, que toma uma medicação pro dia seguinte, que tu toma... Tem já isso?

João: Eu não sei se tem, mas eu já ouvi falar.

Paula: O que vocês ouviram falar?

Adir Edson: Eu ouvi falar que se hoje tu transar e amanhã tu toma um remédio, tu já não pega.

Paula: Então... Isso seria como se fosse a pílula do dia seguinte pra não engravidar, só que na verdade são 28 pílulas do dia seguinte, que é uma profilaxia, que se chama... Seria aqui, ó [apontando a caneta para a PEP na mandala da prevenção combinada] profilaxia pós-exposição - PEP. Alguém já ouviu falar?

Rochele: O que é isso?

Clara: A gente chama de PEP. Tem que buscar ali na farmácia, no SAE, como PEP.

Paula: Então a PEP é uma profilaxia pós-exposição. Por exemplo, teve uma exposição assim, como a que o Adir Edson trouxe. Então tem até 72 horas pra

*buscar, quanto antes melhor, uma unidade de saúde que vai te testar pra ver se tu não tem, pois se o teste der que tu tem HIV aí é ofertado o tratamento, mas se não tem, se deu negativo, vai receber medicamentos antirretrovirais por 28 dias. Aí vai tomar por 28 dias aquele medicamento, vai se testar de novo ao final, e isso vai funcionar como uma profilaxia, uma prevenção. Mas é prevenção pós-exposição, então depois da exposição.*

Ao escutar sobre a PEP, Maria lembra de situações de violência sexual, possivelmente por já ter vivenciado alguma:

*Maria: Quando acontece algo à força, aí eu acho que tem que usar.*

*Paula: Mas como seria, Maria, num caso de violência, um estupro... Porque é difícil de negociar numa situação de violência o preservativo.*

*Maria: Não, é à força, é por isso que tem que ir pegar a PEP.*

[...]

*Clara: Pode estourar a camisinha também, né, gente?*

*Rochele: Na hora, na hora estoura.*

*João: Algum companheiro pode furar, eu já ouvi falar.*

*Paula: Mas daí também é uma violência, né?*

*Rochele: É, rasgar na hora.*

*Paula: Se for proposital, isso se torna uma violência, né?*

Dulce Ferraz, na tese de doutorado “Experiências de mulheres usuárias de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP sexual): cenários pessoais e programáticos para a prevenção da aids”, aponta que, historicamente, as relações de poder na sociedade, que produzem a subordinação de mulheres, mostra que a prevenção ao HIV não pode se limitar a medidas comportamentais e individuais, como a recomendação do uso do preservativo ou o estabelecimento de acordos de fidelidade. Ela defende a necessidade de ofertar estratégias de prevenção às mulheres que correspondam às suas diversidades e aos variados cenários relacionados às suas vivências sexuais (Ferraz, 2018), pois assim pode-se fortalecer a autonomia das mulheres em relação às suas estratégias de proteção e cuidado.

A mesma autora analisa a experiência de uso da PEP por mulheres que buscaram essa estratégia no SUS em cinco municípios brasileiros, de diferentes regiões. Dezesete mulheres participaram da pesquisa. Todas elas tinham experiência de preservativo, e apenas duas buscaram a PEP por não terem se

protegido; as demais foram motivadas por falhas de preservativos, ocorridas em experiências de sexo casual, trabalho sexual ou relações sorodiferentes. Somente quatro delas já conheciam a PEP antes do acidente, informadas por pessoas vivendo com HIV, serviços de saúde, trabalhadoras do sexo ou internet. No geral, avaliaram como positivo o acesso a um método eficaz de prevenção ao HIV no serviço público de saúde, tendo se sentido acolhidas. Nas experiências relatadas, a autora também traz o relato de como o álcool pode interferir no cenário sexual e na relação com o uso do preservativo (Ferraz, 2018).

As experiências citadas, bem como os dados apresentados, demonstram a necessidade de fortalecer o acolhimento e o trabalho relacionado à saúde sexual e saúde reprodutiva com as mulheres. A esse respeito, primeiramente cabem duas considerações relacionadas às mulheres cisgênero: é fundamental trabalhar aspectos relacionados à saúde sexual desvinculados da saúde reprodutiva, para não limitar as mulheres a objetos reprodutores e para considerar a questão da sua autonomia e seu desejo; e, ao trabalhar a saúde reprodutiva, importa relacioná-la prioritariamente a aspectos de direitos humanos, sobretudo quando se trata de mulheres em situação de vulnerabilidade e em contextos de situação de rua ou de uso de drogas.

Outras questões estão relacionadas à importância de fortalecer o cuidado integral às mulheres que fazem uso de drogas, com abordagem que possibilite promover um cuidado de si, mesmo com o uso de substâncias, além de promover o enfrentamento à violência sexual e institucional. Aponta-se, aqui, para a perspectiva de ampliação da oferta de PEP neste contexto e para a redução de danos como via de ampliação do acesso ao cuidado aos agravos.

Apesar do reconhecimento da importância dos avanços farmacológicos, também aparecem nos discursos tanto de usuários/as como de trabalhadores/as a ambivalência sobre esse acesso, como se as ofertas de estratégias biomédicas da prevenção combinada fossem as responsáveis pelo relaxamento do uso do preservativo, como aparece nas falas de Adir Edson e Paulo:

Adir Edson: *Então, acho que a informação... Hoje em dia a gente tem mais informação que antigamente, com relação ao HIV, hoje em dia tá até se perdendo um pouco, né? A gente esquece muito fácil. Tanto que tá dando agora... Estamos usando máscara de novo, por quê? Porque agora, 'ai passou, tomamos vacina...'*

*Na verdade, a gente não tá livre de nenhuma dessas doenças... Gonorreia, sífilis, é algo que era tão raro, mas tem ainda, então a gente tem que aprender a conviver com as várias doenças que estão surgindo e que vão surgir.*

[...]

*Paulo: Posso fazer um comentário? Hoje, como quem tem aids toma um ou dois comprimidos, aparentemente simples, porque há 30 anos atrás eram 30 [comprimidos], né? As pessoas tão parando de usar camisinha, fazendo sexo com as pessoas desprotegido. E isso alavanca a doença, né?*

*Clara: Importante isso. Por achar que, aí, por não ser um coquetel, achar que não é importante. A gente até fala coquetel, mas a gente entende que não é, agora é um ou dois comprimidos, mas naquela época era um monte.*

*Rochele: Dez.*

*Clara: Isso, e acho que isso assustava mais as pessoas. Porque não assusta mais as pessoas por ser um comprimidinho.*

*Rochele: Eu tomo dois, só que de manhã. E deu.*

Cecílio (2020) denomina essa apropriação que as pessoas fazem sobre possibilidades singulares de prevenção como um “biopoder de sinal invertido”:

[...] não mais um Estado disciplinador, que exerce seu poder de cima para baixo em parceria com a medicina, interditando comportamentos, normalizando o que pode e o que não pode ser feito, mas gays se posicionando, se apropriando dos conhecimentos que a ciência vai produzindo para poder fazer suas escolhas (p. 150).

Do seu lugar de homem cis branco - e médico - ou seja, privilegiado, Cecílio conta suas experiências de encontros sexuais após o diagnóstico de HIV, sua luta para conseguir os medicamentos enquanto ainda não havia sido incorporado o “coquetel” no Brasil, em 1996. Menciona os inúmeros processos judiciais que teve que mover para conseguir medicamentos importados, até que seu esquema fosse incorporado também no SUS. Aborda o surgimento da PrEP, a qual, junto com os avanços do tratamento que proporcionam a indetecção do vírus em quem tem HIV, “promovem uma incrível reviravolta nos usos e costumes da comunidade gay. Toda a paranoia da aids agora podia ser relativizada” (Cecílio, 2020, p. 146).

Segundo o autor, a sensação é de que, com todos esses avanços, poderia se “erguer a cabeça”:

Com esses avanços farmacológicos no controle do vírus, começaria um complexo jogo social de redefinição de práticas, de novas empreitadas de

risco e modos de relacionamento entre homens que fazem sexo com outros homens, agora mais complexos e negociados” (Cecílio, 2020, p. 146).

Porém, esse cenário apresentado por Cecílio não é acessado por todos/as. A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, uma das estratégias de Prevenção Combinada, pouco alcança a população mais vulnerável, segundo o Painel de monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), do Ministério da Saúde. Os dados do Painel, atualizados em 08 de setembro de 2022, demonstram que, em relação aos/às usuários/as em uso de PrEP, 84,3% são gays e outros HSH cisgênero; 6,0% são mulheres cisgênero; 5,0 % homens heterossexuais cisgênero; 3,5% mulheres trans; 0,5% homens trans; 0,4% pessoas não binárias e 0,3% travestis. Em relação à raça/cor, 56,76% são brancos/as; 42,80% são negros/as e 0,44% são indígenas. Em relação à escolaridade, 72% dos/as usuários/as têm 12 anos de estudos ou mais; 23% têm de 8 a 11 anos; 3% de 4 a 7 anos e 2% de 0 a 3 anos (Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep> *profilaxia-pre-exposicao/painel-prep*).

Os dados mostram que pessoas negras, com baixa escolaridade e transgênero, que carregam o peso do racismo estrutural, transfobia e vulnerabilidades sociais, têm menos acesso à PrEP do que as pessoas brancas, cisgênero, com 12 anos ou mais de estudos.

Cinco meses depois dessa Roda de que Adir Edson participou, compartilhei com ele a escrita que eu havia construído dos seus relatos, quando o encontrei no CAPS AD III onde trabalho. Depois de ler, ele contou estar em situação de rua naquele momento, tendo encontrado vaga em um albergue da cidade. Estava com o braço engessado e com data para viajar para o interior, onde tem parentes que poderiam acolhê-lo. Ele disse que, no abrigo onde estava, foi colocado num quarto destinado a pessoas LGBTQIA+ e que vinha achando importante aprender como se referir a cada uma dessas pessoas para não errar mais e não constranger mais ninguém. Perguntei como ele gostaria de ser chamado, reforçando que ele poderia escolher outro nome para preservar seu sigilo. *Quero Adir Edson, meu nome. Pois se você colocar só Adir, existem muitas pessoas com esse nome. Mas Adir Edson só tem eu. Então, eu prefiro ser chamado assim.*

## 8.1 Mulher-usuária-de-drogas-vivendo-com-HIV - quais outras interseccionalidades?

*me levanto  
sobre o sacrifício  
de um milhão de mulheres que vieram antes  
e penso  
o que é que eu faço  
para tornar essa montanha mais alta  
para que as mulheres que vierem depois de mim  
possam ver além  
– legado  
Rupi Kaur*

Entre as 9 pessoas participantes que tinham HIV, 6 eram mulheres: 2 mulheres trans negras e 4 mulheres cis, sendo 3 negras e 1 branca. De fato, os quantitativos que aparecem nesse campo de pesquisa não são representativos para serem analisados como dados epidemiológicos, mas, quando comparados a outros contextos desse mesmo campo, corroboram achados de estudos de maiores âmbitos.

Pesquisas demonstram que o uso de álcool e outras drogas pode constituir fator diferenciado de vulnerabilidades não somente relacionadas às violências, mas também à exposição a agravos, especialmente quando em conjugação com sexismo, racismo e LGBTfobia. Dados da Pesquisa Nacional sobre uso de Drogas, de 2014, que entrevistou 7.381 pessoas, demonstraram que as mulheres cisgênero usuárias de drogas tiveram prevalência de HIV de 8,17% (sendo 4,1% entre homens); 44,5% das mulheres relataram violência sexual na vida (sendo 7,0% dos homens); 55,36% referiram realizar trabalho sexual (Bastos; Bertoni, 2013).

No cenário geral, a prevalência da epidemia do HIV tem sido mais elevada entre homens cisgênero, como demonstra o Boletim Epidemiológico HIV/Aids, que apresenta um total de 169.932 (68,6%) casos de HIV notificados no Sistema de Notificações de Agravos (Sinan) em homens e 77.812 (31,4%) em mulheres, no período de 2007 a junho de 2018 - ou seja, 26 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2018). Já a pesquisa de prevalência de HIV entre gays e outros homens que fazem sexo com homens informa uma prevalência de 18,4% de HIV neste segmento da população (Keer, 2018). Porém, quando a epidemia é analisada em contextos de maior vulnerabilidade, percebe-se um cenário um pouco diferenciado. No contexto das drogas, por exemplo, as pesquisas demonstram que as mulheres estão proporcionalmente em maiores condições de vulnerabilidades e, portanto,

apresentam prevalências de HIV e sífilis maiores do que os homens, já que fatores como machismo estrutural, violência sexual, troca de sexo por dinheiro ou drogas, racismo institucional podem acrescentar vulnerabilidades.

Uma terceira pesquisa, sobre “Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco” (Santos; Almeida; Brito, 2016), também destaca a vulnerabilidade maior entre as mulheres em relação às prevalências, significativamente mais elevadas do que entre os homens. Os homens tiveram prevalências de HIV de 6,0% e, de sífilis, 20,9%, enquanto as mulheres tiveram prevalências de HIV de 9,9% e, de sífilis, 60,1%. Assim como a pesquisa Fiocruz, mencionada anteriormente, esta também demonstra que alguns fatores ampliam ainda mais vulnerabilidades, considerando que, na análise por sexo do perfil de violência sofrida entre usuários de crack, foi identificada proporção cinco vezes maior entre as mulheres (54,3%) quando comparada aos homens (10,6%). Outro destaque é que, com relação à violência sexual, as mulheres que usam crack sofreram cinco vezes mais do que a média estimada para a população feminina nas capitais brasileiras (10,0%). As mulheres referiram também maior envolvimento com trabalho sexual (21,4%) do que os homens (2,4%) como fonte de renda. Quanto à troca de sexo por drogas ou por dinheiro para comprar drogas, o envolvimento entre as mulheres também é maior, de 19,8%, enquanto que os homens referiram 4,2%.

Outros cenários, como o do encarceramento, também revelam quadro de maior vulnerabilidade ainda entre as mulheres. Os dados do Infopen de 2017 demonstram que o encarceramento feminino está fortemente relacionado ao crime de tráfico de drogas, totalizando 62% das mulheres encarceradas. Para os homens, este crime representa 26%. Ainda segundo o Infopen (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017), 28% dos presos brasileiros cumprem pena por crimes relacionados a drogas; destes, quase 60% são pretos e pardos. Entre 2006 e 2013, as condenações por crimes de drogas aumentaram 339% (Ministério da Justiça, 2014). Com relação aos dados de encarceramento feminino, os dados do Infopen Mulheres, de 2018, revelam que, em junho de 2016, a população prisional feminina era de 42.355 mulheres em 27.029 vagas, ou seja, taxa de ocupação de 156,7% e um déficit de 15.353 vagas.

Com relação ao tipo penal, os crimes relacionados às drogas, como tráfico, correspondem a 62% das incidências penais pelas quais as mulheres foram condenadas ou aguardam julgamento até junho de 2016. Isso significa dizer que 3 em cada 5 das mulheres que se encontram no sistema prisional respondem por crimes relacionados ao tráfico (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017). Sobre os agravos, entre a população que dispunha da observação, foi encontrada taxa de 31,0 mulheres vivendo com HIV para cada mil mulheres privadas de liberdade. Em relação à sífilis, essa taxa é de 27,7 mulheres em cada grupo de mil. A taxa de tuberculose é de 3,3 para cada mil mulheres e, em relação aos dados de hepatites, cabe ressaltar que o relatório não especifica o tipo de hepatite e apresenta a taxa de 8,0 para cada mil (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017).

Os dados acima demonstram que racismo e sexismo são estruturantes sociais, pois delimitam classe, lugar social, oportunidades de ascensão, valorização das pessoas (Berth, 2017). Com isso, amplia-se a necessidade de fortalecer intervenções estruturais da prevenção combinada nos serviços, que envolvam enfrentamento de machismo, sexismo e desigualdade de gênero; misoginia, violência, LBTfobia, racismo, bem como incorporem abordagem sobre uso de drogas e as relações com tráfico; situação de rua; encarceramento; identidade de gênero e sexualidade; trabalho sexual; juventude.

Em uma das Rodas, quando falávamos sobre usos de medicamentos diversos, ampliamos a discussão para considerar os medicamentos de uso contínuo para acompanhamento de outros agravos, como HIV, hepatite C, diabetes, etc. A primeira a se colocar foi Rochele: *Eu tomo coquetel [...] É difícil o nome... coquetel, coquetel...*, referindo-se à dificuldade de falar o nome dos antirretrovirais, mas, talvez, também expressando a sua dificuldade na relação com os mesmos.

Em um determinado momento, Dandara, mulher trans preta, mencionou que seu exame deu “não detectado”, referindo-se ao exame de carga viral, e perguntou o que isso significava, demonstrando as grandes barreiras que a saúde ainda sustenta a respeito da comunicação e escuta com os/as usuários/as - mesmo que as informações sejam passadas, elas se mantêm inacessíveis ou sem possibilidade de elaboração. Dessa forma, entendemos a importância de outros serviços das redes de atenção à saúde, não somente os especializados em HIV, trabalharem com as questões de sexualidade e prevenção combinada, pois têm a potência de vir a

acessar essas questões de outras maneiras e, assim, enfrentar as iniquidades. Essa mesma usuária conta sobre o momento em que, além do HIV, pegou tuberculose e sobre a importância de ter conseguido acessar os serviços de saúde.

Sandra, uma das participantes, lembrou, em uma das Rodas, que tem HIV há 22 anos e que há 10 iniciou o tratamento com antirretrovirais - antes não recebia essa indicação da equipe que a acompanhava. Certamente esse fato estava relacionado às mudanças do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do HIV, que, a partir de 2013, ampliou a oferta para todas as pessoas vivendo com HIV, exatamente o período mencionado por Sandra.

Laís, Rochele, Karen, Sandra e Dandara compartilharam, em diversos momentos das rodas de conversa, as diferentes formas de estigmas e preconceitos relacionados ao HIV que experienciam, dizendo escutar das pessoas que “não encoste nela”; “não tome água no mesmo copo” ou ouvir termos pejorativos como “aidética”. Viver com o vírus acaba sendo mais uma marca de opressão para essas mulheres, que carregam na pele e no corpo tantas outras violências.

Durante os encontros, também chamou atenção o fato de que alguns usuários não conseguiram falar abertamente sobre o HIV, demonstrando, com o silêncio, a carga de estigma que carregam por viver com o vírus. Um dos participantes, Eduardo, homem cis branco, tem HIV em tratamento e está indetectável, mas, quando perguntado se fazia uso de medicamentos contínuos, fez referência somente ao medicamento psiquiátrico. Em outra Roda, observo que Makori<sup>32</sup>, homem, cis, negro, imigrante, que se apresentou, mas não quis participar da dinâmica da caixa dos prazeres. Também ficou em silêncio durante todo o grupo, parecendo prestar atenção no que era dito. Após o grupo, vi no prontuário que também é pessoa vivendo com HIV, mas não comentou sobre isso no encontro, como se não tivesse se sentido à vontade para falar. Nesse mesmo encontro, participou Juan, homem, cis, branco, imigrante, que compartilhou várias situações de vulnerabilidades amplificadas pela xenofobia que vem sofrendo aqui no Brasil. Após a Roda, foram ofertados os testes rápidos de HIV e outras ISTs pelo CAPS, e o resultado do seu exame foi positivo para o HIV. Sem conseguir compreender muito sobre os impactos disso, perguntou à equipe se nunca iria poder se casar por ter essa condição. As histórias de Eduardo, Makori e Juan demonstram o quanto ainda se apresentam

---

<sup>32</sup> Escolhi esse nome por significar “Nascido no caminho”.

barreiras para acessarmos os/as usuários/as, sendo que, no caso dos dois últimos, considerando a questão da migração, a língua e a xenofobia também fazem parte dessas barreiras.

Porém, em todos esses encontros, também conhecemos pessoas que resistem, apesar de tudo - apesar de todas as vivências de racismo, transfobia, violências, vulnerabilidades. Da postura de Rochele, vemos um corpo que se afirma e se recoloca nesse lugar de resistência. Rochele é alguém que se movimenta para produzir potência de vida a partir desse lugar de cuidado que lhe é ofertado. Na última Roda, quando perguntei se alguém mais fazia tratamento para o HIV, ela respondeu: *Eu faço. Eu faço com muito orgulho. Por causa da Olívia, por causa da Olívia* [apontando para a educadora].

Respondi a ela com firmeza: *Isso, e tem que ter muito orgulho mesmo, sabe por quê? Porque tratar o HIV faz com que o vírus se torne tão baixo, tão baixo - não significa que ele não esteja lá, mas ele se torna tão baixo que se torna indetectável quando faz o exame. E, se tá indetectável, não é transmissível pra outra pessoa. Então, mesmo que, se por ventura, em algum momento tu quiser transar sem preservativo, você não vai tá transmitindo o HIV.*

Essas trocas, de algum modo, tiveram a potência de ajudar a construir uma outra narrativa sobre viver com o vírus, ampliando conhecimentos sobre equipamentos institucionais, ofertas de cuidado e espaços de potência de vida para além da institucionalidade, a partir de repertórios protagonizados pelos sujeitos que habitam esses corpos e esses territórios.

## 9. REMÉDIO E VENENO: GESTÃO AUTÔNOMA DE MÚLTIPLAS DROGAS E MÚLTIPLAS FORMAS DE VIVER

*Outras Palavras  
O sistema atropela;  
Dá tombo, pisa na goela;  
Cala nossa fala,  
Mas sua prepotência  
Não sufoca a consciência,  
A ânsia que nos abala,  
E se busca outra linguagem:  
Cada sílaba, atitude,  
FAZER, verbo que não ilude  
E dá concretude à mensagem,  
E esta, ninguém derruba,  
Não importa quem caia ou suba  
Ninguém mata a coragem.  
(Carlinhos Guarnieri)*

Não é incomum encontrarmos serviços voltados ao cuidado a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas que se baseiam em projetos terapêuticos singulares pautados pela abstinência de drogas proscritas, mas incentivo a drogas prescritas. Essa afirmação, feita por Oliveira (2023), faz refletir sobre as experiências trazidas pelos/as usuários/as durante as Rodas de Conversas - sobretudo por aqueles que tiveram trânsito por Comunidades Terapêuticas -, bem como sobre as diferenças encontradas na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de usuários/as que fazem uso problemático de álcool e outras drogas (drogas proscritas) e daqueles/as que fazem uso problemático de medicamentos (drogas prescritas). Por que é possível pensar em um projeto terapêutico que inclua a oferta de medicação assistida de metilfenidato [ritalina] para uma usuária mulher branca cis, que faz uso problemático deste medicamento, e não é possível pensar numa sala de uso de crack segura para usuários/as negros cis ou trans em situação de rua?

Em “Livro das drogas”, Escotado (1997) afirma que as dicotomias que delimitam o que são drogas boas ou más, drogas ou remédios, medicamentos delituosos ou medicamentos curativos foram concebidas recentemente. Como Pharmakón, as drogas são remédios e venenos, sendo as duas coisas, em potencial. O que poderá diferenciar uma forma ou outra dessa relação será:

a) dose; b) objetivo do uso; c) pureza; d) condições de acesso a esse produto e modelos culturais. A última circunstância (condições de acesso a esse produto e modelos culturais) é extrafarmacológica, ainda que tenha atualmente o peso comparável às farmacológicas (ESCOHOTADO, 1997, p. 36).

A noção de Pharmakón, tal como nos é apresentada por Derrida (2015) e Escotado (1997), é, ao mesmo tempo, equivocadamente interpretada como “drogas prescritas são remédios, drogas proscritas, venenos” (Oliveira, 2023, p. 37). Nesse sentido, Oliveira (2023) nos convida a pensar sobre as diversas possibilidades de relações que se pode estabelecer com diferentes substâncias: como o álcool, remédio em momentos de comemoração e alegria, mas veneno, quando o uso se torna intenso; ou como a fluoxetina, remédio para tirar os sintomas de depressão, mas também veneno, quando é retirada de forma abrupta e faz retornar todos os sintomas depressivos.

Da mesma forma, nas Rodas de Conversas desta pesquisa, essas diferentes formas de relação apareceram. Lúcia, mulher cis branca, explicitou bem essa ambivalência entre remédio e veneno nas relações com o uso de medicamentos prescritos, que ora entram como uma forma de remédio e redução de danos, ora como veneno: ... *se eu não tomo a medicação a fissura é maior. Ao mesmo tempo, também referiu que o uso de medicamentos, muitas vezes, potencializa o efeito de outras substâncias. Porque os remédios são fortes, ai tu toma as medicações em cima, capaz de dar até uma, uma...sei lá... uma overdose, ou uma coisa parecida, né?*

Paulo, homem cis branco, também trouxe uma fala emblemática sobre esse processo de medicalização. Ao contar a sua história, carregada de perdas e de desamparo, deixou escapar uma frase: *Eu não consigo chorar porque os remédios não deixam.* Aqui, as drogas prescritas entram num lugar de anestesiamento da vida, sem dar espaço para modos de sofrer.

Em outra Roda, Francisco, homem cis branco, apropriando-se do debate mais aprofundado sobre a medicalização e as prescrições, perguntou por que o diazepam seria o *antídoto para síndrome de abstinência do álcool, e o clonazepam não.* Clara, farmacêutica, explicou que o clonazepam age mais rapidamente e, em contrapartida, é também eliminado mais rapidamente do organismo. *Já o diazepam fica até 48h agindo, porque precisa, né? [...] Tu precisa de alguma coisa pra te acalmar por*

*bastante tempo. O mesmo usuário comentou que chegava a tomar grandes doses de diazepam. Clara, então, mostrou os rótulos e conversou sobre as diferenças entre as tarjas dos medicamentos. A vermelha vocês compram - ou pegam na farmácia [referindo-se à farmácia do SUS], com receita branca. E esse aqui é uma receita azul, tipo azul do cartaz, né? E por que tem que ser assim?. Antes de responderem, Tatikiti entrou com uma outra pergunta:*

*Tatikiti: E por que a ritalina é amarela e não é azul também?.*

*Clara: Ah, e a ritalina, vocês já viram? É uma receita amarela. Por quê? Porque é mais controlada ainda a venda. Essa aqui, com a receita azul, é um alerta porque ela causa dependência e tolerância. [...] Dependência é isso: ai, não consigo mais dormir sem o diazepam. Fica dependente daquele diazepam. E a tolerância é o quê?*

*Francisco: Chega um ponto que não vai mais fazendo efeito.*

*Clara: Vai aumentando a dose.*

*Tatikiti: Que nem eu fui fazendo com a ritalina.*

*Clara: Então isso aqui serve de alerta mesmo. A tarja preta, por quê? Serve de alerta por causa da dependência e tolerância. Por isso é tão controlado. E o vermelho nem tanto, mas é pro controle especial.*

O texto “Paixões e Químicas” (Torossian, 2017) convoca a pensar sobre essa relação de veneno, como a que Tatikiti estabelece com o metilfenidato, ou outros/as usuários/as vivenciam com os medicamentos prescritos. Da mesma forma, o texto também nos reporta às diferentes formas de remédio encontradas pelos/as demais usuários/as, que vão desde as drogas prescritas (medicamentos) ao uso de maconha como forma de redução de danos.

Na Roda de Conversa em que propomos a oferta da “Caixa dos Prazeres”, Luana contou sobre o lugar das “paixões químicas” em sua vida, dizendo ter trocado uma droga pela outra. Porém, em relação a esta droga [o medicamento], conseguia fazer uso com controle. Já passara por vários serviços de saúde e intersetoriais, tendo experimentado nove internações para desintoxicação. Houve momentos em que fez automedicação e usou doses replicadas. Contou que, em uma situação, chegou a tomar uma cartela de rivotril, misturada à cocaína, tendo acordado quatro dias depois na casa de sua mãe, que a ajudou. Ao acordar, pensou que não iria mais fazer uso por um bom tempo e pediu ajuda para tomar banho. Quando percebeu que

ainda tinha uma bucha de cocaína e algumas pedras de crack, acabou fumando novamente dentro do banheiro. Seguiu comentando que hoje consegue pegar uma pedra sem ter vontade de fazer uso, mas só consegue isso por se apoiar no uso de medicamentos. *Comprimido: o que tá significando um comprimido na minha vida? Ultimamente, tenho me visto como uma pessoa dependente. Eu troquei uma droga por outra. Tenho me sentido assim: uma drogada, com formas de drogas diferentes, porque eu abandonei o tratamento, eu sou transtorno bipolar tipo 2 atestado. Já tinha um tempo que eu tinha abandonado o tratamento, acho que é por isso que houve tantas recaídas... enfim... Os meus picos oscilam muito e eu me vejo hoje uma dependente da boleta. Então é o que o comprimido representa na minha vida. Se eu não tomar o meu remédio pra compensar um pouco e segurar esse meu pico, eu tô tomando pra dor, porque eu tenho uma bala alojada, eu tenho trombose, então, de um jeito ou de outro, eu estou presa aos comprimidos.*

Já Gilberto, que se apresentara como “cachaceiro”, já tendo feito uso de drogas injetáveis, contou que era de São Paulo, *apaixonadíssimo por música*, escolhendo o pandeiro como o seu instrumento da “Caixa dos Prazeres”. *Pra mim a música... tem uma frase de um escritor ou de uma escritora que diz que a música e o amor são duas asas que nos levam longe. [...] Então... cada um tem as suas quedas, eu tive uma queda essa semana, mas como diz uma frase ‘sete vezes eu caio, mas na oitava eu me levanto’ [referindo-se à música Sete Vezes (Ponto de Exu), de Okun Jambá]. Quer dizer nunca, nunca desista né... levanta, ainda há esperança, para quem tem vida ainda há esperança.* Seu “remédio” é a música.

Adriana também contou ter buscado outros repertórios não prescritos para dar conta de sua relação mais visceral com o crack. *Pra mim, eu tô fumando um baseadinho pra tirar a fissura. Aí na frente mesmo tem uma amiguinha. É uma irmã que já me dá o dinheiro e compra e eu fumo em casa. E a minha família dá muito apoio pra mim, meu filho, minha filha, minhas netas. Quando eu chego com a minha bolsa cheia: ‘oh, tu trouxe alguma coisa pra mim?’ Eu adoro isso, me dá uma emoção muito grande. Eu tiro forças da minha família pra não recair. Mas mesmo assim às vezes eu recaio”.*

Renato, homem cis branco, compartilhou sua experiência de relação com o álcool, dizendo ser essa a droga mais difícil de “largar”. Mas também contou de sua relação com a maconha como uma possibilidade de redução de danos. *Eu consigo*

*realmente ficar sem usar o crack, sem usar cocaína. A maconha não, porque maconha eu gosto, eu uso porque gosto mesmo, me sinto bem, me relaxa, me deixa bem. [...] Mas o álcool, chega num ponto, que não adianta, é orgânico. Tu não consegue comer, tu não consegue te mexer, tu te treme o corpo inteiro. É... Tu tem alucinação... É incrível a dependência do álcool. E como tu falou, por ser lícita, é uma coisa muito fácil, porque, por exemplo, tu conhece uma pessoa, a Tatikiti, por exemplo. Eu vou dizer: 'Tatikiti, vamos tomar uma cervejinha?' Eu não vou te dizer: 'vamos sair pra tomar um suco, né?' Eu não vou te dizer pra tomar um cafezinho.*

Essas trocas são possíveis a partir das premissas que constituem esse campo de escuta e de trocas nas Rodas de Conversas, a partir do encontro entre GAM e Prevenção Combinada, que se entrelaçam com a redução de danos enquanto diretriz ética do cuidado. Oliveira (2023) aborda a potencialidade da GAM, RD e Reforma Psiquiátrica Brasileira como forças disruptivas em relação às práticas hegemônicas que se referem às drogas prescritas e proscritas, pois elas “tensionam os lugares instituídos dos envolvidos com tais iniciativas, seja o lugar de pesquisador, profissional, louco, drogado, estudante” (Oliveira, 2023, p. 19). Dessa forma, possibilitam um reposicionamento de lugar, tanto de trabalhadores/as, quanto de usuários/as, uma vez engajados/as nessa experiência.

Como reposicionamento de usuários/as, aposta-se no fortalecimento da autonomia como uma forma de poderem se colocar de modo mais protagonista na construção de seus projetos terapêuticos singulares. Estes incluem as prescrições medicamentosas, as suas escolhas sobre os usos de álcool e outras drogas, mas também - e principalmente - consideram outros aspectos da vida, podendo encontrar espaços de negociação sobre as prescrições, questionamentos e, inclusive, discordâncias para construção de outras novas possibilidades.

Como reposicionamento de trabalhadores/as, entendemos que o objeto da prescrição não são campos de conhecimentos somente dos/as profissionais/as prescritores/as. É necessário e importante que toda a equipe se aproprie das medicações, mas nem só de medicamentos são feitas as prescrições. Na concepção de medicalização da vida (capítulo 3), prescrevemos muito mais do que remédios: prescrevemos projetos terapêuticos, a forma como o/a usuário/a deve se relacionar com a equipe, projetos de vida a partir de nossas realidades, entre tantas outras formas de prescrições. É essencial podermos dialogar sobre isso, fortalecendo a

interlocução e a transdisciplinaridade, a partir das diferenças e aproximações entre campo e núcleo, propondo uma quebra da hegemonia do saber biomédico.

Se existe alguma queda a acontecer em relação a esse reposicionamento necessário, esta não é a da recaída, como veremos mais adiante, mas a das nossas certezas, como trabalhadores/as. Assim, por algum tempo, se vendeu o discurso de que o uso de drogas injetáveis havia sido totalmente substituído pelo uso de crack. Quando escutamos falas, como a de Ricardo, homem cis branco, pensamos ser uma exceção, mas é ainda uma realidade, sobretudo no RS, como já demonstraram os dados da pesquisa de Braga *et al*, 2020, contextualizada na seção 7.4. Ricardo explicita a importância da redução de danos e do trabalho nas cenas de uso ao contar ter ficado num hotel no centro da cidade com sua companheira [possivelmente se referia à Pousada Garoa] e ter gastado 8 mil reais em “baque” (gíria para cocaína injetável). Comenta que, depois disso, foi encaminhado para a Emergência e, na sequência, ficou 10 dias no CAPS. Ou seja, embora em menor quantidade, ainda aparece a experiência com o uso de drogas injetáveis. Escutar isso reforça a importância de se reposicionar também fisicamente: saindo dos espaços protegidos dos serviços, para ampliar repertórios de cuidado, indo ao campo, nas cenas de uso de drogas, sem moralismos, ajudando a antecipar algumas questões e possibilidades de trocas a partir do que está acontecendo no território, e não simplesmente ficar esperando no serviço que essas questões cheguem, já num momento de maior complexidade.

Como colocado por Eduardo Passos, durante aula do “II Curso de estudos avançados da Gestão Autônoma da Medicação”<sup>33</sup>, não é possível produzir saúde sem produzir um reposicionamento subjetivo de todos/as os/as atores e atrizes envolvidos/as no processo de cuidado - usuários/as, trabalhadores/as e rede de apoio. Esse reposicionamento é necessário a fim de que trabalhadores/as e usuários/as consigam estar lado a lado, num processo de lateralidade. É necessário para que usuários/as saiam da posição de pacientes - do lugar de subalterno - e assumam o protagonismo no seu processo de saúde. Mas, para que esse processo aconteça, é preciso que os/as trabalhador/as se reposicionem também, de forma a entender e sustentar esse protagonismo e autonomia.

---

<sup>33</sup> Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=14tQm7dVipU&t=28s>

É o que significa *autonomia*, já que o termo é composto por duas palavras gregas: *auto* = "auto"; *nomos* = "lei". Autonomia, neste sentido, não é independência, mas a "capacidade de governar-se pelos próprios meios" (Ferreira, 2009). É a criação, para si, das próprias regras de viver. Enquanto independência se refere a um tipo de vida autárquico, separado da comunidade, a autonomia se refere à vida em sociedade. Autonomia significa, portanto, uma dinâmica grupal colaborativa, participativa, de protagonismo distribuído e compartilhado, permitindo a participação de todas as pessoas envolvidas no processo de saúde, dando espaço para cogestão no modo como lidamos e manejamos o uso de psicofármacos (Passos, 2024<sup>34</sup>). A GAM e a Redução de Danos podem ser meios para fomentar esses coletivos.

A estratégia GAM conta com uma ferramenta, que é o seu guia, o qual funciona como instrumento concreto para ancorá-la no serviço e para dinamizar o dispositivo GAM. A ideia de base é que a democratização da produção de saúde e dos processos de produção de subjetividade pressupõe defender uma inseparabilidade entre produção do cuidado e gestão do processo de trabalho, ou seja, inseparabilidade entre atenção e gestão e entre clínica e política (Passos, 2024, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=14tQm7dVipU&t=28s>).

Para além de instrumento, o Guia GAM, tal como propõe Oliveira (2023), também é pensado como um *insumo* de redução de danos. Os insumos têm um papel importante na composição de dispositivos de cuidado na história da RD. Quando a Redução de Danos iniciou no Brasil, inspirada na experiência dos países europeus, era entendida como uma tentativa de minimizar as possíveis consequências do consumo de drogas do ponto de vista da saúde, sem necessariamente reduzir esse consumo (Wodak, 1998). As ações realizadas eram voltadas aos/às usuários/as de drogas injetáveis através da troca de materiais usados por materiais descartáveis. O kit então distribuído continha: duas seringas de 1ml, duas agulhas, um copo diluidor, duas ampolas de 5ml de água destilada, dois sachês de lenço embebido em álcool para assepsia e dois preservativos (kit padrão do Ministério da Saúde na época) (Adamy, 2014).

Aos poucos, passa a acontecer uma mudança com relação ao tipo de droga mais usado. O crack, sendo uma droga mais barata, com valor acessível e de efeito intenso, se populariza, e a cocaína injetável deixa de ser a droga privilegiada da

---

<sup>34</sup> Idem à nota 32.

maioria das pessoas que fazem uso. Os redutores de danos, que já trocavam muitas coisas além dos insumos, como repertórios de cuidado, vínculo, afetos, histórias de vida, passam a envolver outros materiais nas trocas, construídos de acordo com cada realidade: a piteira de silicone, que, acoplada aos cachimbos e usada individualmente, previne a contaminação de hepatites virais (Adamy, 2014; Oliveira, 2023); a manteiga de cacau, que previne rachadura nos lábios; a seda de papel para o uso de tabaco ou maconha, evitando o uso de jornais ou outros materiais tóxicos; folders com informações sobre redução de danos e serviços; água e cereais, que ajudam a minimizar os danos e efeitos do álcool e outras substâncias; o teste rápido de HIV de fluido oral, utilizado mais recentemente (a partir de 2014) em estratégias do Ministério da Saúde junto a Organizações da Sociedade Civil, como forma de ampliar a testagem do HIV, entre outras.

Todas essas ofertas de insumos nunca foram realizadas com base na sua distribuição simplesmente, pois sempre foram privilegiadas as demais trocas a cada encontro com usuários/as nas cenas de uso no território. Dessa forma, Oliveira (2023) propõe a inclusão do Guia GAM ao Kit de RD no CAPS como uma dimensão pedagógica. Sendo o CAPS um espaço diferente do das cenas de uso de drogas - ao menos das ilícitas, pois as lícitas são, inclusive, prescritas -, a GAM se coloca como um instrumento que têm a potência de ampliar repertórios, já que é capaz de acionar a dimensão pedagógica de aspectos ligados à perspectiva de saúde ofertada no CAPS, com informações explícitas sobre direitos e sobre as diferentes drogas psiquiátricas (Oliveira, 2023).

Além disso, pensando no caráter preventivo dos outros insumos de RD ofertados, a GAM também pode ser reconhecida nesse lugar. Ela propicia a prevenção às diferentes possibilidades de institucionalizações, já que, alicerçada pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, há, na sua concepção, “uma prevenção quanto à criação de relações de tutela entre a instituição e as pessoas que a frequentam” (Oliveira, 2023, p. 163).

Como reforça Oliveira, embora os insumos de RD tenham potência de produção de saúde, são objetos inanimados - assim como as drogas e o Guia GAM -, entrando em relação com as pessoas a partir de diferentes aspectos. Dessa forma, a distribuição do insumo, por si só, não tem a mesma efetividade das trocas. Os insumos, além de serem importantes estratégias de cuidado e prevenção, também

são um meio para chegar aos/às usuários/as em alguns territórios a partir de um objeto que se coloca entre o/a redutor/a de danos e o/a usuário/a, como uma forma também de aproximação (Adamy, 2014).

Em conversas com redutores de danos que realizam trabalhos nos territórios, é corrente a ideia que a RD se dá com os diálogos que se abrem a partir dos insumos, os quais incidem na relação entre o rd [redutor de danos], o sujeito e o insumo, aumentando a possibilidade de que este seja utilizado. Não é a quantidade de insumos distribuídos que caracteriza uma ação de RD efetiva, mas a qualidade das trocas realizadas. O insumo sozinho, sem o afecto junto com a ideia, tende a ter sua potência reduzida (Oliveira, 2023, p. 163).

Foi pensando na ideia do Guia como um insumo que o inserimos no nosso campo de pesquisa. Desde o primeiro encontro com parte da equipe do serviço, um educador social trouxe a sensação de que talvez o Guia não tivesse uma linguagem acessível aos/às usuários/as. Seria necessário inventar outras formas de trabalhar com essa proposta, já que o Guia poderia se tornar inibidor para algumas participações, sobretudo para as pessoas que não tivessem a inserção no letramento. Reafirmamos a proposta de trabalhar *a partir* do Guia e não somente *com* ele, mesmo porque precisaríamos incluir uma série de questões e temas que fazem relação com os estruturantes sociais que atravessam as populações-chave e prioritárias para o campo do HIV. Combinamos, então, que ofereceríamos o Guia a quem quisesse, deixando-os/as livres para escolher levá-lo ou não consigo. Dessa forma, no primeiro encontro com os/as usuários/as, apresentamos o Guia e dissemos que não ficaríamos presos/as a ele, mas que, caso alguém quisesse pegar algum, que ficasse à vontade. Todos pegaram. O Guia GAM entrou nessa relação, então, como insumo de RD. O insumo, o velho insumo, que oportuniza, nas saídas de campo de redução de danos, uma aproximação, um vínculo. Aquilo que nos ajuda a não chegar nos territórios “de mãos abanando”. Assim me senti ao ter os Guias comigo e também ter o que ofertar nesse espaço.

Como nos traz Oliveira (2023), a redução de danos e a GAM compartilham dos aspectos instituintes em relação às drogas e seus usos, que podem se presentificar em quatro princípios. O primeiro diz respeito à problematização da noção de drogas - prescritas ou proscritas - e seus sentidos entre o bem e o mal. O segundo considera a singularidade da relação de cada sujeito com cada substância, a depender, também, do contexto. O terceiro princípio se refere à “participação das pessoas que usam drogas na construção das experiências RD e GAM” (p. 19) em

seus múltiplos aspectos, desde a construção de seus PTS, até a participação em fóruns de discussão política sobre as drogas. Por fim, o quarto princípio enfatiza o reconhecimento do saber dos/as usuários/as de drogas a respeito dos seus usos, já que a invenção de modos de subjetivação diferentes daqueles relacionados às noções jurídico-policial, médico-psiquiátricas e moral-religiosas, que se apresentam de modo hegemônico, se dá na emergência de saberes produzidos em suas experiências coletivas com as drogas (Oliveira, 2023, p. 19).

Dessa forma, o encontro entre GAM, Redução de Danos e Prevenção Combinada, como dispositivo e como método, possibilita-nos pensar numa Gestão Autônoma de Múltiplas Drogas e Múltiplas Formas de Viver, pois dá espaço para o campo de experiência de cada sujeito, em suas diferentes singularidades, com as drogas prescritas e proscritas, bem como em suas relações com as instituições e com o próprio Estado. Podemos inferir, então, que não existe saída para a necropolítica que não seja por meios autônomos e coletivos, sendo que a Gestão Autônoma de Múltiplas Drogas e Múltiplas Formas de Viver pode ser dispositivo para essa construção.

### **9.1 CAPS e Comunidades Terapêuticas na relação entre remédio e veneno: aproximações sucessivas e consensos provisórios**

*Nosso conhecimento não era de estudar em livros.  
Era de pegar de apalpar de ouvir e de outros sentidos.  
Seria um saber primordial?  
Nossas palavras se juntaram uma na outra por amor e não  
por sintaxe.  
A gente queria o arpejo. O canto. O gorjeio das palavras.  
(Manoel de Barros, em Menino do Mato)*

Numa certa manhã, no início de 2024, ao chegar ao CAPS AD III no qual trabalho, escuto o comentário de uma familiar: *Na comunidade terapêutica eles doutrinam mais, aqui no CAPS o tratamento é mais solto*. Estaria a CT colocada no lugar de veneno e o CAPS no lugar de remédio? De qual ponto de vista? Do ponto de vista da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos, certamente. Talvez, na perspectiva dessa mãe - e de muitos/as usuários/as que não experimentaram práticas de autonomia e protagonismo no seu processo de cuidado -, a CT estivesse colocada no lugar de remédio, e o CAPS, no de veneno.

Embora ela estivesse realizando essa afirmação para outra familiar em tom de crítica, tomo essa frase como um analisador para avaliar seu conteúdo. Ao mesmo tempo em que reconhecemos a potência do CAPS como um espaço onde as diferentes possibilidades de relação e modos de andar a vida possam ser escutados e acolhidos, também são evidentes as fragilidades desse equipamento, num contexto de muitos anos de fortes ameaças ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, baixos investimentos em serviços territoriais de saúde mental e violações de direitos das populações mais marginalizadas, alicerçadas pela necropolítica.

Costa *et al* (2018) realizaram um estudo pré-pandêmico, que avalia o papel dos CAPS AD sobre a rede de atenção aos/às usuários/as de álcool e outras drogas, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. A partir de uma metodologia baseada em Análise de Redes Sociais, os/as participantes, todos/as trabalhadores/as da rede, responderam à seguinte questão: “No último ano, com quais dispositivos (listados no menu) o seu serviço teve algum tipo de relação/atividade em conjunto referente à atenção aos usuários de drogas?” (p. 3236). Dentre os serviços listados, estavam: CAPS AD; Hospital Pronto Socorro; Ambulatório em Saúde Mental; SAMU; Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); Hospital Geral com leitos em álcool e outras drogas; Centro POP (serviço de convivência da Assistência Social voltado para pessoas em situação de rua); Ambulatório sobre Tabagismo; CAPS gerais; Centro de Referência em Assistência Social (CRAS); Hospital Psiquiátrico; Serviços de Acolhimento Institucional; Consultórios na Rua; CAPS ij (infanto-juvenil); Entidades Socioassistenciais (vinculadas às Organizações Não-Governamentais - ONGs); Ambulatório em álcool e outras drogas; Centro de Convivência; Clínicas e Comunidades Terapêuticas; Unidades de Atenção Primária Urbanas; Unidades de Atenção Primária Rurais; Grupos de Ajuda Mútua; Hospital Judiciário.

A constatação foi de que há uma concentração e centralização significativa do cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas nos CAPS AD, em conformidade com as políticas e o modelo de atenção vigente. No entanto, essa centralização, em um equipamento ainda em quantidade insuficiente no país e afetado por diversos problemas estruturais e dinâmicas de trabalho, contribui para uma baixa capacidade de resiliência da rede (Costa *et al*, 2018).

Nessa mesma pesquisa, após os CAPS AD, os serviços mais citados foram os da Rede de Urgência e Emergência. Isso também aponta para a necessidade de mudança na direção do cuidado, que ainda se baseia, sobretudo, em serviços especializados e/ou de pronto atendimento, voltados para situações de urgência ou emergência, em detrimento de abordagens territorializadas e comunitárias, que promovam um cuidado longitudinal. Portanto, o desafio não está apenas no CAPS AD ou na proposta da rede em si, mas na persistência de uma lógica que centraliza as intervenções no campo da saúde mental em equipamentos especializados, juntamente com deficiências na formulação e implementação de políticas, mesmo em um contexto de avanços consideráveis resultantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Costa *et al*, 2018).

Tais questões se tornam ainda mais complexas ao compararmos o número de CAPS AD, sua cobertura nacional e os investimentos públicos destinados a eles em comparação a outras instituições não governamentais, como as Comunidades Terapêuticas (CTs), que se mantêm mesmo no governo atual de esquerda. Observamos, assim, um cenário contraditório, no qual, apesar de ser considerado o principal equipamento da rede de atenção aos usuários de drogas e ocupar uma posição central na mesma, o CAPS AD é, ao mesmo tempo, tratado de forma marginal pelo Estado brasileiro. Os recursos financeiros alocados para os CAPS AD, muitas vezes, são insuficientes para garantir seu pleno funcionamento e o cumprimento de suas atribuições (Costa *et al*, 2018).

Como efeito do contexto da pandemia e pós-pandemia, no município de Porto Alegre os CAPS AD viram complexificarem-se as demandas da população, o que veio junto com a redução e/ou inexistência de outros equipamentos da rede, bem como com as fragilidades e ausências de acesso a outros serviços no território. Isso contribui para um processo de emergencialização - mais do que de centralização - dos CAPS AD 24 horas do município, visto que Porto Alegre não possui outros CAPS 24 horas que não os voltados ao cuidado de pessoas que usam drogas. Além disso, os demais CAPS dos tipos II (transtornos mentais) e ij (infanto-juvenil), deixaram de ser portas abertas, ou seja, os/as usuários/as precisam ser regulados pela atenção primária. Na prática, o que tem acontecido é que a espera por atendimento é tão grande que os/as usuários/as necessitam passar por uma internação de saúde mental em hospital geral ou hospital psiquiátrico para de fato conseguirem acessar

esses serviços. Em resumo: os CAPS II, em Porto Alegre, não cumprem o seu papel como serviços substitutivos às internações, já que, paradoxalmente, a porta de entrada para estes é, em muitos casos, a própria internação.

Porto Alegre possui um convênio direto com uma dessas Comunidades Terapêuticas, sendo que a experiência desse encaminhamento é citada entre vários/as usuários/as do CAPS. Ao passarem pela internação em uma CT, muitos/as usuários trazem consigo discursos religiosos, relacionados à imposição da abstinência, com baixa tolerância sobre os/as demais usuários/as que não conseguem ou não escolhem essa via. É o que aparece na fala de Adir Edson:

*Eu passei por uma fazenda agora, em que eles batiam muito que a redução de danos não resolve nada. Entende? [...] E por quê? Porque só reduzir o dano não resolve nenhum problema. Então tu tem que entrar... Assim, eu sou alcoólatra. Então eu só reduzir, tipo, em vez de tomar 6 latinhas, vou tomar só 4 ou 3. Então eu vou continuar sendo alcoólatra, porque eu vou perder o controle, mais cedo ou mais tarde. Entendeu? Então essa redução de danos... [...] Eles falam nas fazendas: 'ah, eu não tenho problema com crack, meu problema é com álcool e cocaína. Tá, mas então eu posso beber? Não, se tu beber, tu vai acabar usando crack e vai voltar toda a tua doença'.*

A abstinência como um paradigma, que promove a costura entre as instituições religiosa, jurídica e médica, traz a crença da recaída, não como um fracasso da instituição, mas, sim, como um fracasso individual. Dessa forma, reforça a necessidade de um tratamento que se vale do exercício de poder pela via da exclusão do desejo. Assim, Souza (2018) questiona o que seria a recaída, já que

[...] ao ser individualizada e tomada como índice de gravidade da doença, a recaída ganha estatuto de uma verdade sobre a natureza deste indivíduo. A recaída só se coloca num sistema de signos e valores governados pela lógica de que o objetivo final desta estratégia é a vida livre de drogas (p. 103).

Vida livre de drogas? De quais drogas? O encontro com usuárias e usuários no campo da saúde nos “vicia” a olhar para as experiências com as drogas sempre como problemáticas, mas a verdade é que existe uma imensidão de pessoas que fazem diversos tipos de uso e que nunca chegaram aos serviços, tendo construído relações possíveis e diferentes estratégias de cuidado nessa relação com o objeto da droga. Porém, o conceito de recaída não aparece aqui como uma simples

expressão inofensiva, pois ele ajuda a fomentar o mercado das drogas medicamentosas, que sustenta a medicalização da vida, a qual trabalhamos na seção 3.2. Tal medicalização vai na direção da docilização daqueles corpos que o sistema não considera de sujeitos desejantes, ou não considera a legitimidade dos seus modos de existência. Não foi somente uma vez que escutei usuários/as que passaram por internações hospitalares dizerem que haviam buscado esse recurso para “dar um tempo” das substâncias, quando, na verdade, se sentiram dopados o tempo inteiro, com prescrições medicamentosas. Essa experiência também foi trazida no contexto do CAPS. *Eu, por exemplo... O médico me deu mais três medicamentos. Aí uns três eu joguei fora, vou ser sincero, porque eu tava ficando assim... Tava ficando paranóide, tava ficando pior que chapado de droga... Eu tô bem agora sem usar... Mas tava jogando fora, vou ser sincero. Puta que pariu... Eu tô aqui pra me tratar e não pra ficar mais louco. A minha mentalidade... Eu tô conseguindo relaxar mais meu corpo, porque eu tava me sentindo muito pra baixo, minha autoestima não tava muito legal também. Então deu pra ver que deu uma relaxada super bacana. Mas sem essas drogas. Porque o remédio é uma droga também [...]*

Além do processo de medicalização, o forte discurso em torno da abstinência, conjugado com a moral cristã que muitos/as usuários/as carregam das experiências nas comunidades terapêuticas, reforça a centralidade do objeto droga - e não a relação que se estabelece com o mesmo -, fazendo com que cada experiência em torno do uso, mesmo que não seja prejudicial, seja vista como uma “recaída”. O paradigma da abstinência, que amplifica a experiência do uso como uma “queda”, diminui o lugar e as possibilidades de ser das pessoas que fazem uso de drogas, carregando discursos cheios de estigma e ensurdecimento sobre as reais experiências dos/as usuários/as em relação aos seus usos e contextos de vida.

Por que o retorno ao uso de drogas após um período de abstinência tem que ser significado como uma queda? A noção de queda tem, assim como a noção de abstinência, um fundamento religioso. Recair é, antes de tudo, uma queda da alma que se deixou levar pelas tentações pecaminosas. Quando a saúde adota esses termos como signos que dão sentido às suas práticas, entre as instituições de saúde e as instituições religiosas passa a haver uma contiguidade. A composição de uma rede pastoral-médica conecta uma infinidade de termos heterogêneos que definem uma rede de governamentalidade da população. A recaída se torna o próprio motor de um círculo vicioso, de um sistema que se alimenta da falha, na medida em que individualiza (Souza, 2018, p. 103).

Apesar do modelo hospitalocêntrico ainda prevalecer no senso comum para o cuidado em álcool e outras drogas, sendo reproduzido por alguns/as usuários/as, o reconhecimento do CAPS como lugar de cuidado efetivo aparece em algumas falas, como na de Carlos, que, no dia em que participou da Roda, estava de aniversário, fazendo 41 anos. Contou ter permanecido na Comunidade Terapêutica por quatro meses, já tendo passado por lá outras duas vezes. Separou-se há um ano da sua esposa por causa de uma agressão do sogro para com sua filha. Revelou já ter estado preso e que estaria *“fazendo o máximo possível pra não fazer coisa errada”* (sic). Para dar conta de ampliar possibilidades de cuidado consigo, está trabalhando com reciclagem. *E eu tô o dia todo aqui, melhor do que ficar na rua bebendo. Meu problema é alcoolismo, o crack de vez em quando, mas meu mal mesmo é álcool. Eu já bebi gasolina, bebi etanol, álcool puro com refrigerante pra ver se eu conseguia me matar [...] Tô forte desde sexta-feira, a última vez que eu bebi eu bati com minha testa na esquina da Borges de Medeiros lá, depois de uma garrafa de 7 Campos. E tô num abrigo da 7 de Setembro [se referindo à Pousada Garoa] e eu vou ficar aqui pela volta do CAPS até conseguir uma vaga [referindo-se ao acolhimento noturno].*

Já José referencia as possibilidades de cuidado para além do fechamento em um diagnóstico e na medicalização, reconhecendo o CAPS como um lugar de ancoragem. Ele chega em uma das Rodas depois de já termos iniciado. Senta-se em uma cadeira ao meu lado, começa a comer bolachas e pede um chá. Pega um dos Guias GAM e começa a folhear. Eu explico rapidamente o que estamos fazendo, e logo ele começa a se abrir. Conta ter trabalhado quase dez anos como cobrador de ônibus e hoje está desempregado. Fala sobre uma sensação profunda de depressão. *Sou depressivo e bipolar. Isso me atrapalha muito na minha vida. Me atrapalha assim... Estraga minha vida. E eu luto contra ela, né? Tenho me tratado faz onze anos com essa doença. E é uma luta difícil, parece que tu vai perder, mas a gente tem que lutar. Tem horas que parece que a gente não vai conseguir resistir, mas é isso aí. Tomo remédio pra depressão, medito, me cuido aqui no CAPS, sou bem acolhido. Na primeira vez que fiquei aqui foi por quatorze dias, aí tá, tudo bem, pensei que fosse ficar tudo bem, mas quando cheguei em casa, começou tudo de novo. Começou a ansiedade, a depressão, começou o mal-estar, aí voltei de novo. Agora estou há dez dias e estou pra ir pra casa hoje. E eu tenho muito medo de ir*

*pra casa e começar a acontecer de novo esse tipo de coisa. Porque há muitas opiniões dentro da medicina, pois eu pesquiso. A depressão tem cura e outros falam que não tem cura. Meu médico diz que não tem cura, que isso é genético e é de família. No entanto, eu vejo em livros e matérias, na literatura médica, que ela às vezes tem cura, sabe? Tem vários pontos de vista. Tu pode te tratar com medicamento, com psicoterapia, com reike, com ioga.*

A busca por “ancoragens”, como o lugar que, possivelmente, José coloca o CAPS, é conceituada por Broide e Broide (2015) para falar da escuta qualificada, que considera a relação transferencial entre o/a técnico/a e a pessoa que é atendida:

Podemos dizer que esta metodologia de trabalho busca sempre, seja onde for, por meio de uma escuta clínica, os fios que amarram o sujeito à vida. É a escuta que nos permite mapear estes fios que se embrenham pelo território físico e psíquico. Vamos puxá-los, amarrá-los, articulá-los na rede do desejo através de atendimentos na comunidade, na instituição, na família e com o nosso atendido (Broide; Broide, 2015, p. 30).

Como fios possíveis de serem amarrados nesse emaranhado, que, por vezes, parece um nó, em busca dessa ancoragem, encontramos também a fala de Davi. Ao contar da perda da mãe no início do ano, por falecimento, e, no mesmo mês, da perda da esposa, por separação, conseqüentemente vindo a se distanciar da filha, comentou: *Faz um ano que estou de recaída com pedra e álcool. Eu quero vir com novo pensamento, mudar de vida e nova estratégia. Eu tô me sentindo bem aqui, os dias que eu chegava aqui eu só chegava e saía correndo. Não ficava aqui, e é a primeira internação [referindo-se às camas de permanência no CAPS 24h] que tá sendo um sucesso. Participar dos grupos aqui, conversar com as pessoas, com os amigos e pra mim tá sendo maravilhoso. Com a ajuda de vocês, consegui pegar minha identidade, vou pegar meu dinheirinho, vou ver minha filha, vou voltar pra cá, vou fazer minha vida, uma nova vida.*

O ir e vir de Davi e José, na busca por ancoragem, fez-nos buscar em autores da Saúde Coletiva, Gastão Wagner de Souza Campos e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, dois conceitos que se entrelaçam: *aproximações sucessivas e consensos provisórios*. Campos (2014), ao trabalhar o método Paidéia, fala sobre o exercício do apoio institucional, que sempre irá pressupor algum grau de cogestão na relação, como uma democracia institucional. Nessa relação entre o/a apoiador/a e o campo, afirma que muitos afetos serão envolvidos/as, por isso a necessidade de um processo de análise de implicação. Segundo o autor, as aproximações não

precisam ocorrer de modo selvagem, tudo ao mesmo tempo, pois o aprofundamento vai se dar com o tempo, à medida que o trabalho vai se desenvolvendo, mas é preciso manter total transparência desde o começo. E isso se constitui a partir de “aproximações sucessivas”.

Já Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (2017) refere que a construção teórica deve nos servir para que saibamos o que somos, quem somos, como somos, o que e como podemos ser, o que devemos ser, como devemos vir a ser, dispondo-nos, então, às relações discursivas e práticas. Porém, a teoria não serve é para fixar relações. É por isso que o autor sustenta a ideia de que a teoria pode nos servir como a construção de saberes plurais, a partir de consensos provisórios, “pois sem pluralidade, a razão comunicativa é um absurdo lógico” (p. 396).

As aproximações sucessivas e consensos provisórios entre trabalhadores/as e usuários/as permitem uma relação de maior alteridade, abrindo mais possibilidades de acolhimento para as certezas que podem se modificar ao longo do tempo, numa relação mais verdadeira e horizontal, fazendo combinações a partir do que for possível para cada usuário/a. Afinal, quem nunca mudou de opinião a partir do que se produz com alguns encontros da vida? Há momentos da vida em que o encontro de usuários/as com o CAPS vai servir para ampliar relações e articular um cuidado integral. Em outros, quando colocado como único recurso da rede, sem articulação com outros serviços, o excesso de CAPS também pode intoxicar. Ainda, poderá servir para restringir os acessos a partir de encaminhamentos para internações e comunidades terapêuticas. E em instituições em que a única possibilidade de consenso é a abstinência e a vida livre de drogas proscritas, não há espaço para que essas construções aconteçam de forma compartilhada.

Mas, apesar de todos os desafios que os CAPS hoje enfrentam, é desde esse lugar que podemos compartilhar, a partir do encontro entre GAM, Redução de Danos e Prevenção Combinada, a experiência do coletivo como um lugar de construções, de fortalecimento da autonomia, como espaço de pertencimento, de possibilidades de elaboração e de produção de vida compartilhada. Isso se fez possível com aproximações sucessivas, marcadas por itinerâncias, e por meio de consensos provisórios, com base no que se ia produzindo com as pessoas que vinham participar de cada Roda.

Podemos afirmar, portanto, que há, ainda, o lugar do CAPS como possibilidade de fortalecimento do cuidado integral, que leva em conta os agravos, suas vicissitudes e suas prescrições na construção do projeto terapêutico singular. Assim, considerando que o processo de medicalização é uma das vertentes não reformadas da Reforma Psiquiátrica, de que forma a GAM e o conceito de Phármakon podem problematizar e construir ferramentas na perspectiva de um cuidado integral e de promoção da autonomia com populações que vivem com HIV?

## 9.2 Phármakon e a relação com antirretrovirais

Assim como com todos os outros medicamentos, a relação com os antirretrovirais como remédio e veneno é uma realidade que perpassa a vida de quem vive com HIV. O princípio de Phármakon retorna aqui para nos ajudar a pensar nos impasses relacionados aos processos de medicalização em relação aos medicamentos psicotrópicos e para prevenção e tratamento do HIV. Buscamos novamente Derrida, que, ao referenciar Platão, afirma que a escritura não é melhor como remédio do que como veneno, pois

Platão suspeita do phármakon em geral, mesmo quando se trata de drogas utilizadas com fins exclusivamente terapêuticos, mesmo se elas são manejadas com boas intenções, e mesmo se elas são eficazes como tais. Não há remédio inofensivo. O phármakon não pode jamais ser simplesmente benéfico. (...) A essência ou a virtude benéfica de um phármakon não o impede de ser doloroso (Derrida, 2015, p. 53-54).

Derrida trabalha ainda com o conceito de Pharmakós, que se passa no limite do dentro e do fora e tem por função

[...] traçar e retraçar sem cessar. Intramuros e extramuros. Origem da diferença e da partilha, o pharmakós representa o mal introjetado e projetado. Benéfico enquanto cura; maléfico enquanto encarna as potências do mal. Angustiante e apaziguador (Derrida, 2015, p. 97).

Nas falas de Rochele, essa ambivalência apareceu em momentos diferentes. No segundo encontro em que participou, quando surgiu a temática dos medicamentos de uso contínuo, disse: *tomo coquetel [...] É difícil o nome ... coquetel, coquetel...* Referia-se à dificuldade de falar o nome dos antirretrovirais, mas talvez também expressasse sua dificuldade na relação com os mesmos, os quais chegou a parar de tomar por quatro anos, tendo ficado *definhand*o, conforme ela diz. Estariam no lugar de veneno? Depois, ao longo dos encontros, cita-os como *remédio*

*da vida*. E, ainda, quando conversamos sobre quem no grupo fazia tratamento para o HIV, afirmou: *Eu faço... Eu faço com muito orgulho*. Teriam sido ressignificados no lugar de remédio?

A noção de *Pharmakón* nos ajuda a pensar também que, aqui, há uma diferença em como conversar sobre a relação com medicamentos psiquiátricos ou medicamentos antirretrovirais. Uma das problematizações que surgem do encontro da Prevenção Combinada com a GAM diz respeito à diretriz do Ministério da Saúde em relação à oferta do tratamento para todas as pessoas com diagnóstico positivo para o HIV e a recomendação de início precoce do mesmo. Esta se justifica, dentro da política, não somente para melhorar a qualidade de vida, mas também porque, ao realizar o tratamento, a carga viral pode se tornar indetectável e, estando indetectável, não há risco de transmissão do HIV. Portanto, trata-se de uma medida de prevenção que não se refere somente à pessoa em tratamento, mas visa promover efeitos relacionados à saúde coletiva. Para alcançar o objetivo de minimizar a transmissão, a adesão ao tratamento precoce passa a ser uma questão crucial, trazendo consigo todos os impasses éticos que animam o debate prescrição-autonomia-medicalização.

A premissa da estratégia GAM, em relação ao trabalho da promoção da autonomia como elemento constitutivo do cuidado, coloca este debate em outro patamar. Com relação aos medicamentos psicotrópicos, a recomendação da estratégia é de, inclusive, possibilitar que o/a usuário/a reconheça e identifique a sua própria crise e, com isso, possa negociar uma possível redução da medicação. Portanto, uma das problematizações que se apresenta, de imediato, nesse encontro entre a estratégia GAM e a prevenção do HIV via tratamento precoce é: como fortalecer a autonomia do/a usuário/a, se a recomendação é a da universalização da prescrição e da adesão ao tratamento?

Para o Ministério da Saúde, entende-se como adesão a utilização ideal dos medicamentos antirretrovirais prescritos pela equipe de saúde para o tratamento de pessoas infectadas pelo HIV, respeitando as doses, horários e outras indicações. Porém, o mesmo documento diz que o processo de adesão transcende à ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento das pessoas vivendo com HIV; o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde e, especificamente, com a equipe de referência, se for o caso; o acesso à informação; o acompanhamento clínico laboratorial; a adequação aos hábitos e às necessidades individuais; o

compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde para promover a corresponsabilização do cuidado e, com isso, promover maior autonomia dos/as usuários/as (Brasil, 2008).

Nesse sentido, a adesão seria colocada como um processo dinâmico e multifatorial, o qual inclui aspectos físicos, psicossociais, estruturais, culturais e comportamentais e facilita a aceitação e a integração de determinado PTS no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (Brasil, 2008). De certo modo, o próprio texto normativo da política já apresenta a complexidade de fazer operar simultaneamente a adesão como utilização ideal dos medicamentos e o fomento à autonomia do/a usuário/a, via construção do PTS. Cabe, porém, destacar que esse conceito de adesão é anterior ao Protocolo que preconiza o tratamento como prevenção (Brasil, 2013).

Para contribuir com as problematizações relacionadas ao imperativo de adesão e seus impasses, buscamos Annemarie Mol, que, em seu livro “The logic of care” (2008), afirma que, para que o sujeito possa escolher, ele/a precisa ter, efetivamente, mais de uma opção. Trazendo como exemplo o trabalho relacionado às pessoas com diabetes, a autora sustenta essa ideia ao descrever as duas lógicas presentes nas práticas de cuidado. A primeira diz respeito à escolha e a segunda ao cuidado.

A lógica da escolha está atrelada à perspectiva da liberdade individual. Nela, o sujeito pode escolher abrir mão do tratamento ou medicamento indicado, mas isso o deixaria sozinho, como se a escolha contivesse uma espécie de ameaça velada: ao escolher não utilizar tal medicamento, estaria também abrindo mão do acompanhamento no serviço (Mol, 2008), lógica que muitos serviços adotam.

Na lógica do cuidado, ao contrário, a equipe estaria ao lado do sujeito independentemente de sua escolha, considerando todas as possibilidades e riscos implicadas, dando o suporte necessário para cada uma delas (Mol, 2008). Essa perspectiva vai ao encontro da GAM e também está em consonância com o que a Redução de Danos, como diretriz de trabalho para pessoas que usam álcool e outras drogas (Brasil, 2004), preconiza. Esta propõe estratégias de proteção e minimização de riscos relacionados ao uso de drogas e implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, que inclui um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva (Brasil, 2017).

No trabalho “O bem e o mal-estar das drogas na atualidade: pesquisa,

experiência e gestão autônoma”, Medeiros (2013) disserta sobre a utilização de pesquisas como a GAM como ferramenta que contém abertura de questionamentos sobre o uso de medicamentos psiquiátricos no contexto do cuidado em álcool e drogas. Sua prescrição é marcada pela falta de informações dos/as usuários/as diante do que é receitado, o que se reflete na “ausência de discussão sobre efeitos indesejáveis, mais particularmente em situações de supermedicação” (Guia da Gestão Autônoma da Medicação, 2012, p. 9). O autor aponta que a falta de relatos de experiências com uso de drogas faz com que as estratégias de cuidado ofereçam algo bem distante da promoção da autonomia. Nesse sentido, o fundamento da pesquisa GAM não é o guia em si, mas as relações que se produzem entre o/a usuário/a e profissionais de saúde, o/a usuário/a e a droga, o/a usuário/a e os medicamentos, os/as usuários/as entre si, entre tantas outras. Nessas relações, a GAM pode dar sugestões para “reconhecer as experiências e os saberes dos/as usuários/as quanto ao impacto do medicamento em suas vidas” (p. 10) e o uso de outras drogas.

Desde nossa perspectiva, este reconhecimento se faz necessário também no que se refere às pessoas vivendo com HIV, visto que o medicamento antirretroviral acaba ocupando um lugar de centralidade no paradigma da Prevenção Combinada do HIV. Neste sentido, com relação às pessoas vivendo com HIV que fazem uso de álcool e outras drogas, é importante colocar em pauta, junto aos/às usuários/as, que as interações entre antirretrovirais e drogas psicoativas podem alterar o metabolismo hepático dos medicamentos e reduzir ou aumentar a concentração sérica dos antirretrovirais. Também importa mencionar que as pessoas vivendo com HIV podem fazer uso de medicações variadas e que diversos efeitos são produzidos pela associação de álcool e outras drogas com algumas dessas medicações, dentre as quais pode-se citar os ansiolíticos (que potencializam o efeito da embriaguez) e o metronidazol (cuja associação com o álcool pode causar uma psicose tóxica aguda) (Brasil, 2017).

Em alguns/as usuários/as, o álcool pode aumentar os níveis séricos dos antirretrovirais abacavir e amprenavir. Já o uso concomitante de bebidas alcoólicas com a didanosina (DDL) potencializa a toxicidade dessa substância, aumentando o risco de desenvolvimento de pancreatite, hipertrigliceridemia e neuropatia. O *ecstasy*, droga sintética cada vez mais consumida no Brasil, é uma das que mais interagem com os antirretrovirais, aumentando o risco de morte em pessoas vivendo com HIV que fazem uso de antirretrovirais. Os níveis séricos do *ecstasy* e de outras

anfetaminas modificadas podem aumentar até três vezes quando essas anfetaminas são associadas aos inibidores da protease, especialmente o ritonavir. Foram relatados casos fatais atribuídos à inibição da metabolização do MDMA e anfetaminas pelo ritonavir. A *cocaína* tem sido associada à evolução mais rápida da doença, provavelmente pela baixa adesão ao tratamento associada ao enfraquecimento do sistema imunológico. Há também relatos de potencialização da neurotoxicidade do HIV entre usuários/as de cocaína. O uso de tabaco aumenta o risco de acidente cardiovascular e infarto, sobretudo nas pessoas que fazem uso de antirretrovirais, já que muitos destes causam dislipidemia. O fumo também pode acelerar doenças como a pneumonia e está relacionado a 90% dos casos de câncer de pulmão. Além disso, usuários/as que fumam apresentam menor CD4, maior carga viral, baixa adesão aos antirretrovirais e mais sintomas de depressão do que aqueles que não fazem uso de tabaco (Brasil, 2017).

Dito isso, cabe retomar o conceito de medicalização que estamos considerando, conforme descrevemos no Capítulo 3, sobretudo relacionado às diferenças entre medicamentos psiquiátricos e antirretrovirais. Embora seja importante considerar o uso de medicamentos como um importante sintoma da face perversa da patologização, o conceito de medicalização da vida abrange uma compreensão mais ampla, servindo de instrumento de estigmatização e dominação, que justifica a violência contra alguns grupos sociais marcados por diversas opressões, como racismo e cisheteronormatividade (Viégas, 2021).

Ao mesmo tempo, ao analisar toda a história da aids e a luta pelo acesso aos medicamentos antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV no Brasil, este se deu por força de movimentos sociais que, concomitantemente aos Movimentos da Reforma Sanitária, lutaram pelo direito de acesso ao tratamento. A oferta de medicamentos antirretrovirais para o HIV distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, junto com toda a política de prevenção como resposta à epidemia, contribuiu diretamente para a queda em 50% das taxas de mortalidade nos primeiros 20 anos da epidemia e para a estabilização da mesma relacionada à população geral (Grangeiro *et al*, 2009).

Certamente, a universalização do acesso fez toda a diferença para a manutenção da vida das pessoas vivendo com HIV. O problema é que, mesmo com a universalização, por meio de uma Rede de Atenção à Saúde que se constituiu ao longo desses anos e que iniciou com a Reforma Sanitária, o acesso ainda se dá de

forma mais fácil para alguns/as e não para outros/as. A perpetuação dessas iniquidades está atrelada aos históricos marcadores sociais de raça, classe e gênero, dos quais a aids acaba sendo uma metáfora.

Como trabalhar com os impasses do imperativo de adesão relacionados à política de HIV versus a proposta da GAM sobre redução de medicamentos psiquiátricos? Considerando toda a política de morte vigente das populações marginalizadas, já citadas aqui, ao retomarmos essa pergunta, pressupomos que não falar da importância do tratamento do HIV seria o mesmo que assumir o discurso negacionista que o governo Bolsonaro viralizou na pandemia. Cabe-nos a tarefa de acessar e construir conhecimento junto aos/às usuários/as sobre as possibilidades de prevenção do HIV para além do preservativo e sobre os impactos da irregularidade do tratamento antirretroviral. Cabe-nos, igualmente, compartilhar as experiências relacionadas aos efeitos do uso de álcool e outras drogas no tratamento e a potencial hepatotoxicidade do seu uso concomitante aos antirretrovirais, para que se possa desenvolver coletivamente estratégias de redução de danos. Ações como essas configuram uma intervenção que aponta na direção do fortalecimento da autonomia e da garantia de direitos e de dignidade.

## 10. PELO DIREITO À RESPIRAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

*Viver é partir, voltar e repartir.  
(Emicida)*

No dia 26 de abril de 2024, fomos acordados/as com uma notícia trágica: um incêndio ocorrido na Pousada Garoa, localizada à Av. Farrapos, em Porto Alegre/RS, levou 10 pessoas à morte e deixou outras 15 gravemente feridas. Morte anunciada, como já havia sido afirmado pelo Jornal Boca de Rua, em 2022, por ocasião de outro incêndio.

Garoa pega fogo? Pega. Porque a Garoa que estamos falando não é o chuveiro e sim o nome da pousada que incendiou na madrugada do dia 10 de novembro. Um morador morreu e 11 saíram feridos. Outras pessoas em situação de vulnerabilidade precisaram abandonar suas moradias. Foi uma tragédia anunciada, porque as condições eram péssimas, como já tínhamos denunciado no Boca. Nesta edição, o relato de quem esteve no meio do fogo (disponível em: <https://jornalbocaderua.wordpress.com/2022/12/06/n81-2/>).

Embora nem todos os nomes tenham sido confirmados ainda, sabemos que, entre as vítimas de agora, estão, em sua maioria, usuários/as do CAPS AD IV, tendo alguns participado dessa pesquisa. Não sabemos ainda todos os nomes, pois a invisibilidade, para alguns corpos, persiste até mesmo depois da morte. Vários desses corpos ainda não encontraram alguém que pudesse fazer seu reconhecimento e chorar sua partida. Corpos sem nomes, mas com uma cor predominante. E a cor predominante não é branca.

A Rede de Pousadas Garoa possui contratualização com a Prefeitura de Porto Alegre para acolher pessoas encaminhadas pela FASC, as quais, no entanto, necessitam de política habitacional, não solução passageira e higienista. 2,7 milhões parece muita coisa - e é, mas, na prática, custa 18 reais por dia para cada pessoa. Muitas das pessoas estavam ali pela falta de políticas de assistência social e de saúde que pudessem ofertar outro encaminhamento mais digno e necessário para suas demandas, como casas de passagem, abrigos, albergues, serviços residenciais terapêuticos. Onde estão essas políticas agora?

A pensão não tinha Plano de Prevenção e Proteção Contra Incêndio (PPCI) registrado, conforme afirmou o Corpo de Bombeiros Militar (CBM), e já havia recebido diversas denúncias de trabalhadores/as da FASC sobre irregularidades e

insalubridade. Em 29 de abril de 2024, três dias após o incêndio, o Secretário de Desenvolvimento Social, Léo Voigt, afirmou, em uma entrevista concedida à Rádio Guaíba, que o município faria inspeção das 22 unidades da Pousada Garoa, situadas em Porto Alegre: "Vamos seguir nossos procedimentos habituais. Quando recebemos denúncias ou identificamos alguma irregularidade, inicialmente solicitamos a correção. Posteriormente, podemos aplicar multas ou até mesmo rescindir contratos"<sup>35</sup>. Parece que 11 mortes nas pousadas (somadas a de 2022 e as de 2024) não são suficientes para o reconhecimento de irregularidades.

Voltemos no tempo. No dia 27 de janeiro de 2013, já tínhamos sido acordados/as por outra notícia trágica, a do incêndio da Boate Kiss. Essa tragédia matou 242 pessoas e deixou tantas outras feridas gravemente, com efeitos marcados em seus corpos e em suas memórias até hoje. Naquele momento, pude acompanhar de perto a situação, pois atuava na coordenação estadual de saúde mental, do RS, sendo referência para aquela região. A saúde tomou a frente do trabalho, e o espaço montado para reuniões com a rede, voluntários, representantes públicos/as e familiares foi um dos CAPS da cidade.

Dos aprendizados sobre o incêndio da Boate Kiss, temos muitos, mas poucos foram implementados a ponto de evitar novas tragédias. A sigla PPCI ganhou destaque no estado após esse evento. No mesmo ano, a Assembleia Legislativa aprovou a chamada "Lei Kiss"<sup>36</sup>, estabelecendo normas de prevenção e combate a incêndios para todos os imóveis que não fossem exclusivamente residenciais unifamiliares. No entanto, ao longo de onze anos, houve flexibilização das regulamentações, e os prazos para aplicação das normas foram ampliados.

Nas palavras de um trabalhador da rede de assistência social de Porto Alegre: para as vítimas, a morte; para os/as trabalhadores/as, o adoecimento. Afinal, não há formação, graduação ou pós-graduação possível que prepare trabalhadores/as que estão na linha de frente, seja como servidor/a público/a ou terceirizado por contratos com Organizações da Sociedade Civil (OSC), para elaborar tantos lutos relacionados

---

<sup>35</sup> Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/pol%C3%ADcia/seis-pessoas-permanecem-hospitalizadas-apos%C3%B3-inc%C3%AAndio-em-pousada-de-porto-alegre-1.1488558>

<sup>36</sup> Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/04/27/lei-kiss-rs-adotou-legislacao-de-prevencao-a-incendios-apos-tragedia-em-santa-maria-mas-norma-foi-flexibilizada.ghtml>

a mortes de usuários/as que acompanhamos. E a dor se amplia ainda mais, quando essa morte é seguida de outra: a morte simbólica.

A experiência de apoio institucional que a tragédia da Kiss nos ensinou é que o efeito dessas perdas em trabalhadores/as e na população perdura por muito tempo, acirrado ainda mais pela impossibilidade de justiça. Quando ocorre um evento trágico assim, após a fase inicial de emergência, surge um período de reflexão, luto e busca por justiça, resultantes da natureza disruptiva e abrangente de um desastre. Durante esse tempo, a vida e o futuro ficam em suspenso, gerando sentimentos de desconfiança em relação às instituições tradicionais que costumavam fornecer segurança e ordem (como saúde, assistência, segurança, justiça) (Dassoler *et al*, 2024, no prelo).

Nesse contexto, o processo de luto e a busca por justiça assumem, também, uma dimensão política, conforme argumenta Judith Butler. Segundo ela, o luto estabelece uma comunidade política complexa e está intrinsecamente ligado ao conceito de justiça, pois não apenas reconhecemos que cada vida perdida era digna de ser vivida e que sua destruição foi injusta, mas também reivindicamos que essa injustiça seja reconhecida e reparada (Butler, 2019). Porém, não há como acreditar na instituição da justiça se é essa mesma instituição, representada por outros aparatos do estado, que também provoca mortes.

- Justamente, a culpa é nossa.  
Justamente, a culpa é culpa TUA.  
Como? Homens vão e vêm ao longo de um corredor que tu construístes para eles, onde não colocaste nenhum banco em que pudesse descansar, onde cristalizaste um montão de espantalhos que os esbofeteiam raivosamente no rosto, onde ferem a cara, o peito, o coração.  
Onde não encontram lugar  
onde tu não lhes deixa lugar  
onde para eles não há nenhum lugar  
e ousas dizer-me que isso não te interessa!  
Que não é tua a culpa! (Fanon, 1980, p. 18).

Além das mortes matadas, há as mortes morridas, também provocadas pela Necropolítica. Aquelas que se faz morrer sem querer parecer que se está fazendo morrer, seja pelo racismo ambiental e geográfico, seja por um incêndio, seja pela retirada de um filho. Nessas falas fortes, a morte aparece como algo presente e cotidiano, como no momento em que contam, em uma das Rodas, sobre um menino em situação de rua que faleceu após cair no arroio dilúvio, pois estava dormindo na beira, quando teve uma convulsão. Após cair, engoliu muita água, não conseguindo

voltar à superfície. Várias pessoas no grupo o conheciam, pois, inclusive, ele já havia frequentado o CAPS.

O racismo ambiental gaúcho extrapolou seu raio de ação a partir de meados de 2023, e segue se sustentando no exato momento em que este trabalho se finaliza. Ao longo dos meses em que estivemos em campo, os encontros do grupo foram marcados por itinerâncias e tempos de muitos temporais, reflexo da emergência climática na qual estamos imersos/as. Nesses tempos, várias cidades do RS foram atingidas por ciclone e frentes frias estacionárias, causando intensas torrentes de água e inundações em mais de 80% do estado do Rio Grande do Sul. Essa mortal realidade, que ocasiona inúmeras mortes e perdas diversas, também é vivida em Porto Alegre, e sentida de modo mais intenso na população em situação de rua, que fica ainda mais vulnerável, fazendo com que os serviços que atendem essas populações e que não foram alagados permaneçam cheios, com equipes de trabalhadores/as sobrecarregados/as.

Butler (2018) coloca que, embora as vidas possam ser precárias devido a diversas doenças e desastres naturais, existe uma verdade inegável: algumas populações podem tratar suas doenças em instituições existentes e outras não; certas áreas e populações podem ficar protegidas de desastres naturais, enquanto outras não, resultando em uma distribuição demográfica da condição precária. Esta verdade assume uma dimensão mais ampla para pessoas pobres, pessoas em situação de rua e aquelas expostas à insegurança devastadora, bem como para aquelas cujas condições de infraestrutura desmoronam ou que são afetadas pelo neoliberalismo, o qual substitui as instituições da social-democracia por uma ética empreendedora, que incita até mesmo as mais vulneráveis a assumir total responsabilidade por suas próprias vidas, sem depender de mais ninguém ou de qualquer outra coisa. Esse é o preço que se paga pelo Estado mínimo, e a conta não chega para quem mais defende essa ideia.

Além das mortes trágicas, há a morte *morrida-matada*. Foi por essa que perdemos Mariele, mulher cis preta, que acompanhávamos no CAPS AD III, onde atuou. Mariele fazia uso de crack quando engravidou. Embora já tivesse vivido em situação de rua, naquele momento estava domiciliada, morando com um amigo, que era também sua representação de família. Ele não era o pai biológico da criança, mas se colocava como pai simbólico - e como pai de fato - desde antes do seu

nascimento, trazendo o desejo de registrá-la. Mesmo o CAPS AD III estabelecendo o cuidado em articulação com a Unidade de Saúde, com um projeto terapêutico intensivo, a internação hospitalar, em um momento, foi inevitável. Mas o que era para ter sido um período de 21 dias, se ampliou para três meses, até a data do parto, a partir de uma compulsória encaminhada ao Ministério Público pelo próprio hospital.

Seu maior sonho compartilhado e repetido, era poder cuidar de seu filho, já que os outros dois lhe foram retirados. Quando teve alta, após o parto, o bebê ficou internado sob cuidados. Ela retornou à permanência do CAPS, em acolhimento noturno, para cuidados do pós cesária e lá foi descoberta uma insuficiência cardíaca, tendo sido encaminhada para internação pela SAMU. Passou um tempo nesse outro hospital, quando, em uma das visitas desse amigo com a terapeuta de referência de nossa equipe, foi avisada sobre o acolhimento de seu bebê em um abrigo. Mariele chorou compulsivamente. Disse que não iria desistir, que iria lutar para que não lhe tirassem o direito de cuidá-lo. Prometeu a si mesma e ao amigo que nunca mais faria uso de drogas para poder ficar bem e lutar pelo seu direito à maternidade. Mas ela desistiu. Ao receber alta, fez uso muito intenso de crack novamente, e seu corpo não aguentou. Mariele faleceu em plena cena de uso.

Dois dias depois de seu falecimento, um oficial de justiça bate à porta de sua casa, que agora era somente de seu amigo, para avisá-la que ela teria uma audiência, com parecer favorável de que a guarda do filho ficasse com ela. Como nos disse um dos trabalhadores do CAPS, justiça que tarda e falha é essa que retira os direitos das mães periféricas. Do relato da colega enfermeira que acompanhou o velório, ficou reverberando a cena narrada: a família, que estava distante, foi encontrada. Levaram roupas, mas não foi permitido que a vestissem. As roupas foram colocadas por cima do saco preto que a cobria. As flores, por cima da roupa. O enterro ocorreu numa vala comum, no terreno do hospital ao qual ela fora encaminhada. Morreu duas vezes: a morte pela doença e a morte da dignidade. Nas palavras de Anna Letícia Ventre, teria Mariele “morrido de morte matada, / porque uma morte morrida onde o que se armava no cotidiano era / morte / matada, / é morrida de natureza ou já matada por não ser desejada?” (Ventre, 2024, p. 20).

Justiça que tarda e falha é essa que também viola direitos e produz mortes simbólicas, mortes cotidianas e invisíveis, que nem sempre são passíveis de rito. Como compartilhou o usuário Dênis, na última Roda, a invisibilidade produziu uma

ruptura, pois *chega num ponto que tu não tá nem aí mais pra sociedade. A sociedade é só a sociedade. É só mais um, não é nada meu, não quero nem saber, vai pro raio que o parta, vai falar com quem quiser, vai cuidar da tua vida*, pois o abandono da sociedade e do Estado para com essas vidas chegou antes.

É o que também percebe Juan, jovem cis negro imigrante, que falava em espanhol sobre o rechaço e o preconceito que sentia na pele por ser *dependente químico*, como ele se denominava. *Então a pessoa não vai te ver bem, vai te ver ruim, sujo, ou comendo do lixo e para ele não é algo normal, é uma coisa de louco. Sempre vai haver essa discriminação... sempre*” [tradução nossa]. Disse conviver com essa discriminação há tempos, talvez atrelada aos efeitos da aporofobia e outros marcadores de opressão que vem vivenciando.

Enquanto esses relatos eram compartilhados, quem interpretou o seu significado foi o usuário Luís: aporofobia. Sim, é preciso nomear, e ele fez a demarcação. Aporofobia: termo que significa “aversão a pobres”. Luís explicou: *É tu ter preconceito com a pessoa da forma que ela se veste, por ela ser pobre [...], tá em situação de rua, se vestir mal*.

Essas falas relacionadas à aporofobia, ao racismo, à homofobia e a outras formas de preconceito vivenciadas pelos/as usuários/as, como violações e mortes simbólicas, suscitaram diálogos relacionados à necessidade de busca por garantias de direitos. Felipe, homem cis branco, de nível superior, comentou que estudara muito sobre direitos na faculdade e que todos podiam ter acesso. *As pessoas criam barreiras para ter os seus próprios direitos. O Brasil dá direito para todo mundo, é só tu não fazer o mal pra ninguém. Mas será que é para todo mundo? Como traz Fanon (1980):*

O Norte-Africano nunca está seguro. Tem direitos, dir-me-ão, mas não os conhece. Ah! Ah! Só precisa de os conhecer. O conhecimento. Ah sim! Voltamos a pisar terra. Direitos, deveres, Cidadania, Igualdade, que lindas coisas! O Norte-Africano no limiar da Nação francesa - que é, dizem-nos, a sua - vive no domínio político, no plano cívico, um imbróglio, que ninguém quer olhar de frente. Que relação com o Norte-Africano no meio hospitalar? Justamente, há uma relação (Fanon, 1980, p. 17).

Perguntei a Felipe se realmente era fácil para todo mundo acessar conhecimento e esses direitos. *Não, não é fácil, mas a lei é branca*. Por um ato-falho, escuto a palavra *branca* ao invés de *branda* - *toda a lei é branca*, algo que os dados relacionados a violações de direitos diversas nos mostram todos os dias. Retomei: *Eu vou falar do meu lugar de mulher branca. Eu me sinto com muita liberdade e com muitos direitos em vários espaços. Eu posso entrar em um supermercado ou*

*comércio livremente e dificilmente alguém vai me abordar. Ah não ser que seja por alguma situação de machismo, mas sei que ninguém vai pedir para ver minha bolsa. E isso é um privilégio. E aí eu acho que a gente tem que falar disso, se alguém já viveu alguma situação assim e poder falar disso. Poder falar de quais direitos cada um e cada uma acessa e o que fazer para ampliá-los.*

*Eu tenho familiares que são racistas e eu procuro evitar até de andar junto, porque eles vão morrer igual, comentou Felipe.*

*Adriano, então, tomou seu lugar de fala. Aí tem uma questão que a gente tem que entender agora. Quando tu fala 'Ah, eles vão morrer igual', isso pra nós, como sociedade, não traz nenhuma vantagem, sabe por quê? Porque vão morrer igual, mas olha o quanto eles já espalharam de racismo por aí, olha o quanto de pessoas que eles ensinaram a ser iguais a eles? Então é a mesma coisa que trocar seis por meia dúzia, e isso já não é mais uma grande vantagem. O que é uma grande vantagem? A grande vantagem é saber que tem seis, sete pessoas da família que são racistas e que têm opiniões racistas e poder reeducar eles, pra que eles parem de reproduzir pra, sei lá eu, quatorze, quinze, dezessete pessoas. Por quê? Vamos falar bem breve de política, uma coisa bem rara, que todo mundo diz assim: 'acabou'. Tivemos a era Bolsonaro, que foram quatro anos e que todo mundo acha que acabou. Não acabou. Aquele cara conseguiu propagar na cabeça de pessoas e jovens, que daqui a dez, doze anos vão se colocar na cena política de novo e vão levantar as mesmas questões que esse cara levantou. Então esse cara não fez um mal pro Brasil por quatro anos, ele fez um mal pro Brasil de cinquenta, sessenta anos. Por quê? A gente já vinha numa batalha de buscar direitos indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua, trans e lésbicas... Quando ele assumiu, ele mudou esse patamar. E o que acontece? A gente tá retornando numa luta de novo. Então tu imagina, a gente tem mais quatro anos desse governo e o próximo que vai vir pode voltar tudo de novo e dizer que vai voltar a tocar fogo no preto, favelado, em trans... então aumenta de novo. Então isso não é uma redução de danos. Seria reeducar, porque a redução de danos é a mesma coisa que tu saber que tem uma ferida que tá machucando e tu vai lá, costura, ela continua aberta e tu costura. E aquela massa que tá dentro dessa ferida vai morrendo aos poucos. Porque aquela pessoa que tá praticando o racismo, ainda vai ser condecorada.*

Adriano fez uma fala forte, sustentando uma clínica que também é política, a partir de uma abordagem ética e de um reposicionamento de nós, trabalhadores/as, que não é neutro. Além de não ser neutro, convoca para nos repensarmos e nos organizarmos enquanto coletivo. *A gente tá retornado numa luta de novo.* Nosso posicionamento, enquanto trabalhadores/as, é político, na medida em que sustentamos uma escuta de sujeitos silenciados pela Necropolítica, na luta pelo seu direito de respirar.

Retomamos a pergunta: quando o Estado se coloca como veneno na relação com a população e opera a Necropolítica, quais condições de possibilidade têm o protagonismo e o fortalecimento da autonomia para a participação social, caras aos campos da luta antimanicomial, aids e redução de danos? Ao longo dos encontros, o “nós” surge como um efeito de construção plural, alimentada pelos encontros, pelo compartilhamento em Roda, pela possibilidade de pertencimento, pelo fortalecimento da autonomia no coletivo e, de alguma forma, pela produção de vida compartilhada. Assim, na última Roda com os/as usuários/as, reforçamos que o meio para responder a essa questão é encontrar saídas coletivas para a busca de justiça social. Como coloca Butler (2018):

[...] quando as pessoas se reúnem nas ruas, uma implicação parece clara: elas ainda estão aqui e lá; elas persistem; elas se reúnem em assembleia e manifestam, assim, o entendimento de que a sua situação é compartilhada, ou o começo desse entendimento. E mesmo quando não estão falando ou não apresentam um conjunto de reivindicações negociáveis, o apelo por justiça está sendo representado (p. 32).

Em resumo: a saída é sempre coletiva. E ela aparece nesse diálogo, ocorrido no último grupo-intervenção:

Paula: *Bom, no guia, tem uma parte que fala em direitos ou pelo menos um plano pra poder pensar... Mas antes de chegar nisso tem uma pergunta, que é: o que temos feito para melhorar nosso tratamento e nossa qualidade de vida, a partir do que aprendemos juntos e juntas?*

Laís: *Acho que cuidar muito da saúde mental, isso conta muito, sabe? Se a gente tá abalado mentalmente, a gente acaba deixando que as pessoas imponham a vontade delas sobre nós, sabe?*

Paula: *E quando a gente consegue ter mais conhecimento ou munição dos nossos direitos, consegue se colocar mais.*

Laís: *Sim, quando te empodera desse direito. Eu sei que posso isso, isso é direito meu, eu sei dos meus deveres, mas eu sei dos meus direitos.*

Olívia: *E de que forma a gente pode tentar...*

Laís: *Mudar a visão das pessoas?*

Paulo: *Por exemplo, nesse teu caso do restaurante que tu não pôde entrar, vocês poderiam pegar duas testemunhas do ocorrido e registrar queixa na delegacia de polícia, da Ipiranga lá, que é central, lá atrás tem a Delegacia da Mulher.*

Laís: *É, seria mostrar pra sociedade que o morador de rua tem os seus direitos, que não vai ficar impune, que não existe impunidade, mas existem pessoas que não vão atrás dos seus direitos.*

Luís: *Ô, Laís, tu conhece o movimento da população em situação de rua?*

Olívia: *Isso que o Luís traz é importante. Às vezes é importante entrar num movimento político pra lutar pelos teus direitos. O movimento da população em situação de rua tem um órgão de denúncia.*

Clara: *Talvez seja um canal mais fácil que o Paulo indicou.*

Luís: *Isso, eles tem jornal, o Boca de Rua...*

Laís: *Ah, eu vi lá embaixo.*

Luís: *Sabe, o Luís participa, o Luís é um dos coordenadores [referindo-se a um dos educadores sociais do CAPS].*

Ernesto: *Tem padaria, sabia que eles têm uma padaria?*

Luís: *O Amada Massa. Então, tu perguntou como é que a gente poderia denunciar essas coisas, acho que tem esses caminhos.*

Nesse momento, Laís comentou que seria importante que existissem folders com esses canais de denúncias nas ruas, pois as pessoas que moram na rua andam é na própria rua.

Ernesto: *Eu, foi ano passado, eu recebi, porque eu sou aposentado por invalidez, aí eu tava meio sujo com minha roupa, aí o cara mandou eu me sentar e eu queria comer um açaí, aí ele pegou e me botou numa mesa bem no canto lá, aí ele veio com uma lista e mandou eu escrever as coisas que eu queria comer. Aí eu olhei e disse assim pra ele e disse: bah, eu não sei ler, será que dá pra pegar um açaí pra mim. Aí ele disse: ah, ele quer comer, mas ele não sabe ler. Bah, e todo mundo olhou pra minha cara e começou a rir, aquela playboyzada que gosta de fumar uma maconha ali. Eu me levantei e saí e eles ficaram rindo. [...] Aí várias vezes*

*acontece de eu chegar pra pessoa com vergonha de não saber ler. Eu fui no EPA<sup>37</sup> ali tentar estudar ali, esse ano eu vou voltar a estudar lá, porque é muito bom, eles gostam de mim lá. Esse ano eu deixei de ir, porque a mulher que eu morava tentou me esfaquear...*

Olívia: *O que é EPA?*

Ernesto: *É um colégio pra morador de rua. Aí tu chega lá, tu toma banho, te dão roupa, tem almoço, tem psicóloga que vai lá uma vez por semana conversar com a gente, as professoras são maravilhosas... No dia que a guria me esfaqueou, eles me levaram na delegacia. Eles te acolhem...*

Olívia: *É um espaço de aprendizado e acolhimento também. Então, além do movimento da população de rua, a EPA também é um espaço que pode acolher. A ONG SOMOS<sup>38</sup> também, né, Rochelle?*

Luís: *Pra quem faz CAPS, também tem o Geração Poa, projeto que visa dar uma sustentabilidade, uma forma de renda para pessoas em situação de rua, sendo conveniado com o CAPS, pois é o CAPS que encaminha.*

Nessas trocas, o que fica nítido é que todos os espaços compartilhados se traduzem em movimentos políticos, no sentido de darem suporte, mas também se colocarem como uma referência pública, que se organiza a partir de um horizonte comum, que é a justiça social e a garantia de direitos. Para Butler (2018),

[...] quando corpos se unem como fazem para expressar sua indignação e para representar sua existência plural no espaço público, eles também estão fazendo exigências mais abrangentes: estão reivindicando reconhecimento e valorização, estão exercitando o direito de aparecer, de exercitar a liberdade, e estão reivindicando uma vida que possa ser vivida (p. 31).

No retorno ao CAPS para devolutiva da experiência da pesquisa com a equipe do CAPS AD IV, o que ocorreu ainda antes da inundação<sup>39</sup>, não poderíamos deixar de falar sobre as perdas e os lutos, que ficam latentes no nosso processo de trabalho. A equipe, bastante mobilizada pelo incêndio da Pousada Garoa, contou como se

---

<sup>37</sup> Escola Municipal de Ensino Fundamental Porto Alegre (EPA) é uma escola da Rede Pública Municipal, criada em 1995 para o atendimento especializado a adolescentes e jovens em situação de risco social e pessoal. Mais informações em: <https://websmed.portoalegre.rs.gov.br/escolas/epa/nte.html>

<sup>38</sup> A ONG Somos é uma organização da sociedade civil que atua pelos direitos LGBTI+ mais informações em: <https://www.somos.org.br>

<sup>39</sup> O CAPS AD IV Céu Aberto foi atingido pelas inundações no dia 03 de maio de 2024, em meio ao evento climático extremo que atingiu o RS.

movimentou a partir do primeiro momento em que soube da tragédia. A coordenação se deslocou à frente da pousada e, junto com outros/as trabalhadores/as da assistência social, ficou acompanhando algumas vítimas sobreviventes, familiares e vizinhos/as que ali estavam. Nesse momento, o CAPS AD IV, reforçando seu lugar de retaguarda, acolheu algumas pessoas de forma imediata, assim como precisou conduzir outras para serviços de pronto atendimento a fim de tratar de suas queimaduras.

Trabalhadores/as seguiram relatando suas impressões. Ao passar dos dias, após o incêndio, sentiram um esvaziamento no serviço, percebido como um “clima de velório”. Durante suas falas, evoquei memórias do processo de apoio institucional realizado a partir da tragédia da Boate Kiss, reforçando a importância de terem se colocado presentes desde os primeiros momentos, pois isso ficaria como uma referência para quem se tornou vítima: quem estava comigo no momento mais crítico? Esse tempo, marcado como operador subjetivo, é também crucial cronologicamente, para que se estabeleça um processo de trabalho organizado e direcionado. Porém, algo que ficou muito frisado foi a ausência de mobilização e condução por parte da gestão local de saúde, que esperou três dias para fazer a primeira reunião online com as coordenações dos serviços de saúde mental do município, sem propostas de como orientar o trabalho.

Na esfera da mobilização civil em resposta ao incêndio da Boate Kiss, foi criada em 23 de janeiro de 2013, apenas dez dias após o desastre, a Associação dos Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria – AVTSM, uma entidade sem fins lucrativos que representa os familiares e vítimas. Desde então, esta organização assumiu a frente e o protagonismo na abordagem das muitas questões relacionadas ao evento, especialmente no que diz respeito à investigação em curso, reivindicando justiça e responsabilização de todas as partes envolvidas na tragédia em várias esferas jurídicas e administrativas. Ao longo do tempo, a AVTSM tem solidificado sua presença e influência no cenário nacional e internacional, estabelecendo, gradualmente, uma rede de apoio e colaboração com diversos setores da sociedade que compartilham o compromisso pela busca da justiça, reconhecendo que seu movimento se insere em uma causa maior em prol da sociedade, visando evitar que tragédias semelhantes voltem a ocorrer (Dassoler *et al*, 2024 - no prelo).

Será que haveria uma organização coletiva para a criação de uma associação a partir do incêndio na Garoa? Que força política ela teria? Foram questões que surgiram durante o momento de devolutiva da pesquisa com a equipe. Qual seria o papel dos/as trabalhadores/as para criar condições de possibilidade para que isso acontecesse? Fazerem-se presentes nos espaços organizados pelo Movimento da População de Rua e do Boca de Rua? Ofertarem o CAPS AD IV como local para essa organização? Como dar mais organicidade a todos esses movimentos que já estão acontecendo?

Como seguir com tudo isso? Da mesma forma que ainda ocorre com a tragédia da Kiss, a necessidade de suporte psicossocial persiste longitudinalmente e irá se concentrar nos estágios posteriores do cuidado psicossocial das pessoas sobreviventes ao incêndio da Pousada Garoa e aos/às familiares das vítimas e no desenrolar de um necessário julgamento, que manterá viva e dolorosa a ferida do luto. Tomando o coletivo como campo de intervenção, é preciso sustentar uma escuta que possa abrir possibilidades de transformação da dor e do silêncio do luto em narrativas compartilhadas, criando espaços para que as experiências individuais sejam coletivizadas e assimiladas socialmente, mesmo que as manifestações de sofrimento continuem a ser vivenciadas de forma singular por cada pessoa. Desse lugar do CAPS, o acolhimento e o cuidado psicossocial se mantêm, mesmo quando não há mais holofote e pessoas a prestar solidariedade, “nem tantas câmeras de TV e microfones em busca dos testemunhos da dor e da perplexidade” (Dassoler, *et al*, 2024 - no prelo), como foi com a Boate Kiss.

Retomando as palavras de Mbembe:

Simultaneamente acima do chão e nosso chão comum, o direito universal à respiração não é quantificável. Não é apropriável. É um direito relativo à universalidade, não apenas de cada membro da espécie humana, mas do vivo na sua totalidade. É preciso então compreendê-lo como um direito fundamental à existência. Enquanto tal, não pode ser confiscado e, por isso, escapa a toda a soberania, uma vez que recapitula o princípio soberano em si. Ele é, além do mais, um direito originário de habitação da Terra, um direito próprio da comunidade universal dos habitantes da Terra, humanos e não-humanos (Mbembe, 2020).

## 10.1 Estado como remédio e veneno na relação com a população

*Reminiscências*

*A enchente de 1941. Entrava-se de barco pelo corredor da  
velha casa de cômodos onde eu morava. Tínhamos assim um  
rio só para nós. Um rio de portas adentro. Que dias aqueles!  
E de noite não era preciso sonhar: pois não andava um barco  
de verdade assombrando os corredores?  
Foi também a época em que era absolutamente  
desnecessário fazer poemas...  
(Mário Quintana)*

No dia 30 de abril de 2024, já havia anoitecido no momento em que saía do CAPS AD IV Céu Aberto após o encontro de restituição da pesquisa para a equipe. Mas, como dito por Conceição Evaristo, “a noite não adormece nos olhos das mulheres”. Estava caminhando, na chuva, quando uma mulher me chamou: era Laís. *Foi muito bonito o que tu escreveu sobre mim. Muito obrigada.* E repetiu o que já havia dito para sua terapeuta de referência. *Eu não sabia que vocês nos enxergavam tanto, chorei muito lendo e tô com o texto aqui na minha mochila.* Demos um abraço demorado. *Que bom que você gostou. Tuas palavras foram muito marcantes.* Antes de nos despedirmos, acrescentei que ainda nos encontraríamos para conversar mais. Pedi, também, que ela ficasse bem.

No dia seguinte, as chuvas, presenciadas em grande parte dos dias em que foram realizados os encontros da pesquisa, se intensificaram, e vieram com força para nosso Estado. Esse evento climático extremo, que fez as águas invadirem 464 dos 497 municípios gaúchos, chegou ao território do CAPS AD IV três dias depois desse último encontro com a equipe e com Laís, deixando tudo submerso - literalmente -, incluindo o CAPS. Uma cena, narrada pela coordenadora do serviço, não me saía da cabeça. Quando as águas começaram a subir, um caminhão foi chamado para ajudar na evacuação do território. Usuários/as do CAPS, trabalhadores/as e a população do entorno foram chamados/as para entrar no veículo. Parte da equipe saiu à rua para avisar as pessoas que estavam por perto. Segundo a coordenadora, quatro usuários/as que estavam na calçada não quiseram entrar no caminhão, apesar da insistência, dizendo que sairiam depois. Entre essas pessoas, estava Laís.

Já no ano passado, os eventos climáticos extremos se acentuaram, mas é a primeira vez que ocorre de forma tão generalizada no estado. Neste momento, são 169 mortes confirmadas, 56 pessoas desaparecidas e mais de 600 mil pessoas

desalojadas, com dados ainda subestimados. Cidades inteiras estão submersas e incomunicáveis, em várias regiões do estado. Enquanto no interior do RS a água passou com fúria, devastando tudo, em Porto Alegre, ela chegou e ficou: o Lago Guaíba avançou alguns metros e assim permaneceu por dias, tendo invadido as regiões central, norte e sul da capital. Esse foi o maior evento atmosférico extremo associado às mudanças climáticas do Brasil, se não (ainda) em número total de mortos, certamente em território e danos socioeconômicos e, por que não dizer, psíquicos. E a população em situação de rua e mais vulnerabilizada fica ainda mais exposta.

Bruno Correia de Oliveira e Tatiana Souza Camargo, no artigo “Um ciclone colonial se forma ao sul do Brasil” (Oliveira; Camargo, 2024), fazem uma análise da situação de Porto Alegre que resgata leituras decoloniais a partir de Malcon Ferdinand, situando o ciclone colonial em quatro momentos. O estágio inicial do ciclone colonial é conhecido como a “rota da indiferença discriminatória”, caracterizado pela negligência deliberada e falta de ação das autoridades em relação às necessidades das populações marginalizadas antes da chegada desse evento climático extremo. Isso se manifesta pela ausência de investimentos adequados em infraestrutura e medidas de prevenção e proteção.

Em uma segunda fase, o ciclone colonial expõe o calvário, o extremo sofrimento, a perda e o desespero vividos pelas pessoas. Porto Alegre enfrenta a destruição de moradias e o deslocamento de milhares de pessoas, agravados pela falta de uma resposta eficaz e recursos imediatos para enfrentar a catástrofe (Oliveira; Camargo, 2024).

O terceiro momento diz respeito à resposta inadequada e lenta das autoridades diante da situação, refletindo uma indiferença persistente, onde a falta de manutenção e investimentos adequados resultou numa frágil infraestrutura para proteger a população. Isso evidencia a perpetuação de desigualdades estruturais, uma vez que há uma correlação entre as áreas alagadas e a renda das populações afetadas. De acordo com o Núcleo de Porto Alegre do Observatório das Metrôpoles, as áreas alagadas da cidade estão principalmente nas regiões com renda média de até três salários mínimos. As populações mais pobres enfrentam maiores riscos ambientais, possivelmente devido à localização de suas moradias em áreas mais vulneráveis e menos protegidas por infraestrutura adequada. A rota da indiferença discriminatória, portanto, materializa-se através da negligência contínua que expôs a população da cidade às inundações, demonstrando falta de compromisso com a

segurança e o bem-estar das comunidades mais vulneráveis (Oliveira; Camargo, 2024).

Todo esse cenário culmina em um verdadeiro "caos infernal", que seria o quarto estágio. Esse conceito engloba o estado de desordem e violência que surge diante do ciclone colonial. Desde 2 de maio, a Polícia Civil e a Brigada Militar realizaram 78 prisões, a maioria por assaltos e saques. A violência nos abrigos, com 30 prisões ocorrendo nesses locais, e os crimes sexuais resultaram na criação de espaços exclusivos para mulheres e crianças, evidenciando e intensificando as problemáticas das inequidades de gênero, as condições insalubres e a superlotação desses abrigos improvisados (Oliveira; Camargo, 2024).

Nesse contexto de abrigagem emergencial, acirra-se ainda mais a segregação da população em situação de rua, que foi destinada a somente quatro dos mais de 160 abrigos no município. São diversas as camadas de exclusão, desde serem orientados/as a buscar outro abrigo quando chegavam num centro de triagens até passarem pela discriminação de terem expostos seus antecedentes por policiais que atuavam na segurança desses locais, o que levava à sua exclusão do sistema de abrigamento<sup>40</sup> (Gomes, 2024).

Aqui, podemos resgatar o conceito de sindemia, que diz que “um mais um é mais que dois”. O conceito de sindemia surgiu quando, na década de 1990, o cientista Merrill Singer e seus colegas pesquisavam o uso de drogas em comunidades de baixa renda nos Estados Unidos. Eles descobriram que muitas pessoas que faziam uso de drogas injetáveis sofriam de uma série de outras doenças (tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras) e começaram a se perguntar como estas coexistiam no corpo. Acabaram concluindo que, em alguns casos, a combinação amplificou o dano (Plitt, 2020).

Portanto, o termo "sindemia" remete a um neologismo que combina "sinergia" e "pandemia" e serve para explicar uma situação em que "duas ou mais doenças interagem de tal forma que causam danos maiores do que a mera soma dessas duas doenças". Os condicionantes sociais e ambientais amplificam essa interação, aproximando os agravos ou tornando a população mais vulnerável aos seus impactos. A interação com o aspecto social é o que faz com que não seja apenas uma comorbidade (Horton, 2020).

---

<sup>40</sup> Algumas reportagens como esta do Brasil de Fato descrevem a situação: <https://www.brasildefatos.com.br/2024/05/22/segregacao-da-populacao-de-rua-em-abrigos-e-falta-de-plano-de-transicao-acendem-alerta>

Chris Kenyon vai além desses condicionantes e inclui a dimensão ecológica entre os fatores biológicos e sociais atrelados ao conceito de sindemia. O autor afirma que as alterações climáticas, provocadas pela degradação generalizada do ecossistema nos últimos 40 anos, intensificadas com o desmatamento e a produção agrícola e pecuária massiva, têm papel crucial no aumento das taxas de zoonoses e outros agravos. Além disso, todas essas alterações têm sido associadas também ao surgimento do vírus Ebola, HIV, Vírus Nipah, coronavírus, Zika Vírus (Kenyon, 2020).

Quando essas alterações climáticas não estão relacionadas diretamente ao surgimento de doenças, certamente o são nos seus agravamentos, como temos visto no RS nesse contexto das enchentes, com o aumento considerável de casos de leptospirose, por exemplo. Ao trazer essas questões para o contexto da pesquisa, é preciso considerar que o olhar para os marcadores interseccionais não está separado das questões ambientais, já que os territórios onde as pessoas com maior vulnerabilidade resistem também são os mesmos do racismo ambiental.

Em “Autotomia”, Szyborska (2016) diz: “Se existe justiça, é esta. Morrer só o necessário, sem exceder a medida”. Lembro-me de Mariele, que não morreu somente o necessário, morreu ainda subjetivamente, em um enterro sem dignidade nem para colocar uma roupa. Seu maior crime foi se tornar gestante, já que, como tal, tornou-se visível para o Estado. Para uma mulher preta periférica, tornar-se visível para o Estado pode ter efeitos ainda mais nefastos. Lembro-me do usuário sem nome que caiu no Arroio Dilúvio. Lembro-me de Fábio. Lembro-me de Maria. Lembro-me da Kiss e da impossibilidade de se fazer justiça até hoje. Lembro-me dos/as usuários/as que estavam na Pousada Garoa. Será que haverá justiça?

Seria melhor dizer a história da sua morte. Uma morte cotidiana. Uma morte no elétrico, uma morte na consulta, uma morte com as prostitutas, uma morte no estaleiro, uma morte no cinema, uma morte múltipla nos jornais, uma morte no medo que as pessoas de bem têm de sair depois da meia noite. Uma morte, sim, uma MORTE (Fanon, 1980, p. 17-18).

Uma morte no arroio. 11 mortes na Garoa. 242 mortes na Kiss. 382 mil mortes por aids. 711 mil mortos de covid. Mais de 169 mortes por crise climática. A morte de Maria. De minha tia. De Mariele. No Documentário “Deus tem aids” (Leal; Vinagre, 2022), Micaela Cyrino afirma: “O governo é responsável pelas pessoas terem morrido de aids. O governo é responsável pela minha mãe ter morrido de aids”.

Transpondo o princípio de Phármakon ao contexto dessas vidas, dessas perdas, da invisibilidade e das mortes reais e simbólicas, poderíamos nos perguntar

se o Estado também se coloca como remédio e veneno na relação com a população, por meio das políticas que contingencia ou que estabelece. E, ao se colocar como veneno, quais condições de possibilidade têm, nessa relação, o protagonismo e o fortalecimento da autonomia para a participação social, caras aos campos citados aqui - luta antimanicomial, aids e redução de danos?

No contexto em que se inscreve este trabalho, é necessário considerar como a demonização do uso de drogas e a estigmatização das pessoas em situação de rua, que carregam tantas outras interseccionalidades já citadas, como gênero/identidade de gênero, classe e raça, têm contribuído para o incremento das práticas totalitárias e compulsórias das políticas de saúde, intersetoriais e ambientais (seria o Estado como veneno?). E quando o Estado se coloca como veneno na relação com a população e opera a necropolítica, quais condições de possibilidades têm o protagonismo e o fortalecimento da autonomia para a participação social, cara aos campos da luta antimanicomial, aids e redução de danos?

## 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Autotomia

*Em perigo, a holotúria se divide em duas:  
com uma metade se entrega à voracidade do mundo,  
com a outra foge.  
Desintegra-se violentamente em ruína e salvação,  
em multa e prêmio, no que foi e no que será.  
No meio do corpo da holotúria se abre um abismo  
com duas margens subitamente estranhas.  
Em uma margem a morte, na outra a vida.  
Aqui o desespero, lá o alento.  
Se existe uma balança, os pratos não oscilam.  
Se existe justiça, é esta.  
Morrer só o necessário, sem exceder a medida.  
Regenerar quanto for preciso da parte que restou.  
Também nós, é verdade, sabemos nos dividir.  
Mas somente em corpo e sussurro interrompido.  
Em corpo e poesia.  
De um lado a garganta, do outro o riso,  
leve, logo sufocado.  
Aqui o coração pesado, lá non omnis moriar,  
três palavrinhas apenas como três penas em voo.  
O abismo não nos divide.  
O abismo nos circunda.  
(Wisława Szymborska)*

Os caminhos que percorremos nesta experiénciação foram muitos e atravessados por processos intensos: um doutorado contaminado por uma pandemia, um processo eleitoral acirrado entre a sustentação democrática e o negacionismo, um incêndio e uma crise climática extrema. Ao longo desse processo, tornei-me mãe, vivenciei o puerpério em plena pandemia, troquei de trabalho, perdi pessoas, mas, ainda assim, tive o privilégio de não ter a casa inundada. Trabalhar com este tema de pesquisa, de alguma maneira, também foi uma forma de juntar todas as travessias que percorri, dos campos da saúde mental, redução de danos e HIV, para acessar uma das populações que estão mais sob a mira dessa política de morte, numa tentativa de deixar o registro de vozes que são silenciadas pela necropolítica e que lutam pelo direito de respirar. Para fugir da invisibilidade, alguns/as usuários/as escolheram permanecer com seus próprios nomes. É como se dissessem: basta de silenciamento e de invisibilidade, eu estou aqui, nesse corpo encarnado, lutando por espaços, por escuta e por direitos.

Mesmo tendo passado por um novo processo eleitoral, em que a via de uma proposta democrática foi eleita, os efeitos de uma gestão pautada pela necropolítica

não acabam ou se reduzem de forma rápida, pois o neoliberalismo, que impõe a venda do bem comum e do coletivo, segue presente de forma estrutural em nossa sociedade. Assim, foi preciso sustentar uma proposta de pesquisa que fortalecesse a participação dos/as usuários/as, no intuito de promover relações mais democráticas no serviço, indo ao encontro do que as pesquisas GAM no Brasil puderam constatar como ganho obtido pelos/as participantes dos grupos de intervenção GAM:

[...] esses usuários conquistavam uma experiência inédita de cidadania, que ganhava um sentido de dignificação da vida, como uma mudança de estatuto: do inumano ao humano, de objeto a sujeito (Palombini; Rodríguez-del-Barrio, 2021, p. 213).

No processo da escrita, transitamos por Foucault e Mbembe para falar sobre os efeitos do racismo e da colonialidade no conceito de vida defendido pelo Estado, que opera nas lógicas da biopolítica e da necropolítica. Fazemos, então, um resgate do paradigma da sífilis, da resposta brasileira ao HIV e de como a crise do coronavírus atualiza a política de morte já vivenciada pelas outras epidemias, sobretudo nas populações mais marginalizadas. Falamos da perpetuação do sistema manicomial pelos efeitos da colonização e da necropolítica e de como isso se atualiza com a medicalização da vida e investimentos massivos em comunidades terapêuticas, diminuindo espaços de autonomia. Assim, destacamos a importância de analisar criticamente os impactos do racismo nos serviços de saúde mental e defender um projeto de atenção radical, alinhado à ética da redução de danos, entendendo que não haverá uma Reforma Psiquiátrica plena sem a integração das lutas antirracista e antimanicomial, como trazem David e Vicentin (2020).

A partir disso, transitamos pelos diálogos e problematizações entre a Gestão Autônoma da Medicação, a Redução de Danos e a Prevenção Combinada do HIV, especialmente em relação ao fortalecimento da autonomia dos/as usuários/as e às tendências ao cuidado prescritivo. Ao propor uma pesquisa-intervenção, utilizando o Método da Roda no grupo-intervenção com usuários/as e equipe do CAPS AD IV Céu Aberto, reconhecemos que a produção de conhecimento está intrinsecamente ligada à produção da realidade, intervindo e produzindo reposicionamentos simultaneamente. A Roda proporcionou encontros mais horizontais, estabelecendo trocas democráticas de olhares, falas, experiências e possibilidades a partir de repertórios inventivos, como a Caixa dos Prazeres, as cápsulas, o jogo da mandala e o baralho GAM.

Ao utilizar o método de construção de narrativas para a produção de análises na pesquisa-intervenção, inspiradas na escrevivência de Conceição Evaristo, na problematização da branquitude com Tenório, na narrativa corajosa de Cecílio, nas experimentações intensivas de Luana Malheiro, na narrativa manifesto de Monique Prada, trazemos à cena personagens que encarnam um entrecruzamento de marcadores de opressão e de múltiplas possibilidades de fazer gestão da vida. Por meio dessas histórias, pudemos afirmar que o CAPS AD IV, no território em que se encontra, apresenta-se como um equipamento potente para a afirmação de direitos e acesso às populações que não chegam em outros serviços, seja por invisibilidade, seja por outras barreiras de acesso. Assim, reforçamos a importância de uma escuta clínica antirracista, que quebre com a cisheteronormatividade e a masculinidade hegemônica, reconhecendo que as violências de gênero afetam tanto mulheres cis quanto trans, assim como os homens cis não são imunes às marcas dessa cultura opressora. Nesse sentido, a representatividade se faz importante nessa escuta, ainda que não baste apenas ampliar o número de trabalhadores/as negros/as ou trans se as estruturas sociais se mantiverem da mesma forma. Fortalecer a representatividade dentro dos serviços também significa reposicionar a participação dos/as usuários/as para que possam adentrar outros espaços, como o de formulação dos seus projetos terapêuticos, mas também de formulação do próprio serviço, incorporando colegiados intersetoriais para construção das políticas públicas. Trata-se de também pensar juntos/as sobre seu direito à moradia em territórios habitáveis, articulado às questões ambientais.

O encontro entre GAM, Redução de Danos e Prevenção Combinada, por meio de produções inventivas experimentadas nas Rodas, mostrou-nos algumas construções possíveis. Por um lado, a partir da GAM e do coletivo como um dispositivo, foi possível trabalhar com uma ferramenta ética, com potencial antirracista e de reposicionamento de usuários/as e trabalhadores/as na direção de construções de relações mais horizontais. Esse encontro coloca em ato os princípios e diretrizes do SUS com relação ao direito de participação política dos/as usuários/as, não apenas para a discussão do seu processo de cuidado e construção de seu projeto terapêutico singular, mas para a defesa de direitos e políticas de saúde e intersetoriais como um todo - inclusive de habitação, abrangendo maior democratização dos serviços e fortalecimento da cidadania como forma de resistência à necropolítica vigente. Sustentamos a aposta de que a GAM, ao incluir questões relacionadas a racialidade, gênero e sexualidade, ajuda a romper formas

de silenciamento, como colocado por Mbembe. Ao levar tais questões para nossos encontros, nas diversas formas inventivas que podem se produzir, nós, trabalhadoras/es de saúde, saímos da posição passiva de neutralidade e nos reposicionamos numa clínica-ética-política que reconhece as iniquidades e afirma a busca por garantias e ampliação de direitos dessas populações.

Já a Redução de Danos, como interface que dialoga com as políticas de saúde mental e aids, ajudou a aprofundar as problematizações acerca do que é definido como droga prescrita e proscrita, bem como das relações que se estabelecem a partir das condições de possibilidades de cada contexto, atrelados aos marcadores interseccionais. Assim, vimos que operar o paradigma da Redução de Danos, a partir de aproximações sucessivas e consensos provisórios com cada sujeito ou coletivo, é uma potente forma de mobilização social. Essa é uma das vias possíveis de subterfúgio da necropolítica, a partir da sustentação de um fazer cotidiano com quem se compromete eticamente com as populações mais marginalizadas e invisibilizadas, carregando como princípio o fortalecimento do protagonismo como uma marca intrínseca à Redução de Danos.

E por outro lado, a partir da Prevenção Combinada foi possível afirmar a necessidade da quebra da cisheteronormatividade, que está enraizada nos nossos discursos e fazeres no campo da saúde mental. Além disso, esse encontro nos mostrou que, embora a resposta brasileira ao HIV tenha tido grandes avanços farmacológicos, as populações-chave mais vulnerabilizadas ainda não têm alcance de tais ofertas de cuidado. É necessário que a política de HIV saia do seu lugar de conforto de formulação das diretrizes para adentrar, de fato, na interlocução com outras políticas e equipamentos que conseguem acessar de forma mais orgânica as populações mais marginalizadas.

Além disso, considerando os desafios apresentados pelo imperativo de adesão à política de HIV em contraposição à proposta da GAM de redução do uso de medicamentos psiquiátricos, vimos como é crucial abordar a complexidade dessas questões, especialmente à luz da política de marginalização das populações vulneráveis. Ignorar a importância do tratamento do HIV seria equivalente a endossar o discurso negacionista que se propagou durante a pandemia, promovido pelo governo Bolsonaro. Essas intervenções visam fortalecer a autonomia dos indivíduos, garantindo seus direitos e dignidade. Ao desenvolver coletivamente estratégias de redução de danos, estamos não apenas promovendo a saúde pública, mas também fortalecendo usuários/as e coletividades a enfrentar os desafios impostos pela

política de morte que afeta as populações marginalizadas.

Por fim, retomamos aqui a potência do dispositivo da grupalidade para o fortalecimento da autonomia, já que esta se dá a partir das relações. A GAM, ao propor o grupo como método, propicia lateralização e alteridade das relações, promovendo maior horizontalidade e processos de cogestão ou, ainda, uma Gestão Autônoma de Múltiplas Drogas e Múltiplas Formas de Viver. Afirmamos a importância do fortalecimento dos movimentos coletivos com um objetivo que vai além dos grupos terapêuticos propostos nos serviços de saúde mental, pois, como coloca Butler (2018), quando pessoas se unem, além de encontrarem espaço para expressar sua indignação e representar suas existências plurais, também buscam reconhecimento e valorização, exercem o direito de serem vistas, de exercerem sua liberdade, e reivindicam uma vida digna de ser vivida.

Assim, sustentamos a importância do coletivo como forma de resistência à necropolítica, em prol do direito à vida das populações vulneráveis. O coletivo é importante, não para substituir o poder do Estado, mas, sim, para tensionar e ajudar a fortalecer as políticas públicas que devem ser sustentadas pelo mesmo. Como reforça Ana Carolina Rios Simoni (2024), o SUS é fruto da mobilização coletiva do povo, que lutou pela democracia, pela Constituição, pela Reforma Sanitária e pelo reconhecimento da saúde como um direito de todos/as e um dever do Estado. Durante a pandemia, o SUS demonstrou a importância do Estado cumprir sua função, apesar do negacionismo tão vigente à época. Uma política de saúde pública não pode depender exclusivamente do voluntariado, como temos visto desde o início das enchentes, mas também não pode prescindir da participação popular e da articulação comunitária. Da mesma forma, a autora coloca que a reconstrução de uma cidade habitável, a partir da Política de Proteção e Defesa Civil após a catástrofe climática que nos atinge, também não pode prescindir dessa mesma força de participação.

Simoni afirma ser equivocada a ideia de que a solidariedade da população e a atuação do Estado são opostas. Neste momento, em que importa fortalecer a reconstrução da cidade efetivamente entrelaçada com o meio ambiente, a organização coletiva das comunidades, em face de suas realidades e necessidades, é essencial para construir políticas públicas inclusivas, onde o Estado não abdica de suas responsabilidades e funções essenciais. Que esse momento de crise nos ensine a nos organizarmos coletivamente para exigir políticas estatais que resistam às agendas dos que promovem a morte. O verdadeiro refúgio está na luta coletiva

por nossos direitos (Simoni, 2024).

Como fechamento desta escrita inelutavelmente inacabada, retomamos a continuação do verso citado anteriormente, do poema “Autotomia”: “Regenerar o quanto for possível da parte que restou” (Szyborska, 2016). Nessa ideia de regeneração, trazemos novamente Mbembe (2020), que diz que, se considerarmos a Covid-19 como a manifestação emblemática do impasse global em que a humanidade se encontra, então o objetivo é evidente: recompor um planeta habitável, onde todos/as tenham acesso a uma vida respirável. É uma questão de revitalizar os bens de nosso mundo com o intuito de construir novas terras, já que “a humanidade e a biosfera estão ligadas. Uma não tem futuro sem a outra”.

Como nos invoca Fanon, na obra “Os condenados da Terra”:

Vamos, camaradas, é melhor decidir desde já mudar de direção. Quanto à grande noite em que fomos mergulhados, precisamos sacudi-la e sair dela. O novo dia que já se levanta, deve nos encontrar firmes, sensatos e resolutivos (Fanon, 2022, p. 323).

## REFERÊNCIAS

ADAMY, P.E.; CASIMIRO, G.; BENZAKEN, A. **Na Era da Prevenção Combinada**. In: Leite V.; Terto JR. V.; Parker R. (org). **Dimensões sociais e políticas da prevenção** [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA, 2020.

ADAMY, P. E. **Das rodas e dos modos de andar a Redução de Danos**: territórios e margens de um trabalho vivo. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional. UFRGS: 2014.

ADAMY, P.; SILVA, R. N. **Redução de danos e linha de cuidado**: ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas In: Torossian, Sandra; Torres, Samantha; Kevler, Daniel Boianovsky. **Descriminalização do cuidado**: políticas e cenários e experiências em redução de danos. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2017. p.145-158.

AMARANTE, P.; NUNES, M. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. In: Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):2067-2074, 2018.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. **Conceitos e práticas de prevenção**: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.C.M.; BUCHALLA, C. **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Livro I. Uritiba: Huruá, 2012.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BASTOS, F. *et al.* (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BASTOS, F.; COUTINHO, C.; MALTA, M. **Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis**. Relatório Final - Pesquisa DIVaS (Diversidade e Valorização da Saúde). Rio de Janeiro: ICICT, 2018. 2333 p.

BENEVIDES DE BARROS, R. D.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In: **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 16, n.1, 2000. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-7722000000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7722000000100010&lng=pt&nrm=iso)>

BENTO, B. **Necrobiopoder**: Quem pode habitar o Estado-nação? Debate: quem tem medo de Judith Butler? A cruzada moral contra os direitos humanos no Brasil. Cadernos Pagu, n. 53, 2018.

BERTH, J. As dinâmicas das sub opressões. In: **Revista Portal Geledés**, de 14 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/as-dinamicas-das-sub-opressoes/>. Acesso em: maio de 2020.

BISPO JUNIOR, J.P.; SANTOS, D.B. COVID-19 como Sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 37 n.º.10. Rio de Janeiro, Outubro 2021.

BRAGA, L. P.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Caracterização de mulheres trabalhadoras do sexo em capitais brasileiras, 2016. In: **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, e2020111, 2020. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742020000400014&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000400014&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 04 maio 2024. Epub 24-Jul-2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000400002>.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Redução de danos**: saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Ministério da Saúde, Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV. Ministério da Saúde, Brasília: 2017. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde, Brasília: 2018.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Ministério da Saúde: Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida**: recomendações e estratégias [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV**: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, Ministério da Saúde: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**: Número Especial. Out. 2023 - versão eletrônica. Out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2023**. Número Especial. Dezembro, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021**. Número Especial. Dezembro, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BROIDE, J.; BROIDE, E. E. **A psicanálise em situações sociais críticas**: metodologia clínica e intervenções. São Paulo: Escuta, 2015.

BUTLER, J. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa de assembleia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão de identidade. 25ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2023.

BUTLER, J. **Vida Precária**: os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica. 2019.

CAMPOS, R.O. Fale Com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [ 4 ]: 1269-1286, 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D. F.; PEREIRA JÚNIOR, N.; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. In: **Interface** (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:983-95.

CANTO, A. **Carta para além dos muros** [documentário]. 2019.

CAPONI, S. *et al* (org.). **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

CECÍLIO, L. C. O. (1997). **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3), 469-478.

CECÍLIO, L. C. O. **O corpo recusado**. São Paulo: Hucitec, 2020.

CESARO, B. C.; SANTOS, H. B.; SILVA, F. N. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. In: **Rev Panam de Salud Pública**. 2018;42:e119. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(10):3233-3245, 201, 2018.

CRENSHAW K. **Demarginalizing the Intersection of Race and Sex**: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

CURVELLO, K. D.; FOGAÇA, S.C. **Impacto da pandemia de covid-19 no abandono a TARV**: caracterização da população de uma UDM de POA. In: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Semana Científica. Porto Alegre: 2020.

CYRINO, R. A deriva transfóbica do feminismo radical dos anos 1970. In: **Várias Histórias**, v. 39, n. 79, e23107, jan./abr. 2023

DASSOLER, V.; OLIVEIRA, R. W.; ADAMY, P. E. Do silêncio do luto à solidariedade do cuidado: notas sobre o acompanhamento psicossocial durante o julgamento da tragédia da Boate Kiss. In: **Livro Rede Unida**. Porto Alegre: Rede Unida, 2024 [no prelo].

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G.. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde debate** [Internet]. 23º de outubro de 2020 [citado 4º de maio de 2024];44(especial 3 out):264-77. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/3850>

DELEUZE, Gilles. ;Que és un dispositivo? In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1ª reimpressão, 1997.

DERRIDA, J. **A Farmácia de Platão**. São Paulo: Editora Iluminuras, 2015.

ESCOHOTADO, A. **História das drogas**. Dynamis, 1997.

EVARISTO, C. **Insubmissas lágrimas de mulheres**. 4. ed. Rio de Janeiro: Malê, 2020.

FANON, F. **Em defesa da revolução africana**. 1ª ed. portuguesa. Lisboa: Livraria Sá da Terra, 1980.

FANON, F. **Os condenados da terra**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017.

FERRAZ, D. A. S. **Experiências de mulheres usuárias de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP sexual): cenários pessoais e programáticos para a prevenção à aids**. Tese de doutorado. Programa de Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2018.

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto Brasileiro. In: **Rev Bras Epidemiol Set 2015**; 18 SUPPL 1: 89-103. Disponível em: [http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v18s1/pt\\_1415-790X-rbepid-18-s1-00089.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00089.pdf)

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 4ª ed. Editora Positivo, 2009.

FERREIRA-JUNIOR *et al.* Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. In: **Medicine** (2018) 97: S1.  
Foucault M. Ditos e escritos, volume V: Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. WMF Martins Fontes; 2ª edição, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005 (4ª tiragem).

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, Mar. 2012

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: Guia de Apoio a Moderadores. Campos, Rosana Teresa Onocko; Passos, Eduardo; Palombini, Analice *et al.* DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio\\_saude-coletiva-e-saudemental-interfaces](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio_saude-coletiva-e-saudemental-interfaces). Acesso em: 08 de agosto de 2022.

GOMES, L. Segregação da população de rua em abrigos e falta de plano de transição acendem alerta. In: **Jornal Brasil de fato**, de 22 de maio de 2024. Disponível em: <https://www.brasildefatores.com.br/2024/05/22/segregacao-da-populacao-de-rua-em-abrigos-e-falta-de-plano-de-transicao-acendem-alerta>. Acesso em: maio de 2024.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984. p. 223-244.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L.L.; TEIXEIRA, P.R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**. 2009;26(1): 87–94.

GRECO, D. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1553-1564, 2016.

GRINSZTEJN, B. *et al.* Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet HIV**, v. 4, p. e169-e176, 2017.

GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM. CAMPOS, RTO;

PASSOS, E; LEAL, E; PALOMBINI, AL; SERPA, O; *et al.* DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio%20saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces). Acesso em: 20 de setembro de 2020.

HART, C. **Drogas para adultos**. Título original: Drug use for grown-ups. Tradução Pedro Maia Soares. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

HOGAN, A.B. *et al.* Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. In: **Lancet Glob Health**. 2020 Sep; 8(9): e1132–e1141. Published online 2020 Jul 13. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30288-6: 10.1016/S2214-109X(20)30288-6.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. In: **Revista The Lancet**, de 26 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>. Acesso em: maio de 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Março, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acesso em: abril, 2024.

KEHL, Maria Rita. Drogas. In: **Café Filosófico**, série Balanço do Século XX – Paradigmas do Século XXI. 2005.

KENYON, Chris. Syndemic responses to COVID-19 should include an ecological dimension. In: **Revista The Lancet**, de 28 de novembro de 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)32219-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)32219-4.pdf). Acesso em: maio de 2024.

KERR, L. *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. In: **Medicine** (2018) 97:S1.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KINOSHITA, R. T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9. (SaúdeLoucura, 10).

KRÜGER, A.; SPERANDEI, S.; BERMUDEZ, X. P. C. D.; MERCHÁN-HAMANN, E. Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. In: **Rev Bras Epidemiol** 2019; 22(SUPPL 1): E190004. supl .1

LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2012.

LANCETTI, A. **Os riscos escondidos do crack**. 2011. Disponível em: <http://www.coletivodar.org/2011/09/os-riscos-escondidos-do-crack-por-antonio-lancetti/> Leal, Fábio; Vinagre, Gustavo. Deus tem aids [documentário]. Doc/81'/Brasil: 2022.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 01 ago. 2020.

MALHEIRO, L. S. B. **Tornar-se mulher usuária de crack**: trajetórias de vida, cultura de uso e políticas de drogas. Rio de Janeiro: Telha, 2020.

MARASCHIN, C. Pesquisar e Intervir. In: **Revista Psicologia & Sociedade**; 16 (1): 98-107; Número Especial 2004, 2004, p. 99.

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

MARTIN, E. **Flexible Bodies**. Beacon Press, 1995.

MARTINS, D. C.; SILVA, G. M.; PESCE, G. B.; FERNANDES, C. A. M. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde com mulheres em idade reprodutiva. **Rev Bras Enferm.** 2022;75(3):e20210015. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0015>

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. N-1 edições, 2018.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. N-1 edições, 2016.

MBEMBE, A. **O direito universal à respiração**. Tradução: Ana Luiza Braga. São Paulo: N-1 edições. 2020.

MEDEIROS, R.G. **O bem e o mal-estar das drogas na atualidade**: pesquisa, experiência e gestão autônoma. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional. UFRGS: 2013.

MELO, J. J. M. **A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica**: relato de uma experiência com a Gestão Autônoma da Medicação. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “Razão e planejamento”. In: MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno [et al] [org]. **Saúde, sociedade e história**. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2027.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Relatório Temático sobre mulheres privadas de liberdade** - junho de 2017. Consultor: Marcos Vinícius Moura Silva. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento

Penitenciário Nacional, 2019.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Levantamento nacional de informações penitenciárias** - INFOPEN: Dezembro, 2014. Brasília: Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional, 2014.

MIRANDA, L. *et al.* Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: CAMPOS, R. O. *et al.* Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 249-277.

MOL, A. **The Logic of Care**: Health and the Problem of Patient Choice, London: Routledge, 2008.

NARDI, H. C., SILVA, R. N. A emergência de um saber psicológico e as políticas de individualização. In: **Revista Educação e Realidade**. Nº 29, jan/jun, 2004. Oliva, Osmar Pereira; Pereira, Andréa Mendes de Almeida. Identidade de Alteridade no conto Maria Imaculada Rosário dos Santos, de Conceição Evaristo. In: Revell, v. 4, nº 17, 2017.

OLIVEIRA, B. C.; CAMARGO, T. S. Um ciclone colonial se forma ao sul do Brasil. In: *Jornal da Universidade*, de 20 de maio de 2024. Porto Alegre: **Jornal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2024. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jornal/um-ciclone-colonial-se-forma-ao-sul-do-brasil/>. Acesso em: 23 de maio de 2024.

OLIVEIRA, D. C. **No corre**: O encontro entre a Gestão Autônoma da Medicação e a Redução de Danos nas práticas de um CAPS AD. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre, 2023.

OLIVEIRA, I. O.; KJINIK, Cristiane. **Não sou eu uma mulher?** Cartografando o atravessamento das questões de gênero, raça e classe na produção de cuidado em saúde com mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas. Trabalho de Conclusão da Residência, como requisito para o título de Residência em Saúde Coletiva, do Programa de Residência Integrada Multiprofissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, UNISINOS, 2019.

OLIVEIRA, R. W.; SIMONI, A. C. R.; WARTCHOW, E. S.; PILAR, J. T. S. Saúde mental coletiva na cooperação brasil-cuba-haiti ou uma experiência a sulear a luta por uma sociedade sem manicômios. In: BELLOC, Márcio Mariath *et al* (org). **Saúde mental em campo**: da Lei da reforma psiquiátrica ao cotidiano do cuidado. 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. 267 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

ONOCKO-CAMPOS, R., PALOMBINI, A.L., SILVA, A.E., *et al.* Adaptação multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da Medicação. *Interface* [internet]. 2012 [acesso em 2024 abril 24]; (16):967-980. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop4412.pdf>.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10):2889- 2898, 2013

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? In: **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

PALOMBINI, A. L.; RODRIGUEZ-DEL-BARRIO, L. Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa. In: **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, V. 45, N. 128, P. 203-215, JAN MAR 2021. Acesso em: abr. 2023.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. [Orgs]. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, R. G. (2018). Holocausto ou Navio Negro?: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira / Holocaust or "The Ship Negro?": concerns for the Brazilian Psychiatric Reform. **Argumentum**, 10(3), 10–23.  
<https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>

PETUCO, D. R. S.; MEDEIROS, R. G.. **Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**: Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/9808-saude-mental-alcool-e-outras-drogas-contribuicao-a-iv-conferencia-nacional-de-saude-mental-intersectorial>

PIERRY, L. G. *et al.* Gênero e assistência psicossocial: perspectiva de usuárias sobre o Caps-AD. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 16, n. 1, p. 1-13, mar. 2021. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082021000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082021000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 04 maio 2024.

PLITT, L. 'Covid-19 não é pandemia, mas sindemia': o que essa perspectiva científica muda no tratamento. In: **Jornal BBC News Brasil**, de 10 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54493785>. Acesso em: 25 de maio de 2024.

PORTO ALEGRE. Boletim Epidemiológico da População Negra 2023. Secretaria Municipal da Saúde, Porto Alegre: 2023. Disponível em: [https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu\\_doc/novembro\\_negro\\_2023.pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/novembro_negro_2023.pdf). Acesso em: 20/04/2023.

POZZANA, L., KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia e ESCÓSSIA, Liliana ORGs. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PRADA, M. **Putafeminista**. São Paulo: Veneta: 2018.

PRECIADO, P.B. **Aprendiendo del vírus**. El país, 28 de março de 2020. Disponível em: [https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952\\_026489.html](https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952_026489.html). Acesso em: abr. 2020.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M.P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010. p.84-130.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: Quijano, A. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005.

RAUPP, L. [et al]. Memória das políticas e práticas em redução de danos: entrevista com Fátima Machado. In: **História, Ciências, Saúde**. v.28, n.3, jul.-set. 2021, p.839-847. Manguinhos, Rio de Janeiro: 2019.

REDE NOSSA SÃO PAULO. Mapa da desigualdade social, 2023. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/2023/11/28/mapa-da-desigualdade-ganha-novo-formato-e-agora-traz-a-classificacao-dos-96-distritos-de-sao-paulo/#>. Acesso em: abril, 2024.

RIBEIRO, E. M. **A construção social do problema da dependência de drogas: estudo antropológico dos discursos e representações mantidos por instituições de tratamento**. Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Doutor. Porto Alegre, 1999.

RICOUER P. **Tempo e narrativa**. Campinas: Papius, 1997.

RIGONI, R. Q. **Assumindo o controle: organizações, práticas e experiências de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre**. Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como registro do grau parcial de Mestre em Psicologia Social e Institucional. UFRGS: 2006.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por Redes de Atenção Integral em Saúde Mental e determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. 1992. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id326.htm>. Acesso em: 06 de agosto de 2012.

ROLNIK, S. Toxicômanos de identidade: Subjetividade em tempo de globalização. In **Cultura e subjetividade**. Saberes Nômades, org. Daniel Lins. Papius, Campinas 1997. Disponível em: [http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/viciados\\_em\\_identidade.pdf](http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/viciados_em_identidade.pdf). Acesso em março de

2014.

SADE, C.; MELO, J. A política de narratividade na pesquisa--intervenção participativa. In: **Saúde Soc. São Paulo**, v.28, n.4, p. 49-60, 2019.

SANCHEZ, R. M., CICONELLI, R. M.. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica;31(3) 260-268,mar. 2012. Retrieved from [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892012000300012](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300012)

SANTOS, N.T.V.; ALMEIDA, R.B.F.; BRITO, A.M. **Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis**: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco. Recife: s.n, 2016.

SEFFNER, F.; PARKER, R. **Desperdício da experiência e precarização da vida**: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):293-304.

SILVEIRA M; MORAES M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em Saúde Mental. In: **Revista ECOS**, Ano 8, Volume 1. 2017.

SILVEIRA, M. **Vozes no corpo, territórios na mão**: loucura, corpo e escrita no PesquisarCOM. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional. UFRGS: 2013.

SIMONI, A. C. R.. O porto seguro a buscar. In: **Jornal Sul 21**, de 13 de maio de 2024. Disponível em: <https://sul21.com.br/opiniaio/2024/05/o-porto-seguro-a-buscar-por-ana-carolina-rios-simoni/>. Acesso em: maio de 2024.

SONTAG, S. **A AIDS como metáfora**. Tradução de Paulo Henriques Britto. São Paulo: Schwarcs Ltda., 1989.

SOUSA, L. M. S. S. **Estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids entre travestis e mulheres transexuais**. 205 f. 2017. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SOUZA, A,M,C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. R. **Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.

SOUZA, I. S.; VICENTIN, M. C. G.. Mulheres usuárias de drogas e o sequestro de seus filhos. In: **Revista Traço**. Edição 01, Dezembro, 2022. Disponível em: [https://revistatraco.com/03\\_mulheres-usuarias-de-drogas-e-o-sequestro-de-seus-filhos/](https://revistatraco.com/03_mulheres-usuarias-de-drogas-e-o-sequestro-de-seus-filhos/)

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro**: vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

SOUZA, T. P. **Redução de Danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. UFF: 2007.

SOUZA, T. P. **Estado e sujeito**: a saúde entre a macro e a micro política de drogas. São Paulo: Hucitec, 2018.

SOUZA, T. P. **Guerra às drogas e Redução de Danos**: tecendo o comum nas encruzilhadas do SUS. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

SULZ, J. A.; CARDOSO, F. A. Putafeminismo: um caminho pelo direito de todas as mulheres. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 49, n. 172, p. 344-348, abr./jun. 2019. [Seção] Resenhas. Resenha da obra de: PRADA, Monique. Putafeminista. São Paulo: Veneta, 2018. <https://doi.org/10.1590/198053146283>

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. **Medicine**, v. 97, n. 1 Suppl, p. S54-S61, 2018.

SZYMBORSKA, Wisława. Um amor feliz. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

TENÓRIO, Jeferson. O avesso da pele. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

TOROSSIAN, S. D. Posfácio: Paixões e químicas. In: TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. B. (orgs). **Descriminalização do cuidado**: políticas, cenários, experiências em redução de danos [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017. p. 369-371

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). GLOBAL STUDY ON HOMICIDE 2023. UNITED NATIONS: New York, 2023. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/2023/Global\\_study\\_on\\_homicide\\_2023\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/2023/Global_study_on_homicide_2023_web.pdf)

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections. A UNAIDS Discussion paper. 2010. Disponível em: . Acesso em: 05 abr. 2018.

VENTRE, A. L. **Com sorte, ao tardar, pela escrita**: [inconsciente, poesia, perda] Tese de doutorado apresentada pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2024.

VIÉGAS, L. S. O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade em movimento: ampliando o debate e construindo a luta coletiva. In: OLIVEIRA, *et al.* **Desver o mundo, perturbar os sentidos**: caminhos na luta pela desmedicalização da vida. Salvador: EDUFBA, 2021.

VIEIRA JUNIOR, I. **Doramar ou a odisseia**: histórias. 1ª ed. São Paulo: Todavia, 2021.

ZANCHET, L. **A noção de experiência no contexto da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil**: uma travessia rumo ao pensamento decolonial. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em cotutela com o Programme du Troisième Cycle en Psychologie da Université Côte d'Azur como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora. UFRGS, 2019.

ZANCHET, L; PALOMBINI, A.L. A noção de experiência na GAM brasileira: relações raciais e subalternidades. In: **Rev. Polis e Psique**, 2020; 10 (2): 33–52. Acesso em: mar. 2022.

## ANEXOS

### ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa **“A Gestão Autônoma da Medicação em diálogo com a Prevenção Combinada do HIV: Ferramentas de fortalecimento da autonomia”**, de responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Analice Palombini, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Eu, Paula Adamy, integro o grupo de pesquisa como doutoranda e realizarei a pesquisa-intervenção em um serviço público de saúde.

O estudo tem o objetivo de realizar grupos sobre a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em serviço que ofereça atenção às pessoas vivendo com HIV. Nesses grupos, serão discutidas as experiências dos/as usuários/as com relação a receber o diagnóstico de HIV; ao seu tratamento antirretroviral; sobre como é a experiência de tomar os medicamentos; sobre questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, questões raciais, de gênero/identidade de gênero, socioeconômicas, entre outras. Entendemos que contar e entender essa história poderá lhe ajudar a aumentar o seu poder de negociação sobre o seu próprio tratamento.

Os benefícios esperados com a sua participação são compreender melhor os efeitos do seu tratamento e aumentar o seu poder de negociação com a equipe que o/a atende, fazendo valer sua história, seus desejos e vontades.

Esta pesquisa envolve riscos mínimos, relativos aos cuidados necessários para garantir sigilo de suas informações. Todos os/as pesquisadores/as que venham acessar suas informações têm seus comprometeros de ética profissional e se responsabilizarão por esse cuidado.

Você tem a liberdade de aceitar ou não esse convite e, caso recuse, você não terá nenhum prejuízo no atendimento no serviço. É importante informar que você não receberá nenhuma remuneração pelo ingresso na pesquisa, como também não terá nenhuma despesa. Também poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento do estudo, cessando, assim, a sua participação. Conforme a Resolução

CNS 466/12, você será indenizado/a por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação neste estudo.

Você será informado/a do resultado da pesquisa ao longo da realização desta e ao final, quando planejamos um encontro de devolução sobre o estudo para você e o grupo participante. Sempre que desejar, serão fornecidas explicações sobre cada uma das etapas do estudo. Caso você não saiba ler, este termo será lido com você, em voz alta e o seu consentimento será gravado em áudio.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser impresso em 02 vias, assinado por cada participante voluntário/a da pesquisa e pela pesquisadora. Você ficará com uma cópia assinada por todos/as.

Eu \_\_\_\_\_, tendo compreendido tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Nome e endereço da pesquisadora responsável: Analice Palombini Telefone: (51) 3308-5066

E-mail: analice.palombini@gmail.com

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, do Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Endereço: R. Ramiro Barcelos, 2600 - Santa Cecília, Porto Alegre - RS, 90035-003

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do/a voluntário/a ou responsável legal

---

Nome e assinatura da Pesquisadora do estudo

**ANEXO II - DECLARAÇÃO - ADENDO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE  
E ESCLARECIDO**

**Título do estudo:** A Gestão Autônoma da Medicação em diálogo com a Prevenção Combinada do HIV: Ferramentas de fortalecimento da autonomia

**Pesquisador responsável:** Analice de Lima Palombini / Paula Emília Adamy

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Instituto de Psicologia / Departamento de Psicologia Social e Institucional

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informada sobre ética e sigilo da pesquisa “A Gestão Autônoma da Medicação em diálogo com a Prevenção Combinada do HIV: Ferramentas de fortalecimento da autonomia” e foi me assegurado a não divulgação de meu nome e/ou dados que possam me identificar. Optei, por livre e espontânea vontade, por manter meu nome verdadeiro na divulgação dos dados dessa pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da responsável pela obtenção do TCLE

Local e data