



Em  Sociedade

# **A redução de danos nas cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas: A perspectiva dos trabalhadores da saúde**

*Yamila Soledad Abal<sup>1</sup>  
Silvia Angela Gugelmin<sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup> Licenciada em Sociologia. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Mestranda. yamila.abal@gmail.com. Av. San Juan 3346. Dpto 6 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina (Codigo Postal C1233ABQ) Tel. (+54) 9 11 3038-6893.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Professor Adjunto. sigugel@gmail.com. Av. Fernando Correa da Costa, 2367 - Bloco CCBS III, 1º piso - Boa Esperança – Cuiabá – MT CEP 78.060-900. Tel. (+55) (65) 3615-6252.



## Resumo

Existem dois posicionamentos políticos para o tratamento de questões relacionadas ao uso de drogas: o proibicionismo-abstencionismo e a redução de danos. Cada um desses posicionamentos parte de pressupostos ideológicos diferentes e, em consequência, produzem modelos de atenção também distintos. O presente estudo faz parte de um trabalho de campo realizado para a construção de uma dissertação sobre as relações que se estabelecem entre pessoas que habitam cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas e os dispositivos de cuidados em saúde na cidade de Cuiabá - Mato Grosso.

Sob uma perspectiva crítica em relação ao paradigma proibicionista, e com base na inspiração etnográfica, se analisam as narrativas e práticas de trabalhadores de saúde que atuam com população em situação de rua no centro histórico de Cuiabá, buscando entender como a redução de danos é incorporada em suas práticas cotidianas vinculadas aos cuidados em saúde.

Os resultados apontam que, embora todos os entrevistados definam suas intervenções como práticas norteadas pela redução de danos, nas falas não só existem discordâncias em relação aos modos de conceber tal perspectiva, mas também pode se perceber a presença de vários elementos do modelo proibicionista-abstencionista.

Em cada espaço estudado coexistem elementos de ambas as perspectivas, e inclusive olhares divergentes entre os membros de uma mesma equipe, demonstrando que ainda há um longo caminho a percorrer para a consolidação da redução de danos e do exercício efetivo de cidadanias ativas.

**Palavras-chave:** Drogas; Cuidados em saúde; Trabalhadores da saúde Proibicionismo, Redução de danos.



## INTRODUÇÃO

O uso de drogas constitui-se como problema social no ocidente no século XX, quando teve início sua proibição. Uma prática integrada e naturalizada socialmente durante séculos passou a ser definida como desvio e foi objeto de diversos mecanismos de controle e intervenções na procura de sua regulação. Dentre esses se identificou dois posicionamentos políticos para o tratamento de questões relacionadas ao uso de “drogas”: o proibicionismo e a redução de danos (RD). Cada posicionamento tem um pressuposto ideológico diferente e, em consequência, origina modelos de cuidado também diferenciados (RODRIGUES, 2004; ALVES, 2009; SODELLI, 2010; ANDRADE, 2011; MACHADO e BOARINI, 2013).

No Brasil, apesar da progressiva incorporação da perspectiva de RD na legislação e nas políticas públicas sobre drogas, que vem acontecendo desde a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003; 2009; 2011a; 2011b), o uso de determinadas drogas ainda constitui um crime e as políticas repressivas com seus processos de estigmatização (GOFFMAN, 1980) seguem vigentes, produzindo condições de vulneração e danos muitas vezes piores que os efeitos da própria substância.

Além disso, a política de RD implica mudanças nas ações e no modo de cuidar da equipe de saúde para com as pessoas que usam drogas ilegalizadas, tais mudanças não acontecem espontaneamente, são necessários diversos movimentos pessoais e interpessoais, são alterações nas práticas e nas percepções sobre o outro, que exigem a desconstrução de preconceitos, o uso da alteridade e o engajamento em uma prática ou em um modo de fazer



diferente.

Diante desse contexto, durante as primeiras aproximações com o campo, realizado para a construção de uma dissertação em um Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABAL, 2018), nos deparamos com a necessidade de mapear os atores sociais que estavam vinculados à produção de cuidados em saúde e dialogar com eles para obter informações que pudessem nos auxiliar na construção das estratégias de campo (locais onde encontrar as pessoas que habitam as cenas de uso, instituições visitadas e frequentadas por eles, dinâmicas dos grupos, etc). Porém, com o maior envolvimento no campo e com o tema da pesquisa surgiu o interesse em conhecer as concepções dos profissionais de saúde em relação ao seu trabalho e a redução de danos. Assim, nasceu o objetivo do presente estudo - analisar narrativas e práticas de trabalhadores de saúde que atuam com população em situação de rua no centro histórico de Cuiabá, buscando entender como a RD é incorporada em seu cotidiano de trabalho.

## **POSICIONAMENTOS POLÍTICOS E MODELOS DE CUIDADO**

A instauração do “proibicionismo moderno” ocorreu com a luta contra o ópio e a lei seca dos Estados Unidos no princípio do século XX, quando se conjugaram a influência crescente dos ideais puritanos com os interesses econômicos e geopolíticos desse país, na disputa contra a Inglaterra para se tornar a maior potência mundial (ROMANI, 1999). A venda de ópio na China (liberada após as guerras do ópio do século XIX) era uma das bases econômicas mais importantes da Inglaterra na época. Assim, a “guerra às drogas”, mais especificamente ao ópio, antes de tudo, foi um golpe econômico à Inglaterra.

Com o objetivo de construir “a grande nação americana” e unificar a fragmentação sociocultural da época, se promoveu a imagem e o modelo de vida da classe média branca, anglo-saxônica e protestante. Por meio da argumentação científica disponibilizada pelo modelo biomédico, as drogas foram utilizadas para construir bodes expiatórios, criminalizando a todo aquele que se afastava do modelo anglo-saxônico puritano imposto pelo Estado norte americano, legitimando assim a ordem social vigente. A “lei Harrison” de 1914 e, sobretudo a “lei seca” de 1920, se inscrevem neste processo. Nasceu assim a proibição às



drogas como mecanismo de controle social (ESCOHOTADO, 1998; ROMANI, 1999).

Desde então, o objetivo das políticas proibicionistas tem sido a redução da oferta e demanda de drogas. As intervenções são baseadas na repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo. Configura-se como um dispositivo médico-jurídico-policial de criminalização e reabilitação compulsória, promovendo a construção de um estereótipo do consumidor de determinadas drogas como criminoso, violento, desviante, doente e perigoso (ZORRILLA, 1987).

Na perspectiva proibicionista o consumo é explicado segundo o modelo moral/criminal ou segundo o modelo de doença, doença biologicamente determinada (NOWLIS, 1981). A abstinência é a única meta plausível e é também pré-requisito para o tratamento. Os tratamentos propostos por estas políticas são chamados de “alta exigência” já que nenhum padrão de consumo é tolerado (MACHADO e BOARINI, 2013). Não é possível nesta perspectiva diferenciar entre o consumo ocasional daquele prejudicial.

No que diz respeito à RD PETUCO (2014) identifica três momentos históricos diferentes como nascimento desse modelo. O primeiro foi no contexto do pós-guerra na Inglaterra de 1924, quando como resposta ao aumento do uso de morfina e de heroína, começou a se implementar a administração controlada dessas substâncias, com o objetivo de diminuir os efeitos da abstinência, originando posteriormente as “terapias de substituição”. O segundo momento foi em Amsterdã no início dos anos 1980, quando uma associação de usuários e ex-usuários começa a distribuir livremente seringas motivados pelo medo de uma possível epidemia de Hepatites B, e mais tarde de HIV/Aids. Por fim, o terceiro momento ocorreu no Brasil devido a expansão da epidemia do HIV/Aids no final da década de 1980. O autor relata que na cidade de Santos (cidade com maior número de casos de Aids à época), um grupo do programa de Aids do município anunciou em 1980 que iria começar a troca de seringas, mas teve que recuar por causa das pressões e a reação social de rejeição (ameaças, críticas da imprensa, etc). Apenas depois de seis anos conseguiu-se efetivamente implementar a RD no Brasil, por meio do programa de troca de seringas do Centro de Estudos e Terapia de Drogas (CETAD) em Salvador, Bahia (PETUCO, 2014).

No princípio a RD estava associada exclusivamente a trocas de seringas para os



usuários de drogas injetáveis. Depois, progressivamente as ações foram ampliadas a outras populações até chegar à concepção atual, que inclui todas as práticas que, sem condicionar a abstinência, tem como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de álcool e de outras drogas. Essa ampliação foi decorrente de uma mudança progressiva na definição dos grupos de pessoas a receberem as ações. Enquanto num primeiro momento o objeto de intervenção era “os grupos de riscos”, passou depois para pessoas com “comportamentos de risco”, e finalmente à ideia de “vulnerabilidade social”, incorporando assim as dimensões social, econômica e política que influenciam o comportamento individual (AYRES *et al.*, 2009; MACHADO e BOARINI, 2013).

De um modo geral, a RD parte do pressuposto de que os problemas provocados pelas condições em que as drogas são consumidas são maiores do que as consequências causadas por elas. As condições de ilegalidade, marginalidade, estigmatização, a falta de informação e a insalubridade não só agravam a realidade do consumo de drogas, mas também se constituem como o problema em si.

O tratamento orientado pela perspectiva da RD propõe metas intermediárias e não exige a abstinência como pré-requisito obrigatório, razão pela qual é descrito como de “baixa exigência”. Ou seja, o objetivo do tratamento não é que a pessoa pare de consumir, mas reduzir os problemas associados ao consumo (MACHADO e BOARINI, 2013, p.587).

## MÉTODO E TÉCNICAS

Os dados ora apresentados fazem parte da etapa de aproximação do pesquisador com o campo e com os atores sociais que vivem em cenas abertas de uso de *crack* e outras drogas ilegalizadas no centro histórico de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso. O fato de trabalhar com população em situação de rua, implicou na necessidade de definir estratégias que ajudassem a chegar (no sentido mais profundo do termo) às pessoas, pois o modo de entrada no campo condiciona o processo de interação e negociação com os sujeitos da pesquisa (FLICK, 2009).

Em Cuiabá existe uma pluralidade de dispositivos socioassistenciais que trabalham com pessoas em situação de rua: organizações governamentais, instituições confessionais,



organizações não governamentais (ONG), grupos filantrópicos, entre outros. Porém, o critério para a escolha foi dispositivos vinculados aos cuidados em saúde, que se identificaram com a perspectiva da RD.

Assim, optamos por acompanhar, durante um tempo, o trabalho realizado pela Equipe do *Consultório Na Rua* (eCR) e por dois projetos de extensão universitária. Essa estratégia permitiu nossa inserção nas cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas. A observação das atividades desenvolvidas por essas equipes, as conversas informais durante as noites de trabalho, as leituras sobre os posicionamentos políticos e os modelos de cuidado realizadas para preparação da dissertação, nos instigou a discorrer sobre o trabalho dos profissionais de saúde e a redução de danos.

É preciso ressaltar que o nosso propósito não foi incluir todos os dispositivos e seus participantes, mas abranger apenas aqueles vinculados aos serviços públicos e que trouxessem algumas reflexões para auxiliar na compreensão da complexidade do trabalho com população que habita cenas abertas de uso de *crack* e outras drogas ilegalizadas e a coexistência de perspectivas que se encontram o tempo todo em permanente tensão.

Realizamos entrevistas, por meio de um roteiro flexível com alguns eixos que nortearam aproximações reflexivas a narrativas, práticas e relações entre pessoas que habitam e trabalhadores da saúde que atuam em cenas de uso de crack/PBC/similares no centro histórico de Cuiabá.

Dentre os entrevistados selecionamos trabalhadores da saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência SAMU (Entr1.SAMU) e na a equipe do Consultório Na Rua (Entr2.eCR); professores da Universidade Federal de Mato Grosso coordenadores de projetos de extensão universitária que trabalham com populações em situação de rua (Entr3.Prof1 e Entr4.Prof2); redutor de danos que faz parte de um dos projetos de extensão universitária (Entr5.RD).

Todas as entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra. Essas entrevistas foram analisadas em conjunto com as observações realizadas durante o trabalho de campo, procurando regularidades e padrões de comportamentos e pensamentos com o objetivo de



explicitar a realidade. A observação possibilitou analisar como os comportamentos dos atores diferiam de suas declarações nas entrevistas. Com todas as anotações em mãos foram construídos tópicos e dimensões de interesse. A reanálise constante desse material possibilitou entender alguns domínios, termos encobertos e realizar uma síntese reflexiva das narrativas.

A ética dos estudos socioantropológicos está vinculada à construção (sólida e progressiva) de relações de confiança entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa, promovendo uma relação de alteridade, tentando gerar melhores condições para ouvir o outro, respeitando seus tempos, sua privacidade e resgatando tudo o que ele tinha para dizer e que pudesse contribuir para a restituição dos seus direitos e para a possibilidade de fazer livremente suas próprias escolhas. Mesmo assim, cumprimos as recomendações estipuladas nas Resoluções nº 422/2012 e nº .510/2016.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Entre os diversos tópicos abordados nos encontros com cada um dos sujeitos, focaremos basicamente em duas dimensões: de um lado, questões relacionadas às práticas atuais e as estratégias de intervenção utilizadas diariamente, e de outro, os modos pelos quais os entrevistados foram afetados devido às suas experiências de aproximação com as pessoas em situação de rua.

### ***DIFERENTES MODOS DE PENSAR O CUIDADO***

A observação realizada durante a fase inicial de acompanhamento nos possibilitou identificar a existência de múltiplas e permanentes violências, que atravessam as cenas abertas de uso e impactam na vida cotidiana, especialmente no que tange à saúde, das pessoas que habitam e constroem esses territórios. Sob o enfoque biopolítico, interpretamos o acúmulo de violência como resultado e expressão da proibição, entendido como sistema de controle social que se expressa por meio de mecanismos formais, como a repressão policial, e informais, como as mensagens nos meios de comunicação em massa, que objetiva difundir e legitimar a definição social de normas e a atribuição seletiva do rótulo de “desviante” às





pessoas que quebraram tais normas (BECKER, 2008).

Além disso, as conversas com os trabalhadores da saúde permitiram-nos compreender que, nesse contexto complexo, são precisamente as características que se afastam da lógica operante nos estabelecimentos de saúde fixos<sup>3</sup>, que outorgam aos dispositivos que atuam na rua sua capacidade de chegar até a população, promovendo e executando cuidados.

A construção dos vínculos de confiança decorrentes de uma prática centrada na escuta e no conhecimento do outro, o trato humanizado, o reconhecimento de suas condições materiais (e simbólicas) de existência e o desenvolvimento de um olhar que consegue se afastar (relativamente) da lógica normativa e moralizante, própria da biomedicina, são algumas das dinâmicas que a inserção no território facilita e que podem ser resgatadas como as maiores virtudes desse tipo de dispositivo. Em outras palavras, podemos dizer que o poder e a potencialidade deles estão na hegemonia das “tecnologias relacionais” (MERHY, 2003).

Contudo, existem limitações nas intervenções realizadas nas cenas abertas de uso devido aos modos de pensar o cuidado entre os profissionais entrevistados. Os sujeitos apresentaram distintas formas de pensar o cuidado, sendo identificadas nas falas pelo menos três categorias: o cuidado relacionado ao objetivo do dispositivo de saúde; o cuidado e a concepção de redução de danos; o cuidado e a resposta do sujeito (Quadro 1).

**Quadro 1: Categorias relacionadas à Dimensão Estratégias de intervenção**

Dimensão	Categorias	
Estratégias de intervenção	Objetivo do dispositivo	Foco no sujeito
		Foco nos outros
	Concepção sobre a RD	Como ética do cuidado
		Como técnicas e práticas
	Modo de avaliar as intervenções	Sucesso = Abstinência
		Sucesso ≠ Abstinência

As ações de saúde desenvolvidas pelos entrevistados dependem do modo como eles veem o dispositivo em que trabalham, alguns relatos localizam as pessoas que habitam as

<sup>3</sup> Usamos o termo “fixos” para nos referir aos serviços de saúde cujos trabalhadores não atuam de modo itinerante na rua.



cenar como “alvo” de suas intervenções. A procura de melhorias na qualidade de vida e no bem-estar dessa população é o que dá sentido às suas práticas. Os profissionais buscam desenvolver ações integrais de saúde frente às necessidades demandadas pelo sujeito.

As pessoas em situação de rua abrangem um grupo bastante heterogêneo, encontrando entre elas aquelas que passaram a viver na rua por problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas, pela situação de desemprego, desavenças com pai/mãe/irmãos, experiências de violência e problemas de saúde (BRASIL, 2008).

*No que refere especialmente às cenas abertas de uso, com o decorrer do nosso trabalho de campo, uma das coisas que percebemos com clareza foi que nem todas as pessoas que conhecemos nas cenas se encontravam usando crack/PBC/similares. Inclusive, esses territórios são habitados por sujeitos que não consomem substâncias regularmente e alguns nunca experimentaram crack ou similares. Rapidamente, foi possível confirmar aquela ideia que a revisão da literatura tinha nos antecipado: lá, existe uma diversidade de sujeitos, de subjetividades, de trajetórias e de modos de se relacionar com a substância (RUI, 2014; BORGES, 2016). Isso nos levou a perceber que, no que refere à produção de saúde, o uso de tais substâncias não era tão relevante quanto o pertencimento a um contexto marginal, estigmatizado e atravessado por múltiplas violências.*

Neste sentido, a complexidade das situações encontradas nas cenas abertas de uso torna-se um desafio para as ações desenvolvidas pelos entrevistados, pois remete sua atuação para diferentes dimensões das vidas dos sujeitos. Um entrevistado disse:

Quando se está na rua, tentando ajudar as pessoas, tem demandas que não tem nada a ver com o uso de drogas, mas do social mesmo, da pessoa e aí você consegue atingir um ponto que vai redirecionar para o familiar, o dano espiritual, pela pessoa que está naquela situação. (Entr5.RD).

Como dito, as cenas abertas de uso são habitadas por uma diversidade de sujeitos que são estigmatizados e rotulados enquanto “desviantes perigosos”, constituindo-se assim em alvos dos diferentes mecanismos que fazem parte do sistema de controle social global (BARATTA, 2004) que, não só potencializam, mas muitas vezes são a causa principal das sequelas e danos da vida na rua.



Esse rótulo instituído para as pessoas que vivem em situação de rua perpassa uma fala sobre o dispositivo ou a prática que os profissionais realizam, quando menciona que seu modo de intervir em algum aspecto da vida dessas pessoas vai repercutir também na vida de outros, que não são os próprios usuários.

A saúde, se você não cuidar dessa população, você acaba... de certa forma deixando de assistir às outras pessoas. Pela questão mesmo das doenças sexualmente transmissíveis. A gente sabe que a maioria das mulheres que está em situação de rua acaba se prostituindo para ter dinheiro para poder fazer seu uso [drogas]. Quem são essas pessoas que procuram essas mulheres? Né?

Então assim, se você cuida, para ela ter uma saúde, para ela ter uma condição melhor,...você está cuidando também dessa outra população... Uma pessoa que está com TB [tuberculose], ela está numa praça, ela segue proliferando bacilo por todo lado, se ela tiver medicação, ele vai deixar de produzir esses bacilos e vai deixar de contaminar muita gente (Entr2.eCR).

Além da conotação estigmatizante, esse relato parece refletir uma posição ligada a uma lógica higienista, já que as pessoas em situação de rua são percebidas como um perigo para a saúde pública enquanto sua existência é interpretada como um risco para as outras pessoas. Os cuidados em saúde a determinados conjuntos sociais parecem estar sustentados no pressuposto de que existe uma relação linear entre “ordem-moral-saúde” (NUNES, 1995, p. 3), muito próximo ao conhecimento estabelecido pela medicina social no Brasil no começo do século XIX. As palavras do relato parecem insinuar uma divisão moral entre os que merecem ser cuidados e os outros que são cuidados para evitar o risco de adoecer da população.

As intervenções que não tem o foco no sujeito de intervenção podem promover uma lógica do cuidado prescritiva, baseada somente no que o cuidador imagina ser o melhor para “a sociedade”, sem levar em consideração o direito da pessoa cuidada de decidir sobre sua própria vida. Neste sentido, torna-se importante observar qual é o imaginário social frente às pessoas que habitam as cenas abertas de uso de *crack* e outras drogas ilegalizadas, pois os profissionais de saúde podem reproduzir esse imaginário em suas práticas. As palavras de MERHY (2012) ajudam a compreender as origens dessas posições:

Hoje, há um enorme esforço, por parte de setores conservadores, de conduzir a construção de um imaginário social que torne visível os usuários de drogas como zumbis, não humanos. Como vitimizados pela captura-dependência que as substâncias químicas ilícitas lhes provocariam, de tal maneira que eles deixaram de ser sujeitos desejanos para serem meros objetos inertes e irresponsáveis,



quanto aos seus próprios atos (p.9).

Em relação à concepção da RD os trabalhadores de saúde definem as intervenções deles como práticas norteadas pela mesma, todos enquadram suas práticas nessa perspectiva. Porém, eles parecem discordar sobre a definição do que é a RD. Ante a essa pergunta, recebemos respostas diversas.

Com base na perspectiva de Spinoza, pode se dizer que quando falamos do caráter ético do cuidado, estamos nos referindo ao potencial emancipador dele. Assim, a RD constitui-se em ética do cuidado quando o objetivo da intervenção está relacionado com promover a liberdade do outro. Spinoza diz “por bem, entenderei o que sabemos com certeza ser-nos útil” (SPINOZA, *apud* MARCONDES, 2009, p.73). Mas, o que significa exatamente ser útil? Útil é tudo o que permite às pessoas auto preservar-se, conservar o seu ser. Trata-se de uma força ou impulso que nos leva a existir, a preservar nossa existência, a promover nosso crescimento, nossa potência. Virtude e potência são a mesma coisa, são a essência e a natureza do homem. A autopreservação é parte da mesma condição humana.

Neste sentido, a resposta que segue reflete uma compreensão da RD enquanto modo de pensar as intervenções e de pensar ao outro de um modo não prescritivo, procurando promover a autonomia e a liberdade da pessoa. E também demonstra a dificuldade de colocar em prática tal posicionamento político, pois enquanto não houver transformação do pensar o agir biomédico se mantém.

Nosso protocolo fala, cita RD... Mas dentro da urgência e emergência eu acho que a RD está em tudo. Ela tem que estar principalmente na mente do trabalhador, na cabeça, na mente dele para depois aparecer na ação. Mas dentro do SAMU, a gente quer mais ação, então chegar, fazer atendimento...Então essa coisa da RD ela é muito nova e, eu não sei, ela não está dentro de nosso trabalho, alguns trabalhadores sim, mas a maioria não. Chegam lá “Cara tem que parar de usar”, tem que parar de beber!” “Pare de usar isso!” “O que é que está fazendo de sua vida??” (...) A gente não vai conseguir fazer isso, porque, como te falei, primeiro a RD deve estar aqui (ele aponta seu dedo para a cabeça dele) (Entr1.SAMU).

Em contrapartida, na fala que apresentamos a seguir, o entrevistado se refere à RD apenas como determinadas técnicas de intervenção a serem implementadas.

Agora vamos ter um outro tipo de abordagem com médico. A gente vai fazer, para quem quiser, não é imposição, só se ele quiser, a gente vai fazer, no banho, exame de sangue para sífilis, HIV, hepatites B e C, que o SUS dá. Tem uma



professora aqui que ela quer fazer coleta de sangue para ver se tem toxoplasmose (...) Então a gente quer ver isso ali, como é que está a saúde? Para fazer encaminhamento. Eu acho que isso seria uma RD. A gente vai ter as ações dos cabelereiros, (...) garrafas térmicas para ter café, leite, suco, caixa de som...tem vários tipos de atividades, entendeu? (Entr4.Prof2).

Neste relato aparecem vestígios de uma percepção mais biologicista e normativa sobre o agir em saúde, enquanto que a primeira posição dialoga com a ideia da RD como uma “ética do cuidado” (PETUCO, 2014), enquanto se propõem reconhecer a singularidade do outro e avaliar como contribuir para ele ser mais livre.

A RD também apareceu ao analisar a interpretação dos entrevistados sobre os resultados das intervenções. Embora os entrevistados tenham um olhar crítico no que diz respeito às posições radicalmente abstencionistas, em alguns fragmentos das entrevistas, o sucesso da intervenção realizada aparece associado (implicitamente) à ideia de abstinência ou exemplificado com pessoas que pararam de usar. A ideia de ajudar a encontrar “um outro caminho”, “a saída”, ou “a reabilitação” parecem estar sustentadas no pressuposto de que existe um caminho “certo” e um caminho “errado”, e nesse sentido, o profissional parece ter a idoneidade de saber e mostrar qual é o caminho certo.

A presença implícita da ideia de “salvação” faz parte da **lógica de relacionamento própria da biomedicina hegemônica que “coisifica” e desumaniza o paciente e interpreta o sintoma, (neste caso poderíamos dizer o uso intensivo de determinada droga ilegalizada) como pura doença orgânica, negando as relações sociais encarnadas por ele (TAUSSIG, 1995). Em resumo, alguns entrevistados mantêm um discurso sobre RD, no entanto na análise das falas ainda permanece** uma perspectiva tutelar, normativa e moral, mais que uma proposta de reconhecimento do outro como sujeito com o direito de escolher o seu próprio caminho.

Somente um entrevistado apresentou uma perspectiva mais crítica, colocando que a abstinência aparece como possível resultado de uma intervenção na RD, mas não é o objetivo principal. Ele mencionou outros indicadores que leva em consideração na hora de avaliar uma intervenção. Por exemplo, a restituição de laços afetivos ou o fato de ter projetos e vontade de viver, para o entrevistado são sinais que falam sobre o sucesso de uma determinada



intervenção.

### **Os afetos e os efeitos das experiências de trabalho com pessoas que habitam cenas abertas de uso de *crack* e outras drogas ilegalizadas.**

Durante as conversas informais e as entrevistas observamos que os cinco entrevistados relataram ter mudado suas concepções sobre as pessoas que consomem drogas, devido a sua experiência de trabalho com população em situação de rua. Essa experiência, por outro lado, também trouxe efeitos no estado de saúde do próprio entrevistado.

É possível perceber uma atitude reflexiva em relação aos preconceitos que os trabalhadores tinham antes de começar a atuar nos dispositivos de saúde aqui estudados e nas cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas. Em alguns fragmentos das entrevistas, os preconceitos relatados estiveram relacionados com as pessoas assistidas e o estereótipo de usuário como um criminoso.

E a população de rua, eu tinha, sim, um preconceito de trabalhar, eu achava que não ia dar conta de lidar com isso. Até porque quando eu tinha 19 anos, eu quase fui violentada e a pessoa era usuária e ela colocou o uso como se ele tivesse feito por causa do uso. Então, eu tinha a concepção de que todo usuário, ele é violento, vai cometer delito. E até entender... então o consultório veio para mim até como quebra mesmo desses preconceitos que eu tinha, né? De olhar hoje, para um usuário de álcool e outras drogas e não vejo nele um estuprador, ou um assaltante, então se ele vem para mim, ele mudou muito a minha concepção. Foi bom para mim por esse motivo, eu até perdi o medo que eu tinha (Entr2.eCR).

Outro profissional descreve a quebra do preconceito em relação ao papel da “droga” em si e do sofrimento da pessoa.

Isso foi um impacto muito violento porque eu imaginava (...) no início da pesquisa, que eu fosse ouvir toxicómanos falando do sofrimento com a droga e o que eu ouvi foi gente lascada falando do sofrimento da segregação... Sofrimento faz a segregação, o maior sofrimento humano que eu já vi...e aí eu pude mudar totalmente a perspectiva de meu trabalho, da minha pesquisa, porque eu cheguei no campo com uma perspectiva clínica, tive que tomar uma leitura crítica para retomar uma leitura clínica. Eu tive que fazer um movimento dialético (...), é algo tão real assim, que veio como um soco no estômago, na minha cara, o ponto de sofrimento dessa gente (Entr3.Prof1).

De certa forma, essas falas estão relacionadas entre si e refletem no modo pelo qual as perspectivas dos trabalhadores da saúde, prévias à experiência de trabalho com essa população, perpassava pelos pressupostos do proibicionismo hegemônico e do discurso da



“Guerra contra as drogas”. Lançando mão de SPINOZA (apud DELEUZE, 2004), podemos pensar que os múltiplos encontros com outros corpos nas cenas abertas de uso, “afetam” aos trabalhadores da saúde, que se transformam e se tornam outros. Trata-se de um movimento intersubjetivo que, a sua vez, impacta correlativamente nos corpos afetantes. Não se trata apenas de uma mudança nas ideias, mas de transformações de uma concepção sobre o outro que acaba operando como causa de transformações nos modos de atuar, aumentando assim “a potência do agir” (DELEUZE, 2004, p. 62) do trabalhador enquanto a desconstrução de estereótipos começa a abrir a possibilidade de gerar outros tipos de encontros não normativos, de reconhecimento do outro como sujeito, e de troca de saberes. No entanto, esta mudança de perspectiva do outro tem limites, muitas vezes ela não atinge suficientemente os profissionais no que se refere à concepção sobre o uso de drogas ilegalizadas. O usuário não é mais percebido como “criminoso” ou “perigoso”, mas continua sendo necessário colocar ele “no rumo certo”.

A experiência de trabalho com população em situação de rua e com pessoas que usam de modo intensivo álcool e outras drogas, não só é mencionada como produtora de transformações nos modos de pensar, de quebrar preconceitos, mas também foi identificada como a causa de situações de sofrimento físico e mental entre os próprios entrevistados, como explicitado na seguinte fala:

Às vezes acontece alguma coisa que acaba nos estremecendo (...). Eu já tive dias de não ter condição de ir porque eu estou emocionalmente abalada por alguma coisa que aconteceu. Nós tivemos um atendimento de um jovem, lá no Jardim Leblon e ele pediu uma internação. Eu tentei tudo, tudo, CAPS, todos os dispositivos que eu tinha, mas não consegui vaga, não consegui a liberação da informação... Então marquei com ele para o outro dia, enfim... Quando voltei, era tarde. Na madrugada mataram ele. Então, quando cheguei e falaram para mim que tinham matado ele, para mim acabou, porque me senti incompetente, me sentia inútil, por que eu não tentei mais? Por que eu não briguei com esse povo? Por que eu não briguei com o sistema?...Então, eu passei vários dias que eu não tinha condição de atender, fiquei lá na Secretaria fazendo tarefas administrativas porque eu não tinha condição de atender. Então assim, fiquei muito triste porque se eu tivesse conseguido internar ele, ele estaria vivo. Só tinha 22 anos (...) Foi uma coisa que me deixou muito, muito, muito arrasada mesmo (Entr2.eCR).

Em primeiro lugar, esta fala mostra de maneira contundente que as múltiplas e constantes violências existentes nas cenas abertas de uso **produzem condições de vulneração e danos mais graves que os causados pelas próprias substâncias** e configuram



um cotidiano dinâmico, itinerante, imprevisível e voltado para um presente imediato. Neste contexto, para que as práticas de cuidado sejam realmente efetivas, precisam incorporar a temporalidade de modo diferente: as intervenções não podem ser marcadas para outro dia, pois este dia pode não existir. O amanhã é incerto para essas populações. A vida é agora, qualquer agendamento pode perder-se nessa itinerância e na inconstância vivenciada nas cenas.

Por outro lado, é possível perceber a complexidade do trabalho com grupos que habitam cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas, mas, sobretudo é possível compreender que existem grandes dificuldades na organização dos serviços de saúde para responder às especificidades dos sujeitos que habitam essas cenas. As políticas e intervenções, tais como a conformação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no ano 2011 (BRASIL, 2011a) não parece ser suficiente.

Durante o trabalho de campo identificamos, em vários momentos, a dificuldade da eCR conseguir vaga para internação, consultas médicas ou exames específicos, trazendo limitações importantes na atuação dos profissionais e, por conseguinte, na redução de danos. Profissionais geralmente estão sozinhos, pois o sistema não garante retaguarda.

Nesse sentido, nenhum dispositivo tem a capacidade de dar isoladamente uma resposta que possa resolver integralmente a complexidade das situações encontradas na rua. Decorrente disso, a frustração e a angústia da entrevistada é um indicador das grandes dificuldades de articulação entre os serviços e da insuficiência de um dispositivo como a eCR que acaba por funcionar de um modo isolado.

Mais uma vez, apropriando-nos das palavras de MERHY (2002), podemos dizer que são necessárias intervenções flexíveis baseadas em tecnologias leves, mas que possam dispor de todas as outras tecnologias a seu favor, isto é, que o sistema de referência aconteça efetivamente. Apenas assim, diremos que os dispositivos estão orientados a produzir mais autonomia e liberdade e não mais controle.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS





Todos os entrevistados se colocaram a favor da perspectiva da RD e todos eles relataram mudanças nas suas concepções, identificando antigos preconceitos e reconhecendo uma maior humanidade ou sensibilidade nas suas posturas atuais. **Porém, na análise de algumas falas ainda permanece** uma perspectiva tutelar, normativa e moral, mais que uma proposta de reconhecimento do outro como sujeito com o direito de escolher o seu próprio caminho.

Nos discursos dos entrevistados, emergem diferenças no que diz respeito ao modo como concebem a RD. De um lado, é possível identificar, uma ideia da RD como ética do cuidado, como um modo de pensar, de agir e de sentir em relação ao outro. O alvo de intervenção é sempre o próprio usuário, entendido este como sujeito com direito a fazer as suas próprias escolhas. O sentido das ações é a melhora da qualidade de vida e das condições mínimas necessárias para ele fazer ditas escolhas. O profissional pode auxiliar os sujeitos nessas escolhas, mas antes de tudo precisa transformar seu próprio pensamento, para conseguir agir politicamente, sem esconder os conflitos inerentes a redução de danos.

De outro lado, alguns entrevistados ainda mantêm elementos normativos e morais. Encontra-se presente, mesmo que indiretamente, a ideia da abstinência como objetivo das intervenções (ou como sinal do sucesso das intervenções). Nem sempre o usuário aparece como alvo das práticas, tornando-se às vezes uma espécie de objeto intermediário inerte. Nesta última posição, pode se perceber mais claramente a presença de elementos do modelo proibicionista-abstencionista.

Porém, longe de conseguir construir dois submodelos compactos e homogêneos dentro da RD, o que aparece nas entrevistas com os trabalhadores da saúde é a coexistência, não só dentro de cada dispositivo, mas também dentro de um mesmo discurso, de elementos misturados de ambos modelos de cuidado apresentados.

Neste ponto, é interessante retomar a definição de PETUCO (s.d.) que propõe a RD como uma intervenção política ligada ao espírito da luta antimanicomial no que diz respeito à preservação e ampliação da autonomia dos sujeitos. Neste sentido, os avanços da RD são evidentes, mas *ainda* há um longo caminho a *percorrer*, até conseguir a sua consolidação e a garantia do exercício efetivo de cidadanias ativas, uma vez que o *proibicionismo ainda segue*



vigente.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

AYRES, J.R.; JÚNIOR, I.F.; CALAZANAS, G.J.; FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 117-139.

BECKER, H. **Outsiders. Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)> Acesso em: 03 jun. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Meta Instituto de Pesquisa de opinião. Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua, 2008. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/sumario-executivo-pop-rua.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009- 2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011b.

DELEUZE, Gilles. **Spinoza, filosofia prática**. Buenos Aires: Fabula Tusquets; 2004.  
ESCOHOTADO, Antonio. **Historia general de las drogas**. 7.ed. Madrid: Alianza Editorial;



1998.

GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade deteriorada.** Brasil: Zahar; 1980.

HUSSERL, Edmund. **La Idea de la fenomenología.** Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1982.

MACHADO, L.V.; BOARINI, M.L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília**, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MEDEIROS, Regina. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde e Sociedade**, Sao Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, 2014.

MERHY, Emerson. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, Emerson. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. **Drogas e cidadania: em debate.** Brasília: CFP; 2012. p. 9-18.

MARCONDES, Danilo. **Textos básicos de ética: de Platão a Foucault.** 4.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

NOWLIS, Helen. **La verdad sobre la droga: la droga y la educación.** 2º ed. Mayenne (Francia): Unesco; 1981.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre la historia de la salud pública en el Brasil: revisando algunos estudios. **Cuaderno de Historia** No. 80. [online]. 1995. Disponível em: <[http://www.bvs.sld.cu/revistas/his/vol\\_1\\_95/his08195.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/his/vol_1_95/his08195.htm)>. Acessado em: 15 set.2017.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **Redução de Danos – outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.** [online]. s.d. Disponível em: <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20E2%80%93%20outras%20palavras%20sobre%20o%20cuidado%20de%20pessoas%20que%20usam%20%C3%A1lcool%20e%20outras%20drogas.pdf>>. Acessado em: 15 set. 2017.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger T e Silva M, organizadores. **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas.** Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133-148.

RODRIGUES, Thiago. Drogas, proibição e a abolição das penas. In: PASSETTI, Edson (org.). **Curso livre de abolicionismo penal.** Rio de Janeiro: Revan, 2004. p. 31-51.

ROMANI, Oriol. **Las drogas. Sueños y razones.** Barcelona: Ariel; 1999.



ROMANI, Oriol. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. **Salud colectiva**. 2008; 4(3): 301-318.

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 637–644, 2010.

TAUSSIG, Michael. La reificación y la conciencia del paciente. Un gigante en convulsiones. In: **El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente**. Barcelona: Gedisa; 1995. p. 110-43.

ZORRILLA, Carlos González. **Drogas y control social. Poder y control**. Barcelona: Universidad de Barcelona; [online]. 1987. Disponível em: <<https://es.scribd.com/doc/307153974/DROGAS-Y-CONTROL-SOCIAL-doc>>. Acesso em: 08 jun. 2016.